



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

ОПЕРАТИВНОЕ РУКОВОДСТВО

**Заместительная поддерживающая терапия метадонем
при синдроме зависимости от опиоидов**

Шифр F 11.22

Душанбе 2009 Dushanbe

«Утверждена»
Приказом Министерства здравоохранения
Республики Таджикистан
от «__» _____ 2009г.
№ __

Оперативное руководство

**Заместительная поддерживающая терапия метадонном
при синдроме зависимости от опиоидов**

Шифр F 11.22

Душанбе 2009 Dushanbe

Содержание

Список условных сокращений

Предисловие

Введение

I	Общая часть	
	1.1. Определение основных понятий	12
	1.2. История заместительной терапии	13
II	Диагностика синдрома зависимости от опиоидов	
	2.1. Диагностическая оценка пациента	14
	2.2. Лабораторное обследование	15
	2.3. Критерии диагностики	15
III	Лечение опиоидной зависимости	
	3.1. Принципы эффективного лечения опиоидной зависимости	16
	3.2. Преимущества медикаментозного лечения опиоидными агонистами	18
IV	Заместительная поддерживающая терапия метадон	
	4.1. Основные цели при проведении заместительной терапии	20
	4.2. Показания для применения заместительной терапии	20
	4.3. Противопоказания для включения в программу заместительной терапии	21
	4.4. Предосторожности	21
	4.5. Процедура приема в программу заместительной терапии	21
	4.6. Информированное согласие и терапевтический контракт	22
	4.7. Программа заместительной поддерживающей терапии	23
	4.7.1. Пилотная программа	23
	4.7.2. Участие членов семьи потребителей наркотиков в программах	24
	4.7.3. Участие потребителей наркотиков/пациентов в программах	25
	4.8. Инфраструктура	26
	4.8.1. Месторасположение	26
	4.8.2. Площадь	26
	4.8.3. Удобства центра	27
	4.8.4. Часы работы учреждения	27
	4.8.5. Оборудование	27
	4.8.6. Персонал	28
	4.9. Введение пациентов с особыми потребностями	30

4.9.1. ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом	30
4.9.1.1. Предложение тестирования на ВИЧ и консультирование для людей с опиоидной зависимостью	30
4.9.1.2. Стабилизация состояния лиц, страдающих опиоидной зависимостью и получающих заместительную терапию до начала АРТ	30
4.9.1.3. Консультирование пациентов в отношении взаимодействия между заместительными препаратами и АРТ	30
4.9.2. Больные с гепатитами В и С у которых имеется синдром опиоидной зависимости	30
4.9.3. Туберкулез и опиоидная зависимость	31
4.10. Культурный контекст	31
4.11. Лечение в условиях ареста или заключения	31
4.12. Метадон	32
4.12.1. Фармакология и фармакокинетика метадона	32
4.12.2. Назначение и дозировка метадона	32
4.12.3. Приготовление раствора метадона	35
4.12.4. Доставка и хранение метадона	35
4.12.5. Процедура выдачи метадона пациенту	35
4.13. Выдача доз на руки	36
4.13.1. Важные критерии выдачи доз на руки	36
4.13.2. Выдача доз на руки для пациентов из дальних районов	37
4.14. Особые ситуации при проведении ЗПТ	37
4.14.1. Стационарное лечение пациентов программы ЗПТ по поводу соматических заболеваний или травм	37
4.14.2. Амбулаторное лечение по месту проживания по поводу соматических заболеваний или травм	38
4.14.3. Пропуск дозы метадона	28
4.14.4. Рвота	39
4.14.5. Сопутствующее употребление психоактивных веществ	39
4.14.6. Зависимость от бензодиазепинов	40
4.14.7. Лечение зависимости от бензодиазепинов	41
4.14.8. Назначение бензодиазепинов в лечебных целях	42
4.14.9. Алкогольная зависимость	42
4.14.10. Лечение от алкогольной зависимости	42
4.14.11. Частичная детоксификация	43

4.15. Побочные действия метадона	43
4.15.1. Седативный эффект	43
4.15.2. Запоры	43
4.15.3. Повышенное потоотделение	43
4.15.4. Нарушение менструального цикла	44
4.15.5. Изменения в сексуальном влечении	44
4.15.6. Увеличение массы тела	44
4.15.7. Эндокринные эффекты	44
4.15.8. Стоматологические побочные эффекты	44
4.16. Отравления/Пререзодозировка метадоном	45
4.17. Метадон и различные заболевания	46
4.17.1. Бронхиальная астма	46
4.17.2. Сахарный диабет	46
4.17.3. Эпилепсия	46
4.17.4. Заболевания печени	46
4.17.5. Болевой синдром	46
4.18. Опиоидная зависимость у женщин	47
4.18.1. Беременность и опиоидная зависимость	47
4.18.2. Ведение ВИЧ-инфицированных женщин с опиоидной зависимостью во время родов	49
4.18.3. Обезболивание	49
4.18.4. Грудное вскармливание и метадон	50
4.19. Ведение новорожденных с опиоидной зависимостью и абстинентным синдромом	50
4.19.1. Клиническое обследование	50
4.19.2. Лечение абстинентного синдрома у новорожденных	52
4.20. Этап поддержания	52
4.21. Регулярное наблюдение за прогрессом пациента	53
4.22. Этап завершения терапии метадоном	53
4.23. Детоксикация при помощи ЗПТ	54
4.24. Постабстинентная терапия	54
4.25. Альтернативное лечение	55
4.25.1. Психосоциальная поддержка	55
4.25.1.1. Ситуационное управление	55

4.25.1.2.	Когнитивно-поведенческая терапия	56
4.25.1.3.	Группы самопомощи или программы с участием равных по положению	56
4.25.2.	Способы обеспечения психологической поддержки	58
4.26.	Мониторинг эффективности терапии	59
4.27.	Обеспечение приемственности в процессе реализации программ	60
4.27.1.	Обеспечение наличия доступности лекарств, применяемых в ЗПТ на национальном уровне	60
4.27.2.	Обеспечение доступности метадона в рамках пенитенциарной системы и в других закрытых учреждениях	60
4.28.	Рассмотрение других аспектов ЗПТ	61
4.28.1.	Юридическая ответственность	61
4.28.2.	Конфиденциальность	61
4.28.3.	Управление транспортными средствами в период получения ЗПТ	62
4.28.4.	Выезд за границу	62
V	Инструменты управления программами ЗПТ	62
5.1.	Инструмент 1: Роль и обязанности государственных министерств и ведомств	62
5.1.1.	Министерство здравоохранения Республики Таджикистан	63
5.1.2.	Министерство юстиции республики Таджикистан	64
5.1.3.	Министерство внутренних дел/Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики таджикистан	65
5.1.4.	Таможенный комитет	66
5.1.5.	Министерство труда и социальной защиты населения	66
5.2.	Инструмент 2: Инструкции по аккредитации учреждений, оказывающие услуги по ЗПТ	67
5.2.1.	Аккредитация	67
5.2.2.	Основные критерии учреждений, оказывающие услуги по ЗПТ	67
5.2.3.	Группа по аккредитации	68
5.2.4.	Пост-аккредитация	69
5.3.	Инструмент 3: Инструкции по подготовке кадров, порядке выдачи разрешения и рассмотрения лиц, назначающих лечение метадоном.	69
5.3.1.	Подготовка кадров, порядок выдачи разрешения и рассмотрения лиц, назначающих лечение	69
5.3.2.	Профессиональная подготовка и процесс утверждения	70
5.4.	Инструмент 4: Руководство по мониторингу и оценке	72

5.4.1. Вводная информация	72
5.4.2. Процесс оценки	73
5.4.3. Результат оценки	74
5.4.4. Методологии для проведения оценки процессов и результатов	75
5.4.5. Выбор содержания направлений деятельности для оценки и мониторинга результатов	77
5.4.6. Выбор и использование мер по итогам оценки и мониторинга	78
VI Приложения	
1. Форма Регистрации Клиента для проведения ЗПТ	79
2. Регистрация Посещения & Полученные Дозы Клиентом	81
3. Дневное Регистрация Отпуска Метадона	82
4. Ежедневное Регистрация Запаса Метадона	83
5. Журнал Регистрации Клиентов	84
6. Журнал Регистрации Перенаправление Клиентов	85
7. Преимущества и недостатки метадона	86
8. Лекарственное взаимодействие метадона	89
9. Взаимодействие между АРВ – препаратами и метадоном	91
10 Контрольный перечень для определения критериев по введению в Пилотную программу по ЗПТ	94
11 Контрольный перечень для определения критериев от пилота до расширения масштабов деятельности по ЗПТ	98
12 Контрольный перечень для определения критериев по введению Программы ЗПТ в местах лишения свободы	100
13 Образец отчета по оценке	101
14 Образец Договора по заместительной поддерживающей терапией между пациентов и центром, оказывающий услуги по ЗПТ	103
VII Глоссарий	105
VIII Библиография	112

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
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
ДССБ	Документ Стратегия Сокращения Бедности
ЗП	Заместительный препарат
ЗТ	Заместительная терапия
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадонном
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КС	Кесарево сечение
ЛААМ	Левальфацетилметадол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
МЗ	Министерство здравоохранения
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
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
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	Секс работники

ПРЕДИСЛОВИЕ

Таджикистан, как и большинство стран мира и в особенности среднеазиатских стран, на протяжении последних лет сталкивается с большими проблемами, которые вызваны незаконным употреблением наркотических веществ и быстрым прогрессирующим ростом ВИЧ - инфицированных, в частности среди потребителей инъекционных наркотиков.

Наркотическая зависимость это сложное состояние, оказывающее глубокое воздействие на здоровье потребителей наркотиков, а также на благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно если речь идет об инъекционных наркотиках. Лечение наркотической зависимости является сложнейшей медико-социальной проблемой и остается до сегодняшнего дня одной из актуальных. Особую остроту она приобрела с конца 90-х годов в связи с резким ростом заболеваемости ВИЧ/СПИД в среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Это вызывает особую тревогу в обществе, поскольку основная масса ВИЧ – инфицированных в республике составляют ПИНЫ.

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, необходимо внедрение в медицинскую практику заместительную поддерживающую терапию. Заместительная поддерживающая терапия один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом, главным образом благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним смертельных исходов, сокращению числа случаев поведения, сопряженных с риском инфицирования ВИЧ, а также снижению преступного поведения. Заместительную терапию нельзя рассматривать как просто прописывание больному опиоида. Она должна рассматриваться как часть комплексной программы помощи наркозависимому больному 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 другим вирусами, которые передаются с кровью. 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. Таким образом, заместительная поддерживающая терапия является одним из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости.

Настоящее Руководство основано на международном опыте внедрения заместительной поддерживающей терапии и на основных принципов ВОЗ по профилактике ВИЧ – инфекции у лиц, употребляющих опиоидные наркотики

Введение

Заместительная терапия (ЗТ) получила широкое распространение в мире, как один из подходов, позволяющий максимально вовлечь в сферу оказания медико-социальной помощи потребителей наркотиков опиатной группы, уменьшить степень вреда от приема криминальных наркотиков, а также предотвратить криминальную активность наркоманов. В настоящее время имеется достаточное количество исследований подтверждающих эффективность и экономическую целесообразность проведения заместительной терапии. Обсуждение ведется в основном по поводу вида замещающего препарата, его дозировки, длительности приема, отбора пациентов, порядка назначения заместительной программы и ее прекращения.

В настоящее время приходится признать, что проведение заместительной терапии не столько чисто медицинская проблема, сколько проблема государственной политики в области контроля наркотиков, законодательной базы и биоэтики.

Таджикистан имеет свое законодательство в сфере оборота наркотиков, которое в свою очередь согласуется с международными документами, подписанными и Таджикистаном. Следует отметить, что ни один из этих документов не запрещает заместительную терапию и отсюда можно сделать вывод, что ее назначение и проведение составляет компетенцию медицины и, следовательно, не может считаться незаконным, как и любое другое назначение лекарств.

Необходимость проведения заместительной терапии в Таджикистане провозглашена в Программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 годы (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 113 от 2.04.2005г), а также в Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 86 от 3.03.2007г).

Немаловажным аспектом внедрения заместительной терапии является этическая сторона вопроса. Любой врач в своей деятельности должен решать морально-этические дилеммы и оценивать свою практику с этических позиций. Заместительная терапия в наркологии не является исключением, а из-за обостренного внимания политиков и общественности становится полем горячих дискуссий наряду с абортами, трансплантацией, суррогатным материнством и т.п.

Этическая сторона врачевания традиционно имеет сильный утилитарный аспект, что выражается в известной максиме «*noī posege*» (не навреди). Совершенно очевидно, что назначение замещающего препарата уже зависимому пациенту не формирует новой зависимости и тем самым не наносит дополнительного вреда. Побочные эффекты длительного использования замещающих препаратов хорошо изучены различными специалистами и не являются препятствием для их назначения.

Заместительная терапия ничуть не уменьшает шансы пациента полностью избавиться от приема опиатов. При сильном желании и хорошей социальной поддержке метадонные пациенты успешно детоксицируются даже после нескольких лет заместительной терапии.

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, где очерчены взаимные права и обязательства врача и пациента, изложены возможности заместительной терапии.

В рамках действующего законодательства ЗТ может проводиться только в государственных лечебных учреждениях. Это связано, прежде всего, с тем, что наркотические вещества запрещено выписывать врачам, которые не работают в государственных лечебных учреждениях. Более того, даже государственное лечебное учреждение должно получить лицензию на право работы с наркотическими лекарственными препаратами, выдача которой обусловлена наличием в учреждении условий хранения, надлежащей системы контроля и квалифицированного персонала.

Лечебное учреждение, где проводится ЗТ должно иметь все необходимые возможности (в том числе и правовые) для установления точного диагноза синдрома зависимости от опиатов в его активной фазе (систематический прием), что включает не только квалифицированный осмотр врача специалиста, но и дополнительные лабораторные обследования, с целью подтверждения наличия наркотика в организме. Без такого диагноза заместительная терапия не должна проводиться. Важным является также возможность получения и верификации дополнительной информации (длительность заболевания, предыдущие попытки лечения, сопутствующая патология (ВИЧ/СПИД, гепатиты), криминальный анамнез. Такие данные помогают не только решить вопрос о целесообразности назначения ЗТ, но и контролировать ход терапии, оценивать ее эффективность.

Безусловным требованием является обязательная медицинская регистрация участников программ ЗТ. Такая регистрация позволяет предотвратить различные нарушения при прописывании замещающих препаратов (например, назначение ЗТ одному и тому же лицу в разных кабинетах), осуществить динамическое наблюдение в течение длительного промежутка времени, преемственность терапии при смене места жительства и т.д.

Таким образом, заместительная терапия, как часть комплексной программы помощи наркозависимому больному является научно обоснованным и этически оправданным методом оказания помощи больным с опиатной зависимостью, которое приводит к увеличению ожидаемой продолжительности жизни и улучшению качества жизни пациентов.

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Заместительная терапия (фармокотерапия агонистами) – определяется как предоставление под медицинским контролем для приема людям с зависимостью от психоактивных веществ назначенного врачом психоактивного вещества, по фармакологическим свойствам близкого к вызвавшему эту зависимость, для достижения определенных терапевтических целей. Другими словами это использование в комплексном лечении больных опиоидной зависимости лекарственных средств, которые действуют на опиатные рецепторы головного мозга как антагонисты. Сейчас чаще всего в мире для ЗТ используют метадон и бупренорфин. Их этих двух препаратов наиболее изученным, как с точки зрения безопасности долговременного контролируемого приема, так и с точки зрения эффективности, является метадон. Он является также наиболее доступным по цене.

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 поведения (относительно передачи ВИЧ-инфекции и других болезней, которые передаются через кровь). Препарат с заместительными свойствами может 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 нелегальных 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.

Специальная консультативная комиссия - специальная комиссия, которое создается на базе ЛПУ согласно установленному порядку с целью проведения соответствующих процедур для включения пациентов в ЗПТ, контроль процесса лечения и реабилитации больных опиатной зависимости с использованием ЗТ.

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 ступор, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон, бупренорфин и (декстро)пропоксифен.

Синдром зависимости от опиоидов - сочетание физиологических, поведенческих, когнитивных (познавательных) расстройств, при которых употребление опиоидов становится

доминирующей в системе ценностей индивидуума. К опиоидам относятся опий, морфин, героин, промедол и др.

Агонисты опиатных рецепторов (опиатные агонисты) – вещества, которые комлементарно взаимодействуют с опиатными рецепторами и вызывают специфические эффекты в ЦНС. Представители – морфин, героин, компоненты ацетилированного экстракта маковой соломки, метадон, ЛААМ.

Антагонисты опиатных рецепторов (опиатные антагонисты) – вещества, которые блокируют опиатные рецепторы ЦНС и предотвращают действие опиатных агонистов. Представители – налоксон, налтрексон.

Агонисты-антагонисты опиатных рецепторов (опиатные агонисты-антагонисты) – вещества, которые имеют смешанные свойства. Представители – бупренорфин, бугорфанол.

1.2. История заместительной терапии

Идея прописывания наркозависимым наркотиков врачом не является новой. Так или иначе, врачи давно использовали заместительные препараты при лечении опиоидной зависимости. Даже в Советском Союзе лица, которые страдали опиатной зависимостью, до 1959 года имели возможность приобретать морфин для собственных нужд в аптечных учреждениях по рецептам врачей (так называемые „наркопайки”).

В 1959 г. канадский врач Роберт Холлидей, а в 1963 г. американские врачи Винсент Доул (V. Dole) и Мэри Нисвандер (M. Nyswander) впервые применили для поддерживающей терапии метадон. В Европе метадон для заместительной терапии впервые начал применять в 1967 г. шведский психиатр L. Gunne. Этот препарат имел существенные преимущества – его можно было употреблять перорально в растворе, т.е. не было необходимости делать инъекции, а длительное действие – давало возможность применять его один раз в сутки. С конца 60-х годов метадоновая терапия постепенно стала наиболее признанным методом лечения опиоидной зависимости в мире.

Расширение программ заместительной терапии началось вместе с эпидемией ВИЧ-инфекции в 80-х и 90-х годах. Врачи стали применять больший спектр препаратов для заместительной терапии (бупренорфин, морфин, дигидрокодеин). Было доказано, что заместительная терапия значительно уменьшает риск распространения этой инфекции, а также гепатитов В и С. Сейчас в мире в программы заместительной терапии привлечено более 500 тысяч клиентов. Наибольшее их количество в США – около 200 тыс., в странах Европы – до 300 тыс.; в Австралии – 20 тыс. В последние годы заместительную терапию начали применять страны Восточной Европы и новые государства бывшего СССР. Сегодня заместительная терапия применяется в Литве, Латвии, Эстонии, Кыргызстане, Узбекистане, Азербайджане, Украине и Белоруссии.

II. 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 технических 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 лечения. Анамнестические данные следует собирать в соответствии со следующим планом:

1. Биографический анамнез

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

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

3. Соматический анамнез

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

5. Применяемые в настоящее время лекарственные средства

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

7. Соматический статус

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

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

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

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

11. Сексуальность: сексуальные нарушения, применение противозачаточных средств

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

13. Психический статус: память, внимание, нарушения мышления, обманы восприятия, аффект, способность к интроспекции.

Весьма желательным является беседа с родственниками больного (с его/её согласия)

2.2. Лабораторное обследование

1. Исследование мочи на психоактивные вещества

Наиболее часто используется методика определения опиатов в моче. Для диагностики наличия опиатной зависимости необходимо иметь в виду следующее:

а) наличие опиатов в моче еще не подтверждает наличие лекарственной зависимости, а высокий уровень опиатов в моче не дает информации о степени зависимости.

б) отсутствие опиатов в моче доказывает лишь то, что пациент не принимал опиаты последнее время. Если в данной ситуации не наблюдается также признаков абстиненции, то можно предположить отсутствие опиатной зависимости, хотя это далеко не абсолютно.

Не менее важным является также то, что надо быть уверенным, что моча, полученная для анализа, принадлежит именно этому пациенту

2. Предельно чувствительные методики, такие, как радиоиммунный анализ, могут выявлять в крови наличие лекарств, принятых за 5 дней до исследования

3. Иммуноферментные методы определяют употребление героина с точностью за последние 24 часа.

4. Исследование на ВИЧ, гепатиты, сифилис, туберкулез

5. Флюорография или рентгенография грудной клетки

Диагноз ставится на основании клинических симптомов и анамнестических сведений.

2.3. Критерии диагностики

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.

III. Лечение опиоидной зависимости

Эффективное управление опиоидной зависимостью в контексте общественного здравоохранения требует наличие адекватных систем здравоохранения, инфраструктуры, людских и финансовых ресурсов, распределенных с учетом потребности общества с соблюдением основных принципов лечения опиоидной зависимости.

3.1. Принципы эффективного лечения опиоидной зависимости

- i. Первым принципом эффективного лечения является тот факт, что не существует единого лечения, которое подходит для всех людей, которые являются зависимыми. Говоря простым языком, страна должна вкладывать средства в ряд вариантов лечения лекарственными препаратами, включая программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами, где зависимость от такого наркотика, как героин, представляет значительную проблему для общественного здравоохранения.
- ii. Потребители наркотиков являются людьми с различными потребностями, проблемами и вопросами. Эффективное лечение должно учитывать многочисленные биопсихологические потребности индивида/отдельного человека, а не только потребление им наркотиков. В этой связи, детоксикация не является эффективным медикаментозным лечением наркотической зависимости, так как она является краткосрочным вмешательством, которое занимается только выводом наркотиков из организма, и не учитывает другие потребности и причины потребления наркотиков. Детоксикация является только первым этапом лечения и сама по себе не служит основанием для изменения долгосрочного потребления наркотиков. Вместе с тем, свободный доступ к детоксикации должен стать частью целого ряда имеющихся в

наличии мероприятий, так как может помочь некоторым потребителям наркотиков ввести и осуществить ряд других мероприятий.

- iii. Медикаментозное лечение должно быть легко доступным для отдельных лиц, которые в нем нуждаются. Важно, чтобы лечение можно было получить во всех областях и районах, где есть потребители инъекционных наркотиков, а не только в крупных городах. Наличие и доступность медикаментозного лечения потребителей наркотиков будет также зависеть от законов, положений и нормативных актов, действующих в стране. Например, для того, чтобы программы лечения метадон были эффективными, необходимо иметь законодательство, которое позволит экспортировать метадон в страну и использовать его для лечения. Если существуют законы, которые препятствуют ввозу метадона в страну, тогда программа не может быть внедрена или расширена до достижения необходимого охвата потребителей наркотиков.
- iv. Кроме того, было доказано, что медикаментозное лечение является наиболее эффективным тогда, когда пациенты удерживаются и получают лечение в течение надлежащего периода времени. Для сравнения, пациенты, которые получали лечение в течение периода более одного года, чувствовали себя лучше, чем пациенты, которые получали лечение в течение нескольких недель или нескольких месяцев. Это объясняется отчасти тем, что, когда пациенты дольше находятся на лечении, тогда появляется больше возможностей, что вмешательства, направленные на изменение поведения, будут иметь более сильный эффект и приведут к лучшим результатам.
- v. В лечении пациентов с опиоидной зависимостью, лекарственные препараты являются важным элементом, но они не являются единственным компонентом. Годы исследований и опыт свидетельствуют о том, что консультирование и другие программы психологической поддержки, которые занимаются психологическими и поведенческими аспектами потребления наркотиков, являются важными для эффективного лечения.
- vi. Эффективное лечение является результатом тщательного мониторинга и оценки методологии и результатов лечения. Необходимо проводить оценку схем и планов лечения, которые необходимо постоянно оценивать и корректировать с учетом изменений образцов потребления наркотиков и моделей поведения среди потребителей.
- vii. Также необходимо проводить мониторинг прогресса в лечении пациентов и продолжения потребления наркотиков при лечении. Однако следует помнить, что такой мониторинг должен проводиться в интересах пациента, а не в целях принятия дисциплинарных мер в отношении него. Например, когда пациент, получающий метадон, возвращается к положительным тестам мочи, результат должен быть использован для обсуждения возможных причин продолжения потребления им/её наркотиков и нахождения решения этих проблем, но не приводить к выдвижению обвинений против пациента или прекращению лечения.
- viii. Программы лечения также должны предусматривать оценку на ВИЧ, гепатит, туберкулез, венерические инфекции и другие инфекционные заболевания, оказание помощи и предоставление средств для изменения поведения. Еще раз,

консультирование и психосоциальная поддержка могут стать прекрасным средством профилактики инфекций.

- ix. Когда пациентам ставится диагноз сопутствующих нездоровых и болезненных состояний, важно, чтобы стратегии для лечения сопутствующих заболеваний могли бы быть интегрированы в программы лечения наркотической зависимости. Например, ВИЧ инфицированные пациенты извлекут большую пользу, получая комплексное лечение метадонотерапией и лечение от ВИЧ.
- x. Наконец, важно помнить, что восстановление от наркотической зависимости может быть долгосрочным процессом, который зачастую требует нескольких эпизодов/этапов лечения. Большинство потребителей наркотиков часто испытывает рецидивы.

3.2. Преимущества и недостатки медикаментозного лечения опиоидными агонистами

Мировой опыт лечения опиоидной зависимости показывает, что лечение может способствовать улучшению здоровья зависимых от героина людей несколькими способами:

- i. При введении препаратов в соответствующих дозах, пациенты в меньшей долей вероятности будут потреблять героин, который часто загрязнен другими веществами.
- ii. Метадон и бупренорфин принимаются орально (метадон) или сублингвально, то есть кладется под язык, (бупренорфин), что более безопасно, чем инъекционный способ введения героина. Это снижает риск пользования несколькими людьми одной и той же иглы или шприца и другого инъекционного оборудования. При этом дополнительно снижается вероятность инфицирования через кровь такими вирусами, как ВИЧ и гепатит С.
- iii. Метадон и бупренорфин являются легально разрешенными препаратами и имеют более продолжительный срок действия, чем героин и другие опиоиды, и пациенту необходимо лишь одной дозы в день, которая часто принимается в клинике. Пациент должен прийти в клинику один раз в сутки, каждый день, чтобы взять его/ее дозу. Она/он находится в постоянном контакте с медицинским персоналом и другими сотрудниками по поддержке. Такая отлаженная процедура поощряет пациента вести сбалансированную и стабильную жизнь, включая улучшение его рациона питания и сна.
- iv. Такая процедура также снижает стресс среди пациентов, так как они не должны беспокоиться о своей следующей "дозе" героина. Существующая отлаженная процедура также означает, что пациенты имеют больше времени в своем распорядке дня, и они чувствуют себя здоровее, чтобы заняться поиском работы или сохранить оплачиваемую работу.
- v. Когда пациенты имеют возможность обеспечить свою занятость, а необходимость потребления героина каждые 6-8 часов исключается, существует меньше причин для совершения преступлений. Преступная деятельность с целью получения героина снижается, что означает более низкие показатели преступности в обществе, а также более низкую потенциальную нагрузку на систему уголовного правосудия в стране.

- vi. Пациенты также имеют возможность управлять процессом прекращения приёма героина без серьезного заболевания или дискомфорта.
- vii. Для общества в целом лечение потребителей наркотиков метадонотерапией или бупренорфином обходится дешевле, в сравнении с затратами на борьбу с преступностью в обществе.
- viii. Важным преимуществом лечения потребителей инъекционных наркотиков опиоидными агонистами является увеличение их продолжительности жизни.

К недостаткам ЗПТ относятся:

1. Сохранение синдрома зависимости;
2. Токсические эффекты метадона (при небольших ежедневных дозах):
 - потливость;
 - нарушения сна;
 - снижение сексуальной потенции;
 - когнитивные расстройства
3. Наличие абстинентного синдрома у новорожденных от матерей, включенных в программы ЗТ;
4. Нельзя исключить нарушений в эндорфиновой системе у детей, рожденных от матерей, принимавших в период беременности метадон;
5. Большинство участников программы продолжают употреблять другие психоактивные вещества;
6. Наличие сочетанного употребления метадона и других психоактивных веществ увеличивает вероятность передозировок, в том числе со смертельным исходом;
7. Ограничение социального функционирования за счет привязанности к месту получения препарата;
8. Необходимость жесткого контроля за организацией выдачи препарата во избежание злоупотреблений со стороны персонала;
9. Трудно исключить возможность включения в программу лиц без признаков зависимости от наркотика;
10. Отсутствие реальных рычагов по удержанию пациентов в программе, поэтому часто они из нее выходят;
11. Бюрократическая трудоемкость процесса;
12. Высокая стоимость программы;
13. Участие в организации программы большого числа персонала, что резко повышает затраты на проведение эффективной ЗТ;
14. Реальные эффекты от программы – и медицинские, и социальные не соответствуют ожидаемым и заявленным;
15. При разработке программы медико-социальной адаптации иногда не учитываются духовно-нравственные основы формирования наркотической зависимости;
16. Среди участников программы остается много безработных, т.к. участие в программе усиливает имевшиеся у них ранее рентные установки;

IV. Заместительная поддерживающая терапия метадонем

4.1. Основные цели при проведении заместительной терапии

К основным целям заместительной терапии с точки зрения общества относятся:

- Значительное уменьшение криминальной активности больного, т.к. нет необходимости добывать деньги для приобретения наркотиков;
- Снижение риска распространения гемоконтактных инфекций внутри популяции наркопотребителей, т.к. пациент сокращает частоту инъекций или полностью отказывается от них;
- Уменьшение промискуитета и проституции среди наркозависимых женщин, что уменьшает риск распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также других ИППП на общую популяцию.

Положительные результаты для пациентов определяются следующими составляющими:

- Привлечение наркозависимых к лечению в учреждениях здравоохранения;
- Нормализация жизненного стиля и улучшение социального функционирования;
- Улучшение экономического статуса пациента и его семьи;
- Возможность проведения этиотропной химиотерапии ВИЧ-инфекций, гепатитов В и С, туберкулеза, других соматических и психических заболеваний;
- Большая доступность для психотерапевтического вмешательства;
- Снижение смертности от передозировки наркотиков;
- Отказ от инъекций «уличных» наркотиков или уменьшение частоты инъекций;
- Улучшение состояния физического и психического здоровья;
- Уменьшение риска инфицирования вирусами ВИЧ и рарентеральных гепатитов;
- Создание условий для предродового и послеродового медицинского обслуживания женщин, употребляющих наркотики;
- Дистанцирование от микросоциума наркопотребителей.

4.2. Показания для применения заместительной терапии:

- Установленный диагноз зависимости от опиоидов;
- Пациент употребляет опиоиды инъекционным путем более 2 лет;
- В анамнезе есть безуспешные попытки (две и более) лечения, ориентированного на воздержание от наркотиков;
- Пациент старше 18 лет;
- Наличие труднокурабельных хронических психических заболеваний: шизофрения, биполярное аффективное расстройство;
- Наличие соматических хронических заболеваний, требующих постоянного медицинского наблюдения и лечения (эпилепсия, сахарный диабет);
- Хронические инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, гепатит В, гепатит С, туберкулез.

При наличии инфекционных заболеваний (хронический гепатит В или С ВИЧ/СПИД, туберкулез) требующих этиотропного лечения, заместительная терапия может быть рекомендована независимо от сроков употребления наркотика, возраста пациента и наличия попыток лечения. Опиатная зависимость у беременных служит показанием к назначению метадона на весь срок беременности и на срок до 6 месяцев после родов. В порядке исключения заместительная терапия может быть назначена пациентам младше 18 лет, если имеет место длительное парентеральное употребление опиоидов и наличие соматических заболеваний, требующих лечения.

4.3. Противопоказания для включения в программу заместительной терапии:

1. Аллергическая реакция на метадон или составные части препарата
2. Дыхательная недостаточность
3. Значительная печеночная недостаточность (риск развития печеночной энцефалопатии)
4. Наличие в анамнезе грубых нарушений правил ЗТ, которые привели к административной выписке не более чем 6 месяцев тому назад
5. Возраст меньше 18 лет (в исключительных случаях пациенты, которые не достигли возраста 18 лет, могут приниматься в программу ЗТ при наличии специальных показаний и только при письменном согласии родителей или законных представителей, что требует отдельного решения СКК).

4.4. Предосторожности

Необходимо иметь в виду, что метадон содействует высвобождению гистамина, который может усилить риск обострения у больных бронхиальной астмой. Также, употребление высоких доз опиоидов может спровоцировать эпилептические приступы у лиц, больных эпилепсией. В этих случаях решение о включении в программу ЗТ принимает специальная консультативная комиссия, которая учитывает не только возможные осложнения в случае проведения ЗТ, но и последствия, которые могут возникнуть в случае отказа пациенту в таком лечении (продолжение наркотизации суррогатами опия, которые являются более вредными по сравнению с метадоном). При назначении терапии в этих случаях дозы метадона должны быть пересмотрены с целью уменьшения негативных последствий, с учетом их взаимодействия с другими препаратами (например, с антиконвульсантами или антиретровирусными препаратами).

4.5. Процедуры приема в программу заместительной терапии

Информация об условиях и правилах проведения ЗТ для всех заинтересованных лиц (будущие пациенты и их родственники) должна находиться у социального работника программы, аутрич работников программ обмена шприцев, районных наркологов и сотрудников центров СПИДа.

На первом этапе пациент получает консультацию социального работника и проходит осмотр у врача с целью диагностики синдрома зависимости от опиоидов в активной фазе: врач собирает необходимую анамнестическую информацию, проводит осмотр, при необходимости назначает уриноконтроль на наличие опиатов или предлагает пациенту системный

налоксоновый тест. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к ЗТ пациент ещё раз устно подробно информируется о свойствах ЗТ, её правилах, правах и обязанностях пациентов и персонала, процедурах пребывания в программе и выписки из неё. С пациентом обсуждается и согласовывается план лечения, который может предусматривать какой-либо вид заместительной терапии – детоксикацию или поддержку. После этого пациент пишет письменное заявление о включении его в программу ЗТ.

Включение пациентов в программу ЗТ осуществляется СКК по представлению врача центра по предоставлению ЗПТ. На заседании комиссии предоставляется паспорт пациента (или в случае отсутствия, другой документ, который удостоверяет личность); записи социального работника и врача с обоснованным диагностическим решением; данные лабораторных исследований, если они проводились; согласованный лечебный план и письменное заявление пациента. При необходимости на комиссии проводится дополнительный осмотр пациента. В случае позитивного решения СКК окончательно согласовывает лечебный план. Желательным является оформление специального терапевтического контракта, где указан порядок лечения, требования к пациенту и персоналу, а также порядок добровольной или административной выписки.

Клиенты программы проходят стандартное обследование, которое включает общий анализ крови и мочи, флюорографию органов грудной клетки, ЭКГ, RW, сахар крови, биохимическое исследование крови (печеночные пробы).

Для женщин обязательным является осмотр у гинеколога.

Такие обследования повторяются 1 раз в 6 месяцев. Исследования на ВИЧ проводятся только с согласия пациента.

На каждого участника ЗТ врач заводит медицинскую карточку амбулаторного больного утвержденного образца, где ведет записи. Пациенты получают специальное удостоверение участника программы ЗТ.

4.6. Информированное согласие и терапевтический контракт

Перед началом заместительной терапии необходимо получить информированное согласие пациента.

Информирование пациентов включает в себя следующие основные компоненты:

- i. Описание смысла заместительной терапии,
- ii. Описание целей лечения,
- iii. Информация о преимуществах и недостатках лечения,
- iv. Формы контроля за пациентом,
- v. Ожидаемая длительность лечения,
- vi. Побочные эффекты метадона,
- vii. Риск сопутствующего употребления психоактивных веществ,
- viii. Возможные альтернативные способы лечения.

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

Сотрудники наркологической службы обязуются:

1. Обсуждать возможные изменения в схеме терапии с пациентом;
2. Встречаться с пациентом через определенные интервалы;
3. Быть готовым уделить больше времени пациенту в оговоренные часы, если он попросит продлить беседу;

Пациент обязуется:

- Регулярно встречаться с врачом и другими сотрудниками наркологической службы;
- Со всей ответственностью относиться к назначениям врача;
- По первому требованию сдавать образцы мочи для проверки на содержание наркотиков;
- Минимизировать потребление незаконных наркотиков;
- При прохождении терапевтического курса не обращаться к другим врачам за назначением психотропных препаратов без согласования с лечащим врачом программы заместительной терапии;
- Запрещается любое проявление агрессии со стороны пациента.

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

4.7. Программы заместительной терапии

По наличию или отсутствию жесткой регламентации поведения больного различают программы с низким и высоким порогом. Программы с высоким порогом предполагают жесткую регламентацию поведения больного и исключение его из программы при нарушении предписанных правил. Цель такой программы – добиться отказа от употребления нелегальных ПАВ, социальной и профессиональной реабилитации пациентов. Психотерапия и социальная помощь является в таких программах обязательной. Программы с низким порогом предназначены не столько для лечения пациентов, сколько для уменьшения вреда, который они могут причинить обществу. В этих программах достаточно мягкие правила и основной целью является снижение уровня криминального поведения больных и снижение смертности среди них. Основные характеристики программ:

Программы с низким порогом предусматривают

- Расширенные показания для начала терапии
- Акцент на уменьшении вреда
- Главная цель – облегчить симптомы абстиненции, уменьшить тягу к наркотикам и улучшить качество жизни пациента
- Предоставление широкого спектра возможностей в лечении

Программы с высоким порогом предусматривают

- Дополнительные критерии отбора, которые ограничивают доступ некоторых пациентов в программу
- Ориентация на полный отказ от наркотиков (включая метадон)
- Использование жесткого контроля за употреблением запрещенных наркотиков и препаратов (уриноконтроль)

- Не гибкую реабилитационную политику (те, кто употребляет запрещенные опиаты, исключаются из программы)
- Обязательное посещение психологического консультирования и психотерапии

4.7.1. Пилотная программа

Учитывая бурный рост числа пациентов с опиоидной зависимостью, тяжесть медико-социальных последствий этого заболевания, необходимо проведение пилотных проектов по изучению эффективности заместительной терапии в Таджикистане. Пилотные проекты являются важными и служат конкретной цели, которая заключается в том, чтобы выявить проблемы и целесообразность предложенного лечения в культурном контексте страны. Тем не менее, экспериментальные проекты являются недостаточными для решения приоритетных задач общественного здравоохранения, таких, как быстрое распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Пилотные проекты должны быть ограничены по времени (от 6 месяцев до одного года), и их осуществимость и масштаб деятельности должны быть оценены как можно скорее, чтобы они могли соответствовать масштабу эпидемии.

Существует обилие научных данных, имеющихся в настоящее время, чтобы показать, что программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами, такими как метадон и бупренорфин, работают в различных условиях, в том числе во многих азиатских странах. Таким образом, осуществление пилотной программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами, должно стать своеобразной стратегией, чтобы узнать, как Программа действует в стране, а не выяснять, работает ли она в этой стране. Страна должна иметь в виду, что в течение периода экспериментальной реализации программы, программа и её реализация адаптируются, чтобы сделать её более эффективной и действенной для страны.

Важным фактором, который вносит свой вклад в успех поддерживающего лечения метадоном или бупренорфином, является продолжительность лечения. Чем дольше пациент находится на лечении, тем лучше результаты лечения. Таким образом, важно, чтобы правительство обеспечило непрерывность лечения метадоном и его наличие при запуске пилотного проекта. Экспериментальный проект, который рассчитан на 6 месяцев, не должен означать, что проект будет останавливаться в конце каждого 6 месяцев для оценки. Правительство должен обеспечить продолжение программы лечения метадоном или бупренорфином на то время, когда проводится оценка; в противном случае пациенты вернутся к инъекциям героина.

Также представляется важным, чтобы экспериментальные проекты с использованием метадона или бупренорфина охватывали достаточное число лиц, потребляющих наркотики. Важно иметь в пилотном проекте, по меньшей мере, 200 участников, чтобы получить результаты, которые можно было оценить для определения проблемных вопросов, связанных с выполнением данного проекта. Аналогичным образом, пилотный проект должен привлечь как можно больше потребителей наркотиков для обеспечения получения действительных и надежных данных о его выполнимости.

4.7.2. Участие членов семьи потребителей наркотиков в программе

Когда потребитель наркотиков включается в программу ЗПТ, ей/ему может потребоваться большая поддержка со стороны членов семьи (братьев и сестер, родителей, партнеров, детей).

Их уровень участия иногда может означать разницу между успехом и неспособностью пациентов остаться в программе и продолжать лечение.

В такие программы семьи могут быть вовлечены или могут участвовать следующим образом:

- i. **Финансовая поддержка** – она особенно важна на начальных этапах лечения. Пациент может не иметь работы и, возможно, будет зависеть от членов семьи для оплаты расходов на лечение. Иногда, когда лечение предоставляется бесплатно, пациенту могут понадобиться деньги на оплату расходов, связанных с транспортом, чтобы добраться из дома в больницу и обратно. Также могут возникать затраты, связанные с оплатой различных тестов, когда клиника может потребовать такие анализы, как тесты функции печени или тест на ВИЧ. Другие расходы включают питание, проживание и/или одежду.
- ii. **Физическая поддержка.** Вновь, на ранних стадиях лечения, пациент может быть не обеспечен жильем или работой/трудоустройством. Таким пациентам, возможно, потребуется помощь со стороны членов их семей для обеспечения работой и получения регулярного дохода. При поиске работы, им, возможно, потребуется жилье для себя и детей, если таковые имеются. Другой вид физической поддержки заключается в том, что члены семьи могут периодически посещать клинику вместе с пациентом и встречаться с врачом, чтобы поговорить с ним о лечении и о прогрессе, достигнутом пациентом в этом направлении.
- iii. **Эмоциональная поддержка.** Некоторые люди говорят: "коли стал наркоманом, навсегда им и останется". Эта унижительная поговорка также означает, что люди очень подозрительны в отношении потребителей наркотиков, даже если они находятся на лечении или проходят лечение. Часто наркопотребители, которые прошли лечение, а также пациенты, получающие метадон или бупренорфин, жалуются на то, что очень часто члены их семей не доверяют им даже после их полного восстановления и избавления от потребления героина. Это, как правило, касается такого случая, когда говорят: "Виновен до того, как доказана невинность", поскольку бывший потребитель наркотиков/пациент всегда остается главным подозреваемым, когда у него что-то пропадает дома. Ситуации, подобные этим, могут вызвать у пациентов чувство, что они не принимаются со стороны членов их семей. Их усилия, чтобы справиться с болезнью и избавиться от зависимости не оцениваются и не признаются, и, наконец, развивается чувство отсутствия цели находиться "чистым". Это может привести к рецидиву.

4.7.3. Участие потребителей наркотиков/пациентов в программе

Нельзя рассматривать потребителей наркотиков как проблему. Именно они, на самом деле, являются ключом к успеху или провалу программы ЗПТ. Так как пациенты являются потребителями, они удерживают в памяти много информации о том, что имеет важное значение для развития и успеха программы заместительной терапии.

Потребители наркотиков / пациенты могут участвовать в программе следующим образом:

- i. Предоставление информации о героине с использованием "сцены";
- ii. Обратная связь для врачей по поводу точки зрения пациента относительно лечения и персонала клиники;
- iii. Отзывы о причинах «отсева» среди пациентов;

- iv. Отзывы о присутствии и влиянии наркодельцов на месте лечения;
- v. Формирование групп поддержки по принципу «равный - равному», которая может обеспечить психологическую поддержку.

4.8. Инфраструктура

4.8.1. Месторасположение:•

В идеале центр ЗПТ должен располагаться вблизи «горячих точек» (там, где собирается или проживает значительное число потребителей инъекционных наркотиков). Место центра должно располагаться в пределах 5 - 10 км в радиусе от горячей точки. Если центр ЗПТ не находится вблизи «горячей точки», тогда он должен располагаться в центральном районе города, или должен быть легко доступен для ПИНов с помощью общественного транспорта. Также в перспективе можно будет рассматривать расположение Центров ЗПТ в центрах социальных услуг или дроп-ин-центре, где осуществляется деятельность по оказанию услуг ПИНам.

4.8.2. Площадь:

Центр ЗПТ должен иметь помещения для

- **Врача.** Эта комната предназначена для врача для получения истории клиента, осмотра клиентов и начала лечения, а также для последующей деятельности. В помещении должно быть достаточно места для врача, клиента и сопровождающего его лица, чтобы можно было сесть и обсудить различные вопросы, а также должно быть место для проведения медицинского осмотра. Помещение должно вселять в клиента чувство защищенности и приватности, чтобы дать ему возможность свободно говорить о своих личных проблемах.
- **Комнаты распределения или отпуска лекарств.** Эта комната предназначена для медицинской сестры/фармацевта для ежедневного отпуска лекарств клиентам. В комнате должен быть стол с местом для хранения медикаментов, которые будут отпускаться в течение одного дня. В комнате должно быть достаточно места для медсестры, чтобы сидеть вместе с 2 - 3 клиентам (клиент должен сидеть в течение 3 - 5 минут, пока не растворится лекарство под непосредственным наблюдением медсестры в то время, пока она занимается лекарством для другого клиента) и для офисного вспомогательного персонала.
- **Комнаты для консультирования клиентов.** Данное помещение должно размещаться в комнате, где достаточно пространства для консультанта, клиента и его/ее членов семьи, чтобы они могли сидеть. Помещение должно обеспечить клиентам конфиденциальность (закрытое помещение, чтобы можно было свободно обсудить свои проблемы с консультантом. В некоторых центрах, где врач работает неполный рабочий день, в одной и той же комнате могут находиться и работать как врач, так и консультант.
- **Места для ожидания.** Это место предназначено для клиентов, чтобы они могли сидеть, в то время как они ожидают своей очереди. Оно также может быть местом для отдыха клиентов после того, как они получили свою дозу, и должно быть надлежащим образом оснащено и обставлено мебелью. Место для ожидания могло бы также служить в качестве места для групповых бесед, встречи группы поддержки, а также для семейных встреч. В этом

месте могут быть материалы для чтения, телевизор, а также игры, чтобы клиентам было чем заняться

- **Складского помещения или склада.** Это место предназначено для хранения медикаментов и других товаров в центре. Для безопасного хранения лекарственных препаратов должны соблюдаться предельные меры предосторожности. Медикаменты должны храниться в надежно закрытом на замок шкафе. В помещении должно быть прохладно, оно должно быть защищено от попадания прямых солнечных лучей и надлежащим образом проветриваться/вентилироваться. Склад не должен быть легко доступен для клиентов и посетителей.

- **Помещения для ведения учета/регистрации посетителей в центре.** В центре должно быть достаточно места для ведения и хранения отчетности по клиентам и других соответствующих документов, а также в центре должны быть введены и вестись надлежащие системы регистрации.

4.8.3. Интерьер/удобства центра

- Центр должен вызывать у клиентов чувство комфорта, безопасности и приватности, и внешне он должен быть достаточно привлекательным для клиентов, обращающихся за услугами.
- Все комнаты должны быть надлежащим образом окрашены, и иметь достаточное освещение и вентиляцию.
- В центре также должны быть кран с питьевой водой и туалет.

4.8.4. Часы работы клиники

Центр ЗПТ должен быть открыт 7 дней в неделю. Центр ЗПТ будет функционировать, как минимум, 7 - 8 часов в день. Во время государственных праздников/по воскресным дням клиника может быть открыта в течение ограниченного периода времени. Необходимо, чтобы предварительная информация о днях праздников/выходных днях предоставлялась клиентам. Решение относительно часов отпуска лекарств может приниматься центром согласно потребностям клиентов. Тем не менее, отпуск лекарственных средств должен производиться, по меньшей мере, 50 - 60% времени работы Центра. На доске объявлений должны вывешиваться эти сроки вместе с контактной информацией о врачах в случае чрезвычайной ситуации. Информация о тех местах или объектах, где ПИНЫ могут получить доступ к услугам детокси(фи)кации и шприцам также должна вывешиваться на видном месте.

4.8.5. Оборудование:

- Основная мебель для персонала и клиентов
- Оборудование для базового медицинского осмотра или освидетельствования, например. стетоскоп, осветительный прибор, одноразовые перчатки, аппарат для измерения артериального давления, термометр и т.д.
- Для отпуска лекарственных средств: чашки для отпуска или распространения и т.д.
- В случае с центрами, предоставляющими другие медицинские услуги: оборудование для лечения абсцессов, система обработки отходов и т.д.
- Презервативы: демонстрируются /показываются таким образом, чтобы они были легко доступны для клиентов

- Иглы и шприцы также могут предоставляться в центре
- Контейнеры для колющих предметов для безопасной утилизации использованных игл и шприцев и других инфекционных материалов

4.8.6. Персонал

1. В клинике, где проводится ЗПТ, как правило, работают группы специалистов или команды, состоящие из следующих сотрудников:

- i. Врач, который предписывает лечение
- ii. Медсестры
- iii. Фармацевт
- iv. Консультанты

2. Роль данных провайдеров медицинских услуг/медицинских работников в программе лечения метадонном заключаются в следующем:

Врач

- Медицинская и психологическая оценка для выявления проблем, связанных с наркотиками, с которыми сталкиваются пациенты
- Разработка плана лечения, который будет включать в себя определение первоначальной дозировки и последующие увеличения дозы для пациентов
- Лечение/ведение интоксикации и прекращение приёма наркотиков пациентами
- Лечение фармакотерапией
- Лечение сопутствующих медицинских заболеваний
- Лечение сопутствующих психиатрических заболеваний
- Направление врачам со специальными навыками пациентов, которые нуждаются в них (например, направление пациентов, которые могут нуждаться в специализированной помощи в связи с ВИЧ или другими болезнями)
- Уход за беременными женщинами и их новорожденными детьми

Медсестры

- Помощь врачу в отборе и оценке пациентов
- Предоставление информации о наркотиках, метадоне, бупренорфине и связанных с ними вопросах всем пациентам
- Лечение/ведение интоксикации и прекращения приёма наркотиков пациентами - аспекты медсестринского дела
- Поддержка по уходу и оказание помощи врачу по всем другим аспектам лечения и ухода за больным: она включает в себя первичную медико-санитарную помощь, прививки, клинические наблюдения, обработка ран и перевязки соответствующими материалами
- Проведение медико-санитарного просвещения и предоставление дополнительной информации о медикаментах
- Осуществление посещений на дому для обсуждения стратегии с родителями и другими членами семьи, находящимися на иждивении родителей
- Координация ухода, последующие мероприятия для больного и мониторинг

Консультанты

- Помощь и содействие в процессе оценки, включая выявление среди пациентов проблемных вопросов, связанных с наркотиками и алкоголем

- Консультации, в том числе мотивационного интервьюирования и предупреждения рецидивов
- Предоставление постоянной информации и оказание поддержки в отношении лечения, побочных эффектов и стратегий для преодоления вызовов, связанных с употреблением наркотиков Последующий мониторинг и наблюдение пациентов
- Ведение карточек пациентов
- Работа с семьями пациентов для обеспечения приверженности лечению
- Направления к врачам со специальными навыками, особенно, в области психического здоровья
- Направления в систему социального обеспечения.

Фармацевты

- Гарантия того, что правильный лекарственный препарат (по своей концентрации и количеству/объему) выдается правильному пациенту (для выполнения этой задачи необходимы 2 фармацевта);
- Обеспечение того, чтобы пациенты употребили свою дозу, а вероятность уклонения от лечения должна минимальной или вообще отсутствовать;
- Наблюдения за пациентами на токсичность и прекращение приёма наркотиков до и после отпуска препарата;
- Обеспечение обратной связи с врачами относительно токсичности и прекращения приёма наркотиков, с которыми сталкиваются пациенты;
- Ведение журналов регистрации метадона и бупренорфина и хранения лекарства.

3. Может быть задействован дополнительный персонал в работе метадоновой клиники/учреждения:

- i. Социальный работник (и);
- ii. Peer-to peer (сотрудник (и) из числа ПИН для работы по принципу равный-равному);
- iii. Охранник (и).

4. Численность персонала, необходимого для каждой клиники или учреждения, будет зависеть от согласованного соотношения числа персонала к численности пациентов. Опять же, данное соотношение меняется в зависимости от учреждения. Однако для учреждения или клиники, в которую обращается 300 пациентов, рекомендуется иметь следующее количество сотрудников:

- 2 доктора
- 2 медсестры
- 5 консультантов

Важно, чтобы в клинике были определены дополнительные врачи и медсестры, которые бы работали с пациентами, заменяя сотрудников, находящихся на больничном или в ежегодном отпуске, а также на период выходных дней.

Клиники работают наиболее эффективно, когда они обслуживают от 200 до 300 пациентов. Клиники, имеющие больше, чем указанное число больных, может столкнуться с проблемами, связанными с теснотой и переполненностью, а также с проблемами материально-технического обеспечения. Одним из способов борьбы с переполненностью является открытие спутниковых отделений для выдачи лекарства. В спутниковых отделениях отпускается только метадон. Когда пациентам требуются дополнительные услуги, пациенты направляются обратно в головную клинику для встречи с врачом или консультантом.

4.9. Ведение пациентов с особыми потребностями

4.9.1. ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом

Применение метадона создает уникальную возможность максимально приблизить специализированную помощь этой категории больных. Самым главным является то, что метадоновая поддерживающая терапия дает возможность систематического применения антиретровирусной терапии, которая в настоящее время является единственным методом лечения СПИДа. Эти препараты полностью совместимы с метадоном. Необходимо только принимать во внимание тот факт, что эти препараты усиливают метаболизм метадона и поэтому обычно требуют назначения повышенной дозы.

Другим фактором является также существенное уменьшение рискованного поведения (инъекции нелегальных наркотиков, совместное использование инъекционного инструментария, рискованное половое поведение), которое достигается как путем назначения адекватной дозы метадона, так и путем информационных интервенций, которые осуществляют консультанты и сотрудники программы.

4.9.1.1. Предложение тестирования на ВИЧ и консультирование для людей с опиоидной зависимостью

Консультирование и тестирование на ВИЧ должно предоставляться всем пациентам с опиоидной зависимостью, так как они имеют высокий риск приобретения вируса. Нормальная клиническая деятельность назначающего лечение от наркотической зависимости специалиста и лечащей команды должна включать формирование взаимоотношений с местной службой тестирования на ВИЧ и консультирования для обеспечения легкого направления.

4.9.1.2. Стабилизация лиц, страдающих опиоидной зависимостью и получающих ЗТ, до начала антиретровирусной терапии

Оптимальное лечение ВИЧ зависит от очень хорошей приверженности к антиретровирусной терапии. Приверженность к АРТ у групп населения, потребляющих наркотики, может быть повышена /улучшена первой стабилизацией таких больных, которых находят на ЗТ для лечения опиоидной зависимости. Период стабилизации до инициации АРТ может примерно длиться два месяца, хотя имеется мало доказательств в поддержку определенного периода стабилизации до АРТ.

4.9.1.3. Консультирование пациентов в отношении взаимодействия между ЗТ и АРТ

Метадон взаимодействует с рядом антиретровирусных препаратов, которые могут снизить эффективность некоторых антиретровирусных препаратов и усилить побочные эффекты других. АРВ препараты могут изменить уровень метадона в крови, поэтому необходим тщательный мониторинг симптомов в течение начала АРТ у больных на метадоне. Могут потребоваться корректировки дозы.

4.9.2. Больные гепатитами В и С, у которых есть синдром опиоидной зависимости

Как свидетельствует практика, среди больных гепатитами большую часть составляют активные ПИН. Лечебный процесс значительно усложняется нестабильным поведением ПИН, которые находятся в состоянии активной зависимости, употребляют незаконные опиаты, преждевременно завершают лечение. Назначение метадона в таких случаях значительно улучшает результаты лечения. Доказано, что влияние метадона на печень незначительно, и он может использоваться в тех случаях, когда нет существенного нарушения функций печени. При незначительных нарушениях функции печени лечение метадонном необходимо производить осторожно, при контроле анализов, используя минимально достаточные дозы. Значительная печеночная недостаточность является противопоказанием для терапии метадонном. Назначение метадона осуществляется после осмотра врача-нарколога местной программы ЗПТ и установления диагноза опиатной зависимости с синдромом отмены. Окончательное решение о назначении метадона принимает СКК совместно с врачами инфекционистами или гепатологами. Целью лечения в стационаре является предупреждение развития синдрома отмены и его облегчение. С этой целью предлагается детоксикация заместительными препаратами (долгосрочная и краткосрочная), решение о дальнейшем лечении в программе ЗПТ принимается после окончания курса стационарного лечения по поводу гепатита.

4.9.3. Туберкулез и опиоидная зависимость

а) Отбор лиц с опиоидной зависимостью, страдающих от туберкулеза

ТБ не является редкостью среди потребителей наркотиков в связи с их низким социально-экономическим статусом и плохим общим состоянием здоровья и питания многих зависимых от опиоидов пациентов. Многие из них также ВИЧ инфицированы, что еще больше подрывает их статус питания и состояние здоровья.

б) Стабилизация лиц с опиоидной зависимостью и получающих ЗТ, для повышения приверженности к противотуберкулезным лекарственным препаратам

Пациенты с опиоидной зависимостью могут придерживаться более сложных медикаментозных схем, таких, как противотуберкулезное лечение после их стабилизации потребления наркотиков с помощью ЗТ. Это также помогает улучшить показатель удержания в схеме лечения.

в) Консультирование пациентов, в отношении взаимодействия между ЗП и противотуберкулезными препаратами.

Ряд лекарственных препаратов, используемых для лечения туберкулеза, в частности рифампицин, может взаимодействовать с метадонном.

4.10. Культурный контекст

ЗТ эффективно показала себя независимо от культурного контекста во многих странах. Тем не менее учитывая того, что оказание наркологических услуг происходит в условиях местной социально-культурной среды, провайдером услуг необходимо учитывать особенности верования и практики, характерных для местных сообществ в целях содействия участию сообщества и приемлемости лечения с её стороны. Например, в часы отпуска лекарства в клиниках ЗТ, возможно, потребуются внести изменения во время Рамадана, чтобы облегчить продолжение лечения для тех, кто держит уразу/пост.

4.11. Лечение в условиях ареста или заключения

В случае ареста или заключения пациента программы ЗПТ, медицинской службой учреждения, где он находится, после консультации с врачом центра ЗПТ, может быть назначена краткосрочная детоксикация метадоном, если в данном учреждении не внедрена программа ЗПТ. Медицинская служба этого учреждения должна иметь лицензию на назначение наркотических средств.

4.12. Метадон

4.12.1. Фармокология и фармакокинетика метадона

Метадон является сильнодействующим агонистом мю- и каппа-опиоидных рецепторов. При проведении заместительной терапии его назначают внутрь в виде раствора. Он применяется в виде рацемата (D-, L-метадон) или левовращающего изомера (L-метадон, поламидон). Левовращающий изомер в 2 раза более активен, чем рацемат. Вся нижеследующая информация о дозировках касается рацемического метадона. Метадон представляет собой белый порошок, горький на вкус. Его применяют в форме 1% раствора (1 мл раствора содержит 10 мг метадона). 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.

Для достижения равновесной концентрации в крови необходимо прием метадона в постоянной дозе в течение 5 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. Как правило, при приеме стабильной дозы препарата пациент является работоспособным. Побочные действия препарата возникают у 20% пациентов.

4.12.2. Назначение и дозирование метадона

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).

Наиболее безопасным методом начальной индукции является назначение первых доз метадона в стационарных условиях. Это позволяет быстро преодолеть стереотип инъекционного поведения, предупредить передозировки и употребление незаконных наркотиков на начальном этапе. Продолжительность госпитализации, как правило, 7-10 дней. В случае невозможности проведения стационарного этапа, метадоновая индукция может

проводиться амбулаторно с обязательным наблюдением пациента в течение 3 часов после приема дозы ежедневно до определения поддерживающей дозы метадона.

Предварительные оценки уровня толерантности являются очень ненадежными и не могут быть основой в определении начальной дозы. Первичная доза, с точки зрения безопасности, не должна превышать 20 мг, а если есть сомнения в толерантности пациента, то 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, не стоит увеличивать начальную дозу больше, чем на 20 мг на протяжении первой недели. Необходимо помнить, что передозировка метадонном представляет большую опасность, но, с другой стороны, недостаточная доза является неэффективной. Первоочередной задачей первого этапа индукции является устранение синдрома отмены опиатов.

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 5-10 мг в день, но не выше 20 мг в неделю

Как свидетельствует мировая статистика, 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 140-180 мг. 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.

Индивидуальная доза зависит от многих факторов: скорости метаболизма метадона, состояния печени, параллельного приема других лекарственных средств, которые влияют на обмен метадона (например, регулярное употребление большинства современных антиретровирусных препаратов вызывает необходимость повышать дозу метадона, потому что его метаболизм ускоряется и, как следствие, уменьшается концентрация в крови). В некоторых случаях ускоренного метаболизма метадона является целесообразным делить дневную дозу на два приема (так называемый «split»), что требует повторного визита пациента в клинику на протяжении дня. Пропуски приема метадона также приводят к корректировке дозы. Так, например, пропуск 1-2 дней подряд не требует корректировки, если нет проявлений интоксикации любыми психоактивными веществами, после 3 суток рекомендовано назначать половину дозы, после 4-х - не больше чем 40 мг и если пациент не принимал метадон 5 дней подряд или больше назначают по схеме начальной индукции. Во всех случаях пациента должен осмотреть врач.

Проявления передозировок опиоидными агонистами требуют дополнительного наблюдения в клинике, а при необходимости – специфической терапии антагонистами (наллоксоном).

Если во время визита пациент находится в заметном состоянии интоксикации любым депрессантом ЦНС, в том числе и в состоянии алкогольного опьянения, очередная доза ему не выдается, а предлагается прийти позже. Если и во время повторного визита ещё наблюдаются остаточные признаки интоксикации, назначается половинная доза.

После 3-х суток все назначения заместительного препарата необходимо осуществлять по решению СКК, которая фиксирует свое решение относительно дозы и срока применения заместительного препарата. Выводы комиссии фиксируются в специальной форме, которая вносятся в амбулаторную карту.

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. После определения поддерживающей дозы на протяжении первого месяца записи делаются еженедельно, до 3-х месяцев – один раз в 10 дней, после 12-го месяца – 1 раз в 2 недели. Любые существенные изменения состояния пациента, а также дополнительные назначения или смена дозировки должны фиксироваться во врачебных записях.

Важным фактором терапии является постоянный контроль за состоянием пациентов. Медсестра, которая наблюдает за пациентом ежедневно, 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. С целью объективной оценки состояния и поведения больных предусмотрено проведение рандомизированного уриноконтроля. Анализ проводится на наличие опиатов (морфин, героин). 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. По решению врача, при наличии данных о злоупотреблении другими психоактивными веществами (признаки интоксикации, анамнестические данные и т.д.) проводится исследование мочи на барбитураты, бензодиазепины, амфетамины. 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 ЛПУ.

Наличие тяги к употреблению опиоидов, признаков синдрома отмены и сопутствующего употребления 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 наркотикам. 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. При подборе дозы следует учитывать, что сопутствующее употребление нелегальных опиоидов, алкоголя или седативных средств указывает, как правило, на недостаточную дозу метадона. Сопутствующее употребление психостимуляторов и кокаина свидетельствует о слишком высокой суточной дозе.

Пациенты нередко считают, что метадон как заменитель героина вызовет у них схожие ощущения. Непонимание различий между этими средствами порой заставляет пациентов просить о назначении им повышенных доз метадона. Возможно, в прошлом многие из них иногда принимали нелегальный метадон и обнаруживали, что не испытывают той привычной эйфории, которую вызывают опиаты. Это привело их к заключению о необходимости принимать метадон в больших количествах, если он должен выступать заменителем героина. Для большинства пациентов различие между метадоном и героином носит подчеркнуто качественный характер - отсутствие «кайфа» после приема и ослабленный эйфорический эффект типичны для метадона в противоположность героину. Увеличение дозы метадона обычно не создает ощущения, что это замена героина: пациент просто чувствует, что принял много метадона.

4.12.3. Приготовление раствора метадона

Для ЗПТМ в лечебно-профилактических организациях используется метадон в виде готового водного 0,1% раствора, приготовленного в аптеках г. Душанбе, имеющих Лицензию Министерства здравоохранения Республики на фармацевтическую деятельность. Ответственными лицами за хранение, приготовление и отпуск метадона гидрохлорида для кабинетов выдачи раствора метадона являются провизоры аптек.

Порядок выдачи провизорами готового раствора метадона гидрохлорида осуществляется на основании требования медицинских сестер или фармацевта/провизора ЗПТМ в соответствии с приказом Министерства здравоохранения «О порядке хранения, учета, отпуска и применения в медицинской практике наркотических средств, ядовитых, психотропных, сильнодействующих веществ и прекурсоров в Республике Таджикистан» от г. № .

4.12.4. Доставка и хранение метадона

Транспортировка недельного запаса раствора метадона в аптеки/аптечные склады, филиалы, кабинеты ЗПТМ осуществляется фармацевтом/провизором или медицинской сестрой ЗПТМ лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения в сопровождении экспедитора. 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 требованиям приказа Министерства здравоохранения Республики «О порядке хранения, учета, отпуска и применения в медицинской практике наркотических средств, ядовитых, психотропных, сильнодействующих веществ и прекурсоров в Республике Таджикистан» от

4.12.5. Процедура выдачи метадона участнику

Метадон выдается пациентам ежедневно, согласно графику работы подразделения. Дозирование согласно с листом назначений осуществляет медсестра. Жидкая форма метадона

любой концентрации дозируется при помощи дозатора. Пациенты принимают метадон исключительно в присутствии медсестры.

Личные данные сотрудников, задействованных в транспортировке, хранении и выдаче раствора метадона предоставляются руководителями программ в АКН Республики.

4.13. Выдача доз на руки

В перспективе с целью обеспечения более гибкого подхода с пациентами и расширения степени полномочий и возможностей через сформированное "доверие" необходимо будет решить вопрос о выдаче доз на руки с учетом 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 позитивных анализов на содержание наркотиков. Практика приема 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 приема метадона принимает СКК. Решение фиксируется письменно с указанием дозы метадона и дни домашнего приема на протяжении недели. Один экземпляр этого решения выдается на руки пациенту. При наличии данных о злоупотреблении этой привилегией или изменений в состоянии пациента он опять переводится на прием метадона в клинике.

В любом случае, пациент, который получил метадон для приема дома, несет полную ответственность за его сохранность и целевое использование согласно с действующим законодательством. Метадон для приема дома может выдаваться непосредственно в центре ЗПТ 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.

4.13.1. Важные критерии выдачи дозы на руки

Выдача доз на руки для приема дома в целом относится только к метадоновой заместительной терапии. Выдача доз бупренорфина на руки для приема 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 приема на дому доза лекарства должна быть идентичной дозе, отпуск и прием которой находится под контролем или наблюдением.

Необходимо провести оценку пациента на предмет его стабильности, прежде чем он начнет прием 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 наркотиков (может или не может быть подтверждено выборочным тестом мочи на содержание наркотиков)

- Стабильное психическое здоровье
- Стабильное жилье
- 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 приема на дому. Необходимо проконсультироваться со всей лечащей командой, включая фармацевта, для принятия решения относительно выдачи доз на руки для их приема дома. Развитие событий относительно выдачи доз для их приема на дому может идти в следующей последовательности:

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

Для высокостабильных больных 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 приема на дому не рекомендуется в следующих ситуациях:

- Потребление поли веществ
- Последние передозировки или появление в состоянии опьянения для получения дозы
- Нестабильные психиатрические состояния
- Считается, что пациент может потребить принесенные домой дозы инъекционным способом. .

4.13.2. Выдача доз на руки для их приема на дому для пациентов в сельских районах

Для пациентов, которые проходят лечение от опиоидной зависимости в сельской местности, может быть трудным посещать учреждения каждый день, чтобы получать дозы под наблюдением. Если это так, то выдача доз на руки для их приема на дому может начаться в начале курса лечения. Поскольку риск неблагоприятных действий метадону выше в течение первых двух недель лечения, рекомендуется, чтобы пациент получал дозы под контролем, по крайней мере, в течение этих первых двух недель. Дозы в сельской местности должно приниматься под руководством представителей местных медицинских учреждений в целях обеспечения приверженности лечению, особенно в первые месяцы лечения. В этой ситуации рекомендуется выдавать дозы на руки для их приема на дому еженедельно (т.е. максимально шесть доз), с тем, чтобы пациенты находились под регулярным наблюдением команды по лечению. В тех случаях, когда пациент оставался стабильным в течение длительного периода времени, или сотрудники сельских медицинских учреждений клинически владеет навыками предоставления лечения метадона, тогда возможна выдача большего числа доз на руки для их приема на дому. Сотрудники данных сельских медицинских учреждений должны пройти подготовку в области предоставления ЗТ.

4.14. Особые ситуации при проведении заместительной терапии

4.14.1. Стационарное лечение пациентов программ ЗПТ по поводу соматических заболеваний или травмы

Если пациент, который находится на ЗПТ, попал на стационарное лечение в другое ЛПУ, необходимо решить вопрос продолжения назначения метадона в этом учреждении на протяжении всего времени его госпитализации. В этом случае врач соматического стационара связывается с региональной программой ЗПТ и вызывает для консультации врача-нарколога. После осмотра больного врачом на заседании СКК с участием представителей стационара, где госпитализирован пациент, решаются вопросы назначения метадона с целью поддержки и определяется его дозировка. Метадон в таком случае поступает в ЛПУ через аптечную сеть или из центров по оказанию ЗПТ согласно установленному порядку. Контроль за приемом метадона осуществляет медсестра стационарного отделения или в экстренных ургентных случаях необходимая доза метадона доставляется в стационар медсестрой программы ЗПТ и принимается больным в её присутствии.

4.14.2. Амбулаторное лечение по месту проживания по поводу соматического заболевания или травмы (стационар на дому)

Амбулаторное лечение пациентов ЗПТ по месту проживания, которое требует длительного „стационара на дому” (онкологические заболевания, инфаркт, инсульт, перелом костей), требует организации контролируемого приема метадона. В этом случае, также СКК решает вопрос о назначении метадона, его дозировании и длительности применения. Метадон доставляется медсестрой центров ЗПТ и принимается больным в её присутствии.

Если во время прохождения ЗПТ у клиента возникло временное заболевание, которое препятствует визиту в центр ЗПТ, ему предлагается на это время лечь или в стационарное отделение соматического стационара, или в стационарное отделение наркологического стационара, если там есть возможность лечения соматических заболеваний. Метадон в таких случаях распределяется через стационарное отделение.

4.14.3. Пропуск дозы метадона.

Если пациент не явился на прием и имел место пропуск очередной дозы метадона, то рекомендуется снижение дозы при возобновлении приема метадона. Суточная доза снижается на 20% от первоначальной за каждый пропущенный день. Если пациент пропустил 4 дней, то начальная суточная доза не должна превышать 40 мг. Если были пропущены 5 дней, начать новое введение

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

	<p>7. Дать половину дозы метадона и возобновить нормальный режим дозирования на следующий день</p> <p>8. Держать пациента под пристальным наблюдением в течение следующих нескольких дней</p>
Если были пропущены 5 дней, начать новое введение	

4.14.4. 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 в 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	<p>Обзор больного спустя 4 часа для оценки того, испытывает ли или нет пациент абстинент</p> <ul style="list-style-type: none"> • Признаки абстинента – дать нормальную дозу • Нет признаков абстинента-дозы не давать, а возобновить её прием на следующий день

4.14.5. Сопутствующее употребление психоактивных веществ.

Сопутствующее употребление психоактивных веществ в течение первых 3 месяцев лечения это частое явление. Опасным для жизни пациента является сопутствующее употребление нелегальных опиоидов, бензодиазепинов, барбитуратов, димедрола и алкоголя. Употребление каннабиса не представляет непосредственной опасности, однако может нарушить терапевтический процесс в целом.

В международном масштабе программы ЗПТМ перешли к использованию скрининга мочи потребителей наркотиков для мониторинга выполнения программы и для показателя безопасности и качества программы. Некоторые программы также используют этот метод для наблюдения отдельных пациентов, но делают это таким образом, чтобы улучшить сохранение этих пациентов в схеме лечения, а также для соответствия, а не для наказания.

Поэтому рекомендуется, что, если проводится анализ мочи на наркотики в течение лечения и если анализ мочи пациента возвращается к положительному результату для морфина (указывающий потребление героина), это пациент не должен рассматриваться как неудача. Вместо этого врач/специалист, предписывающий лечение, может принять следующие меры:

- i. Обсудить с пациентом причины, почему пациент по-прежнему продолжает потреблять героин. Это может произойти в силу того, поддерживающая доза наркотиков является слишком низкой. Возможно, пациент имеет конкретные проблемы, которые могут быть легко решены?
- ii. Обсудить с пациентом его\ее режим и частоту потребления героина. Весьма возможно, что пациент потребляет меньше героина и делает инъекции реже, чем раньше. Это, в свою очередь, сокращает риск передачи и заражения ВИЧ-инфекцией.
- iii. Обсудить с пациентом подверженность риску и дать рекомендации о сокращении ВИЧ - рискованного поведения.

При подозрении на сопутствующее употребление алкоголя показано измерение алкометром его концентрации в выдыхаемом воздухе. При концентрации алкоголя 0,3 - 0,5 промилле суточная доза метадона уменьшается в 2 раза, при концентрации более 0,5 промилле метадон в этот день не выдается. В этом случае можно также дождаться, пока концентрация алкоголя упадет ниже 0,5 промилле, и потом выдать больному метадон.

Основными мотивами употребления бензодиазепинов опиотзависимыми являются:

- Компенсация недостаточной дозы метадона;
- Получение эйфории;
- Самолечение сопутствующих психических расстройств (инсомния, тревожные расстройства);
- Купирование стрессовых ситуаций, связанных с образом жизни при потреблении нелегальных наркотиков.

Повышение дозы метадона может уменьшить частоту сопутствующего употребления бензодиазепинов.

Если у больного к началу приема в метадоновую программу сформировалась зависимость от бензодиазепинов, то их необходимо назначить параллельно с метадоном, т.к. прием одного метадона не может купировать синдром отмены бензодиазепинов. Назначают транквилизатор длительного действия (клоназепам, диазепам) в постепенно понижающейся дозировке. При невозможности проведения амбулаторной детоксификации от транквилизаторов ее проводят стационарно. В случае если принято решение о назначении бензодиазепинов, то начальная доза диазепама составляет не более 40 мг/сут. Ее понижают на 2,5 - 5 мг в неделю до суточной дозы 20 мг диазепама. Затем темп понижения составляет 2 мг в неделю. Бензодиазепины необходимо выдавать пациентам ежедневно. Для профилактики судорог, связанных с синдромом отмены бензодиазепинов, назначают карбамазепин 600- 1000 мг/сут на весь срок уменьшения дозы транквилизаторов и в течение 2-4 недель после их полной отмены.

4.14.6. Зависимость от бензодиазепинов

Использование бензодиазепина является обычным среди зависимых от опиоидов людей, для облегчения абстинентных симптомов и увеличения воздействия опиоидов, которые, как правило, более дорогие. Вид использования бензодиазепина зависит от условий и контекста, а также от существующих тенденций в сообществах людей, потребляющих наркотики. Как правило, краткосрочно действующие бензодиазепины, такие как мидазолам, альпразолам и термазепам скорее всего будут использоваться вредным образом. Инъекционные формы

бензодиазепинов, таких, как мидазолам также все чаще используются вредным образом в некоторых странах.

Зависимые от опиоидов пациенты, занимающихся вредным потреблением бензодиазепина, должны начать лечение с 20 мг метадона. Доза увеличивается на 5-10 мг каждые 5 дней, с частыми обзорами пациентов на заседаниях ССК

Больных, в настоящее время занимающихся вредным потреблением бензодиазепина, следует осторожно вводить в лечение метадоном. Эти пациенты имеют более высокий риск передозировки или смерти, особенно в течение первых двух недель лечения. Особую осторожность следует проявлять в случаях с зависимыми от бензодиазепина- пациентами на предмет пропуска ими доз ЗП, так как такие больные могут быть в высокой степени подвержены риску передозировки. За пациентами необходимо наблюдать в день лечения лечащей командой на предмет восстановления лечения.

4.16.7. Лечение зависимости от бензодиазепинов

Необходимо следовать следующим принципам в контексте лечения зависимости от бензодиазепина:

- Бензодиазепины длительного действия (например, диазепам) предпочтительнее, чем бензодиазепины краткого действия (например, альпразолам)
- Инъекции бензодиазепинов не должны выписываться.
- Введение бензодиазепинов должно, где возможно, осуществляться под непосредственным наблюдением.
- Не рекомендуется уменьшать дозу метадона в течение сокращения потребления бензодиазепина.
- Нельзя внезапно прекращать лечение пациентов высоким уровнем дозы бензодиазепинов, что связано с риском возникновения припадков или приступов.
- Чем продолжительнее и медленнее идет детоксификация, тем больше вероятность того, что пациенты успешны в лечении.

Имея это в виду и особо предупреждая, прекращение приема наркотиков с помощью диазепама включает в себя следующее:

- Переход пациентов к "эквивалентам диазепама "
- Сократить предписанную дозу диазепама на 2,5-5 мг в неделю до самой низкой допустимой дозы (дозу ЗП, возможно, необходимо будет увеличить).
- При наличии учреждений, необходимо использовать непродолжительное стационарное пребывание в Центре по реабилитации наркоманов для оказания помощи при прекращении приема бензодиазепинов. При прекращении приема бензодиазепина в амбулаторных условиях, важно сокращать дозу очень медленно для предупреждения рецидивов и выхода больного из лечения.
- Применение седативных анти нейрорептических средств/нейрорептиков или габапентина в настоящее время не поддерживается доказательствами.

Абстинентные симптомы бензодиазепина могут сохраняться в течение нескольких недель после завершения прекращения его приема. Основными абстинентными симптомами являются:

- Бессонница
- Раздражительность и гнев
- Тревога

- Проблемы с кратковременной памятью
- Деперсонализация/дереализация (расстройство восприятия окружающего)
- Приступы и припадки (редко, если идет постепенное сокращение)
- Мышечные судороги, конвульсии, звон в ушах, галлюцинации, покалывание, онемение и измененная чувствительности/восприятия

4.14.8. Назначение бензодиазепинов в лечебных целях врачом

В подавляющем большинстве случаев следует избегать назначения бензодиазепинов больным метадоновой программой. Их назначение может быть показано в следующих ситуациях:

- Наличие зависимости от транквилизаторов еще до начала заместительной терапии.
- Наличие тревожных расстройств, не поддающихся лечению другими способами.

Следует учитывать, что больные могут симулировать эти состояния, если знают, что им могут назначить транквилизаторы.

4.14.9. Алкогольная зависимость

Несмотря на то, что употребление алкоголя в Таджикистане не распространено масштабно по сравнению с другими странами региона, он все таки остается весьма распространенной формой зависимости от вредных веществ, особенно среди мужчин. Вредное употребление алкоголя (распитие питья) является более распространенным явлением по сравнению с алкогольной зависимостью (питьё каждый день). У более молодых пациентов больше шансов пристраститься к вредному потреблению алкоголя. Зависимости в равной степени подвержены различные возрастные группы.

Снижение потребления алкоголя в связи с опиоидной зависимостью имеет важное значение в силу двух основных причин:

- Многие ПИНЫ имеют гепатит Б или С или оба заболевания, употребление алкоголя будет увеличивать прогресс или развитие хронических заболеваний печени и цирроза печени.
- Алкоголь является седативным средством, которое может увеличить вероятность передозировки у пользователей поли наркотических веществ, особенно у больных с хроническими заболеваниями печени.

4.14.10. Лечение от алкогольной зависимости

Опиоидно зависимые люди, занимающиеся проблемным потреблением алкоголя, должны получать соответствующее лечение. Лечение обычно делится на две части - управление прекращением приема наркотиков и профилактика рецидивов. Большинство людей должны стремиться к воздержанию, поскольку существует очень мало доказательств того, что лица с длительным проблематичным потреблением алкоголя имеют возможность заниматься контролируемой выпивкой.

Лечением прекращения приема алкоголя должен руководить подготовленный врач, соблюдая следующие принципы:

- У большинства людей нет необходимости получать медикаментозные режимы прекращения приема алкоголя
- Выход с помощью диазепама является наиболее распространенной формой лечения, чтобы облегчить симптомы и предотвратить судороги.
- Диазепам предписывается в течение четырех дней после прекращения употребления алкоголя, а лицам, получающим ЗТ, сделать это безопаснее в стационарной обстановке.

- Дозирование должно срабатывать на симптомы", то есть принимают столько лекарства, сколько это необходимо для контроля симптомов.

- Руководствоваться при назначении максимальной дозы диазепама в сутки следует от тяжести алкогольной зависимости. Эта доза обычно колеблется от 40 до 80 мг.

- Прием диазепама необходимо остановить за 5 дней прекращения употребления алкоголя. Всех людей с проблематичным потреблением алкоголя следует поощрять нормально поесть, чтобы было сбалансированное питание. Добавки тиамина рекомендуются для лиц, хронически зависимых от алкоголя. .

Предотвращением рецидива должен заниматься подготовленный врач. Наиболее важным предиктором успеха является удержание в схеме лечения, а более продолжительное удержание приводит к улучшению результатов, вне зависимости от метода лечения. Следующие методы лечения являются эффективными:

- Психосоциальные мероприятия, такие, как мотивационное интервьюирование, группы самопомощи и консультирование

- Препарат, снимающий тягу, может уменьшить тягу к алкоголю и продлить воздержание.

Для лиц, получающих ЗТ, рекомендуется препарат акампросат(ацетилгомотаурин) три раза в день. Нельзя ежедневно использовать налтрексон (таблетки) 50 мг в день для больных, потребляющих опиоиды, так как это приведет к острому абстиненту/выводу, хотя данный препарат является эффективным средством для сокращения рецидивов к алкоголю у людей, не потребляющих опиоидов.

4.14.11. Частичная детоксификация

Пациенты, находящиеся на заместительной терапии, могут страдать сопутствующей зависимостью от бензодиазепинов, барбитуратов и алкоголя. В этой ситуации необходимо проведение частичной детоксификации, т.е. на фоне заместительной терапии пациенту назначается лечение синдрома отмены алкоголя или седативных средств.

4.15. Побочные действия метадона

4.15.1. 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.

4.15.2. 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.

Лучшими средствами от запора являются: прием грубоволокнистой пищи и увеличение потребления жидкости. При хроническом запоре показано применение слабительных средств.

4.15.3. Повышенное потоотделение

Оно наблюдается у 50 % пациентов. При выраженной потливости показан нифедипин.

4.15.4. Нарушение менструального цикла

Нарушения 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.

4.15.5. Изменения в сексуальном влечении

Считается, что все опиоиды в той или иной степени отрицательно влияют на сексуальное влечение. Причина этого явления пока остается неизученной. Однако при потреблении метадона, напротив, отмечается явное повышение сексуального желания. Не исключено, однако, что это вызвано не в меньшей мере стабилизацией состояния пациентов, снижением стрессов и потреблением алкоголя, чем прямым фармакологическим воздействием метадона.

4.15.6. Увеличение массы тела

Раствор метадона не отличается высокой калорийностью (всего 1,7 ккал на 1 мл). Это означает, что прием 50 мг метадона по своей калорийности (85 ккал) равен примерно двум сухим печеньям, а потому появление лишнего веса во время метадоновой терапии вряд ли можно объяснять, повышенной калорийностью метадона. Но прибавка в весе 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.

При выраженной прибавка в весе рекомендуется увеличение физических нагрузок и уменьшение калорийности пищи.

4.15.7. Эндокринные эффекты

При длительном лечении метадоном могут наблюдаться следующие эффекты:

- уменьшение концентрации фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и пролактина (проходит в течение 2- 10 месяцев);
- повышение уровня антидиуретического гормона;
- уменьшение уровня тестостерона;
- уменьшение уровня адренкортикотропного гормона.

Клиническое значение этих изменений в уровне гормонов не ясно. В очень редких случаях у мужчин отмечается увеличение уровня пролактина и гинекомастия.

4.15.8. Стоматологические побочные эффекты

Метадон традиционно прописываются в виде водных растворов (на том или ином сиропе). При постоянных контактах зубов с жидкостью, содержащей сахар возникает опасность кариеса. Для профилактики кариеса рекомендуется принимать водные растворы метадона без сахара. Пациентов нужно информировать о том, что необходимо употреблять меньше сахара, следить за гигиеной полости рта; регулярно проходить осмотр у стоматолога, полоскать рот после приема метадона, регулярно чистить зубы.

4.16. Отравления/передозировка метадон

Для 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.

Метадон должен поступать и храниться во флаконах со специальными крышками, которые не могут быть сняты детьми. На флаконах обязательно должны иметься этикетки с указанием количества и концентрации лекарства и с предупреждением об опасности передозировки.

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

- Нельзя оставаться в одиночестве в течение первых четырех часов после принятия первой дозы назначенного вам 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 отравления метадон являются: тошнота и рвота, миоз, сонливость, цианоз, холодная и влажная кожа, брадикардия, гипотензия и гипотермия. Если дозировка велика, а пациенту не оказана медицинская помощь, развивается дыхательная недостаточность и апноэ (остановка дыхания). Также могут наблюдаться судороги в результате гипоксии, Смерть наступает от остановки дыхания.

При подозрении на передозировку метадона необходимо оказание экстренной помощи. Если пострадавший потерял сознание его следует положить на бок, чтобы он не захлебнулся при рвоте. Не рекомендуется искусственно вызывать у пострадавшего рвоту, так как при потере сознания он может захлебнуться, Врач должен дать пострадавшему 50 г активированного угля и наблюдать за его состоянием по крайней мере в течение суток. Пациентам, у которых не выработалась толерантности к метадону, в случае принятия дозы более чем в 30 мг, может потребоваться промывание желудка. Такое промывание может принести пользу и через 4 часа после приема повышенной дозы, так как метадон замедляет работу органов пищеварения. Взрослым, проходящим курс лечения метадон, имеет смысл назначить промывание желудка, если они приняли метадон в количестве вдвое превышающем обычную суточную дозу. Основным лекарственным средством для лечения отравлений метадон (и другими опиоидами) является налоксон. Он является конкурентным антагонистом опиоидов за воздействие на рецепторы головного мозга. Налоксон показан при коматозных состояниях и брадипноэ при отравлении метадон. Налоксон вводят внутривенно, начальная доза составляет 0,2 - 0,4 мг. Если дыхательная функция не восстанавливается, рекомендуется назначить повторные (более высокие) дозы налоксона через 2-3 минуты после первой, учитывая весьма длительный период полувыведения метадона (15 часов для одноразовой дозы или 25 часов для постоянных потребителей) в случае передозировки налоксон приходится применять в виде повторных инъекций. Даже если у пациента намечается улучшение он может снова испытать ухудшение, когда действие налоксона заканчивается. 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.

4.17. Метадон и различные заболевания

4.17.1. Бронхиальная астма

Способность опиатов вызывать выброс гистамина означает, что теоретически метадон может стать причиной резкого ухудшения состояния лиц, страдающих астмой. В то же время, метадон способствует стабилизации состояния наркозависимого пациента, снижает стрессы и, тем самым, улучшает общее состояние здоровья пациента.

4.17.2. Сахарный диабет

В водном растворе метадона может содержаться глюкоза, что может оказать отрицательное влияние на состояние больных диабетом. Для лиц, страдающих диабетом, можно готовить жидкий метадон без сахара.

4.17.3. Эпилепсия

Если пациент страдает эпилепсией, важно учитывать, какое противосудорожное средство он принимает. Лекарственные взаимодействия антиконвульсантов с метадоном указаны в приложении.

4.17.4. Заболевания печени

У пациентов с циррозом печени заместительная терапия в принципе может ускорить развитие портосистемной энцефалопатии. Особую осторожность надо соблюдать в начале лечения, так как у таких пациентов повышен риск передозировки при назначении дозировок выше 50 мг.

4.17.5. Болевой синдром

Анальгетический эффект метадона может колебаться в зависимости от обстоятельств. При снижении дозировок метадона многие потребители опиатов жалуются на появление сильных болей. Часто это обычное проявление синдрома отмены, но тем не менее врачи должны удостовериться, что боли не вызваны иными причинами и ранее не ощущались из-за высокого уровня опиатов в организма. Если не попытаться снять эти болевые ощущения, потребители опиатов могут вернуться к незаконному приему наркотиков, занявшись самолечением и пытаясь унять боли. Если болевой синдром возникает на фоне лечения метадоном, то возможно повышение его суточной дозировки либо сочетание с анальгетиками с неопиоидным механизмом действия.

а) Лечение больных с острой болью

Пациентам, испытывающим острую боль во время лечения метадоном, следует назначать простые, неопиоидные анальгетики, такие, как парацетамол (ацетаминофен) или нестероидные противовоспалительные препараты, особенно если присутствуют воспалительные компоненты боли. Часто одновременно требуется опиоидные анальгетики непродолжительного действия. Управление тяжелой острой болью у находящихся на метадоне больных, требующих госпитализации, должно проводиться таким же образом, что и для пациентов с нормальным лечением (т.е. назначение парентеральных опиоидов), за исключением тех случаев, когда высокие дозы опиоидного лечения зачастую требуются в связи с опиоидной толерантностью. Там, где это возможно, прием доз метадона следует продолжать в течение пребывания в больнице, с дополнительными опиоидными анальгетиками, по необходимости.

Тем пациентам, которые испытывают сильную боль, но которых нельзя проконтролировать в том же режиме, потребуется специализированный анестезиологический обзор/наблюдение, а также региональные анестезии (блокады) или ведение кетамина.

б) Лечение больных с хронической болью

Для лечения хронической боли метадон (или другой опиоид длительного действия) предпочтительнее бупренорфину, так как он обладает более высокими анальгетическими свойствами. У пациентов с хронической болью, необходимо клинически исследовать происхождение боли до лечения метадоном. Рекомендуется направление к специалисту для определения ясного и четкого плана ведения больного

Пациенты с хронической боли часто имеют значительные психологические проблемы и проблемы с психическим здоровьем, которые следует решать во время лечения. Депрессия, в частности, является обычной проблемой. Пациентов с хронической болью могут совместно вести специалист, назначающий лечение, и клинический специалист с соответствующей областью специализации.

4.18. Опиоидная зависимость у женщин

4.18.1. 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-пациентов. Беременные женщины с активным синдромом зависимости от опиатов должны приниматься в ЗТ 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 новорожденных 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 ЗТ у беременных с опиоидной зависимостью. ЗТ предупреждает рецидивы использования нелегальных наркотиков, предотвращает симптомы абстиненции и уменьшает риск осложнений 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 ребенка, и ассоциируется с более высокой массой тела новорожденного

Преимущества и недостатки заместительной терапии метадоном у беременных женщин

Преимущества	Недостатки
<p>Позволяет избежать вредного воздействия на плод примесей, содержащихся в наркотиках. По имеющимся данным, метадон не вызывает пороков развития плода.</p> <p>Прием известной дозы на регулярной основе.</p> <p>Позволяет избежать периодов воздержания от наркотиков, которые на ранних сроках беременности могут привести к выкидышу, а на поздних – к внутриутробной задержке развития плода и мертворождению.</p> <p>Снижение риска преждевременных родов.</p> <p>Снижение риска внутриутробной задержки развития.</p> <p>Повышение регулярности дородового наблюдения</p>	<p>Абстинентный синдром у новорожденного протекает тяжелее и дольше, чем у детей, матери которых не получали лечения опиоидной зависимости.</p> <p>Удлинение периода госпитализации и лечения новорожденного.</p> <p>Увеличение потери веса у новорожденного.</p> <p>Снижение потребности ребенка в еде.</p>

Дозы

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 приема некоторых препаратов метаболизм метадона в печени ускоряется. Это может потребовать назначения доз, превышающих 120 мг/сут.

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.

Повышение дозы

На поздних сроках беременности может потребоваться повышение дозы метадона или деление дозы пополам (приемом утром и вечером), чтобы не допустить низких концентраций метадона в крови вследствие увеличения объема 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.

Взаимодействия между метадоном и АРВ-препаратами у беременных

У беременных женщин взаимодействия между метадоном 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 приема невирапина для устранения абстиненции ежедневную дозу метадона приходилось повышать на 50–100%. Абстинентный синдром обычно развивался на 4–8-е сутки после начала приема 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.

4.18.2. Ведение ВИЧ-инфицированных женщин с наркотической зависимостью, поступивших в момент родов и не получавших дородовой помощи

Большинство беременных, употребляющих наркотики, не обращаются за дородовой помощью и поступают в роддом непосредственно перед родами или в родах. В этих случаях необходимо, чтобы персонал роддомов быть готов предпринять следующие действия:

- оценить наркотическую зависимость и сообщить результаты оценки наркологу и неонатологу;
- провести экспресс-тест на ВИЧ, если ВИЧ-статус роженицы неизвестен или во время беременности был отрицательным;
- назначить лечение абстинентного синдрома;
- начать ЗТ, если это необходимо;
- провести консультирование о влиянии наркотиков на исход беременности и на новорожденного, а также на выбор лечения.

ППМР у ВИЧ-инфицированных женщин с наркотической зависимостью должна проводиться по тем же правилам, что и у остальных женщин. Женщины, страдающие зависимостью от опиоидов, которым назначают АРВ-препараты в начале родов или при поступлении в роддом, необходимы достаточные дозы метадона для предупреждения абстиненции.

4.18.3. Обезболивание

Обезболивание требует особого внимания во время родов и в послеродовом периоде, особенно после КС. У женщин с зависимостью от опиоидов его проводят так же, как у остальных

беременных и рожениц. Для устранения боли могут потребоваться более высокие дозы анальгетиков.

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

4.18.4. Грудное вскармливание и метадон

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

4.19. Ведение новорожденных с наркотической зависимостью и абстинентным синдромом

4.19.1. Клиническое обследование

Абстинентный синдром наблюдается у 50–80% новорожденных, которые подвергались воздействию опиоидов внутриутробно (обычно в первые 24–72 часа жизни). Однако тяжелые симптомы, требующие медикаментозного лечения, наблюдаются только у 5–20% этих детей. Абстинентный синдром у новорожденных, матери которых получали бупренорфин, особенно выражен на 3–4-е сутки и продолжается 5–7 суток. Метадоновый абстинентный синдром обычно длится не более 4 суток.

Симптомы абстинентного синдрома у новорожденных различаются по тяжести и продолжительности и включают:

Признаки неонатального абстинентного синдрома

Общие признаки	Менее обычные признаки
<ol style="list-style-type: none"> 1. Раздражительность, расстройства сна 2. Чихание 3. Сосание кулака 4. Пронзительный крик 5. водянистый стул 6. Общая гипер активность 7. Неэффективное сосание 8. Плохой набор веса 9. Неприязнь ярких огней 10. Дрожь 11. Повышение количества вдохов и выдохов (респираторной показатель) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зевота/зевание 2. Рвота 3. Увеличение производства слизи 4. Повышенное реагирование на звук 5. Судороги (редко)

Источник: Анри-Эдвардс и др.. (2003)

У новорожденного с симптомами абстиненции, мать которого употребляла наркотики или подозревается в их употреблении, тяжесть абстинентного синдрома необходимо оценивать каждые 4 часа. Оценку тяжести нужно проводить по одной и той же системе (см. табл по оценке тяжести признаков и симптомов абстинентного синдрома у новорожденных в баллах). На основании этой оценки подбирают дозы препаратов для лечения абстинентного синдрома

Оценка тяжести абстинентного синдрома у новорожденных в баллах

Признак или симптом	Баллы
<i>Нарушения со стороны ЦНС</i>	
Пронзительный плач	2
Продолжительный пронзительный плач	3
Сон <1 часа после кормления	3
Сон <2 часов после кормления	2
Сон <3 часов после кормления	1
Повышенный рефлекс Моро	2
Резко повышенный рефлекс Моро	3
Легкий тремор при возбуждении	1
Умеренный и сильный тремор при возбуждении	2
Легкий тремор в состоянии покоя	3
Умеренный и сильный тремор в состоянии покоя	4
Гипертонус мышц	2
Экскориации (специфические области)	1
Миоклонии	3
Генерализованные судороги	5
<i>Метаболические, вазомоторные, дыхательные нарушения</i>	
Потливость	1
Лихорадка 37,2–38,2°C	1
Лихорадка 38,4°C и выше	2
Частое зевание (>3–4 раз)	1
Мраморный рисунок кожи	1
Заложенность носа	1
Чихание >3–4 раз	1
Раздувание крыльев носа	2
Частота дыхания >60 в мин	1
Частота дыхания >60 в мин с втяжением податливых участков грудной клетки	2
<i>Желудочно-кишечные нарушения</i>	
Чрезмерно жадное сосание	1
Вялое сосание при кормлении, быстрое насыщение	2
Частое срыгивание	2
Рвота фонтаном	3
Жидкий стул	2
Водянистый стул	3

Источник: Finnegan et al., 1975.

4.19.2. Лечение абстинентного синдрома у новорожденных

Основная цель лечения абстинентного синдрома у новорожденного – обеспечить ему покой, полноценный сон и питание; лечение не приводит к устранению всех симптомов. Лечение проводится поэтапно.

Первый этап – поддерживающая терапия: спокойная обстановка (тихое помещение, неяркое освещение, тугое пеленание, укачивание на руках или в кроватке, соска-пустышка), частое кормление малыми порциями (по требованию), отсутствие резких перемен в окружающей обстановке. Если симптомы усиливаются, переходят ко второму этапу.

Второй этап – медикаментозное лечение. Препарат выбора – раствор фенobarбитала. Если этот препарат не дает эффекта или развиваются судороги, вместо него назначают раствор морфина. Лечебные дозы препаратов варьируют в зависимости от балльной оценки абстинентного синдрома. Иногда может наблюдаться очень сильная рвота; в этом случае необходимо временно заменить назначенный препарат хлорпромазином (2–3 мг/кг/сут 3–4 раза в/м).

Терапевтические дозы препаратов для лечения абстинентного синдрома у новорожденных

Тяжесть абстинентного синдрома (баллы)	Доза	
	Фенobarбитал	Морфин
8–10	6 мг/кг/сут в 3 приема	0,32 мг/кг/сут в 4 приема
11–13	8 мг/кг/сут в 3 приема	0,48 мг/кг/сут в 4 приема
14–16	10 мг/кг/сут в 3 приема	0,64 мг/кг/сут в 4 приема
17+	12 мг/кг/сут в 3 приема	0,80 мг/кг/сут в 4 приема

Источник: Finnegan et al.,1975

Взаимодействия между АРВ-препаратами, которые назначают новорожденным как часть ППМР, и препаратами для лечения абстинентного синдрома новорожденных пока не изучены.

4.20. Этап поддержания

Оптимальные дозы метадона на поддерживающем этапе составляют свыше 60 мг в сутки. Максимальные суточные дозировки – 200мг. Рекомендуемая продолжительность пребывания пациента на данном этапе составляет три месяца и более.

На этапе поддержания у пациента могут быть выявлены симптомы отмены, возникшие по различным причинам (низкие дозировки метадона, прием алкоголя, антибактериальных препаратов, пропуск в приеме препарата и т.д.). В зависимости от выраженности симптомов абстиненции, необходимо увеличить дозу метадона на 5 или 10мг в сутки, но не более чем на 20мг в течение одной недели.

Наблюдение за состоянием участника осуществляется специалистами по мере обращения его за консультацией, но не реже четырех раз в месяц. Тестирование мочи на наличие нелегальных наркотиков в организме пациента проводится на данном этапе терапии не реже 1 раза в месяц. При положительном результате анализа мочи необходимо скорректировать дозу метадона в сторону увеличения последней, в случае отказа пациента от повышения дозы требуется психотерапевтическое вмешательство.

4.21. Регулярное наблюдение за прогрессом пациента

Пациенты должны регулярно наблюдаться и обсуждаться на заседаниях ССК. ССК должна обсуждать прогресс пациента, по крайней мере, два раза в первый месяц лечения и ежемесячно. Пациенты должны наблюдаться клинически при проведении терапии независимо от того, он получает терапию в стационарных условиях или в амбулаторных:

- День 1, в течение четырех часов после первой дозы
- День 3 или 4
- Конец первой недели
- По крайней мере, еженедельно в течение первых месяцев или до тех пор, пока не будет определена стабильная дозировка
- По меньшей мере один раз в две недели в течение первых трех месяцев лечения
- Как минимум ежемесячно после этого.

Этот график необходимо пересмотреть, если состояние больного ухудшается. Целью обзора является формирование более глубокого понимания пациента клинических и психосоциальных проблем, и развитие сильных терапевтических отношений. Хотя продолжительность лечения является, как правило, проблемой для пациентов, особое внимание следует уделять клиническому и психосоциальному прогрессу для определения продолжительности лечения.

Каждый обзор должен также включать в себя следующее:

- История заболевания
- Текущая доза метадона
 - Потребление наркотиков и алкоголя в настоящее время (Опиоиды, Амфетамины, Бензодиазепины, Алкоголь, другие препараты, широко используемые на местах)
 - Сопутствующие медицинские состояния (вирусные гепатиты и хронические заболевания печени, травмы и заболевания, связанные с инъекционным потреблением, ВИЧ-инфекция и ТБ)
 - Важные психосоциальные вопросы
 - Абстинентные признаки или признаки интоксикации Признаки других медицинских состояний
 - Экспертиза психического состояния: обследование на предмет – депрессии, тревоги, мании, психоза, причинения само вреда.
 - Физическое обследование
 - Дальнейший план ведения в зависимости от оценки /наблюдения пациента

4.22. Этап завершения терапии метадон

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. Отсутствие возможности у пациента продолжать терапию в гражданском обществе.
4. Исключение пациента из терапии.

Критериями для исключения пациента из ЗПТМ могут являться:

- Нерегулярный прием метадона, отказ от контактов с медперсоналом;

- систематическое злоупотребление алкоголем с клиническими признаками алкогольной зависимости;
- проявление агрессии к персоналу ЗПТМ;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета выдачи препарата;
- наличие индивидуальной повышенной чувствительности к препарату.

В случае *планового завершения* ЗПТМ назначается следующая схема снижения дозировок метадона: по 10 мг еженедельно до достижения 100 мг в сутки, далее по 5 мг в неделю до достижения суточной дозы до 5 мг. 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 пациента* рекомендуется ежедневное снижение дозы метадона на 10 мг до достижения уровня 30 мг. Далее ежедневное снижение дозы метадона должно составлять 5 мг до достижения уровня 5 мг/сутки. В последние два дня участия в лечебной программе рекомендуются дозы 5 мг/сутки.

4.23. Детаксикация при помощи ЗТМ

Детаксикация при помощи ЗТ может проводиться как с целью детоксикации от нелегальных опиатов, так и с целью прекращения лечения метадонотерапией с целью детоксикации рекомендуется использование одного из нижеприведенных стандартных схем детоксикации:

Режим детоксикации – 2 недели:	Режим – 1 месяц:	Режим – 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 является целесообразным стационарное лечение с использованием клонидина, обезболивающих средств не опиоидной группы, снотворных или бензодиазепинов. Рассматривается возможность форсированной детоксикации от метадона под общей анестезией с использованием опиоидных антагонистов (наллоксон, налтрексон). После проведения детоксикации крайне важным является создание системы поддержки путем привлечения в группы самопомощи или программы 12 Шагов.

4.24. Пост абстинентная терапия

После прекращения физических абстинентных симптомов, риск рецидива будет оставаться высоким в течение длительного периода времени, особенно если психосоциальная ситуация пациента не является стабильной. Пост абстинентная терапия требует продолжения взаимодействия с пациентом в разработке методов, полезных для профилактики/предотвращения рецидива. Фармакологическая помощь опиоидным антагонистом налтрексоном может также пойти на пользу.

4.25. Альтернативное лечение

Многие пациенты с опиоидной зависимостью будут иметь другие проблемы с психическим здоровьем и психосоциальные проблемы, которые могут получить выгоду от лечения в течение ЗТ. Члены семьи могут отвести своего зависимого от опиоидов родственника к традиционному целителю для облегчения его восстановления. Хотя нет никаких признаков того, что методы традиционного лечения знахарем являются эффективными в лечении токсикомании, пациенты и члены семьи могут полагать, что они играют свою роль. В этом случае, очень важно поощрить больных с тяжелым состоянием здоровья, например, с гепатитом или ВИЧ, обратиться за квалифицированную медицинскую помощь, а не к помощи традиционных целителей.

4.25.1. Психосоциальная поддержка

В целях эффективной терапии в рамках ЗПТМ необходимо предусмотреть одновременное оказание медицинской и психосоциальной помощи. В зависимости от потребностей пациентов и результатов психотестов необходимо обеспечить им доступность 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. Программа может быть короткой или расширенной;
- Группы самопомощи или программы с участием равных по положению

4.25.1.1. Ситуационное управление

Метод ситуационного управления используется для изменения поведения, путем вознаграждения желательного поведения. Некоторые методы могут оказывать негативное воздействие на нежелательное поведение. По сути, это структурированная система границ, согласованных между пациентами и лечащей командой до начала лечения. Ситуационное управление может быть в ведении какого-либо персонала с относительно небольшой подготовкой. Его основными элементами является следующее:

- Четкое определение желательного поведения, такого, как воздержание от опиоидов
- Постоянный контроль наличия или отсутствия желаемого поведения, например, для поиска доказательств мест свежих инъекций
- Указанные вознаграждения за желаемое поведение, например, деньги, талоны, лотерейные билеты

- Положительные личные отзывы сотрудников для желаемого поведения.

Резервное управление может быть связано с любым желательным поведением, которое имеет конкретные результаты, с потенциалом для вознаграждения.

4.25.1.2. Когнитивная поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия должна находиться в ведении подготовленных клинических психологов. Данный метод для опиоидной зависимости сфокусирован на представлении о том, что формы поведения являются функцией убеждения. Например, зависимость от веществ является выученным поведением, которое может быть изменено с помощью исправления искаженных моделей веры.

"Когнитивный" компонент призван изменить искаженные, негативные стили мышления и обоснования для потребления наркотических веществ. Из этого следует, что после того, как пациент "перепрограммировал" свое мышление относительно наркотиков, он примет более правильные решения относительно их использования, что приводит к сокращению потребления и вреда. Примером является возможность выявления и, следовательно, возможность избежать повышенного риска, который может привести к рецидиву. "Поведенческий" компонент направлен на укрепление позитивного поведения, связанного с хорошими результатами. Резервное управление служит тому примером.

4.25.1.3. Группы самопомощи или программы с участием равных по положению

Эти группы являются добровольными, ими руководят равные по положению люди или сверстникам, по своему размеру они невелики и регулярно встречаются. Пациенты могут обнаружить, что группы самопомощи оказывают эмоциональную поддержку и вселяют чувство, что они не одиноки в борьбе с опиоидной зависимостью. Хотя имеется мало свидетельств того, что группы самопомощи по таким направлениям, как анонимные наркотики или метадон, являются эффективными с точки зрения сокращения потребления наркотиков, они недорогие и простые с точки зрения оказания услуг. Сверстники педагоги могут способствовать созданию и развитию группы самопомощи в рамках их роли.

Равные по положению сверстники или люди хорошо принимаются другими собратьями в рамках сообщества, потребляющего наркотики. По этой причине, программы с участием равных по положению людей, включая взаимное обучение и работы группы равных по положению лиц, могут быть полезны в создании сильных связей с людьми, зависимыми от опиоидов. Равные по положению воспитатели - сотрудники, могут не иметь официальной медицинской квалификации и, таким образом, недорого обойдутся клинике, если принять их на работу.

Программы с участием равных по положению людей основаны на концепции, согласно которой людей с хорошими навыками межличностного общения, которые заинтересованы в обучении в сфере, связанной с здравоохранением, можно подготовить к предоставлению информации и образованию своим коллегам, потребляющим наркотики. Обучение обычно проходит поэтапно и формирует знания с течением времени.

Роль равного по положению педагога заключается в следующем:

- Развивать отношения с потребителями наркотиков в сообществе
- Предоставление информации о состоянии здоровья потребителей наркотиков в сообществе
- Предоставить информацию и облегчить доступ к услугам по снижению вреда

- Предоставить направления и наладить связь потребителей наркотиков с местными медицинскими службами, такими как центры лечения наркомании.

Для поддержания и сохранения сильных этических рамок, равные по положению педагоги должны:

- Предоставлять точную и объективную информацию для потребителей наркотиков
- Обеспечить потребителей наркотиков информацией на уважительной, конфиденциальной основе
- Предоставление информации, которая является полезной для потребителей инъекционных наркотиков для сохранения их здоровья
- Сохранение конфиденциальности

Равные по положению педагоги имеют некоторые ограничения:

- Равные по положению педагоги не являются медсестрами или врачами, и нельзя ожидать, чтобы они знали всё.
- Равные по положению педагоги не в состоянии обеспечить лечение.
- Потребление наркотиков происходит в любое время и все дни в году. Нельзя ожидать от равных по положению воспитателей, чтобы они работали все часы, поскольку это может привести к «сгоранию» (подрыву здоровья и истощению сил) и ограниченной дееспособности.
- Неточная информация может быть контр продуктивна, а иногда и опасна. Поэтому равным по положению педагогам следует предоставлять только информацию, относящуюся к их конкретным направлениям подготовки.

Если равные по положению педагоги сомневаются, они должны передать своих их пациентов кому-нибудь более осведомленному специалисту.

Социальное сопровождение пациентов включает:

- помощь пациентам в налаживании утраченных семейных отношений;
- направление ПИН в службы социальной и правовой поддержки;
- предоставление информации участникам по процедуре восстановления документов, удостоверяющих личность;
- формирование сотрудничества и преемственности в работе с государственными, реабилитационными, благотворительными и неправительственными организациями, деятельность которых тесно связана с ПИН и людьми, живущими с ВИЧ;
- организацию образовательных семинаров для участников и сотрудников ЗПТМ.

Опыт и научные исследования показывают, что хорошие услуги психосоциальной поддержки пациентов увеличивают успех программ ЗПТ. Многие потребители героина привыкли к лихорадочному и хаотичному образу жизни, включающий в себя поиск денег, поиск лекарств, поиск места для потребления / инъекции наркотиков и место для "получения кайфа". Этот процесс повторяется 3-4 раза в день в связи с короткой продолжительностью действия данного вида наркотика.

Метадон является долго действующим наркотическим препаратом, и пациенты не жаждут наркотиков каждые 5-6 часов. Им не нужно заниматься поиском денег, или тратить время, пытаясь "набрать средств" для наркотиков. Зачастую это означает, что они имеют дополнительное время, чтобы распорядиться им, как только они становятся участниками метадоновой программы. Но в то же время это может представлять различные проблемы, если ими не заниматься эффективно.

Некоторыми из проблем, стоящими перед пациентами, получающими ЗПТ являются:

I. *Безработица и скука* - когда пациенты участвуют и посещают программы лечения метадонном, их жизнь стабилизируется. Однако без работы, они могут потратить большую часть своего времени дома, смотря телевизор. Это приводит к скуке и может привести к рецидиву употребления героина.

II. *Разочарование в связи с обычным течением жизни* - некоторые пациенты найдут обычные посещения в клинику каждый день, каждую неделю тщетными и утомительными.

III. *Паника, страх и печаль по поводу ВИЧ-заболевания*

IV. *Сексуальная дисфункция* – у некоторых мужчин метадон и бупренорфин может вызвать снижение сексуального влечения и либидо. Тем не менее, очень немногие мужчины обсуждают этот побочный эффект с их врачами или медсестрами из-за страха или смущения. Им также, возможно, неловко обсуждать эту проблему с супругой или подругой.

V. *Чувство недоверия со стороны семьи и соседей.*

VI. *Правовые проблемы* в связи с преступлениями, совершенными во время потребления героина.

VII. *Финансовые проблемы*, в том числе деньги на транспорт для посещения клиники и плата за какие-то другие лекарства: хотя и небольшая по своему размеру плата иногда может стать существенным фактором, который может способствовать отсеву из программы среди пациентов).

VIII. *Члены семьи не уверены, каким образом они могут помочь.*

Любая из этих проблем могут способствовать рецидиву, если эффективно не заниматься её решением. Поэтому важно, чтобы для пациентов в рамках программы лечения были включены планы по психологической поддержке, включая консультирование.

Существующее доказательство свидетельствует о том, что добавление такого компонента как психологическая поддержка в стандартную ЗПТ значительно облегчает отказ от потребления героина в ходе лечения

4.25.2. Способы обеспечения психологической поддержки

I. Обеспечение того, что услуги консультирования можно получить в клинике. Обученный и умеющий поставить себя на место другого, сопереживающий консультант может помочь пациентам восстановить их жизнь. Консультанты будут оказывать помощь пациентам в разработке механизмов, чтобы противостоять рецидиву потребления героина и решать личные и семейные проблемы. Добавление такого компонента как консультирование в программу ЗТ может привести к 30% повышению показателя удержания пациентов в схеме лечения.

II. Прием на работу консультанта равного по положению. Им может быть восстановленный от героина потребитель (в настоящее время метадонном или нет) для оказания поддержки пациентам. Этот равный по положению работник мог бы обсудить такие вопросы, как сексуальная дисфункция, как строить свои отношения с семьей её членами и соседями, а также человек, живущий с ВИЧ (особенно если консультант также является сверстником ВИЧ инфицированного).

III. Создать группу поддержки пациентов – поддерживаемая таким образом дискуссия можно выявить схожесть проблем, с которыми сталкиваются пациенты, и может сформировать у пациентов чувство солидарности.

IV. Создать семейную группу поддержки – родители и члены семьи также нуждаются в помощи в поддержке своих сыновей/дочерей, братьев и сестер. Они должны понимать изменение поведения пациента и процесс лечения. Это даст им возможность больше доверять пациенту и, в свою очередь, оказать более эффективную поддержку. В ходе встреч семейной группы поддержки, трудности, с которыми сталкиваются родители и другие члены семьи, могут быть решены путем обучения одних другими, которые, возможно, уже прошли через тот же опыт.

4.26. Мониторинг эффективности терапии

Мониторинг эффективности лечения наркозависимости 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;
- ◊ направления в программы ЗПТМ гражданского сектора.

Использование стандартизированных инструментов оценки, таких как Индекс тяжести зависимости позволяет проводить более четкий контроль состояния пациента. Скрининг потребления наркотиков с использованием анализа мочи, слюны, крови, волос или выдыхаемого воздуха может отражать результаты лечения. Скрининг приема наркотиков необязателен; он должен проводиться с информированного согласия пациента, и его результаты не должны служить основанием для прекращения лечения.

Критерия эффективности

- Улучшение соматического состояния
- Улучшение психоэмоционального состояния
- Возобновление и/или увеличение контактов с родными и близкими
- Снижение уровня криминального поведения.

4.27. Обеспечение преемственности в процессе реализации программ по ЗПТ

4.27.1. Обеспечение наличия и доступности лекарств, применяемых в ЗПТ на общенациональном уровне.

Как уже говорилось ранее, пациентам, которые начинают лечение метадонотом или бупренорфином, необходимо иметь ежедневный доступ к этим препаратам до тех пор, пока они не завершат свое лечение. Прерывание лечения может привести к рецидиву потребления героина, что в свою очередь будет означать утрату тех успехов, в первую очередь достигнутых во время курса лечения.

В начале ЗПТ, организаторы сталкиваются с рядом вопросов и проблем относительно места проведения лечения. Очевиден тот факт, что программы ЗПТ должны осуществляться в местах со значительно выраженной необходимостью лечения.

Однако, что если лечение будет происходить в:

I. местах с высокой или низкой распространенностью ВИЧ?

II. районах с высоким уровнем потребления инъекционных наркотиков, либо в районах, где появляется такая проблема, как зарождение инъекционного потребления наркотиков?

Часто выбор, который делается, склоняется к тому, что программы ЗПТ реализуются в районах с высокой распространенностью ВИЧ, где есть большое число потребителей инъекционных наркотиков. Тем не менее, планирование этих услуг, которые должны вводиться и открываться в районах, где отмечается возникновение эпидемий употребления инъекционных наркотиков, может также оказаться мудрым решением и шагом вперед.

Важно, что количество районов или объектов для программ ЗПТ должны соответствовать масштабам проблемы. Важно также признать, что потребители наркотиков являются мобильным населением. Пациенты часто переезжают, как только их жизнь стабилизируется. Они могут найти работу в других городах, и они могут захотеть вернуться в свои родные места, чтобы заботиться о своих пожилых родителях. Они могут вступать в брак и хотеть создать семьи в другом городе. Когда метадон или бупренорфин имеется в различных районах и городах, пациенты могут продолжать лечение и прерывание лечения можно избежать.

4.27.2. Обеспечение доступности метадона в рамках пенитенциарной системы и других закрытых учреждениях

Некоторые потребители наркотиков могут по-прежнему потреблять некоторое количество героина, в то время как они проходят медикаментозное лечение опиоидными агонистами. Причины этого обсуждались выше. Некоторые все еще могут нарушать закон по тем или иным причинам, и другие могут совершить уголовные преступления, повлекшее заключение в то самое время, когда они находятся на лечение. Когда происходит такое, их могут поймать и отправить в тюрьму. Если программы ЗПТ не доступны в рамках пенитенциарной системы, их лечение будет прервано. Снова это может привести их к рецидиву потребления героина, увеличивая возможности инъекционного потребления и пользования одной и той иглой с другими. Поэтому ВОЗ рекомендует, что *"заключенные, получающие лечение метадонотом до их лишения свободы, должны быть в состоянии продолжить это лечение, находясь в тюрьме"*.

В странах, в которых поддержание метадоном доступно для лиц с опиоидной зависимостью в сообществе, это лечение также должно быть доступно и в тюрьмах". (Руководство ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах)

Если программы ЗПТ становятся доступными в тюремной системе, это имеет множество преимуществ. Среди них:

- I. Обеспечение непрерывности лечения для пациентов, которые находились на лечении метадоном или бупренорфином за пределами тюрьмы;
- II. Предоставление медикаментозную детоксикацию потребителям наркотиков, которые поступают в тюрьму. Это позволит им избежать резкого прекращения употребления наркотиков, " ломки после отказа от наркотиков " и активного поиска героина внутри тюрьмы (или создавая больший спрос на героин внутри тюрьмы);
- III. Предоставление варианта лечения наркотическими препаратами заключенным, которые продолжают потреблять наркотики в тюрьме (особенно для заключенных, которые готовы бросить курить);
- IV. Предоставление варианта лечения наркотическими препаратами заключенным, которые вот-вот выйдут на свободу: они могут начать лечение метадоном или бупренорфином в тюрьме и быть направленными в клинику после их освобождения, чтобы уменьшить вероятность того, что они вернуться к потреблению героина. Это также снижает их шанс иметь передозировки наркотиков вскоре после освобождения или возвратиться к преступлениям, связанными с наркотиками, которые приведут их снова в тюрьму.

4.28. Рассмотрение других аспектов ЗПТ

4.28.1. Юридическая ответственность

Все терапевтические опиоиды являются контролируруемыми веществами, и поэтому присоединение к законодательной структуре или базе имеет решающее значение. Ключевыми компонентами, на которые необходимо обратить особое внимание, являются:

- Предписание препаратов осуществляется только в соответствии с клиническими показаниями
- Самостоятельно не назначают самим себе и не принимают
- Обеспечение того, чтобы рецепты написаны правильно и разборчиво
- Регистрация пациентов с указанным полномочием
- Отпуск контролируемого вещества только на основе действующего/действительного рецепта
- Обеспечение надежного хранения контролируемых веществ
- Точное и своевременное ведение учета.

Все медицинские работники, работающие в области лечения опиоидной зависимости, должны знать правила и положения, в рамках которых они работают, и, в частности, о любых новых изменениях.

4.28.2. Конфиденциальность

Конфиденциальность имеет первостепенное значение для надлежащей клинической помощи. Она также может повысить показатели удержания пациентов в схеме лечения. Клиническая

информация может быть предоставлена третьим лицам только с согласия пациента, выданного в письменной форме.

4.28.3. Управление транспортными средствами в период получения ЗТ

Пациенты должны получить консультацию об опасности вождения в то время как он получает опиоиды. Опиоиды являются седативным средством и могут нарушить способность выполнять сложные задачи, особенно при пике доз, например, два часа спустя после дозы метадону. Особое внимание необходимо уделить в моменты инициирования/начала ЗТ или когда дозы опиоидов изменились. Зрение пациентов, занимающихся потреблением поли веществ с другими седативными средствами может быть дополнительно ослабнуть. Во всяком случае пациентом находящимся на ЗТ запрещается управление транспортными средствами в период получения ЗТ.

4.28.4. Выезд за границу

При выезде за границу лица, проходящее метадоновую терапию, он исключается из программы, так как по существующим законам вывоз наркотических средств запрещено. Однако, пациенты могут договориться о получении терапии метадонем в стране пребывания. Для этого ему/ей необходимо обратиться с запросом в соответствующее консульство или посольство, и получить адреса и названия клиник, где он сможет получить терапию.

V. ИНСТРУМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММАМИ ЗПТ

5.1. ИНСТРУМЕНТ 1: Роль и обязанности государственных министерств и ведомств

Роль правительства при введении Программ ЗПТ является более заметной, чем в любой другой программе по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков, таких как программы по обмену игл/шприцев или информационно-пропагандистских программ, проводимых сверстниками или равными по положению. Метадон, как наркотик, находится под международным контролем. Он включен в Список I в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (Единая конвенция). Другими наркотическими препаратами, находящимися в одном и том же списке, например, являются фентанил, морфин, оксикодон или петидин. Бупренорфин находится под международным контролем как психотропное вещество, включенное в Список III к Конвенции о психотропных веществах 1971 года.

Метадон строго регулируется при импорте и распространении. Он также может быть использован неправильно, что приводит к серьезным последствиям. Передозировка также возможна, что требует строгих инструкций при его распределении и поднимает вопросы, связанные с ответственностью государства и врачей.

Единая конвенция содержит положения о контроле распределения импортных и отечественных наркотических средств, которые должны соблюдаться всеми участниками настоящего соглашения или договора. Правительство каждый год должен рассчитывать потребности страны в наркотических средствах и представлять эти сметы на утверждение в МККН. Импорт наркотических средств может быть осуществлен только в пределах общего объема или количества, указанного в смете импортирующей страны. Кроме того, на каждый ввоз наркотиков должно быть дано конкретное разрешение компетентным органам страны-импортера. Экспортирующие страны разрешают экспорт наркотических средств лишь на

основе разрешений/сертификатов на импорт, выданных компетентными органами импортирующих стран. Роль правительства при ввозе и внутреннем распределении метадона и бупренорфина является очень важной.

Крайне важно, чтобы вопросы управления решались на всех уровнях государственной структуры управления – национальном или республиканском, областном уровнях и, где уместно, на районном уровне. Координация между этими уровнями правительства обеспечивает сокращение путаницы относительно цели и методов реализации программы. Это имеет важное значение для успешной и эффективной реализации программы.

5.1.1. Министерство здравоохранения

Министерство здравоохранения наделено ответственностью за общее управление Программой ЗПТ на национальном уровне. ЗПТМ в качестве стратегии профилактики ВИЧ, для пациентов (потребителей наркотиков) следует рассматривать как медицинское вмешательство.

Обычно роль МЗ включает в себя:

- Разрешение на поставку медикаментов
- Одобрение/утверждении названия /формулировки и регистрации лекарств
- Подготовка национальной политики и клинических руководств или инструкций/рекомендаций по использованию лекарств
- Разработка стандартов для аккредитации клиники
- Мониторинг использования лекарств
- Отзыв некачественных товаров, если возникают проблемы с медикаментами.

Основными обязанностями МЗ является следующее:

- Включить ЗПТМ как часть национальной стратегии по СПИДу
- Создать многосекторальный Национальный консультативный совет, состоящий из всех ключевых правительственных ведомств, включая МВД: этот Консультативный совет будет контролировать разработку и внедрение метадоновой программы.
- Назначить Национального координатора по метадоновой программе. Роль национального координатора будет заключаться в обеспечении успешной реализации метадоновой программы;
- Направлять работу Национального консультативного совета и Национального Координатора по разработке Национальной программной стратегии по ЗПТМ.

Эта стратегия должна выделить следующие моменты:

- а) Обоснование для разработки ЗПТМ внутри страны. Это будет включать в себя отчет с оценкой ситуации с употреблением наркотиков и ВИЧ в стране
- б) Определение целевой численности потребителей наркотиков, которое будет охвачено /достигнуто программой
- в) Определение участков для клиник в различных географических районах в стране
- г) Способ доставки услуг, включая общую структуру программы
- д) Обеспечение связей с другими программами
- ж) Анализ потребностей в профессиональной подготовке и учебные планы для сотрудников метадоновых клиник и учреждений
- з) Разработка соответствующих бюджетов и выделение/распределение финансовых средств для метадоновой программы. Бюджет должен включать смету расходов как минимум на 3-5 лет.

- Разработать Национальную инструкцию для осуществления метадоновой программы.
- Разработать структуру мониторинга и оценки метадоновой программы
- Разработать порядок аккредитации для врачей, назначающих метадон
- Создать структуру подготовки кадров для непрерывного профессионального развития лиц, назначающих метадон, медсестер, консультантов и фармацевтов
- Осуществлять мониторинг и надзор за применением метадона в стране.

5.1.2. Министерство юстиции

Законодательство, которое дает возможность доступа к метадону и/или бупренорфину в стране, является ключом к разработке национальной программы ЗПТ. Если законы запрещают использование метадона или бупренорфина для лечения наркологической зависимости, тогда программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами не могут быть выполнены, не говоря уже о масштабах деятельности по достижению оптимального охвата этими программами. Таким образом, роль Министерства юстиции имеет важное значение при выполнении следующих задач:

- Обзор законов, касающихся ввоза и обеспечения метадона и/или бупренорфина в качестве лечения в стране;
- Поддержка создания благоприятной среды для использования метадона и/или бупренорфина в стране. Это могут быть политические рамки в виде постановлений или Президентский указ. Меморандум о взаимопонимании между МЗ/МЮ и МВД, как правило, обеспечивает правовые условия для внедрения и реализации программ медикаментозного лечения опиоидными агонистами.

Министерство юстиции отвечает за разработку и осуществление программ в тюрьмах. Программы ЗПТ, такие как программы лечения метадонем, могут быть весьма успешным для заключенных. В этом плане в обязанности этого министерства входит:

- Проведение оценки ситуации с потреблением наркотиков и ВИЧ в рамках тюрьмы;
- Участие в проведение ДЭН для выявления инфекции и распространенности ВИЧ среди заключенных;
- Проведение технико-экономических обоснований программ ЗПТМ в тюремных системах: в рамках этого настоятельно рекомендуются ознакомительные поездки в страны, где программы успешно осуществляются;
- Создание Комитета по профилактике потребления наркотиков и ВИЧ в тюрьмах: это многосекторальный комитет может включать в свой состав МЗ, МЮ, МВД, Агентство по контролю за наркотиками, НПО и родителей заключенных с целью разработки национальных стратегий и связанных с этим мероприятий по профилактике ВИЧ и потребления наркотиков в тюрьмах;
- Разработка стратегии об употреблении наркотиков и ВИЧ в тюрьме: эта стратегия будет среди прочего, определять следующие мероприятия:
 - a. Развитие/наращивание потенциала сотрудников пенитенциарных учреждений для участия в деятельности по профилактике потребления наркотиков, лечению и профилактике ВИЧ;
 - b. Профилактика потребления наркотиков (стратегии сокращения спроса) в тюрьмах среди заключенных;
 - c. Медикаментозная дезинтоксикация, лечение и реабилитация заключенных, которые, может быть, используют наркотики в рамках пенитенциарной системы;

- d. Профилактики ВИЧ среди заключенных: это может включать в себя разработку информационных сессий/занятий, дезинфицирующие программы, программы распространения презервативов;
 - e. Разработка программ медикаментозного лечения опиоидными агонистами, таких, как ЗПТМ как часть стратегий лечения потребителей наркотиков и профилактики ВИЧ;
 - f. Развитие лечения туберкулеза, гепатита С и АРВ для заключенных с ВИЧ.
- II. Разработка соглашений, меморандумов или иных политических соглашений с МЗ для передачи ЗПТМ в пенитенциарную систему.

Программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами, такие как программы ЗПТМ, может принести большую пользу по следующим причинам:

- Продолжение доступности лечения в тюрьме уменьшает вероятность возобновления потребления наркотиков после освобождения. Это, в свою очередь, увеличивает шансы пациента не продолжать совершать преступления после своего освобождения из тюрьмы, на основе необходимости получить доступ к героину или другим опиатам.
- В долгосрочной перспективе, потребители наркотиков, которые отбыли длительные сроки тюремного заключения, начиная ЗПТМ до освобождения, тем самым, увеличивая их шансы на продолжение стабилизации, когда они вернутся в сообщество.
- Для беременных женщин, употребляющих наркотики в тюрьме, лечение может принести стабильность и оказать более благоприятные последствия для здоровья матери и ребенка.
- Для заключенных, отбывающих длительные сроки наказания, которые хотели бы отказаться от героина, ЗПТМ представляет возможность сделать это в силу доказанной эффективности.

5.1.3. Министерство внутренних дел/Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан

Роль МВД заключается в том, чтобы защищать и осуществлять закон. Во многих странах сотрудники милиции играют решающую роль в успехе программы профилактики ВИЧ. Такие программы, как программы по обмену игл/шприцев не могут быть успешными, когда милиция продолжает арестовывать потребителей наркотиков, которые имеют при себе иглы и шприцы. Точно так же обстоит дело и с программами медикаментозного лечения опиоидными агонистами, в которых роль полиции имеет жизненно важное значение для успеха.

- АКН/Министерство внутренних дел должны разработать внутреннюю политику, которая поддерживает работу по профилактике ВИЧ в стране. Этот документ будет включать политику, которая признает, что ВИЧ является вопросом государственной безопасности, в котором необходима поддержка со стороны полиции. Эта политика должна быть доведена до органов милиции всех уровней в стране, тем самым обеспечивая бесперебойное осуществление программ снижения вреда.
- АКН/Министерство внутренних дел должны активно участвовать в Национальном консультативном совете, созданном МЗ в качестве равноправного партнера.
- МВД должна разработать меморандум о взаимопонимании с МЗ. Это создаст структуру, в рамках которой будут реализованы программы медикаментозного лечения опиоидными агонистами.

- На местном уровне, органы внутренних дел и учреждения по реализации программ ЗПТМ необходимо разработать механизмы для совместной работы, который будет включать в себя следующее:
- Обеспечение пациентов ЗПТ удостоверениями личности: это позволит милиции выявить пациентов программы, когда их останавливают на улице.
- Связь отделов внутренних дел с учреждениями по реализации ЗПТ в случае, когда пациент арестован. Для таких пациентов сотрудники ОВД могут связаться с консультантом по программе ЗПТ, чтобы он мог вмешаться. Это может привести к сокращению случаев лишения свободы лиц, употребляющих наркотики
- Связь ОВД с учреждениями по реализации ЗПТ в случаях, когда пациент за мелкие правонарушения задерживается и оказывается закрытым в ОВД, чтобы обеспечить для пациента непрерывное потребление метадона и/или бупренорфина. Перерыв в лечении в таких ситуациях, как эта, может привести к тому, что пациент возобновит потребление героина. Это способствует увеличению вероятности инъекционного потребления, пользования одной иглой несколькими лицами, ВИЧ-инфекции и росту преступности в будущем.
- Отделы внутренних дел реагируют ответными мерами на насилие и преступления в клинике лечения. Иногда насилие имеет место в клиниках ЗПТ. Хорошие отношения между ОВД и метадоновой клиникой может привести к улучшению поведения пациентов и оперативному вмешательству милиции в случае, когда происходит какое-либо неприятное событие или наблюдается неправильное поведение. Иногда торговцы наркотиками действуют на пороге лечебной клиники, поощряя пациентов к потреблению героина. Хорошие отношения между милицией и клиникой могут сократить эту деятельность. Однако это следует делать осторожно при участии и знании пациентов и, не создавая культуру страха среди пациентов.

5.1.4. Таможенный комитет

Таможенный комитет должен быть вовлечен в ходе планирование этапов программ ЗТ, чтобы обеспечить быстрое и надлежащее таможенное оформление метадона и/или бупренорфина. МЗ должен привлечь данный комитет на ранних стадиях, чтобы избежать путаницы и непонимания относительно того, почему этот наркотик, находящийся под международным контролем, внезапно прибывает в страну. Это может предотвратить ненужные задержки в доступе и ненужные перебои в медикаментозном лечении опиоидными агонистами.

5.1.5. Министерство труда и социальной защиты населения

Многие потребители наркотиков живут хаотичной жизни, когда они потребляют наркотики. Это часто означает, что у них нет постоянной занятости, и они утратили навыки для получения такой работы. Потребители наркотиков также часто теряют важные документы, такие, как национальные удостоверения личности, которые зачастую имеют решающее значение для получения какой-либо работы или других социальных пособий. Эти удостоверяющие личность документы могут также быть необходимы, чтобы начать лечение метадоном.

Программы ЗПТ уменьшают хаос в жизни пациента. Они возвращают стабильность и готовят пациента к реинтеграции в общество. Однако обеспечить законное трудоустройство без

навыков и надлежащих документов чрезвычайно трудно. В этом вопросе Министерство труда и социальной защиты населения может помочь следующим образом:

- Развитие партнерских отношений с МЗ, чтобы обеспечить профессиональную подготовку для пациентов, получающих медикаментозное лечение опиоидными агонистами;
- Развитие партнерских отношений с учреждениями, где реализуется программа лечения, для оказания услуг по "реинтеграции" пациентов, которые в них нуждаются;
- Развитие вспомогательных услуг для членов семьи, которые могут нуждаться в финансовой поддержке, чтобы продолжить уход за пациентом.

5.2. ИНСТРУМЕНТ 2: Инструкции по аккредитации клиник ЗПТ

5.2.1. Аккредитация

Аккредитация является важным компонентом в управлении программами ЗПТ, таких как программа заместительной поддерживающей терапии метадонем (ЗПТМ) и поддерживающей терапии бупренорфином (БМТ), поскольку она гарантирует, что системы, которые были приняты, соответствуют стандартам и высокого качества. Она также гарантирует, что организация, которая обеспечивает лечение, а также лица, назначающие это лечение, отвечают стандартам, которые обеспечивают безопасность и эффективность предлагаемых услуг.

Есть несколько механизмов/процессов аккредитации, которым следуют в ходе осуществления программ ЗПТ:

- Аккредитация фармацевтической деятельности – она обеспечивает надлежащее хранение метадона;
- Аккредитация Комитета экспертов по рассмотрению лиц, назначающих лечение - многосекторальный комитет, который обеспечивает, что все лица, назначающие лечение, проходят соответствующую подготовку и имеют квалификацию в назначении и предписания лекарственных препаратов/лечения;
- Аккредитация системы – аккредитация независимого органа контроля/гарантии качества организаций и клиник, которые предоставляют ЗПТ.

Повторная аккредитация организации, которая отвечает за разработку и осуществление программы ЗПТ, должна проводиться регулярно для гарантии того, что эта программа является:

- Эффективной
- Юридической
- Подотчетной /ответственной
- Устойчивой
- Рефлективной
- Комплексной
- И работает с участием потребителей

5.2.2. Основные критерии учреждений оказывающие услуги по ЗПТ

Когда учреждение проходит аккредитацию, это свидетельствует о том, что организация оказывает высокого качества услуги. Учреждение, которое обладает "высоким качеством", должна соответствовать следующим стандартам:

I. Безопасность – гарантия того, что ЗПТ обеспечивает программу безопасного лечения, что является приоритетом номер один. В этой связи процесс аккредитации будет рассматривать число смертных случаев, которые могут иметь место у больных и которые могут быть напрямую связаны с медикаментозным лечением опиоидными агонистами. Здесь также будут проанализировано количество ошибок в дозировании, сделанных клиникой/учреждением в течение года. Чем выше число ошибок, тем ниже уровень клиники.

II. Эффективность - обеспечение того, что пациенты, которые начинают медикаментозное лечение опиоидными агонистами, находятся на лечении в течение всего срока лечения и не бросают программу лечения. Если отмечается много пациентов, которые не завершили своего лечения или бросают лечение вскоре после его начала, это говорит о том, что, возможно, что-то организовано не так в процессе лечения в клинике/учреждении. Доля пациентов, которые остаются на лечении через 12 месяцев после начала лечения, является показателем эффективности программы ЗПТ. Показатель удержания пациентов в схеме лечения на уровне восьмидесяти процентов является очень хорошим результатом, хотя показатель удержания ниже 60% является поводом для беспокойства.

III. Целесообразность – гарантия и обеспечение того, что режим лечения подходит для пациентов. Это можно оценить, посмотрев на данные вхождения/ввода в лечение. Если пациенты по-прежнему испытывают абстинентный синдром в течение длительного времени после приема их в программу, тогда, по-видимому, дает более низкие дозы, чем требуется по медицинским показаниям пациентам.

IV. Доступ - обеспечение того, что пациент имеет надлежащий доступ к врачам и другому персоналу клиники и того, что время между первым контактом с клиникой/её посещением и приемом в программу не слишком продолжительное. Если отмечается длительный перерыв, пользователи наркотиков (пациенты) могут потерять интерес к лечению.

V. Приемлемость – обеспечение того, что режим обслуживания и лечения хорошо принимается пациентами. Это можно оценить, посмотрев на обратную связь пациентов – как на жалобы, так и на письма со словами признательности. Также нужно оценивать приемлемость программы окружающими людьми и сообществом.

VI. Эффективность - обеспечение того, что услуга по лечению служит настолько большому числу пациентов, насколько это возможно, используя имеющиеся ресурсы и инфраструктуру.

Аккредитация клиник и организаций, проводящих медикаментозное лечение опиоидными агонистами, продемонстрирует доказательства того, что организация располагает сильной системой в течение осуществления программ. Она также предоставит доказательства того, что организация имеет высокое качество:

- Политика - описание того, что организация намерена делать;
- Механизмы или порядок - описания того, каким образом они будут делать это;
- Практика – это то, что делается реально.

5.2.3. Группа по аккредитации

Группа или команда по аккредитации занимается аккредитацией и проводит её, которая состоит из лиц, представляющих различные дисциплины или направления. Эта группа могла бы стать частью того процесса, который используются для аккредитации больниц, где

центры оказывающие ЗПТ проходят аккредитацию, используя тот же порядок, что и другие лечебные учреждения. Группа аккредитации будет разрабатывать планы и стандарты для аккредитации. Эта работа будет включать разработку стандартов, которые организации/клиники должны будут достичь.

5.2.4. Пост-аккредитация

Готовится отчет по аккредитации, который должен содержать результаты процесса аккредитации и рекомендации относительно каких-либо улучшений. Данный отчет выделяет и освещает те направления, где учреждение демонстрирует высокое качество, и подтверждает, что она добилась стандартов, установленных правительством. В отчете также указаны направления, где есть возможности для совершенствования. Эти рекомендации должны обсуждаться с персоналом учреждения и служить основой для разработки плана действий для преодоления любых проблемных областей.

5.3. ИНСТРУМЕНТ 3: Инструкции по подготовке кадров, порядке выдачи разрешения и рассмотрения лиц, назначающих лечение метадон

5.3.1. Подготовка кадров, порядок выдачи разрешения и рассмотрение лиц, назначающих лечение

В программы ЗПТ будут задействованы ряд специалистов, включая врачей, медсестер и фармацевтов. Несмотря на то, что комбинация специалистов и предоставляемые ими услуги может варьироваться от учреждения к учреждению, что одним из основных факторов, способствующих эффективности лечения, является подход и квалификации тех, кто эти услуги оказывает. Отношения между врачом и пациентом имеет решающее значение для повышения результатов лечения.

Национальная политика относительно программ ЗПТ должна включать требование об обязательной профессиональной подготовке и выдачи разрешения тем лицам, которые назначают лечение.

Практикующий врач, намеревающийся назначит фармакотерапию для лечения опиоидной зависимости, должен иметь знания и навыки для оценки и лечения наркотической зависимости.

Должны разработатся программы профессиональной подготовки для назначающих лечение лиц, намеревающихся назначить метадон и бупренорфин, и оценивать компетентность медицинского персонала, желающих получить утверждение их в качестве лиц, назначают лечение.

Потребность в частных врачах и врачах НПО

Во многих странах, программы ЗПТ запускаются Министерством здравоохранения при поддержке со стороны международных учреждений, таких, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК). На ранних стадиях, услуги запускаются через государственную систему здравоохранения, например, в больницах или государственных наркологических лечебных центрах. Хотя это хорошее начало, опыт показывает, что по мере того, как повышается спрос на лечение, больницы приходится бороться, чтобы справиться с притоком новых пациентов.

Пациенты часто заносят в лист ожидания или отправляют обратно. Даже когда имеются в наличии места, услуги/учреждение может быть физически недоступным или непривлекательным для некоторых пациентов. Некоторые потребители наркотиков могут также опасаться посещений государственных служб, а другие могут получать дискриминационное лечение со стороны больничного персонала.

Поэтому важно сделать так, чтобы услуги ЗПТ были доступны через другие каналы/пункты, такие как учреждения первичной медико-санитарной помощи на уровне сообщества, а также частные врачи и НПО. Некоторые пациенты, которые, возможно, не хотят, чтобы их узнали, как, например, хорошо известные члены сообщества или государственные служащие, возможно, могут решить перейти к частным врачам. Потребителей наркотиков, с которыми уже работают НПО, можно лучше обслужить через клиники НПО. Тем не менее, необходимо, чтобы частные практикующие врачи общего профиля и сотрудники неправительственных организаций, участвующие в назначении лечения метадон, прошли соответствующую подготовку, получили разрешение и эффективно контролируются, чтобы избежать негативных последствий.

5.3.2. Профессиональная подготовка и процесс утверждения

Высокое качество подготовки и утверждение программы должна состоять из следующих элементов:

- I. Механизм/порядок хорошего отбора
- II. Высокое качество профессиональной подготовки
- III. Клиническая практика
- IV. Поддержка после получения разрешения на работу
- V. Непрерывная подготовка

I. Механизм /порядок качественного отбора

Каждая страна имеет свои собственные способы подбора потенциальных специалистов по назначению лечения. На некоторых из них выходят посредством профессиональных контактов, которые, возможно, имеет МЗ с врачами по всей стране. Потенциальные специалисты по назначению лечения также могут быть набраны с помощью других методов – через рекламу в медицинских журналах или информационных бюллетенях или путем ориентации конкретных лиц в конкретных географических районах. При отборе потенциальных специалистов по назначению лечения, важно отсеивать врачей, у которых были проблемы из-за незаконного назначения потребления наркотиков самим себе или которые замешаны в делах по выписке препаратов, которые, возможно, представляли интерес для органов власти в прошлом (возможно, предписание бупренорфина или бензодиазепинов потребителям наркотиков).

II. Высокое качество профессиональной подготовки

Существуют различные методики профессиональной подготовки, которые в настоящее время используются для подготовки врачей и других сотрудников, участвующих в программах ЗПТ. Страна может иметь консультанта–тренера в стране или консультанта из другой страны. Продолжительность обучения также варьируется от двух дней до двух недель. В любом случае, для целей благого управления, важно разработать контрольный перечень, охватывающий большинство важных аспектов этой программы.

Перед началом профессиональной подготовки, участникам (потенциальным специалистам по назначению лечения), следует раздать следующие документы для предварительного чтения курса:

- Национальная политика в области ЗПП;
- Цели и задачи профессиональной подготовки;
- Краткое изложение концепции медикаментозного лечения опиоидными агонистами;
- Информация о метадоне и/или бупренорфине и обоснование их использования.

Также следует разработать Руководство или Клинические инструкции для рекомендации для специалистов по назначению лечения опиоидными агонистами. Это руководство будет включать в себя следующее:

- Требуемые компетенции;
- Информация об опиоидной зависимости;
- Структура для медикаментозного лечения опиоидными агонистами;
- Фармакология;
- Оценка и процесс стабилизации;
- Процесс экспертной оценки лечения;
- Дозировка и побочные эффекты;
- Нормативные требования.

В ходе подготовки (проводимой на основе лекций, небольших групповых занятий и конкретных примеров) необходимо охватить и рассмотреть следующие вопросы:

- Модели поведения потребителей наркотиков;
- Цели лечения и стратегии по их достижению;
- Фармакологические принципы для обеспечения эффективного лечения;
- Управление трудными ситуациями, включая сложные случаи.

По окончании обучения, участники будут обязаны сдать письменные экзамены. Эта оценка знаний о политиках, процедурах и практиках/методах эффективного и безопасного лечения с помощью ЗПП.

III. Клиническая практика

После успешного завершения подготовки и письменного экзамена, участники должны пройти практику в клинических условиях под наблюдением аккредитованного врача. Эта практика предоставляет участникам возможность беседовать с глазу на глаз /один на один с более опытным врачом, и также сосредоточить внимание на каких-либо слабых сторонах, выявленных в ходе письменного экзамена. В ходе этой практики, потенциальные специалисты по назначению лечения должны:

- a. Наблюдать за процессом оценки, а затем провести оценку в соответствии с наблюдением;
- b. Пронаблюдать, а затем выполнить под контролем анализ/обзор двух или более медицинских назначений.

Сертификат о завершении обучения должен выдаваться участникам после успешного завершения профессиональной подготовки, письменных экзаменов и клинической практики. Рекомендуется выдавать разрешение на работу только врачам, которые выполнили и прошли все вышеперечисленные этапы.

Выдавая разрешение на работу специалистам, назначающим лечение, МЗ или регулирующий орган должны ограничить вновь назначенного специалиста на начальном этапе в виде ограниченного числа пациентов, чтобы обеспечить безопасное и эффективное лечение. Потенциально такое ограничение также может помочь в преодолении ситуации, когда частные врачи отпускают метадон без надлежащей оценки и консультирования пациентов.

Новые сотрудники, уполномоченные назначать лечение, должны ограничиваться работой с двумя пациентами в неделю в течение первых двух месяцев, максимум 50 пациентами.

IV. Поддержка после выдачи разрешения на назначение лечения

Национальный регулирующий орган или МЗ должны поддерживать регулярный контакт со специалистами, назначающими лечение, в частном и государственном секторах. Для этого рекомендуется сотрудник связи от правительства. Им может быть сотрудник МЗ. Их задача состоит в том, чтобы оказывать постоянную поддержку и консультативную помощь специалистам, назначающим лечение. Им также следует определить дополнительные потребности в подготовке кадров этого профиля.

Также важно, чтобы практика специалиста по назначению лечения и процесс выдачи разрешения на работу рассматривался регулирующим органом через регулярные промежутки времени. Можно принять практика проверок по просьбе специалиста по назначению лечения или МЗ, если имеются какие-то вопросы, высказанные по поводу клинических стандартов, или что-то вызывает озабоченность. Во время практической проверки, сотрудник, отвечающий за проверку, должен проинспектировать следующее:

- Физическое окружение или физические условия, включая клинические объекты, такие как комната приема и зал ожидания;
- Хранение и безопасность лекарств и конкретные примечания/отметки;
- Конкретные отметки/примечания – выбранные наугад и рассмотренные для начальной дозы, показатели увеличения дозы и управление потреблением других наркотиков.

Назначающие лечение специалисты должны присутствовать во время проверки и обратная связь должна предоставляться незамедлительно. В случае возникновения каких-либо проблемных вопросов, они должны подниматься МЗ или регулирующим органом. Если выявлено нарушение или подняты проблемы, полномочие назначать /предписывать лечение должны быть приостановлены или отозвано.

V. Непрерывная подготовка и повторная аттестация

Постоянное образование специалистов по назначению медикаментозного лечения опиоидными агонистами является необходимым, так как пациенты часто ставят специалистов в различные ситуации и перед вызовами/проблемами, которые, возможно, не были учтены в первоначальной подготовке. Также специалистам по назначению лечения, возможно, потребуется обновить свои медицинские знания по различным вопросам, таким как гепатит С, лекарственные взаимодействия между новыми препаратами АРВ и метадон. Настоятельно рекомендуется разработка стратегии регулярного обновления знаний и постоянной подготовки в качестве компонента части стратегии обучения медикаментозному лечению опиоидными агонистами.

5.4. ИНСТРУМЕНТ 4: Руководство по мониторингу и оценке

5.4.1. Вводная информация

Метадон и бупренорфин, принимаемый пациентами в рамках программ ЗПТ, по данным многочисленных клинических исследований во многих странах, имеющих опыт внедрения данных программ, приводит к снижению потребления опиоидов и других запрещенных наркотиков, рисков инфицирования ВИЧ/гепатитом С; преступной деятельности; риска передозировки, а также приведет к улучшению физического и психологического здоровья, и социальному функционированию. Несмотря на эти обнадеживающие результаты,

руководителям программ; а также органам финансирования, аккредитации и лицензирования необходимы актуальные, объективные и достоверные доказательства, что их собственные программы дают результаты, полезно для их пациентов. Исследования также показали, что некоторые программы являются гораздо более эффективными, чем другие программы.

Кроме того, не все программы или группы пациентов являются схожими. Программа, скорее всего, отличаются друг от друга по уровню персонала и средств, а также по спектру услуг, которые они могут предложить пациентам. Характеристики опиоидных зависимых лиц, обращающихся за лечением, могут отличаться от одной страны к другой или от региона к региону внутри страны, например, пациенты из сельских районов, скорее всего, отличаются от больных, которые живут в больших городах. Любой из этих факторов, связанный с лечением или связанный с пациентами, может влиять на выгоды и пользу от программ ЗПТ опиоидными агонистами для пациентов.

Цель проведения оценки процесса реализации программы и её результатов внешними экспертами и мониторинга клиницистами – посредниками (процесс и результат) состоит в том, чтобы подробно описать характер и уровень клинических услуг, оказываемых пациентам; описать характеристики больных, а также удостовериться в том, что цели лечения в настоящее время достигнуты.

5.4.2. Процесс оценки

Процесс оценки имеет целью описать, как осуществляется лечение или как работает программа. Оценка занимается подробным описанием эффективности и качества лечения; выявляет направления, где можно добиться улучшения; как функционируют службы/услуги или системы по лечению; и каким образом используются ресурсы для производства материалов (например, количество пролеченных больных).

Основная цель процесса оценки заключается в следующем:

- Описание реализации программы, включая информацию о факторах, способствующих или препятствующих её выполнению;
- Описание показателей и качества услуг/обслуживания;
- Описание принятия этой программы пациентами, персоналом и окружающим сообществом;
- Разработка рекомендаций на основе процесса оценки для руководства службы и подготовки персонала, и,
- Способствовать интерпретации результатов в оценке результатов.

Процесс оценки программ ЗПТ опиоидными агонистами сфокусирован в основном на следующем:

Реализация программы:

- Местонахождение услуги или службы;
- Инфраструктура услуги или службы;
- Квалификация персонала;
- Программа управления, и,
- Программа финансирования.

Показатели работы службы:

- *Поддерживающая терапия агонистом:* режим лечение (дозировка, политика дозировки, контроль мочи, политика выдачи, медицинская и психосоциальная, права и обязанности пациента, санкции), обучение персонала, отношение сотрудников

- *Интеграция с профилактикой ВИЧ/СПИДа и гепатита*: превентивная деятельность (консультирование до и после тестирования), предоставление информации по вопросам ВИЧ/СПИДа на индивидуальных и/или групповых занятиях, вакцинация от гепатита В, если таковые имеются), отношение персонала
- *Управление инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, гепатиты)*: доступные варианты/схемы лечения (медицинская помощь, психологическая помощь, связи с другими услугами, лекарства для АРВ, если таковые имеются), отношение персонала.

Обязательство относительно качества услуг:

- процедуры обеспечения качества;
- обследования удовлетворенности пациентов;
- обследования знаний персонала/степени удовлетворенности;
- связи с программами и другими услугами.

5.4.3. Результаты оценки

Цель проведения оценки результатов заключается в том, чтобы систематически измерять ответные реакции пациентов на лечение для того, чтобы установить, было ли лечение успешным, и выявить аспекты лечения, которые могли бы быть улучшены. Выбор мер для измерения результатов свидетельствует о ясных, подробно разработанных и точно определенных целях программы лечения, а также о видах вреда и неудач в жизни пациента, о подверженности рискам вредного воздействия агента; в этом случае это незаконное использование опиоидов. Если процесс оценки преследует цель описать подробно характер лечебной программы, то результаты оценки направлены на достижение общей эффективности программы для пациентов, получающих лечение.

При оценке результатов лечения проводятся беседы с группами пациентов с использованием стандартизированных мер, вскоре после их начала лечения. Это создает "базовый" уровень функционирования пациента, на котором могут быть измерены изменения в течение курса лечения пациента. Затем проводится повторное собеседование с пациентами (или последующие мероприятия) на определенных временных этапах (обычно не менее трех месяцев) в период их лечения. Показатели состояния пациента определяются их рейтингом по отдельным мероприятиям, которые можно сравнить при проведении последующих мероприятий с их базовым уровнем функционирования.

Опрос пациентов идеально проводится подготовленными интервьюерами, которые не являются непосредственно связанными с предоставлением лечения группе пациентов на стадии изучения. Пациенты имеют гораздо больше шансов дать честные ответы относительно их незаконного потребления наркотиков, других видов преступной деятельности и инъекционного поведения, если они могут быть уверены, что будет соблюдена конфиденциальность относительно даваемой им информации, и, в частности, она не будет доведена до сведения провайдеров их лечения и не будет влиять на лечение, которое они получают. Пациенты будут говорить не правду, если они думают, что их ответы приведут их к неприятностям, как, например, их устранение из программы.

Отчетность о выполнении программы требует агрегации данных пациента, а такие данные могут быть собраны только в том случае, если они собираются таким же образом с использованием тех же методов, что и для каждого пациента. Чтобы это произошло, важно,

чтобы интервьюеры были надлежащим образом обучены управлению такими мероприятиями.

В целях определения результатов программы ЗПТ опиоидными агонистами, сначала необходимо определить результаты, которые должны быть измерены. Ими, как правило, определяются цели лечения. Основными целями программы ЗПТ являются:

- снизить вредное использование опиоидов и других наркотиков;
- способствовать снижению распространения ВИЧ и других передаваемых через кровь вирусных инфекций, связанных с потреблением инъекционных наркотиков;
- улучшить физическое и психическое здоровье пациентов;
- снизить смертность, связанную с опиоидным потреблением;
- снизить уровень преступности, связанный с опиоидным потреблением;
- и способствовать улучшению социальной функции.

Эти цели определяют области/домены измерения для оценки результатов. Существуют стандартные меры (инструменты или инструментарий) в форме вопросников, которые пациент самостоятельно заполняет, которые могут меняться с течением времени для каждой из этих областей.

Хотя отдельные пациенты отличаются друг от друга по степени улучшения их состояния или даже спада на протяжении лечения, так как данные, собираемые от отдельных пациентов, агрегируются в сгруппированные данные пациентов, в целом все равно ожидаются улучшения. Если есть достаточное количество больных ($N > 100$), участвующих в оценке результатов, можно было бы соотнести степень улучшения пациента и с факторами, связанными с лечением (полученными в результате процесса оценки или самостоятельно). Например, может быть стоит определить, влияет ли на исход лечения пол, возраст, семейное положение, или предоставление дополнительных услуг, таких как психическое здоровье или профессиональное консультирование. Определяя, какие конкретно компоненты лечения наиболее эффективны с различными группами пациентов, могут предоставить ценную информацию, которая может быть использована для совершенствования процессов лечения.

5.4.4. Методологии для проведения оценки процессов и результатов:

Оценка процесса и результатов программы, проводимая внешними экспертами, и мониторинг при посредничестве врача-клинициста

Процессы и результаты лечения могут исследоваться двумя способами:

- I. Демографический подход к оценке процессов и результатов программы, проводимой внешними исследователями, то есть формально «одноразовое» исследование по оценке лечебных услуг, и
- II. Мониторинг при посредничестве клинициста, то есть текущее, регулярное наблюдение клинических результатов, которое интегрировано в обычную клиническую практику.

Эти два подхода к оценке программы могут применяться отдельно или вместе. Они не являются взаимоисключающими видами деятельности. Выбор, какой метод использовать, или действительное принятие обоих методов определяются целями оценки и объемом ресурсов, выделяемых для её проведения. Краткое описание двух основных методов сводится к следующему:

Процесс и результаты оценки программы, проводимые внешними экспертами/исследователями:

- I. Используется главным образом для отчета о выполнении программы;
- II. Минимальная потребность, возложенная на врачей;
- III. "Независимые" (лица, прямо не участвующие в лечении больных) обученные интервьюеры, используемые для сбора данных и последующей деятельности субъектов;
- IV. Дискретное "одноразовое" исследование продольной когорты/группы на ограниченный срок (например, 12 месяцев);
- V. Субъекты, набранные на последовательное представление ЗПТ (N = приблизительно 100);
- VI. Измерение интереса на начало лечения (базовый уровень) и на определенных этапах в течение всего периода исследования;
- VII. Комплексный набор мер, используемых (занимает до одного часа управления);
- VIII. Попытки, предпринятые для отслеживания пациентов, которые бросили или отказались от лечения;
- IX. Показатели состояния субъекта (как группы) при последующем сравнении с исходными показателями.

Мониторинг при посредничестве клинициста:

- I. Требуется более активное участие клинического персонала;
- II. Обратная связь относительно прогресса отдельных пациентов;
- III. Проводится совместно с ведением случая конкретного пациента;
- IV. Полностью интегрирован в обычную клиническую практику;
- V. Стандартизированный, на постоянной основе, регулярный сбор данных, обработка результатов либо на местном, либо на областном или национальном уровнях;
- VI. Используется меры, которыми не долго (10-15 минут) и легко управлять;
- VII. Ведение пациентов врачами после вступления в программу ЗПТ (базовый уровень) и на определенных этапах обзора (ов), не менее X месяцев, в то время, пока пациенты еще находятся на лечении, совместно с обзорами ведения случаев;
- VIII. Не было сделано попыток отследить пациентов, которые бросили лечение;
- IX. Организовать сбор данных таким образом, чтобы гармонизировать или привести их в соответствие с существующими требованиями сбора данными, и различия в предоставлении услуг;
- X. Соотнести результаты с факторами, относящимися к пациенту и лечебной программе;
- XI. Содействие в автоматизации сбора, обобщения данных и представления отчетности.

Сравнение оценки процессов и результатов, проведенной внешним исследователем и мониторинга, проведенного при посредничестве клинициста

	Оценка процессов и результатов программы	Мониторинг при посредничестве клинициста/врача
Цель	Оценка программы	Ведение пациента
Фокус/основной акцент или приоритет	Программа	Пациент (ы)
Меры или мероприятия	Комплексные	непродолжительные
Пациенты	Дискретная группа или	"все"

	когорта	
Статус пациента	анонимный	определили
Интервьюеры	независимые	врачи
Продолжительность	ограниченной	Постоянный /продолжающийся
Затраченное время клинициста	минимальное	время и ресурсоемкое
Показатели последующих мероприятий	хорошо (70-80%)	плохо (<50%)

Учитывая тот факт, что мониторинг при посредничестве врача-клинициста, как правило, зависит от врачей относительно сбора данных от пациентов, предлагается избегать вопросов по деликатным /чувствительным темам, таким как преступная деятельность.

В целом, оценки процессов и результатов, проведенные внешними исследователями, в первую очередь используются для отчетности по общему выполнению программы и поэтому требуют сбора точных и полных данных. Мониторинг при посредничестве клинициста позволяет отслеживать прогресс в лечении больного и твердо закреплен в обычную внутреннюю клиническую практику, тем самым содействуя клинической культуре, рассматривающей оценку качества центральным компонентом клинической практики. Оба этих подхода обеспечивают важной информацией для оптимизации предоставления лечения и очевидно преимущество проведения обоих мероприятий вместе, если позволяют ресурсы.

5.4.5. Выбор содержания направлений деятельности для оценки и мониторинга результатов

Направления для измерения определяются целями лечения, как об этом упоминалось ранее. Ключевыми направлениями для программ медикаментозного лечения опиоидными агонистами являются:

- Потребление опиоидов
- Подверженность риску инфицирования ВИЧ и других инфекций передающиеся инъекционным путем
- Преступность
- Здоровье (физическое и психическое)
- Социальное функционирование (взаимоотношения, финансовые проблемы)
- Алкоголь, табак и потребление других наркотиков

Другие направления/домены могут включать:

- Подверженность риску инфицирования вирусом через кровь (сексуальные и кожные проникновения)
- Тяжесть зависимости
- Качество жизни

Кроме того, важно собрать достаточно информации, связанную с пациентом и лечением, для обеспечения того, что собранные итоговые данные имеют смысл и дают возможность исследовать факторы, которые возможно отражаются на степени, в которой группы пациентов реагируют на программы ЗПТ лечения опиоидными агонистами. Проведение оценки процесса в то же время, как и оценки результатов, будут в значительной степени

содействовать интерпретации результатов обоих исследований. Оценка процесса дает информацию о том, что представляет собой лечение. Оценка итоговых результатов содержит информацию об эффективности лечения.

5.4.6. Выбор и использование мер по итогам оценки и мониторинга

Есть много сотен мер и инструментов, которые были разработаны для использования в лечении алкоголизма и других видов наркомании. Рекомендуется, использовать те меры, о которых сообщают сами пациенты, помимо тех мер, которые основываются на рейтинге клинициста, и что эти меры проводятся в устной форме с глазу на глаз между пациентом и обученным интервьюером. В идеале, не следует давать вопросники, которые заполняются самими пациентами. Это нередко приводит к неполным, низкого качества данным. Кроме того, рекомендуется, чтобы меры, выбранные для использования, имели хорошие психометрические свойства, т. е. должны публиковаться отчеты в литературе, рецензированной равными по положению, подтверждающие надежность мер, их достоверность и чувствительность в сопоставимых культурных контекстах.

Демографический подход к оценке процессов и результатов программы, проводимой внешними исследователями, и мониторинг при посредничестве клинициста могут включать в себя то же направление/область для измерения. Разница заключается в выборе мер. Оценки процессов и результатов, проводимые внешними исследователями, будут чаще использовать более комплексные меры, в то время как мониторинг при посредничестве клинициста будет, скорее всего, состоять только из одного или небольшого числа вопросов по каждому направлению.

Приложение 1: Форма Регистрации Клиента для проведения Заместительной Терапии
 Заполняется доктором назначающий лечение

№ формы		Регион/район	
Дата регистрации		Имя клиента (код)	
ФИО заполняющего форму регистрации		Место жительства	

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дата рождения МУЖ ЖЕН

Семейное положение:

Холост Женат/Замужем Партнер Разведена Вдова/ец

Занятие:

Безработный Студент Работает,

Способности читать и писать:

Таджикский Русский Узбекский

Метод употребления наркотиков:

Инъек. Наркотик

Оральный

Курение Сколько раз в день

Вдыхание

Стаж употребления наркотиков месяц год

ВИЧ тестирование:

Полож. Отр. Тест сдан: Когда? Тест сдан: Где?

Клиент на АРВ лечении:

Да Нет Прекратил лечение

Если, Да Схема лечения Когда было начато лечение

Лекарственная аллергия: Уточните

ИНФОРМАЦИЯ О РИСКОВАННОМ ПОВЕДЕНИИ

Всегда ли использует презерватив с партнером/шей?	Да (100%) <input type="checkbox"/>	Нет (1-33%) <input type="checkbox"/>	
Использовала ли чужой шприц?	Да (1-33%) <input type="checkbox"/>	Нет (100%) <input type="checkbox"/>	Если да, когда было последний раз <input type="text"/>
Пользовался ли общей посудой для забора р-ра наркотика?	Да (1-33%) <input type="checkbox"/>	Нет (100%) <input type="checkbox"/>	Если да, когда было последний раз <input type="text"/>
Пользовался ли наркотиком заправленным в шприц кем то другим?	Да (1-33%) <input type="checkbox"/>	Нет (100%) <input type="checkbox"/>	Если да, когда было последний раз <input type="text"/>
Использовала ли общую воду для промывания шприца и иглы?	Да (1-33%) <input type="checkbox"/>	Нет (100%) <input type="checkbox"/>	Если да, когда было последний раз <input type="text"/>

ОБЩЕЕ ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Пульс (ударов в минуту)	<input type="text"/>	Кожные покровы	<input type="text"/>
Артериальное давление (АД)	<input type="text"/>	Температура тела	<input type="text"/>
Частота дыхания	<input type="text"/>	Цианоз	<input type="text"/>
Вес	<input type="text"/>	Желтушность	<input type="text"/>
Рост	<input type="text"/>	Отеки	<input type="text"/>
Следы от инъекции (точки, абсцесс, рана)	<input type="text"/>	Изложите в деталях	<input type="text"/>

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ	
Сердечно-сосудистая система	
Дыхательная система	
Желудочно-кишечная система	
ЦНС	
ОБСЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА	
ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
НАЗНАЧЕННОЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	

Приложение 2: Регистрация Посещения & Полученные Дозы Клиентом

Заполняется медицинской сестрой

Код Клиента. _____		День начала ЗТ _____			
Месяц: _____					
День	Дата	Начальная доза полученного Метадона в мг.	Стабилизирующая доза полученного Метадона в мг.	Оптимальная доза полученного Метадона в мг.	Общая доза полученного Метадона в мг.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Приложение 4: Ежедневное Регистрация Запаса Метадона

Заметка: Начальным балансом дня будет служить остаточный баланс прередущего дня. Отпущенный запас должен быть получен из данных дневного отпуска метадона.

Заполняется фармацевтом.

Дата	Запас	Количество Метадона в мг.
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	
	Начальный баланс	
	Отпущено	
	Остаточный баланс	

Преимущества и недостатки метадона

Метадон - общее название, не торговая марка.

- Метадон в растворе 1 мг/1 мл - наиболее предпочтительное средство для терапии потребителей опиатов.
- Большинство лиц, принимающих метадон, получают так называемый раствор ОТР 1 мг/1 мл, хотя одновременно имеется большой выбор других препаратов, которые, впрочем, не вызывают большого энтузиазма у клиентов.
- Различные рецептуры для жидкого метадона, как правило, отличаются лишь типом растворителя для концентрата и, следовательно, оказывают схожее воздействие на потребителей.
- Метадон в микстуре - гораздо более слабый препарат 2 мг/5 мл, который достаточно редко используется при терапии наркозависимости, его не следует путать с раствором 1 мг/1 мл, существующим в ряде разновидностей.
- Назначение метадона в таблетках редко оправдано с терапевтической точки зрения и без крайней необходимости прибегать к этой форме не следует.
- Метадон для инъекций выпускают в ампулах с разной концентрацией. Его обычно назначают врачи в особых случаях, и, хотя считается, что его следует вводить внутримышечно или подкожно, практика показывает, что гораздо чаще такие инъекции делаются внутривенно.

Раствор 1 мг/1 мл	
Преимущества	Недостатки
Наиболее известный и полностью лицензированный препарат	При длительном употреблении приводит к порче зубов в силу высокого содержания сахара.
Хорошо известен потребителям	Теперь производится различными фирмами, что нередко приводит к различиям в консистенции и вкусе
Зеленый цвет раствора легко опознать и трудно спутать с другим средством, что снижает риск передозировки	Тартразин может вызывать аллергическую реакцию у лиц, обладающих повышенной чувствительностью (впрочем, это бывает достаточно редко и, как правило, у клиентов, страдающих астмой)
Плохо подходит для инъекций, так как а) при инъекции хлороформ вызывает болезненные ощущения, б) относительно большой объем и липкость раствора делают инъекцию затруднительной	В больших объемах создает проблемы с хранением - как для аптек, так и для клиентов
При инъекциях приводит к повреждению вен (польза: заставляет потребителей отказаться от инъекции)	При инъекции приводит к повреждению вен (вред, если потребители все равно продолжают инъекцию)
Высокое содержание сахара придает раствору вкус, который многим нравится	Высокое содержание сахара и яркая окраска могут привлечь внимание детей и привести к отравлению

Большой объем в расчете на 1 мг создает впечатление внушительной дозы	Может помешать контролировать диабет
Продается в стандартной заводской расфасовке и в стандартных объемах	Некоторые жалуются, что начинают принимать высокие дозы
Другие виды метадона в растворе для приема внутрь	
Преимущества	Недостатки
Могут делаться по индивидуальному заказу (что позволяет варьировать объем, дозировку, концентрацию)	Вызывают недоверие клиентов, сомнеющихся в абсолютной надежности продукции
Могут не содержать сахара	Требуют значительного времени для изготовления
Могут не содержать искусственных красителей	Могут быть спутаны с другими лекарствами или не быть опознанными как метадон, если клиент убежден, что раствор метадона обязательно зеленого цвета
Растворы с концентрацией, превышающей 1 мг/1 мл легче хранить и проще принимать	Повышенный риск отравления от передозировки, особенно если концентрация превышает 1 мг/1 мл
Могут быть дешевле, чем стандартные препараты заводского производства	Уменьшенные объемы нередко не устраивают клиентов
	Некоторые разновидности обладают неприятным вкусом
	Малые сроки годности, отсутствует информация о стабильности
Микстура 2 мг/5 мл	
Преимущества	Недостатки
Большие объемы создают впечатление внушительной дозы	При длительном употреблении содержание сахара вызывает опасения, как возможная причина проблем с зубами, а также приобретения лишнего веса
Бывает полезной при детоксикации (позволяет постепенно уменьшать дозировки)	Наличие красителей и вкусовых добавок может настораживать (как возможная причина аллергии)
Плохо подходит для инъекций	Относительно большие объемы в расчете на 1 мг означают необходимость употребления препарата в больших количествах, что создает проблемы с хранением
Потребители из Ирландской Республики отдают этому препарату предпочтение, так как у них на родине он назначается так же часто, как в Соединенном Королевстве метадон в растворе	Сотрудники аптек могут изготавливать растворы метадона любой концентрации и не нести дополнительные расходы по приобретению микстуры

	Микстура не входит в перечень препаратов, лицензированных для лечения наркозависимости
Таблетки по 5 мг (физептон)	
Преимущества	Недостатки
Клиенты предпочитают принимать не растворы, а таблетки (для большего удобства)	Таблетки можно измельчать и использовать для инъекций
Гораздо удобнее в обращении, особенно в командировках и при выезде на отдых (нельзя пролить, как раствор)	Выше ценятся на черном рынке
Легче глотать, не оставляют неприятного привкуса, реже вызывают тошноту	Тошнота и рвота, на которые жалуются многие клиенты, принимавшие метадон в растворе, зачастую связаны с употреблением алкоголя или вызваны какими-то иными заболеваниями
Хорошо хранятся	Удобно не только хранить, но и принимать украдкой в общественных местах (на работе или на отдыхе)
Занимают меньше места, чем метадон в растворе и удобнее для хранения	Малые дозировки заставляют людей принимать в день довольно много таблеток
Дешево обходятся частным пациентам, оплачивающим лекарства из своего кармана	Не входят в список лицензированных средств для лечения наркозависимости, и их назначение пациентам не поощряется

Лекарственные взаимодействия метадона

Медработники должны информировать всех пациентов о возможных лекарственных взаимодействиях метадона с другими лекарственными средствами. Информированность пациента о взаимодействиях препаратов и их проявлениях, сообщение об этом медицинскому персоналу, своевременная коррекция доз являются определяющими для самочувствия пациента, соблюдения режима лечения и его эффективности.

Таблица 1: Препараты, которые могут снижать уровень метадона в плазме или уменьшать действие метадона

Общее название	Группа	Применение
Бутабарбитал натрий, мефобарбитал, фенобарбитал, пентобарбитал, секобарбитал	Барбитураты	Лечение судорог, снятие тревоги
Карбамазепин		При эпилепсии и невралгии тройничного нерва
Этанол		Постоянное употребление
Рифампицин	Противотуберкулезный антибиотик	Лечение туберкулеза легких
Окислители мочи, аскорбиновая кислота		Поддерживает растворимость кальция; снимает раздражение кожи, обусловленное действием мочи; витамин С
Зверобой	Растительный антидепрессант	Лечение депрессии

Таблица 2: Препараты, которые могут повышать уровни метадона в плазме или усиливать эффекты метадона

Международное непатентованное наименование	Группа	Применение
Амитриптилин	Трициклический антидепрессант	Для лечения депрессии
Сертралин	Селективный ингибитор обратного захвата	Лечение депрессии и невроза навязчивых состояний

	серотонина	
Флуоксетин	Селективный ингибитор обратного захвата серотонина	Лечение депрессии и невроза навязчивых состояний
Циметидин	H2-блокатор	Лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочного рефлюкса
Диазепам	Бензодиазепин	Для снятия беспокойства и стресса
Алпразолам	Бензодиазепин	Транквилизатор
Этанол		Кратковременное употребление
Флувоксамина малеат	Ингибитор повторного поглощения серотонина	При лечении депрессии и компульсивных нарушений
Кетоконазол	Имидазол	Лечение грибковых заболеваний

Таблица 3: Препараты, которые противопоказаны (могут ускорять синдром отмены)

Общее название	Группа	Применение
Налтрексон	Опиоидный антагонист	Для лечения алкоголизма и/или блокировки опиоидного действия
Бупренорфин, буторфанол, дезоцин, налбуфин, пентазоцин	Опиодные анальгетики	Для снятия боли с действием по принципу опиоидного антагониста
Трамадол	Неопиодный анальгетик	Для снятия боли
Налмафен, налоксон	Опиодные анальгетики	Для снятия боли с действием по принципу опиоидного антагониста

Взаимодействия между АРВ-препаратами и метадон¹

АРВ-препарат	Влияние АРВ-препарата на метадон	Влияние метадона на АРВ-препарат	Примечания
НИОТ			
Абакавир	Небольшое снижение уровня метадона. Низкий риск опиоидной абстиненции. Коррекция доз маловероятна, но у некоторых пациентов может потребоваться повышение дозы метадона	Максимальная концентрация снижается (на 34%). Увеличивается время достижения максимальной концентрации	Данные немногочисленны, хотя в одном исследовании показано повышение клиренса метадона на 22%. Низкий риск опиоидной абстиненции. Может потребоваться коррекция дозы метадона.
Диданозин Таблетки забуференные Кишечнорастворимые капсулы	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	В сочетании с таблетками концентрация снижается (на 60%), в сочетании с капсулами – нет	Взаимодействие изучено только при приеме таблеток 2 раза в сутки. Высказано предположение, что эффект связан со снижением биодоступности диданозина в условиях замедленного пассажа в кислой среде желудка. Большие индивидуальные вариации фармакокинетики диданозина. Поскольку для капсул взаимодействия не обнаружено, эта форма предпочтительна.
Зидовудин	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	Значительное повышение концентрации (на 43%). Клиническая значимость не ясна. Возможны побочные эффекты	Следить за побочными эффектами зидовудина. Контроль анемии, тошноты, миалгии, рвоты, астении, головной боли и подавления клеток костного мозга у реципиентов. Если минимальный уровень метадона в норме, вероятно, токсические эффекты связаны с зидовудином.
Ламивудин	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно.
Ставудин	Не сообщалось Коррекция дозы необязательна	Концентрация снижается (на 18–27%). Клиническая значимость не ясна.	Клиническое значение эффекта неясно

¹ За уровень метадона принимают его минимальную концентрацию в плазме, измеренную через 24 ч после приема последней дозы. Для достоверности оценки необходимо, чтобы пациенты принимали ту же дозу метадона в течение 5 дней перед измерением.

АРВ-препарат	Влияние АРВ-препарата на метадон	Влияние метадона на АРВ-препарат	Примечания
Тенофовир	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно
Эмтрицитабин	Не изучалось	Не изучалось	Взаимодействие неизвестно
ННИОТ			
Невирапин	Значительное снижение концентрации метадона (на 46%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Для большинства пациентов требуется существенное повышение дозы метадона (на 16%).	Не сообщалось	В серии клинических наблюдений за пациентами, долгое время принимавших метадон, начало терапии невирапином потребовало увеличения суточной дозы метадона на 50–100% для снятия опиоидной абстиненции. Симптомы абстиненции обычно развиваются через 4–8 суток приема невирапина, хотя реакция может развиваться через 2–3 недели.
Эфавиренз	Значительное снижение концентрации метадона (на 60%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Обычно требуется существенное повышение дозы метадона (на 50%).	Неизвестно	Тщательно контролировать признаки метадоновой абстиненции и повышать дозу при необходимости. Симптомы абстиненции могут появиться через 2–3 недели.
ИП			
Лопинавир/ритонавир	Снижение уровня метадона (на 26–53%). Может возникнуть абстиненция, требующая увеличения дозы. Побочные эффекты могут имитировать абстиненцию.	Не сообщалось	Описана метадоновая абстиненция. Может потребоваться увеличение дозы метадона.
Нелфинавир	Может снижаться уровень метадона (на 29–47%). Клинические признаки абстиненции наблюдаются редко. Может потребоваться повышение дозы метадона.	Уровень может снижаться, однако клиническая значимость не ясна.	В исследованиях, продемонстрировавших снижение концентрации метадона, клинических признаков абстиненции не отмечено.
Ритонавир	Уровень метадона может снижаться (на 37%). Может потребоваться повышение дозы метадона.	Не сообщалось	Исследования малочисленны Тщательный контроль признаков метадоновой абстиненции и увеличение дозы по необходимости.

АРВ-препарат	Влияние АРВ-препарата на метадон	Влияние метадоны на АРВ-препарат	Примечания
Ритонавир/т ипранавир	Уровень метадоны может снижаться (на 50%). Может потребоваться повышение дозы метадоны.	Не сообщалось	Исследования малочисленны Тщательный контроль признаков метадоновой абстиненции и увеличение дозы по необходимости.
Саквинавир	Не сообщалось	Не сообщалось	Исследования малочисленны, взаимодействие препаратов не отмечалось.
Саквинавир 1600 мг + ритонавир 100 мг Саквинавир 1400 мг + ритонавир 400 мг	Небольшое снижение уровня метадоны (саквинавир/ритонавир 1600/100 мг – на 0–12%, саквинавир/ритонавир 1400/400 мг – на 20%). Об абстинентном синдроме не сообщалось. Может потребоваться коррекция дозы метадоны.	Неизвестно	Может потребоваться коррекция дозы метадоны; необходимо постоянное наблюдение.

Контрольный перечень для определения критериев по введению в Пилотную программу по заместительной терапии

Мероприятия / Области	Имеет ся/не имеется	Ответст венные лица	Действия, которые необходимо предпринять
<p>Проведенная оценка ситуации с потреблением наркотиков и ВИЧ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы провели оценку ситуации с потреблением наркотиков и ВИЧ? - У вас есть национальные оценки числа лиц, потребляющих наркотики, и потребителей инъекционных наркотиков? У вас есть анализ потребностей? 			
<p>Национальный комитет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Существует ли национальный орган, который отвечает за разработку программ по ЗПТ в вашей стране? - Какой самый главный орган отвечает за это? 			
<p>Законодательство и политика</p> <ul style="list-style-type: none"> - Предусматривается ли действующим законодательством запрещение импорта и использования метадона в вашей стране? - Нужно ли изменить законы, чтобы разрешить доступ к метадону? - Есть ли четкое понимание между правоохранительными органами и отделами здравоохранения относительно ЗПТ? - Есть ли у вас Национальная лекарственная политика? - У вас есть национальная политика по ЗПТ? 			
<p>Подготовка сметы, которая будет представлена на утверждение</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы разработали предложение по ЗПТ, которое включает в себя число потребителей наркотиков, которое вы охватите каждый год, и количество метадона и/или бупренорфина, которое вам понадобится в год? 			
<p>Определение поставщиков и цен метадона и/или бупренорфин</p> <ul style="list-style-type: none"> - У вас есть список поставщиков и цены на метадон и/или бупренорфин, которые они предлагают? - Вы решили будет ли вы проводить тендер для выбора наиболее авторитетных/надежных 			

поставщиков?			
<p>Механизмы импорта метадона и/или бупренорфина</p> <ul style="list-style-type: none"> - Все ли ключевые заинтересованные стороны понимают процесс и механизмы импорта? - Установили ли вы сотрудничество и заручились поддержкой Таможенного комитета, чтобы обеспечить гладкий/без проволочек импорт? 			
<p>Сотрудничество с ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы получили поддержку от этих организаций? 			
<p>Разработанные системы хранения и распространения</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кто будет отвечать за хранение и распределение метадона и/или бупренорфина, как только страна получит эти медикаменты? - Участвовала ли в процессе планирования фармацевтическая отрасль? 			
<p>Бюджет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы рассчитали бюджет для этой Программы – на год и на первые 3 года? - Какие механизмы вы используете для расчета бюджета? - Гарантированы ли эти деньги в бюджете? - Каким образом будет финансироваться программа? 			
<p>Определение учреждений/мест</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы определили место для реализации ЗПТ? - Сколько мест вы определили для начала? - Сколько пациентов может это учреждение разместить/принять? - Отвечает ли учреждение минимальным стандартам для лечения метадоном и/или бупренорфином? 			
<p>Подготовка назначающих лечение лиц и других сотрудников</p> <ul style="list-style-type: none"> - Все ли сотрудники учреждения прошли обучение? - Есть ли анализ потребностей в профессиональной подготовке и учебный план? - Какие организации или учреждения будут отвечать за тренинги в стране? - Есть ли у Вас Комитет экспертов по обзору лиц, назначающих лечение? 			
<p>Процесс аккредитации учреждений</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработали ли вы механизм аккредитации 			

<p>для клиник или учреждений?</p> <ul style="list-style-type: none"> - У вас есть минимум необходимых стандартов для клиник, предписывающих метадон и/или бупренорфин? 			
<p>Определение надзорных функций/ролей в рамках государственной системы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Какое учреждение является ведущим в стране по мониторингу программы? - Существует ли национальный координатор программы ЗПТ? 			
<p>Мониторинг и оценка</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы разработали систему МиО? - Определили ли группу или лицо, которое будет отвечать за проведение МиО? - Являются ли цели и задачи экспериментального проекта разумными и понятными для всех ключевых заинтересованных сторон? 			
<p>Стандартные операционные процедуры (СОП)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработали ли вы Клинические руководства для экспериментальной ЗПТ? - Есть ли у вас СОП, которые были обсуждены со всеми соответствующими сторонами, в том числе сотрудниками? 			
<p>Пропаганда/адвокация</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработали ли вы стратегию СМИ для объяснения программы общественности - Есть ли какие-либо конкретные группы или учреждения, которые выступают против пилотных программы, и если да, то разработали ли вы информационно-пропагандистскую стратегию для работы этой оппозицией? 			
<p>Информационные буклеты о метадоне</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработали ли информационные брошюры о метадоне для пациентов/потребителей наркотиков? - Разработали ли информационные брошюры о метадоне для родителей и членов семей пациентов? 			
<p>Психосоциальные программы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определили ли вы другие потребности и проблемы, с которыми сталкиваются пациенты при доступе к лечению? Это могут быть проблемы, связанные с транспортом, жильем, занятостью, семейные вопросы? - У вас есть мероприятия для психологических и других изменений поведения, чтобы решить 			

<p>вышеназванные проблемы?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы определили задачи и потребности родителей и членов семей пациентов? - У вас есть программы для решения вышеуказанных проблем? 			
<p>Сотрудничество с правоохранительными органами.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вы консультировались и участвовали ли соответствующие правоохранительные учреждения в разработке пилотного проекта? - Есть ли какие-либо формы официальных или неофициальных соглашений о сотрудничестве в рамках этой программы? Например, MoV - Определили ли вы роль правоохранительных органов и учреждений в осуществлении проекта? 			
<p>Текущее образование для разработчиков политики и директивных органов и исполнителей программы.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ознакомительные поездки - Участие в конференции - Семинары - Тренинги 			
<p>Прочее</p>			

Контрольный перечень для определения критериев от пилота до расширения масштабов деятельности по заместительной терапии

Мероприятия / Области	Имеет ся/не имеется	Ответст венные лица	Действия, которые необходимо предпринять
Проанализированный и согласованный отчет по мониторингу и оценке пилотного проекта			
Обновленная оценка ситуации и потребностей			
Определены области и районы/города и поселки, требующие программы лечения метадонном			
Определено население ПИН, которым требуется лечение в каждом районе. Цели и планы установлены			
Также определены учреждения в районах, где будет использоваться метадон и/или бупренорфин			
Законодательство и политика были разработаны для того, чтобы расширить масштабы деятельности программы			
Подготовка сметы к представлению для утверждения			
Заявка на ввоз метадона и/или Бупренорфин представлена			
Определен поставщик метадона и/или бупренорфина. (тот же поставщик пилотной программы, или определен новый поставщик)			
Разработан бюджет на 3 - 5 лет и он является целевым.			
Принята система аккредитации для больниц и учреждений			
Подготовка/обучение лиц, назначающих лечение, и другого персонала - Учебные учреждения - Анализ потребностей в профессиональной подготовке - Модуль - Расписание занятий			
Руководство по Стандартным операционным процедурам было принято для использования на национальном уровне - Оно адаптировано на областном/районном уровне - Добавления основаны на экспериментальном проекте			

Разработаны и приняты системы направлений между объектами в различных районах			
Национальный комитет - Национальный комитет по борьбе с потреблением наркотиков и ВИЧ			
Национальный координатор по ЗПТ			
Структура управления на национальном уровне Программа разработана и принята Национальным комитетом			
Национальная информационно-пропагандистская стратегия - По связям с СМИ - Религиозные группы - Наркологические центры			
Психосоциальная поддержка для пациентов родителей расширена с помощью уроков, извлеченных из пилотных проектов			
Система мониторинга и оценки - Группа МиО - Механизмы сбора данных - Механизмы отчетности			
Прочее			

**Контрольный перечень для определения критериев по введению Программы
заместительной терапии в местах лишения свободы**

Мероприятия / Области	Имеется / не имеется	Ответственные лица	Действия, которые необходимо предпринять
Совместная оценка ситуации с потреблением наркотиков и ВИЧ/СПИДом среди заключенных - Отчеты по ДЭН - Оценка потребностей			
Консультативный процесс по вопросам ВИЧ среди заключенных между Министерством здравоохранения, Министерством юстиции и правоохранительными органами			
Создание Национального Комитета по потреблению наркотиков и ВИЧ в тюрьмах			
Разработка национальной политики/законодательства об использовании метадона и / или бупренорфина в тюрьмах			
Разработка национальной стратегии для комплексной профилактики потребления наркотиков и ВИЧ среди заключенных			
Разработка СОП и протокола			
Обучение сотрудников пенитенциарных учреждений в отношении ЗПП			
Подготовка кадров и разрешение для врачей и тюремного персонала			
Аккредитация тюремной клиники			
Подготовка клиники и инфраструктуры в рамках пенитенциарной системы			
Разработка системы распределения метадона и/или бупренорфин между местным отделом здравоохранения и тюрьмой.			
Разработка системы распределения и хранения метадона и/или бупренорфина в условиях тюрьмы			
Системы МиО - Системы сбора данных - Отчетность			
Определений надзорных ролей между отделом здравоохранения и департаментом тюрем			
Прочее			

**ОБРАЗЕЦ ОТЧЕТА ПО ОЦЕНКЕ
Наркотической зависимости и психосоциальная оценка**

Идентификации пациента и демографическая информация
История потребления наркотиков

	Возраст при первом потреблении	Количество	Частота	Способ введения	Срок потребления	Потребление в течение последних 90 дней
Алкоголь						
Табак						
Каннабис Cannibis						
Опиаты						
Амфетамины "Экстази", или другие ATS						
Кокаин						
Галлюциногены						
Ингалянты						
Седативные препараты						
Прочее (укажите)						

Стимуляторы ATS амфетаминового ряда * Из Лечения и ухода для ВИЧ позитивных потребителей инъекционных наркотиков: первоначальная оценка пациента - модуль 3 (Джакарта, АСЕАН / USAID / ВОЗ / FHI, 2007)

Наркотическая зависимость

МКБ-10 оценка	Да Зависимость определена	Нет Зависимость не выявлена
Если да, запишите наркотик (и):		
Последний абстинент/последнее прекращение потребления	Дата	
Осложнения		
Проблемы, связанные с потреблением наркотиков	Продолжительность проблемы	

Предыдущее лечение потребления наркотиков / вмешательство или мероприятие

Когда	Вид/Тип вмешательства	Где	Продолжительность	Конечный результат

Психическое здоровье

Шкала психологического стресса Кесслера		
Сумма баллов пациента согласно оценке	10 баллов по Кесслеру	Уровень тревоги и депрессивного расстройства
	10-15	Низкая или нет риска
	16-29	Средний риск
	30-50	Высокий риск

Психотические симптомы и признаки

Ранняя история психических заболеваний

Семейная история психических заболеваний

Мысли о самоубийстве; суицидные наклонности

Текущий
Прошедшие
Когда
Как
Почему

Социальная экспертиза

Семейное положение
Семья
Друзья и социальные сети
Финансовые обстоятельства и работа/занятость
Проживание
Образование
Правовые вопросы
Основные события в жизни / кризисы
История травмы
Личностные характеристики/черты
Модели/рацион питания

Цели пациента

Выявленные проблемные области

Согласованный план

**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 метадоном в следующих условиях

Центр обязуется:

1. Предоставить Участнику полную информацию о программе заместительной терапии метадоном и действии метадона на организм.
2. Составить для пациента индивидуальный план детоксификации метадоном и подобрать адекватную индивидуальную дозу препарата.
3. Создать надлежащие условия для терапии и бесплатно обеспечить участников программы метадоном в течение всего времени участия пациента в программе заместительной терапии метадоном.
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 метадоном, 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 метадоном:

1. Ежедневно посещать Центр для приема метадона в кабинете метадоновой 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 имеет 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
- Преимуществ и недостатках 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 метадонном, что осуществляется на основании решения специальной консультативной комиссии (СКК) и не ранее, чем через 2 месяца после последнего приема метадона.

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 _____

ГЛОССАРИЙ

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

Аккредитация - аккредитование (от лат. *accrēdere* - оказывать доверие) - в национальном праве процедура признания (подтверждения) государственными органами особых полномочий различного рода субъектов

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

Аутрич метод - метод работы с населением и отдельными группами, при котором специально обученные сотрудники или добровольцы профильных служб выходят в места встреч, пребывания, отдыха, работы целевой группы, оказывают поддержку, раздают печатные материалы и средства защиты, проводят индивидуальные консультации.

Аутрич-работник - работник, проводящий полевую работу в местах пребывания и проживания представителей целевых групп.

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, исключая 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.

Детерминанты здоровья – комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей и контингентов, либо групп населения.

Жизненные навыки (умения) – личные, социальные, познавательные и физические навыки и умения человека, благодаря которым люди контролируют и направляют свою жизнь, а также развивают свои способности, позволяющие им видоизменять окружающую среду и самим адаптироваться к ее изменениям

Здравоохранение – это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшения здоровья народа (населения).

Здоровье – Это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здоровый образ жизни – типичные для данной общественно-экономической формации виды, типы, способы жизнедеятельности человека, укрепляющие адаптивные возможности его организма, способствующие полноценному выполнению им социальных функций и достижению активного долголетия.

ИППП - инфекции, передающиеся половым путем, включая венерические заболевания, вызываемые инфекциями, которые передаются при половом контакте (гонорея, сифилис и т.д.).

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.

Иммуоблот - 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.

Инъекционные потребители наркотиков - 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.

Исследование продольной когорты – отслеживание группы людей, и получение от них информации по истечению определенного периода времени

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

Клиницист – лицо, имеющее квалификацию в клинической практике в области терапии, психиатрии, психологии, или отличающийся по специализации, лабораторные или научно-исследовательские методы и теория.

Коммуникация для изменения поведения – это научно обоснованный консультативный процесс, который охватывает знания, представления и практику посредством определения, анализа и сегментирования аудиторий и участников программ и предоставления им соответствующей информации и мотивации в ходе реализации четко определенной стратегии и использования правильного сочетания каналов межличностного и группового общения и СМИ, включая интерактивные методы.

Латентное состояние - состояние, при котором болезнетворный организм присутствует в теле человека, но при этом не активен: не размножается и не вызывает болезнь. В применении к ВИЧ-инфекции: хотя человек, зараженный ВИЧ, как правило, переживает период клинической латентности, когда заболевание ничем не проявляется, на самом деле вирус никогда не бывает по-настоящему латентным. Даже на ранних стадиях заболевания ВИЧ/СПИДом активен в лимфоидных органах, где большие количества вируса захватываются сетью фолликулярных дендритных клеток. Вокруг находится много клеток CD4+, которые подвергаются заражению. Частицы вируса накапливаются как в инфицированных клетках, так и в свободном виде.

Либи́до – сексуальное влечение; инстинктивная психическая энергия, что в психоаналитической теории вытекает из примитивных биологических призывов (как для сексуального удовольствия или самосохранения) и что выражается в сознательной деятельности

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.

Межсекторальные действия – действия, при которых осуществляется сотрудничество сектора здравоохранения и соответствующих других секторов для достижения общей цели, при точном согласовании вклада различных секторов.

Межсекторальное сотрудничество – подразумевается общепризнанная взаимосвязь между частью или частями различных слоев или секторов общества, которая установлена для принятия мер, осуществления действий по тому или иному вопросу или проблеме в целях достижения тех или иных результатов здравоохранительных мер или промежуточных результатов в отношении здоровья более эффективным, действенным или обоснованным и устойчивым образом, чем это могло быть достигнуто усилиями лишь сектора здравоохранения, действующего в одиночку.

Мигрант – лицо, совершающее межпоселенное территориальное передвижение (миграцию) с целью смены постоянного места жительства, работы, учебы, отдыха и др., навсегда или определенный срок (от 1 дня до нескольких лет).

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

Мигранты - это мобильные лица, которые поселяются или долгое время пребывают в другой стране.

Метод обучения "равный-равному" - широко известен в мировой практике как метод профилактики ВИЧ/СПИДа, в особенности среди молодежи, посредством проведения интерактивных методов обучения. Главная цель - предоставление информации, развитие навыков и умений, изменение поведения и отношения к проблеме ВИЧ/СПИДа.

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

МСМ - мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами. Термин, часто употребляемый в контексте профилактики ВИЧ/СПИДа, когда не имеет значения сексуальная ориентация мужчины, а важны лишь характеристики поведения, в соответствии с которыми строится стратегия профилактической работы.

Навыки безопасного поведения - это навыки ведения здорового образа жизни, использования средств защиты и т.д.

Образ жизни – совокупность конкретных подходов каждого человека к использованию ресурсов и возможностей, представляемых ему социальными условиями, традициями, образованием и рыночными отношениями.

Общественное здравоохранение – это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий общества.

Община, местное население, сообщество (Community) – определенная группа людей, часто проживающих в определенной географической местности, разделяющих общие ценности, нормы и культурные особенности, объединенных в рамках одной социальной структуры, в

зависимости от связей и отношений, сложившиеся у данного контингента населения, в данной общине на протяжении определенного периода времени.

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 ступор, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон, бупренорфин и (декстро) пропоксифен.

Осознанное согласие - добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ/СПИД или на участие в клинических испытаниях и т.п., данное в письменном виде после получения информации о целях, методах, процедуре и возможных положительных и отрицательных последствиях такого обследования или лечения. Пациент, желающий участвовать в клинических испытаниях, подписывает документ, подтверждающий его/ее согласие и содержащий исчерпывающую информацию об обследовании.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – является основным звеном системы здравоохранения любой страны, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу «от периферии к центру». ПМСП является неотъемлемой составной частью социального и экономического развития той или иной страны.

Политика (в области) здравоохранения (Health policy) – официальная, формальная декларация или процедура внутри учреждений (а именно правительственных), позволяющая определить приоритет и параметры деятельности в порядке реагирования на здравоохранительные потребности, имеющиеся ресурсы и иные виды политического давления.

Профилактика болезней – действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление прогрессирования заболеваний, на сохранение трудоспособности.

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

Профилактика (первичная) - система политических, экономических, социальных, противоэпидемических, гигиенических и медицинских мероприятий, проводимых органами власти и управления, организациями, гражданами, и направленных на достижение и сохранение высокого уровня здоровья населения.

Профилактика (вторичная) - система экономических, социальных, противоэпидемических, гигиенических и медицинских мер, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов и возможных осложнений.

Противопоказания - это то (как симптом или состояние), что делает особый режим лечения или процедуру нецелесообразным

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.

Психометрические характеристики/свойства - техника умственных/психических измерений; использования количественных устройств для оценки психологических тенденций; надежность меры, обоснованность и чувствительность в сопоставимых культурной контекстах.

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

Референтные тест-системы - тест-системы, позволяющие оценить диагностические данные в соответствии с перечнем рекомендуемых критериев для оценки качества диагностических наборов по биологической стандартизации, к которым относятся: точность, воспроизводимость; оценка параллелизма результатов измерения анализируемого вещества и калибратора; сопоставление результатов определения анализируемого вещества, полученных разными методами.

Сгорание - подавленное психологическое состояние, возникающее у социальных работников, психологов-консультантов, операторов телефонов доверия после длительного периода работы с клиентами. Службы социально-психологической поддержки организуют регулярные мероприятия для своих сотрудников с целью профилактики "сгорания".

Секс-работники (СР) - лица (мужчины и женщины), оказывающие сексуальные услуги на условиях материального вознаграждения.

Сифилис - инфекционное хроническое заболевание, передающееся половым путем. Возбудитель - бактерия бледная трепонема. Заражение чаще всего происходит при половом акте без средств защиты и значительно реже - в бытовых условиях. Может поражать любые органы и ткани. Начальный бессимптомный период иногда продолжается несколько лет. При отсутствии лечения может привести к неизлечимым поражениям головного мозга и к смерти. Для ВИЧ-отрицательных лиц риск смерти от нелеченного сифилиса составляет около 30%; для ВИЧ-положительных лиц он значительно выше.

Сектор здравоохранения – состоит из организованных государственных, общественных и частных служб здоровья (включая укрепление здоровья, профилактику болезней, службы диагностики, лечения и ухода за больными), курсов политики и деятельности отделов/управлений и министерств здравоохранения, неправительственных организаций,

связанных со здоровьем и групп коммунально-общинного характера или уровня, а также профессиональных ассоциаций и объединений.

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.).

Средства защиты - используются для предотвращения заражения ВИЧ/СПИДа, передачи инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности.

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

Толерантность - это проявление терпимости по отношению к иному стилю жизни.

Труднодоступные группы - уязвимые группы (МСМ, СР, ПИН), которые в силу своей специфики, являются труднодоступными для профилактических мероприятий.

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. Основным методом 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.

Укрепление здоровья (Health promotion) – это процесс, позволяющий людям повысить контроль над своим здоровьем, а также улучшить его.

Хронический – отмечен долгой продолжительностью, частыми повторениями в течение длительного времени, и зачастую медленно прогрессирующий по своей тяжести; страдание от болезни или недуга, продолжительного в своем течении или часто повторяющегося

Библиография: