

**Министерство здравоохранения
Республики Казахстан**

**РГКП «Республиканский научно-практический центр
медико-социальных проблем наркомании»**

Н.Б. Ережепов, А.С. Каражанова

**Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепто-
ров в наркологической практике Республики Казахстан**

Методические рекомендации

Павлодар
2010

УДК 613
ББК 51.1
Е 70

Ережепов Н.Б., Каражанова А.С.

Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан: Методические рекомендации. – Павлодар, 2010. – 49 с.

ISBN 9965 – 08 – 457 – 2

Методические рекомендации составлены директором РГКП «РНПЦ МСПН» к.м.н. Ережеповым Н.Б., руководителем отдела клинической наркологии РНПЦ МСПН к.м.н. Каражановой А.С.

Предлагаемые методические рекомендации рассчитаны на врачей наркологов, психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения и раскрывают вопросы применения агонистов опиатных рецепторов (метадона) в практической наркологии и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков.

В настоящих рекомендациях приводится информация как научно-клинического, так и организационного характера. Рассматриваются задачи и виды заместительной поддерживающей терапии. Даются конкретные рекомендации в отношении подбора адекватной дозы метадона, профилактики передозировки метадоном. Также рассматриваются организационные моменты заместительной поддерживающей терапии в амбулаторно-поликлинических условиях: критерии отбора пациентов, ведение документации, осуществление контроля трезвости участников метадоновых программ.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Н.Т. Измаилова

Доктор медицинских наук, профессор Ю.А. Россинский

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – А.Л. Катков, протокол № 233 от 1 октября 2010 г.).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от "19" ноября 2010 года № 12).

ISBN 9965 – 08 – 457 – 2

РГКП «Республиканский научно-
практический центр
медико-социальных проблем наркомании»,
Республика Казахстан, Павлодар, 2010

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Введение
- 1. Организационные аспекты программ заместительной поддерживающей терапии в Республике Казахстан
 - 1.1. Цели и задачи
 - 1.2. Мероприятия по подготовке к открытию и функционированию пунктов выдачи метадона
 - 1.3. Персонал программы ЗПТ, функциональные обязанности
 - 1.4. Основные требования к деятельности кабинета выдачи метадона
 - 1.5. Порядок и условия проведения ЗПТ
 - 1.6. Технология проведения ЗПТ
 - 1.7. Социально-психологический компонент программы ЗПТ
 - 1.8. Контроль трезвости участника программы
 - 1.9. Дополнительные услуги
- 2. Нормативная правовая база заместительной поддерживающей терапии в Республике Казахстан
- 3. Основные сведения об особенностях использования метадона
 - 3.1. Общие сведения
 - 3.2. Метадон
 - 3.2.1. Фармакологические свойства метадона и его действие на организм
 - 3.2.2. Хранение
 - 3.2.3. Учёт
 - 3.2.4. Формы применения
 - 3.2.5. Дозирование
 - 3.2.6. Толерантность
 - 3.2.6.1. Механизмы, обеспечивающие установление толерантности
 - 3.2.6.2. Скорость формирования толерантности к опиатам.
 - 3.2.6.3. Скорость исчезновения толерантности
 - 3.2.6.4. Перекрестная толерантность.
 - 3.2.7. Побочные явления при длительном лечении метадоном
 - 3.2.8. Передозировки метадоном
- 4. Виды терапии метадоном
- 5. Медицинская тактика на стадиях заместительной поддерживающей терапии
 - 5.1. Медицинская тактика на начальной стадии ЗПТ
 - 5.2. Врачебная тактика в период поддерживающего лечения ЗПТ
 - 5.3. Выход пациента из программы ЗПТ. Тактика ведения пациента
- 6. ЗПТ и некоторые сопутствующие состояния
- 7. Диспансерное наблюдение пациентов - участников ЗПТ

Приложение 1. Примерные характеристики и перечень оборудования кабинета выдачи метадона
Приложение 2. Контракт

Введение

Широкое использование веществ, изменяющих психическое состояние, в современном мире является достаточно актуальной проблемой (Керфут Б.П. и соавт., 2000; Лит Ю. и соавт., 2000; Лоскен А. и соавт., 2000; Хёрш Д. и соавт., 2000; Stenbacka M. et al., 1993; Warner E.A., 1993). Уже в начале XX века прослеживалось осознание тяжести последствий наркотизации (Пелипас В.Е., Мирошниченко А.Д., 1992; Иванец и соавт., 1997; Козлов А.А., 2002), её влияния на общество (Gerstein D., Harwood H., 1990; Rice D.P. et al., 1991; Collins D.J., Lapsley H.M., 1996), а также взаимосвязь употребления психоактивных веществ с уголовными преступлениями (Ларин Н.С., 1983; Матузок Э.Г., 1993; Кошкина Е.А., 2001).

Современными исследователями отмечается многосторонность проблемы наркотической зависимости: экономическая, медицинская, социальная, правовая и воспитательная (Габиани А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001; Gossop M., 1984; Grant B.F., 1995; Kendler K. et al., 1997).

По данным ВОЗ, с начала 80-х годов XX столетия масштабы проблемы распространения наркотической зависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от психоактивных веществ (далее – ПАВ) приняла характер эпидемии (WHO, 1992). В частности, в 138 странах в мире опиоидная зависимость и внутривенное использование наркотиков является одной из острейших медико-социальных проблем. Оценено, что 13,5 миллиона человек употребляют опиоиды, включая 9,2 миллиона человек, употребляющих героин. Это составляет 0,2% всемирного полного населения. Глобальная эпидемия использования героина продолжает распространяться, главным образом, в развивающихся странах с высоким уровнем наркотической зависимости и социальными проблемами.

За годы независимости в Республике Казахстан имеет место устойчивый рост потребления наркотических и психотропных веществ и значительное увеличение количества наркоманов. Если, например, в 1986 году в стране наиболее активным потреблением наркотиков были поражены всего 3-4 области с общим числом официально зарегистрированных потребителей около 10 000 человек, то в 2002 году в Казахстане число таких потребителей составило 49 736 человек (ВОЗ, Информационный бюллетень о наркоситуации в Центрально-Азиатском регионе, 2003). По данным многоуровневого исследования 2001 года в Казахстане 1,7% населения имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1% – от алкоголя (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002). По данным других исследований (быстрая оценка ситуации – далее БОС), численность потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане за 2008 год составляет 130 000 человек, в то время как по данным официальной статистики на учёте в наркологических диспансерах РК состоит 37 549 потребителей инъекционных наркотиков (далее – ПИН), что составило 29% от исследования БОС.

Одним из последствий проблемы потребления наркотиков является распространение инфекций, передающихся парентеральным путем, в том числе распространение ВИЧ-инфекции. В Казахстане о первом случае ВИЧ-инфекции сообщили в 1987 году. Согласно статистике, основанной на системе поименной регистрации случаев, на 1 января 2009 г. кумулятивное число зарегистрированных инфицированных ВИЧ лиц составляло 11 709 человек. Первый подъем в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции произошел в 1997 году в городе Темиртау Карагандинской области, где в течение одного года было выявлено 354 новых случая ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (далее ПИН). Второй подъем в развитии эпидемии пришелся на 2001 год и был обусловлен ростом регистрации ВИЧ-инфекции в Павлодарской, Южно-Казахстанской, Карагандинской и Западно-Казахстанской областях. При этом на долю потребителей инъекционных наркотиков пришлось 88% всех выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Доля полового пути заражения составляла всего 5% (по данным 2006–2007 годов). В настоящее время доля внутривенного пути передачи в этих регионах в среднем составляет 60%, что отражает профилактическую работу специализированных организаций.

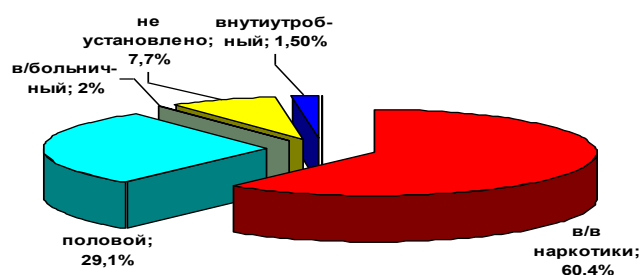


Рисунок 1. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи (данные за 2008 год, n=2335)

За 12 месяцев 2009 года в Казахстане зарегистрировано 2081 инфицированное ВИЧ лицо и 174 человек, больных СПИДом. За 12 месяцев 2009 года среди инфицированных ВИЧ лиц преобладали мужчины – 70,7%; удельный вес лиц в возрасте от 20 до 39 лет составил 78,1%. С нарастающим итогом на 1 января 2010 г. в Казахстане зарегистрировано 13 784 человека, инфицированных ВИЧ, показатель на 100 тысяч населения составил 73,1. Среди инфицированных ВИЧ лиц в Республике преобладает молодёжь в возрасте 20-29 лет (45,7%). Соотношение мужчин к женщинам составляет 2,6:1. Кумулятивно диагноз: СПИД поставлен 989 пациентам, из которых 64 человека, больные СПИДом, - дети. Среди всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 67,9% случаев - это потребители наркотических средств, удельный вес гетеросексуального полового пути передачи составляет 23,43%.

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает изменения. Данная ситуация связана с масштабом и

темпом распространения наркотической зависимости, угрозой распространения сопутствующих инфекционных заболеваний, и в первую очередь - ВИЧ/СПИДа, а также с недостаточно высокой эффективностью традиционных подходов, применяемых в здравоохранении.

Основное внимание уделяется отходу от исключительно медикаментозной практики лечения алкоголизма и наркотической зависимости и расширению использования комплексной реабилитационной практики (Ревенко В.И. и соавт., 1999; Михайлова Л.А., 2000; Булыгина И.Е. и соавт., 2001; Букреева Н.Д., 2002). При этом используются как заимствованные, так и оригинальные комплексные программы медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых лиц, эффективность которых не вызывает сомнений (Батищев В.В., 1998-2000; Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000; Валентик Ю.В., 2001; Дудко Т.Н. и соавт., 2001; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2001; Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Практически непрерывно идёт процесс усовершенствования отдельных аспектов или блоков реабилитационного процесса (Батищев В.В., 2000; Дудко Т.Н., 2000; Тактаров В.Г., Новиков И.А., 2001; Валентик Ю.В., 2002; Валентик Ю.В. и соавт., 2002).

Вместе с тем, как показывают объективные исследования, попытки охватить большое количество лиц, больных опиоидной зависимостью, реабилитационными программами с целью добиться полной абстиненции, недостаточно эффективны: их результат составляет не более 8%-10% ремиссий в течение года. На фоне рецидива, возникающего почти в 90% случаев, повышается вероятность передозировки и/или рискованного поведения (протокол исследования UNODC, 2008).

В целом, лечение наркотической зависимости способствует существенному улучшению благополучия и социального функционирования людей с опиоидной зависимостью и предупреждению серьёзных медицинских и социальных последствий, включая инфицирование ВИЧ. В совместном заявлении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управления ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (2004) отмечается, что не существует единственного метода лечения, эффективного для всех индивидов с опиоидной зависимостью, и что для таких лиц должен быть доступен достаточно широкий арсенал разнообразных методов.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1998): «Заместительная терапия при условии медицинского контроля должна быть доступна для употребляющих опиоиды как средство замещения легальным наркотиком, принимаемым внутрь, нелегального наркотика, обычно вводимого путем инъекций. Такая терапия должна быть одной из составляющих служб оказания всесторонней медицинской и социальной помощи».

Заместительная поддерживающая терапия была признана одним из эффективных методов лечения опиоидной зависимости. По мнению экспертов, 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 (ВОЗ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УООННП), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2004).

1. Организационные аспекты программ заместительной поддерживающей терапии в Республике Казахстан

1.1 Цели и задачи программ заместительной поддерживающей терапии (далее – ЗПТ).

Основными целями ЗПТ определены:

- повышение эффективности антинаркотических усилий социального сектора МЗ РК;
- противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в РК, за счет профилактики инфицирования среди наиболее уязвимой группы - ПИН.

Задачи ЗПТ:

- 1) снижение частоты и кратности употребления нелегальных наркотических веществ;
- 2) стабилизация соматического и психического статусов пациента;
- 3) увеличение приверженности к АРВ-терапии лиц, находящихся на ЗПТ;
- 4) повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ЗПТ.

Окончательный и полный отказ от употребления опиоидов – это цель, существующая в отдаленной перспективе.

1.2 Мероприятия по подготовке к открытию и функционированию пунктов выдачи метадона.

1.2.1 Издание областными управлениями здравоохранения приказа о внедрении ЗПТ на базе наркологических медицинских организаций.

1.2.2 Получение государственной лицензии в департаменте внутренних дел на помещение для обеспечения надлежащего хранения, учёта, отпуска и использования метадона.

1.2.3 Получение государственной лицензии Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК на виды деятельности, связанные с оборотом наркотических веществ, психотропных средств и прекурсоров, на занятие деятельностью, связанной с приобретением, хранением, использованием и уничтожением наркотических средств, психотропных средств и прекурсоров.

1.2.4 Проведение ремонтно-технических работ и оснащение кабинета выдачи метадона в соответствии с требованиями к хранению и учёту лекар-

ственных средств, содержащих наркотические средства, психотропных веществ и прекурсоров.

1.2.5 Закуп оборудования, заложенного в бюджете проекта и представленного в приложении 1 к данным методическим рекомендациям.

1.2.6 Укомплектование штата сотрудников, предусмотренных штатным расписанием в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» и обучение персонала ЗПТ на кафедре РГКП «Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании».

1.2.7 Заключение договоров (при их отсутствии) на охрану объекта, на утилизацию медицинских отходов, на поставки и доставку метадона, на установку видеонаблюдения и дальнейшее обслуживание.

1.3 Персонал программы ЗПТ, функциональные обязанности.

Основными позициями в программах ЗПТ являются должности врача-нарколога, психотерапевта/психолога, социального работника, медицинских сестёр (таблица 1).

Руководитель медицинской организации осуществляет контроль за тем, чтобы лица, осуществляющие лечение, обладали достаточными навыками и квалификацией, позволяющими им надлежащим образом пользоваться контролируруемыми веществами.

В целях обеспечения профессионализма и преемственности в оказании услуг рекомендуется базовая подготовка в области лечения зависимости от ПАВ. Потребности в дополнительном обучении будут зависеть от характера предлагаемого психосоциального вмешательства. Персоналу должны быть обеспечены контроль, надлежащая поддержка и стандартизированные рабочие инструкции по осуществлению ЗПТ, эффективному взаимодействию с пациентами ЗПТ, по оказанию медицинской помощи при возможном развитии неотложных состояний.

Таблица 1. Персонал программы ЗПТ

№ п/п	Персонал программ	Количество ставок
1.	Врач психиатр-нарколог	1,0 ставка
2.	Психолог-психотерапевт	1,0 ставка
3.	Социальный работник	1,0 ставка
4.	Медицинская сестра	2,0 ставка
5.	ВСЕГО	5 ставок

Персонал, отпускающий метадон, должен быть ознакомлен с надлежащим хранением контролируемых лекарственных наркотических средств, а также методами минимизации риска попадания лекарственных средств в незаконный оборот.

Функциональные обязанности должны быть разработаны в соответствии с представленными методическими рекомендациями и приказом МЗ РК №791 26.11.2009 года и утверждены руководителями наркологических меди-

цинских организаций.

Врач-нарколог

Общие положения

1. На должность врача-психиатра-нарколога ПЗТ назначается опытный врач-нарколог наркологического диспансера, имеющий все необходимые квалификационные требования.

2. Врач-нарколог подчиняется непосредственно заведующему поликлиническим наркологическим отделением (далее - ПНО).

Обязанности

Врач – нарколог должен:

- 1) обслуживать под общим руководством заведующего ПНО прикрепленных к нему участников проекта;
- 2) вести соответствующую медицинскую документацию, внося все полагающиеся данные, отмечая аккуратно все назначения (расчёт и изменение дозы метадона);
- 3) проводить расчёт необходимой поддерживающей дозы метадона (в качестве заместительной терапии), необходимые диагностические исследования участников проекта, в том числе и врачебные манипуляции;
- 4) докладывать заведующему ПНО обо всех затруднениях в определении дозы препарата, а также о произошедших переменах в состоянии участников программы;
- 5) проверять правильность и своевременность выполнения средним медицинским персоналом врачебных назначений и указаний;
- 6) периодически участвовать в психотерапевтических сессиях в качестве терапевта или ко-терапевта с участниками проекта;
- 7) повышать свою квалификацию, участвовать в семинарах, посвящённых теме заместительной терапии, систематически посещать общебольничные конференции, совещания;
- 8) контролировать своевременность лабораторного обследования участников проекта (исследование мочи на наличие метаболитов наркотических веществ);
- 9) участвовать в проведении занятий по повышению квалификации и учебе среднего медицинского персонала, работающего в программе заместительной поддерживающей терапии;
- 10) соблюдать морально-правовые нормы проекта и конфиденциальность об участниках проекта в процессе профессионального общения;
- 11) соблюдать распорядок и трудовую дисциплину.

Врач-психотерапевт/ психолог

Общие положения

1. На должность назначается врач-психотерапевт/психолог, имеющий опыт работы в области наркологии, психотерапии, а также все необходимые квалификационные требования.

2. Врач-психотерапевт/психолог подчиняется непосредственно заведующему поликлиническим наркологическим отделением.

Обязанности

Врач-психотерапевт/ психолог должен:

- 1) обслуживать под общим руководством заведующего ПНО прикрепленных к нему участников проекта: проводить индивидуальную, групповую, семейную психотерапию, социально-психологические тренинги;
- 2) периодически делать записи в картах участников проекта; вести журнал психотерапевтических сессий;
- 3) проводить психотерапевтические сессии с родственниками участников проекта;
- 4) давать необходимые консультации и справки, касающиеся терапевтического процесса, соблюдая анонимность/конфиденциальность информации об участниках проекта;
- 5) участвовать в проведении занятий по повышению квалификации и учёбе среднего медицинского персонала, работающего в проекте по заместительной поддерживающей терапии;
- 6) повышать свою квалификацию, участвовать в семинарах, посвященных теме заместительной терапии, систематически посещать общепольничные конференции, совещания;
- 7) докладывать заведующему ПНО обо всех затруднениях в терапевтическом процессе, а также о произошедших переменах в состоянии участников проекта;
- 8) соблюдать трудовой распорядок и трудовую дисциплину.

Медицинская сестра кабинета заместительной поддерживающей терапии

Общие положения

1. На должность медицинской сестры кабинета заместительной поддерживающей терапии назначается опытная медицинская сестра, имеющая законченное среднее медицинское образование, стаж работы в стационаре и специальную подготовку, позволяющую работать в должности медицинской сестры наркологического отделения.

2. Медицинская сестра кабинета заместительной терапии подчиняется непосредственно врачу-психиатру-наркологу, а так же заведующему поликлиническим наркологическим отделением (далее – ПНО).

Обязанности

Медицинская сестра кабинета заместительной поддерживающей терапии должна:

- 1) соблюдать личную гигиену, санитарно-противоэпидемический режим работы, требования дезинфекции и стерилизации; соблюдать правила асептики и антисептики при проведении процедур;
- 2) осуществлять делопроизводство, вести соответствующие журналы,

своевременно регистрировать выдачу препарата в листе назначений и журнале расхода препарата;

3) получать, дозировать и выдавать лекарственный препарат (метадон) в пункте выдачи метадона;

4) контролировать приём лекарственного препарата (метадона) пациентами в кабинете заместительной поддерживающей терапии;

5) наблюдать за пациентами, своевременно докладывать врачу-наркологу об изменениях в общем состоянии, поведении пациентов ЗПТ;

6) осуществлять сбор анализов мочи для проведения тест-контроля на содержание метаболитов других наркотических средств и доставлять образцы для исследования в клинко-биохимическую лабораторию наркологического диспансера;

7) соблюдать моральные правовые нормы профессионального общения, конфиденциальность об участниках проекта;

8) соблюдать трудовой распорядок и трудовую дисциплину.

Социальный работник

Общие положения

1. На должность социального работника, работающего в проекте заместительной терапии, принимается специалист, имеющий законченное образование по специальности «Социальный работник» (или «Социальный педагог»).

2. Социальный работник подчиняется непосредственно врачу психиатру-наркологу и заведующему поликлиническим наркологическим отделением (далее – ПНО).

Обязанности

Социальный работник должен:

1) повышать квалификацию, участвовать в семинарах, посвященных теме заместительной терапии, регулярно посещать общебольничные конференции, совещания;

2) оказывать помощь в решении социально-бытовых вопросов (помощь в регистрации на бирже труда, оформлении пособия по безработице, оформлении документов, удостоверяющих личность и т.п.);

3) организовывать встречи и заседания участников проекта по вопросам взаимоподдержки и взаимопомощи.

4) периодически встречаться (посещать) членов семьи участников проекта, отслеживать семейную социальную динамику участников проекта;

5) посещать место работы участников проекта или встречаться с его руководством, отслеживать трудовую динамику участников проекта;

6) периодически участвовать в психотерапевтических группах с участниками проекта;

7) регулярно вносить свои наблюдения в историю болезни/персональную карту участников проекта;

8) соблюдать трудовой распорядок и трудовую дисциплину.

1.4 Основные требования к деятельности кабинета выдачи метадона.

Кабинеты выдачи метадона рекомендуется размещать на первом этаже здания медицинской организации и иметь отдельный вход в помещение.

Выдача и приём раствора метадона гидрохлорида должен производиться ежедневно. График работы составляется с учётом потребностей пациентов и возможностями организации. Время работы утверждается руководителем организации.

Категорически не допускается отпуск метадона третьим лицам «для передачи больному». Метадон должен отпускаться по документам, удостоверяющим личность участника программы. Приём метадона осуществляется под наблюдением персонала непосредственно в пункте раздачи.

1.5 Порядок и условия проведения ЗПТ.

Программа заместительной поддерживающей терапии в Казахстане требует соблюдения ряда условий. Данные условия предусмотрены приказом Министра здравоохранения РК «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года № 609.

1. Заместительная поддерживающая терапия должна применяться исключительно для лечения лиц с клиническими проявлениями синдрома зависимости от опиоидов.

2. Пациент должен постоянно проживать в населённом пункте, где будет получать терапию метадонотом.

3. Пациент должен дать согласие на информированное не анонимное участие в программе.

4. Пациент должен дать согласие на периодические анализы мочи на предмет отсутствия в них следов героина и опиоидов.

Показания к назначению заместительной поддерживающей терапии:

- 1) диагноз опиоидной зависимости (F 11.2);
- 2) способность осознано дать информированное согласие;
- 3) гражданство Республики Казахстан;
- 4) возраст старше 18 лет;
- 5) также наличие одного из ниже перечисленных критериев:
 - подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков (не менее 3 лет);
 - документально подтвержденные 2-3 неуспешные попытки лечения;
 - приоритет отдается лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;
 - беременность у наркозависимых участниц программы ЗПТ.

Противопоказаниями для назначения метадона являются следующие состояния:

- а) гиперчувствительность к препарату (аллергические проявления);

б) тяжелые когнитивные нарушения или умственная отсталость.

Всех вновь принимаемых пациентов необходимо мотивировать на участие в программе в течение года и более с последующим плановым выходом из программы ЗПТ.

Исключение пациентов из программы предусматривается в следующих случаях:

- продолжение употребления нелегальных наркотиков (по результатам тестов на содержание наркотиков в крови или моче);
- систематическое злоупотребление алкоголем с клиническими признаками алкогольной зависимости;
- нерегулярное посещение программы, отказ от контактов с врачом и психологом/психотерапевтом программы;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета выдачи метадона;
- проявление агрессии к другим участникам и персоналу программы.

Недобровольное прекращение ЗПТ

Одной из главных обязанностей наркологической медицинской организации является защита своего персонала и пациентов от возможного вреда. В случае возникновения ситуации, когда поведение пациента в прошлом может указывать на то, что есть значительный риск вреда для других пациентов или персонала, то медицинская организация по лечению должна принять меры к снижению этого риска и при необходимости исключить такого пациента из программы ЗПТ. Таких ситуаций потенциально можно избежать, если выявлять поведение пациента и управлять им на раннем этапе (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

В успешно работающей организации по лечению зависимости должны быть установлены чёткие пределы того, что является приемлемым, а что – неприемлемым поведением, и эти пределы служба будет применять последовательно ко всем пациентам (иногда такой подход называют «установлением пределов»). Установление пределов должно предусматривать постепенные меры реагирования, в том числе:

- положительные отзывы за «хорошее» поведение;
- сдержанное реагирование на незначительные нарушения правил поведения (например, предупреждения, сокращение привилегий по приему доз на дому, более частые визиты врача, отказ или задержка в выдаче доз в случае интоксикации);
- окончательные меры реагирования (например, исключение и, при необходимости, вызов полиции/милиции) за серьезные нарушения правил поведения.

Применение чрезмерных ответных мер за незначительные нарушения

правил приведет к выписке большого числа пациентов, которые могли бы и дальше получать пользу от лечения. В тоже время, отсутствие реакции на существенные нарушения правил создаёт риск причинения вреда другим пациентам и персоналу и при этом не поможет данному пациенту.

Каждая организация должна сама принимать свои правила и устанавливать пределы. Они зависят от культурных норм, целей лечения в данном учреждении и общей системы целей и принципов, которые позволяют продолжать лечение. Естественно, правила лечения в программах, направленных на полное воздержание от употребления наркотических веществ, будут существенно отличаться от таковых в программах поддерживающего лечения опиоидными агонистами, направленных на снижение смертности и заболеваемости, связанных с опиоидной зависимостью, и на повышение качества жизни.

Какие бы ни устанавливались пределы, они должны последовательно применяться всем лечебным персоналом. Это позволит пациентам быстро узнать и с большей готовностью принимать пределы допустимого поведения. Некоторые пациенты будут пытаться выходить за эти пределы, если ощутят различия в том, как разные сотрудники применяют их. Такое поведение, иногда называемое «расколом», создает опасность того, что среди лечебного персонала могут возникнуть конфликты, что ведет к неудовлетворительным результатам лечения пациентов.

Даже если инцидент является достаточно серьезным для того, чтобы стать основанием для незамедлительной выписки, учреждения должны использовать такую ситуацию, как повод посмотреть, сделали ли они все, что могли, чтобы не спровоцировать или не допустить подобного поведения. В службах по лечению зависимости должен быть механизм докладов об инцидентах, когда они происходят, включая ситуации «предпосылок к инциденту» и неожиданных негативных последствий. Эти доклады должны регулярно изучаться группой сотрудников, в которую входило бы лицо, ответственное за руководство лечебным процессом в учреждении. К инициативам по снижению числа таких инцидентов могут относиться:

- меры по обучению персонала способам общения без оценочных и критических высказываний и без конфронтации;
- сокращение времени ожидания приёма лечебным персоналом и выдачи лекарственных средств,
- частый анализ хода лечения пациента,
- применение методов, не наносящих ущерба в семье и на работе,
- присутствие охраны.

В случае, если ситуация не требует немедленной выписки в целях обеспечения безопасности персонала и других пациентов, должны быть предприняты попытки найти выход из создавшейся ситуации без выписки, особенно если выписка подразумевает прекращение лечения. Пациенты должны понимать, что от них требуется, и необходимо чётко оговаривать случаи, когда поведение выходит за рамки допустимых пределов. Если альтернативные варианты неприемлемы или уже были исчерпаны, то следует

предпринять попытку перевода пациента в другое лечебное учреждение, поскольку при недобровольной выписке результаты лечения неудовлетворительны (рецидив употребления героина наступает у 75% пациентов) (Тренинговое руководство «Заместительная терапия», Украинский институт исследований политики в области общественного здоровья, 2008 год).

Деятельность специальной консультативной комиссии

Все решения в отношении участников ЗПТ принимаются комиссионно. С этой целью на базе медицинской организации создается Специальная консультативная комиссия (далее – СКК). В сферу деятельности данной комиссии входит решение важных вопросов, касающихся пациентов, таких как вход в программу ЗПТ, решения при дисциплинарных нарушениях, выход из программы и другие возникающие неоднозначные ситуации.

СКК представлена председателем комиссии в лице заместителя главного врача по лечебной работе, заместителем председателя комиссии в лице заведующего наркологического поликлинического отделения и членами комиссии (врач-нарколог, психолог/психотерапевт и социальный работник). Заседания СКК проходят 1 раз в месяц, но при необходимости заседания могут проходить чаще. На заседаниях комиссии обговариваются включение пациента в ЗПТ, клиничко-психопатологический статус пациентов, динамика реабилитационного процесса, потребности пациентов в рамках социальной адаптации, принимаются решения в отношении несамостоятельного выхода из программы ЗПТ. Результаты заседания фиксируются в амбулаторных картах пациентов, в отношении которых принималось решение комиссии.

Медицинская документация

При включении пациента в программу заместительной поддерживающей терапии в медицинской карте амбулаторного больного (025/у), по форме утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения, делается соответствующая запись. Во врачебном приёме отражаются жалобы, наркологический анамнез, описывается рискованное поведение в плане инфекций, передающихся парентеральным путем, подробно описывается соматический, неврологический и психический статусы пациента. Здесь же описываются условия жизни пациента, юридические вопросы, вопросы трудовой деятельности, социальные и культурные факторы, которые могут влиять на употребление ПАВ. В заключении обосновывается необходимость включения пациента в программу ЗПТ.

После представления пациента на СКК и положительного решения о включении его в программу ЗПТ в амбулаторную карту пациента делается соответствующая запись. К амбулаторной карте прикрепляется договор на терапевтическое взаимодействие пациента с медицинской организацией (см. Приложение 2).

Лечащим врачом составляется индивидуальный план лечения, направленного на удовлетворение всех выявленных медицинских потребностей. В

дальнейшем результаты динамического наблюдения за пациентом регистрируются в медицинской карте амбулаторного больного. Кратность врачебных осмотров зависит от состояния пациента и изменения, соответственно, доз препарата.

Все назначения лечащего врача заносятся в лист врачебных назначений и лист назначений на исследование, утвержденный уполномоченным органом в области здравоохранения. Ежедневно медицинская сестра, осуществляющая выдачу метадона, расписывается в листах назначения, подтверждая, таким образом, выполнение врачебных назначений.

Врачом-психотерапевтом/психологом программы ведётся журнал, в котором отражаются план предстоящих психотерапевтических сессий, текущая групповая динамика, результаты индивидуальных терапевтических сессий. Также с кратностью 1 раз в месяц в медицинской карте амбулаторного больного делается запись, отражающая динамику психотерапевтического процесса за истекший месяц.

Социальным работником ведётся журнал, в котором фиксируются все случаи взаимодействия с родственниками пациента, посещения служб социального обеспечения, мероприятия по трудоустройству, разрешением юридических вопросов и т.д. Запись в амбулаторной карте участника программы ЗПТ, отражающая социальную динамику пациента, делается один раз в месяц.

1.6 Технология проведения ЗПТ

Перед включением в программу ЗПТ с пациентом проводится собеседование, в ходе которого ему разъясняются задачи лечебной программы, планируемые вмешательства, позитивные стороны участия в программе и возможные риски, в том числе пациента извещают о возможном строгом медицинском и административном контроле его поведения.

Приём пациентов в программу осуществляется СКК по представлению врача-нарколога, ответственного за проведение ЗПТ.

В случае приёма в программу ЗПТ наркологическая медицинская организация заключает с пациентом терапевтический договор, в котором определяются права и ответственность сторон и который информирует пациента о проводимом методе лечения (см. Приложение 2).

Каждого участника программы необходимо обеспечить удостоверением участника программы ЗПТ с фотокарточкой для идентификации личности.

Дальнейший процесс ЗПТ осуществляется в 2 этапа (см. пункты 5.1, 5.2):

- *1 этап* – индукция – подбор начальных дозировок метадона в амбулаторных условиях (или стационар замещающие условия) в течение 5-7-10 дней;
- *2 этап* – фаза поддержки – перевод и осуществление поддерживающего лечения в амбулаторных условиях.

Коррекция дозировок производится врачом-наркологом программы в амбулаторных условиях.

Для каждого пациента должны быть разработаны индивидуальные планы обследования и лечения, предусматривающие ряд обязательных процедур, в частности:

- а) обследование на наличие гепатита В и С, ВИЧ-инфекции, венерических и других заболеваний;
- б) лечение медицинских осложнений, проведение общеукрепляющей поддерживающей терапии;
- в) проведение мероприятий по психологической и социальной реабилитации.

В зависимости от планового или внепланового прекращения участия пациентов в программе ЗПТ возможно использование двух вариантов детоксификации метадонотом:

- 1) *среднесрочная детоксификация* (обычно в течение 1 месяца) применяется в случаях досрочного внепланового прекращения лечения по инициативе пациента; заключается в постепенном снижении дозировок метадона в течение месяца;
- 2) *долгосрочная детоксификация* (обычно в течение 3-4 месяцев) применяется в случаях планового завершения участия пациента в программах ЗПТ.

Во всех случаях, по согласованию с пациентом, рекомендуется проведение детоксикации в стационарных условиях (с применением комбинаций психотропных препаратов, в сочетании с дезинтоксикацией, витаминотерапией, назначения гепатопротекторов).

В случаях планового выхода из лечебной программы, в зависимости от установок пациента необходимо проведение индивидуальной работы, направленной на мотивацию участия в реабилитационных программах, и предусматривающих полное воздержание от наркотических веществ.

1.7 Социально-психологический компонент программы ЗПТ

Психосоциальная поддержка должна оказываться всем пациентам с опиоидной зависимостью в комплексе с медикаментозным лечением опиоидной зависимости. Она должна включать в себя оценку психосоциальных потребностей, консультирование и связь с существующими службами по работе с семьями и общинами. Медицинские организации по лечению зависимости должны стремиться оказывать интегрированную всеобъемлющую психосоциальную помощь каждому пациенту на месте. Однако при этом службы по лечению не должны отказывать в эффективном медикаментозном лечении, если они не могут обеспечить психосоциальной помощи или если пациенты отказываются от нее. Как минимум, службы должны пытаться оценивать психосоциальные потребности пациентов, обеспечивать им всякую возможную поддержку и при необходимости направлять их в сторонние учреждения для получения дополнительной поддержки.

В ходе реализации ЗПТ должна быть предусмотрена работа психолога/психотерапевта (в индивидуальном или групповом режиме) и социального работника (в индивидуальном режиме).

Со всеми пациентами при входе в программу ЗПТ осуществляется обязательное индивидуальное психологическое консультирование, в ходе которого идентифицируется проблемный профиль пациентов, определяются пути выхода из сложившейся ситуации. В дальнейшем индивидуальные психотерапевтические сессии проводятся по мере необходимости.

Групповые занятия рекомендуется проводить не менее 2 раз в неделю. Продолжительность групповых занятий до 3 часов.

Консультирование и помощь социального работника осуществляется по индивидуальному плану. В деятельность социального работника входит:

- а) помощь в получении профессионально-технического обучения - направление в организации, занимающиеся обучением и подготовкой специалистов, различного профиля при центрах занятости;
- б) помощь в решении жилищных проблем - взаимодействие с организациями группового проживания для бездомных;
- в) обучение социальным навыкам - применение методов, использующих принципы теории научения для приобретения, обобщения и обеспечения длительности навыков, необходимых в различных социальных и межличностных ситуациях.

1.8 Контроль трезвости участника программы

Контроль трезвости участников программы ЗПТ осуществляется в следующих случаях:

- в первый день входа в программу ЗПТ с целью уточнения вида употребляемого вещества при наличии признаков сформированной зависимости от опиоидов;
- в стадии подбора дозы при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью профилактики передозировки метадонном;
- в стадии поддерживающего лечения при подозрении на употребление нелегальных опиоидов с целью коррекции доз метадона;
- в любое время при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью контроля соблюдения условий контракта.

Исследование мочи на метаболиты различных классов психоактивных веществ проводится с использованием тест-полосок.

Анализ мочи перед началом лечения – стандартный компонент практически любой терапевтической программы. Он гарантирует от обвинений во врачебной безответственности, поскольку выявляет наличие в организме следов опиатов до лечения метадонном. Данное исследование дает сведения о факте приема клиентом нелегальных наркотиков в течение последних 24-72 часов, но ни о количестве и продолжительности употребления (Тренинговое руководство «Заместительная терапия», Украинский институт исследований политики в области общественного здоровья, 2008 год). С целью профилактики конфликтных ситуаций необходимо объяснить пациенту необходимость данной процедуры, во всех случаях перечисленных выше.

С целью получения достоверных результатов исследования необходи-

мо помнить о правилах сбора образцов биологических сред.

1.9 Дополнительные услуги

В рамках программ ЗПТ, помимо выдачи метадона, рекомендуется предусмотреть следующие виды дополнительных услуг:

- 1) консультирование пациентов врачом-терапевтом и рекомендации по лечению сопутствующих соматических расстройств;
- 2) проведение тематических семинаров для участников программы и их родственников.

Семинары необходимо проводить в рамках деятельности врача-нарколога, психолога/психотерапевта. Темами занятий могут быть вопросы опыта ЗПТ в других странах, биологические механизмы формирования зависимости от различных психоактивных веществ, поддерживающая терапия в период оставленных проявлений наркологической патологии, ВИЧ-инфекции (совместное пребывание в семье, поддерживающая терапия, антиретровирусная терапия, административная ответственность за умышленное распространение ВИЧ-инфекции и прочее).

2. Нормативная правовая база заместительной терапии в Республике Казахстан

В Казахстане впервые о заместительной терапии было упомянуто 26 сентября 2005 года на совещании под председательством министра здравоохранения РК, когда было принято решение о внедрении пилотного проекта.

В декабре 2005 года министром здравоохранения РК был подписан приказ «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года № 609, в соответствии с которым в течение 2006 года было предусмотрено внедрение пилотного проекта ОЗТ для 50 лиц с героиновой зависимостью, живущих с ВИЧ, в городах Павлодар и Караганда. Приложением к приказу являлись «Критерии отбора контингента и показания для назначения метадонотерапии». Согласно данному приказу Комитет государственного санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК, а также РЦ СПИД являются ответственными органами за исполнение пилотного проекта, при финансовой поддержке средств Глобального Фонда. Контроль осуществляет КБН МВД РК.

Министерством здравоохранения РК 13 марта 2006 года утверждены методические рекомендации «Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков».

В национальной «Программе по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006-2010 годы» (Постановление Правительства РК от 15 декабря 2006 года № 1216) в пункте 5.3. «Реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков» также указано внедрение пилотного проекта по заместительной терапии.

В дальнейшем, только в 2008 году были предприняты дополнительные практические шаги для обеспечения ввоза метадона в страну. Согласно Постановлению Правительства «О нормах потребности РК в наркотических

средствах, психотропных веществах и в прекурсорах на 2008 год» от 17 октября 2007 г. № 960 был разрешен ввоз 1841 грамма метадона гидрохлорида для начала реализации двух пилотных проектов в городах Павлодар и Темиртау (по 25 человек в каждом). Пилотные проекты выполнялись на базе КГКП «Наркологический диспансер» (г. Темиртау, Карагандинская область) и «Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний» (г. Павлодар).

В связи с тем, что препарат метадона гидрохлорид не зарегистрирован в стране как лекарственное средство, то ввоз в Казахстан осуществлялся на основании специального разрешения Комитета фармацевтического контроля МЗ РК по представлению обоснования (ст. 28 п. 3 п.п. 3 Закона РК «О лекарственных средствах» – для лечения редких и/или особо тяжёлых заболеваний, в рамках реализации проекта заместительной терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, в соответствии с Соглашением о Гранте Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией и ГУ РЦ СПИД) для соблюдения национальных Правил по определению норм потребностей и государственной квоте на наркотические средства в РК.

После проведенного 22 декабря 2009 года совещания межведомственной рабочей группы, на котором был представлен годовой отчет об эффективности заместительной терапии в РК, было принято решение о необходимости расширения доступности заместительной поддерживающей терапии в Казахстане.

Министром здравоохранения РК 12 мая 2010 года был подписан приказ №333 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии», в котором оговаривалось расширение ЗПТ за счёт открытия двух новых сайтов в городах Усть-Каменогорск и Алматы. Здесь же указывалась необходимость проведения обучающих семинаров для специалистов задействованных в рамках программ ЗПТ на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар).

При реализации пилотных проектов ОЗТ осуществлялась ссылка на следующие международные и республиканские законодательные акты:

- Конвенция «О наркотических средствах» 1961 года, с изменениями от 25 марта 1972 года. Единая Конвенция в соответствии с 4 статьей «Общие обязательства» обязывает стороны принимать такие законодательные и административные меры, которые могут быть необходимы для того, чтобы «...ввести в действие... в пределах их собственных территорий...» и «...ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение» при соблюдении всех правил Конвенции. Подписано Казахстаном в рамках Закона РК от 1 июля 1998 года № 257-1.

- К Конвенции о психотропных веществах 1971 года РК присоединилась 29.06.1998 года в соответствии с Законом РК № 249-1. В данном законодательном акте поддерживается распространение международной системы

контроля над новыми типами психотропных веществ, стимуляторами ЦНС (амфетамины), седативными, снотворными, галлюциногенами (ЛСД, мескалин и др.). Было внесено дополнение в списки по инициативе стран (сторон). Была еще раз обозначена уголовная ответственность за умышленные нарушения законодательства.

– В соответствии с Законом РК № 246-1 29 июня 1998 года была подписана Конвенция ООН 1988 года «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ». В данном документе оговаривались меры «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также прекурсоров – веществ, используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, в отношении которых приняты те же разрешительные меры».

– Закон РК «О системе здравоохранения РК» от 04.06.2003 года, утративший силу после подписания Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV Закон РК.

– Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» от 10 июля 1998 года № 279.

– Указ Президента РК «Об утверждении Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2006-2014 годы» от 29.11.2005 года № 1678.

– Постановление Правительства РК «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров в РК» от 10 ноября 2000 года № 1693.

– Постановление Правительства РК «Об образовании Межведомственной комиссии по вопросам координации работы по профилактике и противодействию наркомании и наркобизнесу» от 25 декабря 2003 года № 1316.

– Приказ МЗ РК «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров, подлежащих контролю в РК» от 7 апреля 2005 года № 173.

– Приказ МЗ РК «Об утверждении расчетных нормативов потребности наркотических лекарственных средств для амбулаторных и стационарных больных» от 24 апреля 2000 года № 234.

– Приказ Министра Внутренних дел РК «Об утверждении Инструкции «О порядке выдачи разрешения на использование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» от 16.02.2001 года № 141.

– Приказ МЗ РК «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года № 609.

– Постановление Правительства РК «Об утверждении Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РК на 2006-2010 г.г.» (п. 3.13) от 15.12.2006 г. № 1216.

– Постановление Правительства РК «О нормах потребности РК в наркотических средствах, психотропных веществах и в прекурсорах на 2008

год» от 17.10.2007 г. № 960.

– Методические рекомендации, утвержденные МЗ РК 13.03.2006 г. «Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков».

3. Основные сведения об особенностях использования метадона

3.1. Общие сведения

Метадон или метадона гидрохлорид является синтетическим, длительно действующим агонистом опиатов, наиболее распространенным и эффективным фармакологическим средством лечения опиатной зависимости.

Лечение опиоидной зависимости методом заместительной поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов – это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств, направленных:

- а) на уменьшение или прекращение употребления опиоидов;
- б) на предупреждение в будущем вреда, связанного с употреблением опиоидов;
- в) на улучшение качества жизни и благополучия пациента, зависящего от опиоидов.

Заместительная поддерживающая терапия, как указано выше, ведёт к снижению употребления наркотических средств, а также помогает потребителю наркотиков увидеть свои проблемы под другим углом зрения, повысить свою самооценку, дать человеку силы и возможности для перемен в своей жизни. В тоже время лечение может открыть доступ к помощи по поводу соматических и психиатрических расстройств, социальной поддержке, удовлетворению потребностей самого пациента и его семьи. В большинстве случаев лечение требует продолжительного времени. Такое длительное лечение должно рассматриваться не как неудача или безуспешность лечения, а как экономически оправданный способ продления жизни пациента, повышения её качества, поддержания естественного и длительного процесса изменения и выздоровления (Россинский Ю.А., 2006).

Описанные Крик (1987) «важные, отличающиеся эффекты метадона» позволяют добиваться:

- предотвращения развития синдрома отмены опиоидов на 24 часа или больше (это включает, как ранние субъективные симптомы отмены, так и объективные проявления типичной абстиненции);
- уменьшения или полного прекращения наркотического голода или влечения к наркотикам, которое обычно испытывают лица, зависимые от опиоидов, что часто связано с очень ранним проявлением субъективной абстиненции или влиянием окружающей среды или тем и другим вместе.
- блокаду эйфорических эффектов любых принятых самостоятельно незаконных наркотиков (это определяется как эффект адекватной или «блокирующей» дозы метадона, которая предотвращает желаемые ощущения при введении уличного героина в обычной уличной дозе).

Терапия зависимости от опиатов не начинается и не заканчивается назначением метадона. Некоторые пациенты, сокращая потребление опиоидов,

в частности героина, переходят на употребление других ПАВ (стимуляторы центральной нервной системы, бензодиазепины, алкоголь). Таким образом, одной из основных задач ЗПТ является использование данного вида терапии в качестве стимула для сокращения употребления прочих наркотиков. Посредством мотивационного собеседования (технология, предложенная Прохазкой и ДиКлементе, 1992) специалист пытается помочь наркозависимым лицам изменить характер своего поведения, связанного с употреблением наркотиков, и закрепить успехи в плане воздержания от наркотиков. Данная задача определяет важный социальный принцип ЗПТ – снижение вреда от незаконного потребления наркотиков в обществе.

В то же самое время необходимо отметить, что метадон – это отнюдь не безвредное средство. Его необоснованное назначение может привести к таким пагубным последствиям, как смертельная передозировка, увеличение потребления наркотиков клиентом, поступление метадона на чёрный рынок, деморализация представителей наркологических служб при неудачах в работе с клиентами, понижение престижа наркологической службы, как у потребителей опиатов, так и у представителей схожих организаций, понижение мотивированности клиента и его способности достигнуть устойчивой ремиссии, возникновение зависимости от опиатов (Россинский Ю.А., 2006).

Таким образом, при правильной и адекватной реализации ЗПТ является вполне эффективной, что подтверждается широким использованием её во многих странах. По данным Э. Субата (2001) в программах поддерживающей терапии метадоном участвовали в Испании 208 человек на 100 тыс. населения (1997); в Ирландии - 145 на 100 тыс. населения (1997); в Нидерландах - 118 на 100 тыс. населения (1997); в Италии - 112 на 100 тыс. населения (1997); в Великобритании - 96 на 100 тыс. населения (1997); в Германии - 75 на 100 тыс. населения (1997); в Австралии - 58 на 100 тыс. населения (1997); во Франции – 0,3 на 100 тыс. населения (1996). По данным R. Newman (2003) в США количество пациентов, принимающих метадон, составляет 180 тыс. человек.

В странах бывшего СССР заместительная поддерживающая терапия метадоном впервые была внедрена в Литве, Эстонии и Латвии (1996-1997 годы). По данным на январь 2005 г. программы заместительной терапии реализуются также в Азербайджане (2004) и Молдове (2004). С 2005 года заместительная поддерживающая терапия бупренорфином проводилась в 10 регионах Украины. В Кыргызстане ЗПТ реализуется с 2002 года и на начало 2010 года количество пациентов составляло 1678 человек, создано 17 пунктов по приёму, в том числе 1 пункт в пенитенциарной системе.

При этом необходимо напомнить, что снижение вреда – это мероприятия, цель которых помочь пациентам изменить поведение высокого риска без предъявления нереалистичных требований кардинального изменения образа жизни (Des Jarlais D.C., Friedman S., 1993; Marlatt G.A., 1998; Riley D., Sawka E., 1999). Снижение вреда – это подход, который признаёт право человека на собственную программу изменения образа жизни; придает особое значение постепенным последовательным изменениям поведения; признает, что у по-

требителей наркотиков существует мотивация для улучшения собственного здоровья и благополучия (Gostin L. 1990; Robertson R., 1998).

3.2. Метадон

3.2.1. Фармакологические свойства метадона и его действие на организм.

Метадон представляет собой сильнодействующий синтетический опиоидный агонист. Международное непатентованное название метадона гидрохлорида – 6-диметиламино -4,4-дифенил-3-гептагон гидрохлорид.

По своей химической структуре и свойствам метадон является синтетическим производным опиума, относится к агонистам опиатов (агонист μ -опиоидных рецепторов), то есть к веществам, имеющим сходное с морфием и героином действие. Важной особенностью агонистов является их способность воздействовать на патогенетические механизмы формирования зависимости, что сопровождается эффективным купированием синдрома отмены опиатов, а также подавлением влечения (тяги, потребности в повторном приёме) к опиатам (опий, героин, морфин и др.) за счёт блокирования опиатных рецепторов мозга, в результате чего одновременное употребление нелегальных опиатных наркотиков не даёт ожидаемого (прежде всего, эйфорического) эффекта.

У лиц, не толерантных к приёму опиоидов, действие метадона качественно сходно с действием морфина и других опиоидов. Однако у лиц с опиоидной зависимостью метадон предупреждает появление симптомов отмены, не вызывая значительного седативного действия или интоксикации. При длительном использовании метадона происходит медленное повышение толерантности к нему и формирование зависимости. Эйфорический эффект препарата выражен незначительно и проявляется при высоких дозировках, существенно превышающих терапевтические дозы.

Метадон обладает высокой (85%) биологической доступностью при оральном приёме (т.е. долей терапевтически активного препарата, попадающей в большой круг кровообращения и доставляемой к месту действия после орального приема). Пиковые концентрации в плазме крови обычно достигаются через 2-4 часа после приёма.

Препарат растворяется в липоидах, жироподобных веществах организма, поэтому он легко попадает в кровь из желудочного тракта. Довольно большие концентрации метадона находятся в желудочном соке. Во время беременности его содержание в плацентарной крови составляет до 50% концентрации в крови матери.

Метадон хорошо связывается альбумином и прочими протеинами плазмы (от 60% до 90%), а, кроме того, легко кумулируется различными органами, не причиняя им вреда, а именно: лёгкими, печенью, почками, селезёнкой. Концентрация препарата в этих органах обычно выше, чем в крови. Между этими хранилищами метадона в организме и кровью происходит достаточно медленный обмен. Метадон активен, когда находится в крови и, следовательно, может попасть в головной мозг. Даже, если метадон уже нахо-

дится в вышеозначенных «хранилищах», пациент почувствует его воздействие только тогда, когда вещество попадает в кровь.

Расщепление метадона происходит в печени, причём, проходя первый раз через печень, он подвергается довольно сложному метаболизму. Вещество деметилизуется при участии печеночных ферментов системы цитохрома P450 – 3A4 (CYP3A4) и 2D6 (CYP2D6), с образованием своего основного метаболита 2-этилидин-1,5-диметил-3,3-дифенилпирролидин (ЭДДП). Этот неактивный метаболит выводится с калом и мочой вместе с неизмененным метадонам (до 10%). Метадон можно также обнаружить в поте и слюне.

Сопутствующий приём наркотических средств, влияющих на эти ферменты, может привести к клинически значимым взаимодействиям. Дозы метадона должны соответственно корректироваться. Сообщалось о снижении концентраций в плазме во время поддерживающего лечения метадонам, что указывает на возникновение толерантности, возможно, вследствие аутоиндукции печеночных микросомальных ферментов.

При приёме метадона наблюдалась выраженная индивидуальная вариабельность во всасывании, распределении, циркуляции, метаболизме или экскреции (кинетике). Максимальная концентрация в крови наступает через 3-4 часа. Данный факт необходимо учитывать при подборе дозы метадона в фазе индукции.

Периоды полувыведения различаются в широких пределах – имеются сообщения о диапазоне от 15 до 60 часов, поэтому при повторных введениях, после которых происходит постепенное накопление препарата в тканях, нужна осторожная корректировка дозы. В целом о метаболизме метадона в организме можно сказать, что для него характерно медленное нарастание концентрации и медленная элиминация.

Однократная впервые принятая доза метадона

Период полувыведения отдельной дозы метадона, принятой перорально, короче, чем при постоянном употреблении этого вещества. Это происходит потому, что большая часть впервые поступающего в организм метадона, сначала направляется в «хранилища», расположенные в тканях и органах и, следовательно, в кровь попадает лишь остаток. После того, как метадон перорально вводится в организм, его уровень в крови повышается часа на четыре, а потом идёт на убыль. Обычно период полувыведения метадона равен 12-18 часам и в среднем составляет 15 часов.

Первые дни приема

Хранилища метадона в легких, почках, печени и прочих органах обычно наполняются в начальные 3 дня приёма вещества. После первого дня приема последующие дозы метадона уже не так активно поглощаются «хранилищами» и, стало быть, концентрация метадона в крови заметно возрастает. Время полувыведения, тем самым, означает лишь удаление вещества из системы организма и может колебаться от 13 до 47 часов со средним показателем 25 часов.

Регулярный приём

При систематическом приёме метадона различия в его концентрациях в

крови незначительно. Пациенты могут принимать лекарство в какое-то конкретное время, но это не имеет сколько-нибудь заметного влияния на уровень метадона в крови.

Пропуск дозы

Если пациент пропускает 1 день приёма метадона, его концентрация в крови будет неуклонно снижаться в течение 24-48 часов. По истечении 25 часов у пациента, принимающего метадон регулярно - раз в день, уровень вещества в крови будет равняться примерно половине от максимальных показателей, т.е. концентрации метадона через 4 часа после приёма. После перерыва в 48 часов уровень метадона будет плавно понижаться и достигнет 25% от максимальных показателей.

3.2.2. Хранение

В Республике Казахстан в соответствии с приказом министра внутренних дел РК от 16.02.2001 года № 141 об утверждении инструкции «О порядке выдачи разрешения на использование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», главой 4 «Требования по технической укреплённости, оснащению охраной, пожарной сигнализацией, предъявляемые к помещениям объектов третьей группы, используемых в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Таблицы II, III, IV списка», пунктом 71 «Техническая укреплённость помещения для хранения» хранение метадона гидрохлорида осуществляется в специально оборудованных помещениях (имеют один вход, наружная стена капитальная, внутренние стены не связаны с бесхозными помещениями, либо помещениями, принадлежащими сторонним организациям, двери укреплены листовой сталью, а окна – стальными решетками), оснащенных автономной звуковой сигнализацией.

Внутренним приказом организации утверждается лицо, имеющее допуск к помещению для хранения метадона гидрохлорида. По окончании работы помещение и сейф опечатываются. Ключ хранится у материально-ответственного лица, отвечающего за хранение, учёт наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

3.2.3. Учет

Метадон входит в Список II Закона РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» от 10 июля 1998 года № 279, подлежащих национальному контролю, и находится на строгом предметно-количественном учёте органами Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролем над оборотом наркотиков МВД РК.

Для обеспечения надлежащего хранения, учёта, отпуска и использования метадона приказами необходимо назначение материально-ответственных лиц за хранение, и отпуск метадона гидрохлорида.

Требования медицинских организаций на получение наркотических средств выписываются на латинском языке по форме согласно приложению 6

приказа № 173 от 07.04.2005 года «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК».

Для осуществления предметно-количественного учёта и выдачи метадона необходимо ведение следующих журналов, заверенных подписью руководителя медицинской организации (МО) и печатью МО, а также заверенные подписью директора Департамента Комитета фармацевтического контроля МЗ РК по соответствующей области и печатью данного учреждения:

- журнал учёта наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих предметно-количественному учету в аптеке в соответствии с приложением 9 приказа № 173 от 07.04.2005 г. «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК»;

- журнал учёта лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, и постах медицинских сестёр в соответствии с приложением 12 приказа № 173 от 07.04.2005 года «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК».

Поступление отражается по каждому приходному документу с указанием номера и даты. Расход препарата заносится в журналы ежедневно. Данная информация также регистрируется в медицинской карте амбулаторного больного, а также в листе врачебных назначений и заверяется подписями лечащего врача и медицинской сестры.

В медицинской карте амбулаторного больного назначение метадона гидрохлорида, как и других лекарственных средств, содержащих наркотические вещества, с указанием разовой дозы, способа и кратности приема, длительности курса лечения, а также обоснование назначения лекарственных средств заверяется подписью заведующего отделением или руководителем организации здравоохранения.

Первого числа каждого месяца проводится сверка фактического наличия метадона с книжным остатком. Акт сверки заполняется в соответствии с приложением 22 приказа № 173 от 07.04.2005 г. «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК».

В целях профилактики необоснованных претензий пациентов, и прочих конфликтных ситуаций рекомендуется вести журнал учета посещений и полученных назначений пациентов метадона гидрохлорида. В данном журнале пациент ежедневно расписывается в получении им дозы метадона гидрохлорида.

Сбор и уничтожение пустых флаконов, ампул из под лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества осуществляется в соответствии с главой 6 приказа № 173 от 07.04.2005 г. «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК».

3.2.4. Формы применения

Существуют различные формы выпуска метадона – от раствора для приёма внутрь до раствора для инъекций. Существуют несколько форм метадона, применяющихся в программах заместительной терпидии и детоксикации: дискеты, таблетки, жидкий концентрат, сироп, порошок, ампулы, свечи.

Оральные формы представлены – в виде таблетки и жидкого раствора. Для лечения опиоидной зависимости рекомендуется раствор, потому что приём жидкости контролировать легче, чем приём таблетки. Обе оральные формы имеют горький вкус.

Приём доз метадона под надзором предполагает следующее: сначала жидкий метадон наливается в одноразовый стакан, после чего жидкость выпивается под наблюдением медсестры или врача. Препарат запивается питьевой водой. Обычно для того, чтобы убедиться, что доза была принята, достаточно разговора с пациентами после употребления ими метадона.

Метадон принимается один раз в сутки.

3.2.5. Дозирование

Со времени ранних рекомендаций Доула и Нисвандер (1966) о том, что поддерживающая доза метадона составляет 80-120 мг ежедневно, в практике дозирование метадона чаще определялось политикой и философией программы, чем рациональными данными и правильным клиническим решением. На практике есть много различных вариантов заместительной поддерживающей терапии. Исследования, проведённые Д. Аунно (цит. по J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri), показали, что более чем 50% пациентов получают субоптимальные дозы метадона, что недостаточно для предотвращения потребления наркотиков. Эти формы дозирования ещё определяются как «низкодозовые» и «высокодозовые» программы (Ю.А. Россинский, 2006).

J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri утверждают, что субтерапевтические дозы наиболее типичны среди существующих метадоновых программ и, ссылаясь на ряд исследований, отмечают, что адекватные дозы метадона, индивидуально и клинически подобранные, коррелируют с уменьшением потребления нелегальных наркотиков и улучшают удержание пациентов в программе (цит. по J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri).

Проведённые Ким Вольфом и соавторами (1991) исследования взаимосвязей между концентрацией метадона в плазме и оптимальной терапевтической дозой показали, что средние уровни метадона в плазме крови в 400 нанограмм на миллилитр соответствует дозе в 80 мг, что может быть предложено как идеальный уровень терапевтической эффективности. Таким образом, клинические научные данные устанавливают адекватные дозы обычно в диапазоне 80-120 мг (Россинский Ю.А., 2006).

Дозирование метадона должно производиться с использованием механических дозаторов, различной ёмкости. Дозаторы должны проходить поверку, о чем должен также вестись журнал проведения проверок.

3.2.6. Толерантность

3.2.6.1. Механизмы, обеспечивающие установление толерантности.

После однодневного приёма опиатов у человека начинается вырабатываться толерантность (Reynolds J., 1993). Поэтому по истечении определённого срока та же дозировка уже будет оказывать менее ощутимое воздействие на организм потребителя.

Толерантность к различным воздействиям, которые опиаты оказывают на наш организм, возникает сепаратно, причём с разной степенью интенсивности. Иначе говоря, потребитель опиатов может выработать полную толерантность к какому-то одному явлению, например, к тошноте, но не выработать её к другому (например, к запорам) (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010). Механизм возникновения толерантности, пока что мало изучен, но, достоверно известно, что количество рецепторов опиатов в организме не увеличивается.

Судя по всему, постоянное присутствие в организме внешних опиатов нарушает то биохимическое равновесие, которое устанавливается в головном мозге человека. Выработка естественных опиоидов сокращается, так как в их воздействии становится менее необходимо, причём метаболизм внешних опиатов происходит энергичнее (HMSO, 1991). Концентрация в крови других естественных нейротрансмиттеров, таких, как норадреналин и серотонин, повышается, потому что воздействие маскируется высоким уровнем содержания опиатов. По мере нарастания их уровня крови они могут даже начать гасить воздействие внешних опиатов.

Толерантность возникает в результате сочетания трёх основных механизмов, компенсирующих постоянное присутствие в организме опиатов: 1) нейроадаптация – изменения в нервных окончаниях; 2) ускорение метаболизма наркотического вещества; 3) компенсации воздействия наркотического вещества.

3.2.6.2. Скорость формирования толерантности к опиатам.

Толерантность к опиатам развивается быстрее при повторном и последующих приёмах наркотического вещества.

Толерантность к опиатам обычно вырабатывается в течение двух недель после начала систематического ежедневного приёма наркотика. Толерантность к метадону устанавливается гораздо медленнее, чем в случаях потребления других опиатов. Поскольку метадон обладает пролонгированным действием, его уровень в крови и реакции организма на него постоянны.

Проявление симптомов отмены – или ощущение пациента, что при постоянном приеме метадона, он получает его «недостаточно», – далеко не всегда напрямую связаны с развитием толерантности к этому веществу. Среди прочих вероятных причин здесь следует назвать прекращение незаконного употребления других опиатов, а также возрастающие психологически нагрузки, возникающие при переходе на метадон, что снижает эффективность действия последнего.

3.2.6.3. Скорость исчезновения толерантности.

Толерантность может исчезать через неделю-другую после уменьше-

ния дозировки метадона (или прочих опиатов). При исчезновении толерантности человек оказывается максимально подверженным действию наркотиков. Это означает, что для лиц, прошедших курс детоксикации, а также для тех, кто принимает опиаты от случая к случаю, риск передозировки значительно возрастает.

3.2.6.4. Перекрестная толерантность.

Поскольку опиаты оказывают на организм относительно схожее воздействие, нередко во избежание появления симптомов отмены один опиат заменяют другим. Это явление именуется перекрестной толерантностью. Степень перекрестной толерантности двух опиатов прямо пропорциональна степени сходства их воздействия на соответствующие очаги в организме. Исключение из общего правила являет собой бупренорфин (темгезик), который, будучи назначен в качестве замены героина или метадона, усиливает симптомы отмены, так как блокирует очаги скопления рецепторов опиатов.

3.2.7. Побочные явления при длительном лечении метадоном

Долгосрочные токсические побочные явления при приёме метадона при соблюдении всех необходимых правил гигиены и в контролируемых количествах – немногочисленны и по сравнению с алкоголем, никотином и незаконно принимаемым героином, достаточно безобидны. М.Дж. Крик сделал вывод о том, что «изменение биологического и биохимического плана, безусловно, имеют место при применении метадона, но побочные явления, которые можно установить клиническим путем, незначительны даже у тех, кто постоянно получает заместительную метадоновую терапию. Токсикации в период долгосрочных курсов лечения метадоном, случаются очень редко. Наиболее заметные сдвиги в состоянии пациентов в ходе длительной терапии с помощью метадона как раз связаны с общим улучшением здоровья и питания по сравнению с их состоянием перед началом лечения» (Kreek M.J., 1983).

Основные проблемы, возникающие в ходе длительного применения метадона – это вялость, трудность сосредоточить внимание; тошнота, запоры; повышенное потоотделение; увеличение массы тела. Часть пациентов предъявляет жалобы на постоянные боли.

Вялость, трудность сосредоточения внимания связана с тем, что опиоиды в целом оказывают на организм седативное воздействие. Однако со временем отмечается формирование толерантности к седативному воздействию. Таким образом, лица, принимающие метадон ежедневно, крайне редко отмечают вялость. Седативное действие может усиливаться при совместном употреблении алкоголя или успокоительных и снотворных.

Достаточно часто возникающие *тошнота и запоры* связаны с замедлением двигательной активности желудка и двенадцатиперстной кишки. В качестве профилактических мер рекомендуется использование большего количества грубоволокнистой пищи, а так же достаточного потребления жидкости. В более сложных ситуациях назначаются медикаментозное симптоматическое лечение.

Одной из причин *повышенного потоотделения* является высвобождение гистамина. В качестве рекомендаций приводится снижение дозы метадона.

Употребление опиоидов может оказывать влияние на *сексуальные функции*. При стабилизации физического и психологического состояния пациента, уменьшении стрессов, употребления алкоголя есть предпосылки нормализовать сексуальные функции. Хотя в большинстве случаев в начале реализации лечения отмечается половая слабость у пациентов обоих полов.

Изменение массы тела возможно как в сторону его увеличения, так и в сторону снижения. Способствующими факторами увеличению массы тела являются: повышение аппетита у пациентов после стабилизации их состояния; неправильное питание; низкая масса тела в начале лечения; недостаточно подвижный образ жизни; уменьшение стрессов. Похудение также возможно на первых этапах приема метадона. Потеря массы тела может составлять от нескольких сот граммов до нескольких килограмм. Причиной могут являться: снижение аппетита, обострение хронических заболеваний, неправильное питание.

В ходе заместительной поддерживающей терапии большинство пациентов начинают предъявлять жалобы на *зубные боли* и связывают свое состояние с пероральным приемом метадона. Считаем необходимым, напомнить о том, что большинство пациентов в период употребления героина не только не уделяют должного внимания зубной гигиене и лечению, но и сам образ жизни (постоянные физические и психологические стрессы) не способствовал профилактике заболеваний, в том числе и стоматологических. При лечении заместительными препаратами из-за формирования толерантности организма к обезболивающему эффекту замещающих препаратов может усиливаться ощущение постоянной боли, связанное с наличием кариозных зубов. В качестве профилактики необходимо формировать навыки соблюдения гигиены полости рта (регулярная чистка зубов, полоскание рта после приема пищи, особенно сладких). Так же рекомендуется долгосрочное плановое лечение кариеса и других зубных заболеваний (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Острая боль

Пациент, получающий метадон длительное время, полностью толерантен к поддерживающей дозе и не может испытывать никаких обезболивающих эффектов от стабильной наркотической дозы. Неадекватное лечение боли у данной категории пациентов может привести к преждевременному выходу из программы ЗПТ.

При слабой или острой боли следует подумать о возможности назначения нестероидных противовоспалительных средств.

Если ненаркотическая анальгезия неэффективна, рационально применение короткодействующих опиатных агонистов в более высоких дозировках и с большей частотой приёма на фоне продолжающейся метадоновой поддержки. При плановых хирургических вмешательствах у пациентов, полу-

чающих поддерживающее лечение метадон, следует применять те же способы обезболивания и таким же образом, что и в случае других пациентов. Эти способы включают в себя применение инъекционного и контролируемого пациентом обезболивания. При этом необходимо помнить и учитывать толерантность к опиоидам – для надлежащего облегчения боли им потребуются более высокие дозы опиоидных анальгетиков (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Нельзя назначать опиатные агонисты-антагонисты такие, как пентозацин (Талвин), буторфанол (Стадол), налбуфин (Нубаин) и бупренорфин (Бупренекс). Эти препараты могут вызвать синдром отмены у метадоновых пациентов.

Временное повышение дозировки метадона на период болевых ощущений приводит к непродолжительному периоду аналгезии (около 6 часов) в связи с чем, данная тактика не рекомендуется широкому использованию.

Хроническая боль

Хроническая боль сама по себе является сложной клинической проблемой врачебной практики. Многие пациенты с двойным диагнозом на фоне хронической боли отмечают приступы острой сильной боли. Некоторыми авторами продемонстрированы данные, что, по крайней мере, у некоторых пациентов использование при приступах острой боли короткодействующих опиатов на фоне постоянной адекватной метадоновой поддержки приносит пользу. Важным является тщательное наблюдение за пациентом и контроль над количеством потребляемых доз обезболивающих препаратов.

Для многих пациентов нет в действительности удовлетворительных ответов, и лечение сводится к процессу сдерживания и контроля повреждений. Поддержка, утешение и сострадание особенно необходимы для лечения пациента с хронической болью.

3.2.8. Передозировка метадон

Для взрослых, у которых не выработалась толерантность к метадону, доза в 50 мг может оказаться смертельной. Летальными могут стать и меньшие дозы, если метадон принимают в сочетании со спиртным или другими средствами седативного воздействия, наподобие бензодиазипинов.

Для детей смертельной считается доза в 10 мг. Дети особенно подвержены опасности воздействия метадона при передозировке. Данная картина наблюдается обычно в тех государствах, где препарат выдается пациенту на дом.

С целью профилактики передозировок метадон необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- обязательное наблюдение за пациентом первые 3-4 часа после приёма метадона в период подбора дозы препарата;
- категорически запретить пациенту употребление алкоголя, наркотических средств, снотворных и других психоактивных веществ параллельно с метадон;

- обязательное согласование с врачом наркологом назначение препаратов для лечения сопутствующей соматической патологии.

*Признаки отравления метадон*ом при передозировке: тошнота и рвота, сужение зрачков, вялость, цианотичная, влажная, холодная кожа, брадикардия, пониженное систолическое давление, понижение температуры тела.

Метадон в небольших количествах способствует уменьшению частоты дыхания. Большие дозы метадоны сокращают объем вдоха (выдоха) вследствие ослабления двигательной функции дыхательных мышц (Dollery C., 1991).

Терапия состояния острой передозировки опиатами стандартна и описана в периодических протоколах диагностики и лечения пациентов наркологического профиля. Лечебные мероприятия направлены на восстановление и поддержку дыхательной функции, введение антидотов и других субстанций, употребляемых при отравлениях: налоксон, активированный уголь, тиосульфат натрия. Форсированный диурез в случае наличия признаков начинающегося отека легких, искусственная вентиляция легких. При возникновении гистаминовых реакций (гиперемия и одутловатость лица, кожный зуд) назначаются антигистаминные препараты. В случае появления судорог назначают диазепам. При гипотонии назначаются кардиотоники, внутривенные вливания, а также ноотропы.

4. Виды терапии метадоном

При разработке плана лечения следует уделить особое внимание продолжительности терапии. Впоследствии в план могут быть внесены соответствующие коррективы.

Классификация видов заместительной поддерживающей терапии (ВОЗ, 1990):

- краткосрочная заместительная терапия (стабильные дозировки сроком не более 6-ти месяцев);
- долгосрочная заместительная терапия (стабильные дозировки сроком 6 месяцев и более);
- краткосрочная детоксикация (убывающие дозировки в течение 1-го месяца);
- долгосрочная детоксикация (убывающие дозировки в течение сроков, превышающих 1 месяц).

5. Медицинская тактика на стадиях заместительной поддерживающей терапии

5.1 Медицинская тактика на начальной стадии ЗПТ

Начальная доза метадоны назначается после соблюдения всех процедур включения пациента в программу ЗПТ. В первый день доза метадоны назначается на фоне абстинентных проявлений. Начальная суточная доза метадоны должна определяться уровнем нейроадаптации к опиоидам. Если имеются какие-либо сомнения в толерантности к опиатам, то показана начальная доза 10 мг. При точно установленной физической зависимости, начальная доза в 20-30 мг обычно безопасна. В некоторых случаях, при повтором поступлении

хорошо известных пациентов, врач может назначать дозировки, несколько превышающие 30 мг. Вместе с тем важно помнить возможности удлинения интервала QT на электрокардиограмме, в том числе из-за высоких доз метадона (Методические рекомендации по аккредитации CSAT, 2007).

Необходимо помнить, что непосредственной целью дозирования метадона является облегчение всех проявлений и симптомов абстинентного синдрома. Поэтому при сохранении или неполном купировании явлений абстинентного синдрома рекомендуется назначение дополнительной дозы метадона через каждые 3-4 часа, как правило, в дозе 5-10 мг.

Если пациент после приема дозы метадона находится в состоянии седации, то следующая суточная доза должна быть уменьшена, пациента нужно наблюдать до тех пор, пока у него не пройдет состояние седации или, если необходимо, начать лечение передозировки.

Вместе с тем существует общепринятое правило: в первый день общая доза не должна быть выше 20-25 мг. Это самый опасный период для пациента, так как чаще всего смертельные осложнения возникают на этапе индукции.

В последующие дни доза корректируется в сторону снижения или увеличения на основании предыдущей суточной дозы. В таблице 2 представлена примерная схема подбора доз. Категорическим требованием является осмотр пациента с целью оценки его психического и соматического статусов перед приёмом очередной дозы препарата. Пациенту, находящемуся в состоянии седации или интоксикации, нельзя давать очередную дозу метадона до тех пор, пока у него не пройдёт данное состояние (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Особые предосторожности при назначении метадона. Ввиду риска передозировки седативного средства нельзя давать метадон пациентам, у которых заметны признаки интоксикации или седации. Риски, связанные с применением метадона пациентами с опиоидной зависимостью, которые часто находятся в состоянии интоксикации от седативных средств, таких как алкоголь, снотворные, и другие психоактивные вещества, обладающие седативным эффектом, необходимо оценивать в сопоставлении с выгодами от лечения.

Тяжёлые формы печеночной, почечной недостаточности. На метаболизм и выведение метадона может оказывать влияние либо печеночная, либо почечная недостаточность, и в этом случае необходимо соответствующим образом корректировать дозу или частоту приема доз.

Респираторная недостаточность. У пациентов с респираторной недостаточностью метадон может вызывать снижение дыхательного стимула. Синдром отмены нелегальных наркотических средств может спровоцировать ухудшение состояния пациента.

Психоз. У пациентов с активным психозом необходимо внимательно рассматривать и учитывать риски и выгоды применения метадона. Синдром отмены нелегальных наркотических средств может спровоцировать ухудше-

ние состояния пациента.

Беременность. Мер предосторожности при отмене опиоидов вместо поддерживающего лечения опиоидными агонистами требуют беременность (отмена опиоидов может привести к выкидышу).

Таблица 2. Процесс индукции

День	Время (часы)	Доза (мг)	Замечания
1	-	20-30	Обычная начальная доза
1	3 и более	5-10	Продолжающийся объективный и субъективный абстинентный синдром
1	6 и более	5-10	Продолжающийся объективный и субъективный абстинентный синдром
2	0	От 20 мг до дозы на 5-10 мг выше предыдущего общего количества	Доза корректируется в сторону снижения или увеличения на основании эффекта предыдущей суточной дозы
2	3 и более	5-10	Продолжающиеся объективные и субъективные признаки абстиненции
3	0	От 20 мг до дозы на 5-10 мг выше предыдущего общего количества	Доза корректируется в сторону снижения или увеличения на основании эффекта предыдущей суточной дозы
4-10	0	От 20 мг до дозы на 5-10 мг выше предыдущего общего количества	Может повторяться ежедневно для того, чтобы предопределить потолок в точке которого врач может проводить дальнейшую корректировку. Назначения должны быть сделаны за время, необходимое для достижения уровня устойчивой стабильности (до 10 дней)

Обзор фармакологии говорит о том, что устойчивый уровень метадона в норме достигается за 4-5 периодов полувыведения любого назначенного лекарственного препарата. В случае метадона период полувыведения обычно составляет около 24 часов (15-55 часов) (Басельт, 1982), так что можно ожидать, что для достижения периода стабильной поддержки требуется от 4-5 до 10 дней. Клиническая полезность этого принципа может помочь как пациенту, так и врачу в определении адекватной дозы.

В фазе индукции возможна ситуация, когда доза является адекватной, но вместе с тем недостаточной для пациента в течение полных 24 часов. В этот период пациентов необходимо инструктировать, чтобы они оценивали дозировку по тому, как они себя чувствуют в период 4-12 часов после приёма дозы в противоположность тому, как они чувствуют себя 24 часа спустя. Пациенты, которые «пробуждаются больными», во время ранней индукции, могут просто нуждаться во времени для достижения состояния стабильности, в то время как они убеждены в том, что им надо повысить дозу.

Если первичная стабилизирующая доза является субтерапевтической (ниже 50 мг), рекомендуется постепенное повышение дозы, приблизительно 10 мг каждые 7-10 дней. При этом важно помнить о возможности несоответствия объективных признаков перенасыщения организма метадоном (суженные зрачки, чесывание кончика носа, сонливость, «клевание носом») и субъективных алгических (болевых) ощущений. В этот период времени па-

циенты по привычке могут также стремиться к эйфорическому состоянию больше, чем к облегчению симптомов абстиненции и функциональной нормализации. Однако, субъективные симптомы, такие как беспокойство, раздражительность, нарушения сна, тревога, депрессия и влечение к наркотикам, в конечном счёте, более полезны для более точного подбора дозы метадона (Тренинговое руководство «Заместительная терапия», Украинский институт исследований политики в области общественного здоровья, 2008 год).

Гибкие схемы дозирования метадона считаются более предпочтительными, поскольку существуют индивидуальные различия во всасывании и метаболизме, а также связанные с дозировкой различия в клинической реакции. Обычно дозу метадона повышают в течение достаточно продолжительно периода времени до тех пор, пока не прекратится употребление нелегальных опиоидов. Как только результаты тестирования на наличие метаболитов уличных наркотиков станут отрицательными, необходимо провести коррекцию дозы. Дозу метадона нужно пересматривать чаще во время индукционной фазы лечения и повышения доз, после пропуска доз и во время снижения доз (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Фаза индукции заканчивается тогда, когда доза остаётся устойчивой на протяжении недели и, как пациентом, так и врачом оценивается как адекватная.

5.2 Врачебная тактика в период поддерживающего лечения ЗПТ

Поддерживающая доза определяется индивидуально опытным врачом, принимая во внимание существенную информацию, предоставленную пациентом. Доза должна быть адекватна для того, чтобы достигнуть желаемых эффектов на 24 часа и больше с допущением ежедневных колебаний связанных с поступлением и выведением препарата. В большинстве случаев подходящие дозы могут быть адекватно определены клиническими средствами (Борг, 1992).

Метадоновая поддержка должна продолжаться так долго, насколько этого желает пациент, и пока это лечение приносит пользу (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Во время поддерживающей фазы пациенты обычно остаются на одной и той же дозе многие годы. Другим требуется некоторая периодическая корректировка. Периоды повышенного стресса, тяжелой работы, негативных факторов окружающей среды, большая доступность наркотиков и усиливающийся наркотический голод могут привести к решению, увеличить дозировку временно или же на длительный период. Периоды тревоги или депрессии, также и те, что вызваны жизненными стрессовыми ситуациями (утрата работы, развод, потеря близких лиц) могут требовать соответствующей корректировки дозы, как постоянной, так и временной. Ещё одной причиной временной недостаточности метадона является прием лекарственных средств, стимулирующих микросомальную ферментно - окислительную сис-

тому, которые ускоряют метаболизм метадона. Перечень препаратов достаточно широко представлен в научных публикациях и представлен рифампицином, фенитоином, карбамазепином, агонистами - антагонистами опиатных рецепторов. Так же необходимо помнить о возможном появлении недостаточности препарата у лиц, с избыточной массой тела.

Клиническими признаками недостаточной дозировки препарата являются расширение зрачков, зевота, насморк, слезотечение, озноб, тревога, нарушения сна, патологическое влечение к наркотикам.

Не рекомендуется повышение дозы более чем на 20 мг в неделю. Осмотр и наблюдение за пациентом перед каждым увеличением дозы пациентов обязательно (см. таблица 3).

Таблица 3 - Рекомендованные дозировки в течение курса лечения

Фаза	Цель	Уровень дозировок
Начальная доза	Облегчить симптомы абстиненции	20-40 мг
Ранняя индукция	Достичь порога толерантности	$\pm 5-10$ мг (3-24 ч)
Поздняя индукция	Установить адекватную дозу (желаемые эффекты)	$\pm 5-10$ мг (5-10 дни)
Поддержка	Поддерживать желаемые эффекты (стабильная занятость опиатных рецепторов)	Обычно 80 ± 20 мг (может быть более 100 мг или менее 50 мг)

Хотя консультации и опрос пациента имеют первостепенное значение, полезным инструментом в определении дозы могут быть токсикологические исследования. Для лиц, особенно вновь поступивших, которые продолжают принимать героин, не должно быть никаких затруднений в корректировке метадона на более высокий и более подходящий уровень. Важно, чтобы врачи знали взаимосвязь между неправильной дозой метадона, продолжением потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекцией.

Когда стабильный пациент на поддерживающей терапии просит уменьшить дозу, очень важно, чтобы врач тщательно изучил мотивы этого запроса. Один пациент может чувствовать, что он может получать меньшее количество препарата, для другого, это ответ на внешнее давление «начать прекращать приём лекарства». Для пациента нет ничего необычного верить в то, что те, кто на меньших дозах – это «лучшие пациенты», чем те, кто на более высоких дозах. Обе ситуации требуют от врача или другого персонала более хорошей образовательной работы с пациентом или его близкими (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Имеются фактические примеры, которые свидетельствуют о том, что высокие дозы метадона (>60 мг) лучше удерживают пациентов в лечении и больше снижают употребление героина, чем более низкие дозы (<40 мг). Медицинские работники должны назначать действенные дозы метадона и быть готовы к повышению доз, если пациенты будут продолжать употребление незаконных опиоидов. Во время поддерживающей фазы схема лечения пациента должна пересматриваться как минимум раз в месяц.

Пропуск доз метадона. Если пациент пропустил приём одной или двух

доз, он может поддерживаться на одной и той же дозе метадона. Если было пропущено три дозы, следующую дозу нужно уменьшить на 25%, чтобы внести поправку на возможное снижение толерантности. Если такая доза переносится хорошо, дозы можно вернуть к прежним уровням. Если пропущено четыре дозы, следующую дозу нужно уменьшить на 50%, чтобы внести поправку на потенциальное снижение толерантности. Если эта доза переносится хорошо, то дозировку препарата в течение нескольких дней можно увеличить до прежних уровней. Если пропущено более четырех доз, пациенты должны вернуться к вводимой схеме с первоначальной дозы.

Частота приёма доз. Большинству пациентов метадон можно давать ежедневно. Примерно у 30% пациентов метадон не даёт эффектов, которые равномерно сохранялись бы в течение 24 часов. То же самое может быть и во время беременности и в тех случаях, когда метадон принимается в сочетании с лекарственными средствами, повышающими его метаболизм. В таких случаях метадон можно вводить два раза в день, разделяя дозу на две части. Повышение дозы метадона в какой-то степени приведёт к увеличению продолжительности действия, но главным фактором здесь является интенсивность метаболизма (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

5.3 Выход пациента из программы ЗПТ, тактика ведения пациента

Решение о прекращении лечения метадоном должно приниматься в рамках всеобъемлющего плана лечения. Исследований о факторах, прогнозирующих успех отмены поддерживающего лечения агонистами, недостаточно, однако к числу этих факторов могут относиться наличие работы в настоящее время, наличие стабильного жилья, прекращение употребления незаконных опиоидов, прекращение употребления других наркотиков (включая марихуану) и изменение социальной и физической среды после начала лечения.

Решение о прекращении опиоидной заместительной терапии может быть непростым для пациентов, и часто они обращаются за советом к лечащему персоналу. С другой стороны, некоторые пациенты просто принимают решение о том, что они хотят прекратить лечение опиоидными агонистами. В обеих ситуациях пациенты должны быть проинформированы о рисках, связанных с прекращением лечения, и ориентированы на принятие решений в интересах своего здоровья.

Недобровольная выписка из программы лечения оправдана необходимостью обеспечения безопасности персонала и других пациентов, однако одно лишь несоблюдение правил программы обычно не должно служить основанием для недобровольного исключения. Перед недобровольной выпиской необходимо принять все разумные меры к улучшению ситуации, включая переоценку применяемого метода лечения.

Услуги по ведению синдрома отмены опиоидов должны строиться таким образом, чтобы ведение синдрома отмены не было изолированной услугой, а было бы составной частью вариантов текущего лечения (Руководство

по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

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

- постепенное прекращение опиоидного агониста (т.е. метадона);
- резкое прекращение потребления опиоидов и применение агонистов альфа-2-адреностимулирующего действия для купирования абстинентных симптомов.

Способы и скорость постепенной редукции среди пациентов различны. В литературе представлены варианты, которые отличаются по уменьшению суточной дозы (от 2 до 5-10 мг) и интервалу снижения этих доз (каждые 3-10-14 дней). Исходя из собственного опыта - пациенты чётко ощущают и проговаривают недостаточность дозы препарата. В этот момент необходимо объяснить пациенту необходимость привыкания к новой дозировке. Хотя, если пациент самостоятельно принял решение о выходе из программы, то достаточно предупреждения о возникновении дискомфортных ощущений ещё до снижения доз.

Независимо от скорости отмены достигается некая точка или пункт, где постоянное воздействие на опиатные рецепторы становится неполным, что приводит к развитию наркотического голода и влечения к наркотикам. Эта точка может соответствовать любой дозе, но обычно отмечается между 15-40 мг метадона в сутки. (Ю.А. Россинский, 2006).

Врач и персонал должны быть готовы к тому, что во время редукции дозы пациенты могут прибегать к замещению другими веществами такими, как алкоголь, седативные или снотворные средства, трамадол или другие наркотические препараты.

Из опыта прошедшего года проведения заместительной поддерживающей терапии в Казахстане детоксикация проводится стандартно, в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения наркологических больных. Несмотря на то, что стационарное лечение более дорогое, но оно более эффективно в отношении пациентов с коморбидными соматическими и психическими расстройствами.

Необходимо отметить опыт снижения дозы метадона и выхода из программы ЗПТ в амбулаторных условиях. Данные условия выхода из программы подходят для высоко мотивированных пациентов.

Степень тяжести синдрома отмены опиоидов зависит от дозы и фармакологических свойств препарата, а также от степени нейроадаптивных изменений, которые произошли в организме пациента. Наркотики с коротким периодом полувыведения вызывают симптомы отмены раньше, чем наркотики с более длительными периодами полувыведения. Также раньше наступает пик психопатологических проявлений, и обратное развитие симптомов происходит быстрее. Максимальные проявления синдрома отмены героина или морфина без медикаментозного сопровождения обычно наступает через 36 часов - 72 часа после приёма последней дозы, а существенное ослабление симптомов происходит через 5 дней. Синдром отмены метадона или других

опиоидов длительного действия без лечения обычно достигает пика на четвертый-шестой день, и симптомы существенно не ослабевают в течение 10-12 дней, что необходимо учитывать при проведении детоксикации.

После прохождения курса детоксикации на этапе реабилитации в амбулаторных условиях рекомендуется проведение поддерживающей, противорецидивной терапии с использованием антагонистов опиатных рецепторов (налтрексона), атипичных нейролептиков, антидепрессантов.

6. ЗПТ и различные сопутствующие состояния

ВИЧ, туберкулез, вирусные гепатиты

Несмотря на большое количество лиц с опиоидной зависимостью, живущих с ВИЧ/СПИДом, имеется множество фактов, свидетельствующих о том, что для них антиретровирусное медикаментозное лечение и другие виды лечения и помощи по поводу ВИЧ/СПИДа менее доступны, чем для лиц, не страдающих зависимостью от ПАВ. Употребление опиоидов считается фактором, способствующим отсутствию приверженности антиретровирусному лечению, что в свою очередь создаёт риск развития лекарственной устойчивости вирусов.

С другой стороны, наблюдательные исследования говорят о том, что влияние высокоактивной антиретровирусной терапии на количество CD4 у больных, по-прежнему употребляющих героин и другие наркотики, достаточно заметное и не сильно отличается от влияния подобной терапии у больных, не употребляющих психоактивных веществ. У больных, проходящих поддерживающее лечение опиоидными агонистами, могут быть получены прекрасные результаты (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010).

Вопросы, возникающие в связи с лечением туберкулёза и гепатита, аналогичны, за исключением того, что клиники, в которых проходят лечение пациенты с туберкулёзом, должны тщательно оценивать риск передачи туберкулёза от пациента к пациенту, особенно если рядом с больными туберкулёзом находятся пациенты с пониженным иммунитетом. Учитывая высокую вероятность распространения туберкулеза в переполненных клиниках, клиники по лечению опиоидной зависимости должны вместе с местными экспертами по туберкулёзу продумать свои ответные меры на проблему туберкулёза. Возможно, необходимо будет рассмотреть вопросы вентиляции, переполненности и ведения пациентов с кашлем. Также отличные результаты может дать комбинированное лечение гепатита С и опиоидной зависимости путём поддерживающего лечения опиоидными агонистами и противовирусными средствами

Беременность и кормление ребенка грудью

Для беременных женщин или женщин, кормящих грудью, поддерживающее лечение опиоидными агонистами с применением метадона считается наиболее подходящим видом лечения, принимая во внимание воздействие на

плод, абстинентный синдром новорожденных и последствия для послеродового ухода и воспитания детей до 5 лет. Женщины с опиоидной зависимостью, не получающие лечения, должны поощряться к тому, чтобы начинать поддерживающее лечение опиоидными агонистами с применением метадона. Беременных женщин, проходящих поддерживающее лечение опиоидными агонистами, следует отговаривать от отказа от лечения во время беременности. Хотя многие женщины, когда они узнают о своей беременности, хотят прекратить употреблять опиоиды, но отмена опиоидов сопряжена с высоким риском, потому что возвращение к употреблению героина подорвет их способность ухаживать за ребёнком. Помимо этого, тяжелые симптомы отмены опиоидов могут спровоцировать спонтанный выкидыш в начальные три месяца беременности или преждевременные роды в последнем триместре. Рецидив употребления героина также может привести к осложнениям при беременности и родах. Считается, что поддерживающее лечение опиоидными агонистами оказывает минимальное долгосрочное воздействие на развитие ребёнка по сравнению с риском употребления героина матерью и обусловленного этим вреда. Метадон более предпочтителен, нежели бупренорфин, поскольку существует больший опыт в отношении его безопасности при беременности по сравнению с бупренорфином, несмотря на тот факт, что ранние исследования бупренорфина говорят о том, что его применение ведёт к менее выраженному абстинентному синдрому новорожденных, чем при применении метадона. Если женщины успешно лечатся бупренорфином, то также следует принимать во внимание выгоду от продолжения лечения, дающего эффект.

Во втором и третьем семестре может возникнуть потребность в повышении доз метадона по причине ускорения метаболизма и повышения объёма циркуляции крови. Разделение одной дозы на две с интервалом 12 часов в этот период может обеспечить более адекватное замещение опиоидов. После родов также может возникнуть необходимость в коррекции дозы метадона по мере реверсии некоторых из этих изменений.

Хотя метадон и бупренорфин и могут быть выявлены в грудном молоке, их содержание невысоко, и считается, что они не могут оказать существенного воздействия на младенца. С другой стороны, грудное вскармливание имеет много положительных сторон, включая эмоциональную связь между матерью и ребёнком, питание и профилактику детских болезней. Матерей, больных опиоидной зависимостью, следует поощрять кормить ребёнка грудью, и вероятное исключение здесь составляют только ВИЧ-позитивные матери или матери, употребляющие алкоголь или кокаин и амфетаминовые наркотические препараты; в таких случаях необходимо обращаться за специальными консультациями

5. Диспансерное наблюдение за пациентами - участниками ЗПТ

Участники программы ЗПТ наблюдаются в наркологических медицинских организациях наряду с остальными пациентами с зависимостью от раз-

личных видов психоактивных веществ в соответствии с нормативными актами, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения. Наблюдение может быть диспансерным (адресным или анонимным) или профилактическим.

В ходе реализации реабилитационного компонента ЗПТ у пациентов появляется необходимость в получении справок для прохождения обучения или трудоустройства. В связи с этим необходимо придерживаться Постановления Правительства Республики Казахстан от 04. 12. 2009 г. № 2015 «Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности».

Примерные характеристики и перечень оборудования кабинета выдачи метадона

Характеристики кабинета			
	Параметры	Ссылка на норматив- ный акт	Примечание
1.	Площадь кабинета		Для амбулаторного каби- нета не оговаривается
2.	Решетка на окнах, метал- лическая дверь, деревян- ная дверь, сейф	Приказ Министра Внутренних Дел РК от 16.02.2001 года № 141 об утверждении инст- рукции «О порядке вы- дачи разрешения на ис- пользование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсо- ров», глава 4, пункт 71	
3.	Раковина для мытья рук	САНПиН №23	
4.	Перегородка межкомнат- ная		Для безопасности персона- ла
5.	Тревожная кнопка		
6.	Видеонаблюдение		
Перечень оборудования			
	Оснащение	Количество	Примечание
1.	Дозаторы	2	С обязательной поверкой
2.	Стаканы одноразовые	От кол-ва пациентов	Для выдачи препарата
3.	Трубочки (соломка)	От кол-ва пациентов	В методических рекомен- дациях указывается небла- гоприятное воздействие метадона на эмаль зубов
4.	Вода питьевая, куллер	1+1 18,9 литров на 30 чело- век на 2 недели	Вода для того, чтобы не- много развести препарат (сироп) и дать запить, для профилактики выноса за пределы учреждения
5.	Маски	Одна на 2 часа (в сред- нем 60 штук)	Большинство пациентов имеют коморбидную пато- логию
6.	Перчатки резиновые	От кол-ва пациентов	При проведении тестиро- вания
7.	Кварцевая лампа	1	Переносная
8.	Мешки для утилизации с замками и ярлыками	1 в день	
9.	Бак для утилизации	1	
10.	Корзина мусорная	1	
11.	Стол для ведения доку- ментации	1	

12.	Стол для разлива препарата	1	
13.	Стул	1	
14.	Полотенце разовое	2 рулона в месяц	
15.	Антисептик для рук	1 на 2 месяца	
16.	Жидкое мыло	1 на 2 месяца	

Приложение 2

ДОГОВОР № ____

г. _____ «__» _____ 20__ г.

(на возможность терапевтических отношений между пациентом, поступающим на заместительную поддерживающую терапию агонистами опиатных рецепторов и _____)

Наименование медицинской организации

_____(наименование медицинской наркологической организации)_____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора (главного врача) _____
_Ф.И.О._____, действующего на основании Устава, нормативных документов Министерства здравоохранения и предприятия (организации) и _____,
именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий контракт о следующем виде лечения: заместительная поддерживающая терапия агонистами опиатных рецепторов.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Пациент обратился за специализированной помощью в (наименование медицинской организации) для решения проблем, связанных с зависимостью от опиоидов.

1.2. Исполнитель гарантирует оказать Пациенту консультативно- диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь для решения данной проблемы на условиях, указанных в контракте.

1.3. Пациент в обязательном порядке выполняет режим, рекомендации, инструкции, лечебной программы Исполнителя;

1.4. Родственники Пациента или созависимые по решению Исполнителя могут участвовать в лечебной программе;

1.5. Вся информация, касающаяся личности Пациента (фамилия, имя, отчество, домашний адрес, место работы и должность), а так же членов его семьи строго конфиденциальная;

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права и обязательства Исполнителя

2.1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту консультативную и лечебную помощь в необходимом объеме. Ознакомить его с диагнозом, прогнозом и возможными методами лечения.

2.1.2. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту полную информацию о программе заместительной поддерживающей терапии.

2.1.3. Исполнитель обязуется соблюдать конфиденциальность личности Пациента во время и после проведения лечения, кроме случаев, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

2.1.4. Исполнитель обязуется создать надлежащие условия для терапии, обеспечить метадоном Пациента в течение всего времени участия в программе заместительной поддерживающей терапии.

2.1.5. Исполнитель обязуется ежедневно выдавать метадон в установленное время в дозировках, прописанных лечащим врачом.

2.1.6. Исполнитель обязуется своевременно информировать Пациента об изменениях в программе заместительной поддерживающей терапии, о сроках окончания программы или предстоящем исключении Пациента из программы.

2.1.7. Исполнитель имеет право в любое время провести экспертизу (лабораторные тесты, экскресс-тесты, врачебная экспертиза).

2.1.8. Исполнитель имеет право проводить видео и звукозапись, интервью лечебных сеансов с согласия Пациента для анализа работы и выработки тактики терапии.

2.1.9. Исполнитель имеет право расторгнуть Контракт в одностороннем порядке, в случае нарушения Пациентом условий данного Контракта.

2.2 Права и обязанности Пациента.

2.2.1 Пациент имеет право на получение информации о своих правах и обязанностях, оказываемых услугах.

2.2.2 Пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям.

2.2.3 Пациент имеет право на поддержку со стороны семьи, родственников и друзей, а также служителей религиозных объединений.

2.2.4 При получении медицинской помощи пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, сведения о возможных последствиях отказа от печения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин исключения его из программы заместительной поддерживающей терапии.

2.2.5 Пациенты имеют право отказаться от участия в учебном процессе, а также от присутствия третьих лиц при проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.6 Пациент обязан выполнять все виды обследования, в том числе лабораторные анализы, назначаемые лечащим врачом, обязан посещать все виды лечебных занятий и мероприятий, проводимых в ходе реализации про-

граммы заместительной поддерживающей терапии.

2.2.7 Пациент обязуется своевременно информировать об отказе от участия в программе.

2.2.8 Пациент обязан заблаговременно извещать о намерении уехать или ходатайствовать об изменении режима терапии.

2.2.9 Пациент обязуется ежедневно посещать медицинскую наркологическую организацию для приема метадона. Использовать назначенный метадон исключительно в целях собственной терапии, не торговать, не представлять препарат в виде официально получаемым наркотическим средством.

2.2.10 Пациент обязан при прохождении терапевтического курса не обращаться к другим врачам за назначением психотропных препаратов.

2.2.11 Пациент обязан после приема метадона не пребывать на территории медицинской наркологической организации без основательных причин.

2.2.12 Пациент обязан при нанесении материального ущерба (порча имущества медицинской наркологической организации) возместить полную стоимость испорченного имущества.

2.2.13 Пациент обязуется не проявлять агрессию против медицинского персонала медицинской наркологической организации и пациентов программы.

2.2.14 Пациент обязуется не курить в помещениях медицинской наркологической организации.

2.2.15 Утеря Пациентом Договора не снимает с него ответственности за неисполнение условий контракта

3. НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА, ПРИВОДЯЩИЕ К НЕМЕДЛЕННОМУ ИСКЛЮЧЕНИЮ ИЗ ПРОГРАММЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

3.1 Проявление физической агрессии, по отношению к персоналу отделения и другим пациентам.

3.2 В случае попытки выноса метадона из кабинета, а также при подозрении в торговле метадоном или нелегальными наркотиками.

3.3 Хранение, употребление и пронос в отделение алкоголя, наркотиков и других химических веществ, изменяющих настроение или сознание.

3.4 Игра в азартные игры (карты и прочие) в помещениях медицинской наркологической организации.

4. НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА, ПОВТОРЕНИЕ КОТОРЫХ ПРИВЕДЁТ К НЕМЕДЛЕННОЙ ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТА

4.1 Нерегулярное посещение программы заместительной поддерживающей терапии без уважительных причин.

4.2 Нарушение анонимности других пациентов.

4.3 Угрозы, нецензурная брань, по отношению к персоналу отделения и другим пациентам.

4.4 Неуважительное отношение к другим пациентам или персоналу отделения или их оскорбление.

4.5 Отказ от проведения медицинских осмотров, бесед с врачом и психологом программы.

4.6 В случае подтвержденного клинико-диагностическими исследованиями неоднократного дополнительного употребления психоактивных веществ.

5 СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1 Договор действует с момента включения пациента в программу заместительной поддерживающей терапии до момента его исключения из программы.

Корешок договора №_____

от «__» _____ 20__ года

Ф.И.О. пациента _____

Даю свое согласие на участие в программе заместительной терапии метадонном.

Я подтверждаю, что получил полную информацию о преимуществах данного метода лечения, о возможных последствиях при употреблении опиоидов, возможных осложнениях при длительной терапии метадонном.

Подтверждаю полную информированность о вариантах лечения и реабилитации, о правах и обязанностях Пациента, об ожидаемой пользе в процессе заместительной терапии, конфиденциальности, об обстоятельствах и/или причинах, по которым я могу прекратить свое участие в реабилитационной программе.

Подпись пациента _____

Главный врач
(наименование медицинской организации) _____ Ф.И.О.