

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

### ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

##### 1.1. Код(ы) МКБ-10:

Код	Название
F11.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром отмены.
F11.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости.
F11.22	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии.

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: август, 2021 год.

##### 1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

АД	--	Артериальное давление
АлТ	--	Аланинаминотрансфераза
АсТ	--	Аспартатаминотрансфераза
АРТ	--	Антиретровирусная терапия
БАК	--	Биохимический анализ крови
ВИЧ	--	Вирус иммунодефицита человека
МКБ 10	--	Международная классификация болезней 10 пересмотра
ОАК	--	Общий анализ крови
ПАВ	--	Психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	--	Патологическое влечение
ПТАО	--	Поддерживающая терапия агонистами опиоидов
ППР	--	Психические и поведенческие расстройства
УД	--	Уровень доказательности
ЦНС	--	Центральная нервная система

1.4. Пользователи протоколов: работники с высшим и послевузовским

медицинским образованием по специальности «Психиатрия взрослая», со специализацией «Наркология»;

### 1.5. Категория пациентов: взрослые

### 1.6. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

### 1.7. Определения.

1.7.1 Опиаты – группа психоактивных веществ, получаемых из мака, включающая в себя опиум, морфин, кодеин и некоторые другие вещества. Данный термин используется также применительно к такому полусинтетическому наркотику, как героин, который вырабатывается из соединений, выделяемых из мака. Термин «опиоиды» относится к опиатам и другим полусинтетическим и синтетическим соединениям со сходными свойствами. Это вызывающие зависимость вещества, которые реализуют свои эффекты, активируя опиоидные рецепторы в головном мозге [30].

1.7.2 Психические и поведенческие расстройства (ППР), вызванные употреблением опиоидов - комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ/класса ПАВ из группы опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей пациента, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [1, 2].

1.7.3 Заместительная терапия – прием под медицинским наблюдением назначенного врачом психоактивного вещества, фармакологически родственного веществу, обусловившему зависимость, лицами с зависимостью от такого вещества для достижения определенных целей лечения [30].

1.7.4 Поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО) – медицинское назначение на длительный период времени лекарственного препарата с

некоторыми свойствами опиоидов с тем, чтобы предотвратить наступление синдрома отмены (комплекс психических, вегетативно соматических и неврологических расстройств, возникающих при прекращении употребления вещества, к которому установилось пристрастие) снизить тягу и ослаблять эффекты от героина или других опиоидных наркотиков [3].

### **1.8. Клиническая классификация опиоидной зависимости [4].**

#### **По стадии развития заболевания:**

- этап злоупотребления наркотиком;
- продром болезни
- начальная (первая) стадия зависимости;
- средняя (вторая) стадия зависимости;
- конечная (третья) стадия зависимости.

#### **По периодам зависимости:**

##### **Абстинентный период:**

- ранний постабстинентный период
- поздний постабстинентный период
- период устойчивой ремиссии

##### **Фазы абстинентного периода:**

- I фаза абстинентного периода
- II фаза абстинентного периода
- III фаза абстинентного периода
- IV фаза абстинентного периода

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:**

### **Диагностические критерии [5]. – см протокол F 11**

Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех и более нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год:

- Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ.
- Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества.
- Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4), характерный для данного вещества.
- Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены.
- Признаки толерантности, такие, как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который ранее достигался меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости.
- Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества.
- Продолжение приема вещества, несмотря на негативные последствия

#### **Жалобы и анамнез:**

### **Синдром зависимости [6] (УД - С):**

- Жалоб активно не предъявляет или жалобы на влечение к опиоидам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;
- В анамнезе факты регулярного употребления опиоидов, чувство напряженности, психического дискомфорта, целенаправленное стремление к введению наркотика, кожный зуд при введении наркотика, олигоурия, нарушение ночного сна.

### **Синдром отмены [7, 8, 9] (УД – GPP):**

- выраженные боли в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей поясничной и ишиокруральной областей, тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставах, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях, ощущения носят симметричный характер, не только топически, но и являются равномерными, по интенсивности их переживаний;
- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- раздражительность, гневливость;
- тоскливое настроение;
- стойкие нарушения сна;
- озноб;
- чихание;
- зевота;
- ринорея;
- диарея;
- тошнота;
- рвота.

### **Физикальное обследование [10, 11, 12, 13] (УД - С):**

#### **Общий осмотр:**

- следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности (венозные «дорожки», венозные «колодцы»);
- признаки склерозирования и облитерации сосудов;
- вторичные тромбофлебитические поражения;
- признаки лимфостаза;
- сухость и бледность кожных покровов;
- дефицит массы тела;
- сухость слизистых, субиктеричность склер;
- распространённый кариозный процесс в полости рта;
- выраженная тахикардия при нормальном или пониженном АД.

#### **Пальпация:**

- снижение тургора кожи;
- увеличение печени;
- увеличение лимфатических узлов;

### **Неврологический осмотр:**

- оживление глубоких и брюшных рефлексов;
- повышение Ахилловых рефлексов (выявления клонуса стопы);
- местная пиломоторная реакция;
- постуральный тремор дистальных отделов конечностей;
- положительный симптом Маринеско-Радовичи;
- горизонтальный нистагм;
- нарушения конвергенции;
- длительное снижение реакции зрачков на свет;
- мидриаз;
- повышение температуры тела (субфебрильная).

### **Лабораторные исследования [14, 15] (УД - С):**

- общий анализ крови (ОАК) – норма/лимфоцитоз, нейтропения, повышенная вязкость крови;
- биохимический анализ крови (БАК) – подъём АлТ, АсТ, рост коэффициента Де Ритиса (АсТ/АлТ), повышение билирубина, холестерина, показателя тимоловой пробы, гипергликемия;
- иммунохимический анализ: в образцах биологических сред содержание метаболитов психоактивных веществ, определение опиатов в моче для контроля трезвости;
- общий анализ мочи;
- анализ крови на ВИЧ;
- микрореакция;

### **Инструментальные исследования:**

- флюорография

### **Дополнительное обследование:**

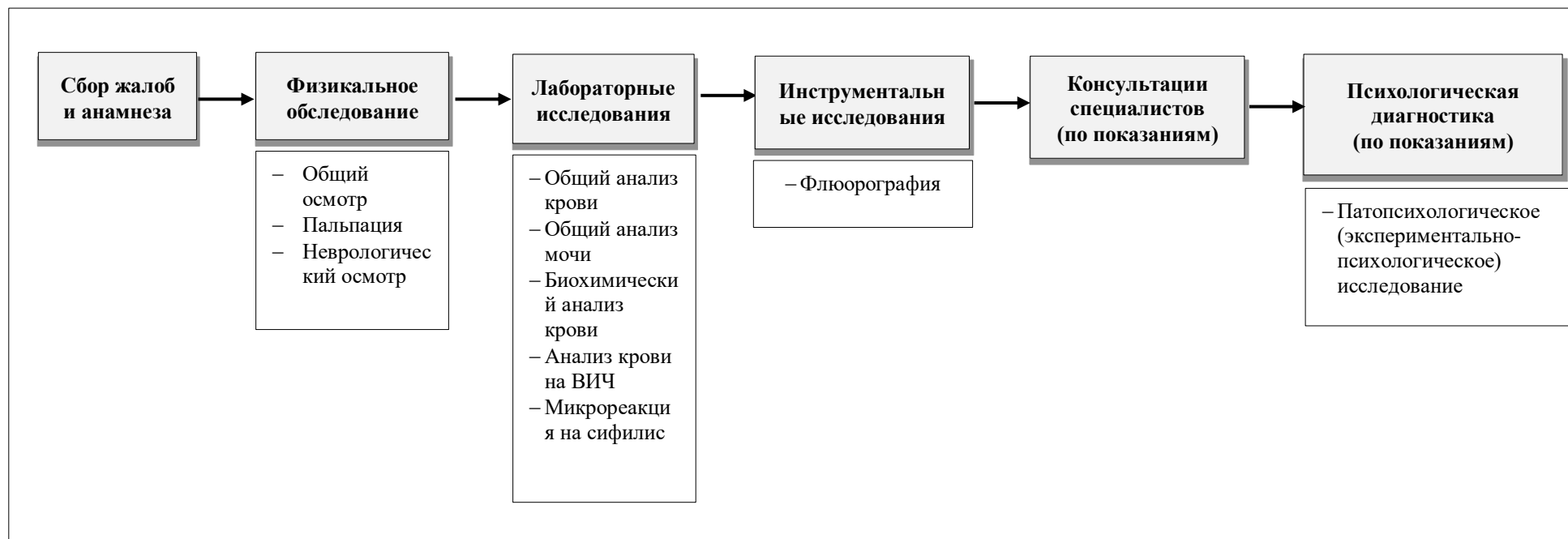
экспериментально-психологическая диагностика (по показаниям) для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами и ППР вследствие употребления ПАВ;

### **Показания для консультации специалистов [16]:**

- кардиолога при патологии сердечно-сосудистой системы;
- эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;
- невролога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- психиатра при выявлении специфических жалоб;
- хирурга (общего, сосудистого, кардиохирурга) при хирургических патологиях;
- стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
- гастроэнтеролога при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта;
- инфекциониста при выявлении инфекционных заболеваний и при наличии сопутствующей ВИЧ-инфекции;
- дерматолога при патологии кожных покровов;

- уролога при выявлении патологии мочеполовой системы;
- онколога при подозрении на онкологическую патологию;
- оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

## 2.1. Диагностический алгоритм:



## 2.2. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F10-19)	В последние годы появились данные о психической зависимости и привыкании аналогичных действию наркотических средств, у некоторых антидепрессантов, в частности относящегося к	Жалобы, объективный и субъективный анамнезы заболевания и жизни, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), иммунохимический анализ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительный результат иммунохимического анализа на ПАВ в период «диагностического окна» - до 48 часов от потребления психоактивного вещества;</li> <li>- наличие специфического симптомокомплекса (большой наркоманический синдром, выраженный синдром психической и физической зависимости);</li> <li>- ускоренное формирование синдрома зависимости (в</li> </ul>

	трициклическим препаратам тианептина (коаксила), распространение наркотических анальгетиков и т.п.		течение нескольких месяцев) при потреблении ПАВ; - наличие выраженных симптомов стимуляции ЦНС и психотических эпизодов в структуре абстиненции - эффект плацебо не выражен.
Расстройства зрелой личности (психопатии)	Высокая частота психопатоподобных симптомов в рамках абстинентного синдрома	Жалобы, объективный и субъективный анамнезы заболевания и жизни, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование.	Психопатоподобный синдром – возникает в комплексе с другими симптомами патологического влечения, имеет волнообразное течение, чаще всего развивается по истеро-возбудимому радикалу.
Эндогенные депрессии	Высокая частота аффективных расстройств в рамках абстинентного синдрома	Жалобы, объективный и субъективный анамнезы заболевания и жизни, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование.	Наркогенная депрессия – чаще дисфорическая форма, протекает в комплексе с иными симптомами ПВ, сопровождается демонстративно-шантажным поведением, психопатоподобными включениями, цикличность подчиняется глубине обсессивно-компульсивного влечения, акцент на вечернее время
Шизофрения (F20.0-22.0)	Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации при злоупотреблении лекарственными веществами.	Жалобы, объективный и субъективный анамнезы заболевания и жизни, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование.	Отсутствие диагностических критериев, установленных клиническим протоколом «Шизофрения», а именно: на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2). (1) Минимум <b>один</b> из следующих признаков: - "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей; - бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей, или к мыслям, действиям или ощущениям; - вербальные обманы восприятия («голоса»), императивного или комментирующего характера, или другие типы галлюцинаторных расстройств, исходящих из какой-либо части тела; - стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными



			<p>или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).</p> <p>(2) или минимум <b>два</b> признака из числа следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;</li><li>- неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;</li><li>- кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;</li><li>- "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией).</li></ul>
--	--	--	---

### **3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:**

#### **3.1 Немедикаментозное лечение**

- режим общий;
- диета – стол №15.

##### **Цель лечения:**

- снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических веществ;
- снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;
- повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью.

Сочетание психосоциальной и фармакологической помощи приводит к более высоким показателям прохождения лечения до конца и к более низкой частоте рецидивов в период катamnестического наблюдения [24] (УД - А).

##### **Психосоциальная поддержка пациентов ПТАО включает в себя:**

- **Мотивационное интервьюирование**

###### **Цель:**

формирование мотивации на окончательный и полный отказ от употребления опиоидов в процессе мотивационного интервью, индивидуального (или группового) мотивационного консультирования [19, 20, 29] (УД - А);

##### **Интерактивная обучающая веб-программа, для людей, получающих ПТАО**

###### **Цель:**

- обучение людей с наркотической зависимостью навыкам эффективного отказа от наркотиков, а также навыкам выхода из рискованных ситуаций, которые способны привести к рецидиву заболевания [21, 22, 23] (УД - В);

##### **Когнитивно-поведенческая психотерапия**

###### **Цель:**

- ограниченное по времени, структурированное, целеориентированное психологическое вмешательство, направленное на решение проблем потребителей наркотиков, проходящих лечение [17, 18] (УД - А);

#### **3.2. Медикаментозное лечение:**

Одним из средств для ПТАО является лекарственный препарат «Метадона гидрохлорид». Метадон представляет собой синтетический опиоид длительного действия с фармакологическим действием, качественно сходным с морфином. Активен при пероральном и парентеральном способах введения. Показания к применению: поддерживающая терапия агонистами опиоидов при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением опиоидов, синдром зависимости. [28] (УД - А)

## **ПТАО и объем терапии, зависит от спецификации диагноза и соответствует 3 этапам:**

### **Начальный этап (УД – А):**

- подбор начальной дозы лекарственного препарата Метадона гидрохлорид, который назначается на фоне абстинентных проявлений у пациента;
- начальная суточная доза метадона гидрохлорида определяется уровнем нейроадаптации к опиоидам;
- во время индукционной фазы лечения метадоном начальная суточная доза не должна превышать 20 мг и ни в коем случае не должна быть больше 30 мг. [25, 27]
- первоначально, одной дозы от 15 до 20 мг (от 3 до 4 мл) достаточно, чтобы купировать абстинентный синдром. В случае повтора симптомов абстиненции или недостаточного купирования синдрома, дозу можно увеличить. Если пациенты находятся в физической зависимости от высоких доз, им могут потребоваться более высокие дозы метадона соответственно.
- на начальном этапе лечения дозу метадона следует увеличивать постепенно для минимизации риска передозировки: увеличивать дозировку по 5-10 мг в день (с максимальным еженедельным увеличением на 30 мг) до тех пор, пока не будут замечены признаки отмены или интоксикации. После безопасного введения начальной дозы следует подобрать оптимальную дозу для долгосрочного поддерживающего лечения во избежание пристрастия и употребления опиоидов (так называемое «блокирующее дозирование»).

### **Этап поддержания (УД – А):**

- стабилизация состояния пациента, с активным применением психосоциального сопровождения.
- продолжительность пребывания пациента на данном этапе составляет от 6 месяцев и более [19];
- оптимальная доза метадона гидрохлорида составляет 60-120 мг в сутки [26];
- оптимальная доза должна устранить пристрастие к опиоидам, не вызывая при этом седативного эффекта или чувства эйфории, что обеспечивает максимальное функционирование пациентов во всех сферах жизни;
- доза должна быть установлена таким образом, чтобы терапевтический эффект сохранялся в течение по крайней мере 24 часов
- необходимо принимать метадон ежедневно для поддержания должного уровня в плазме крови и во избежание опиоидного синдрома отмены. [27].
- лекарственные схемы могут быть изменены в соответствии с клиническим состоянием пациента.

### **Этап завершения (УД – А):**

- происходит по желанию пациента, согласованному с лечащим врачом;
- основанием для завершения ПТАО является: плановое завершения лечения; досрочный отказ от дальнейшего лечения; исключение пациента из терапии.

Предупреждение: незапланированное или неконтролируемое врачом прекращение лечения может спровоцировать острый синдром отмены.

### **Противопоказания и предосторожности при назначении лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:**

- повышенная чувствительность к метадона гидрохлориду или другим компонентам препарата;
- признаки интоксикации/седации;
- почечно-печеночная недостаточность;
- респираторная недостаточность;
- острое психотическое состояние;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- длительный запор;
- органические заболевания сердца;
- легочное сердце;
- гиповолемия.

### **Побочные эффекты при назначении лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:**

- тошнота и рвота;
- сухость во рту, запор;
- повышенное потоотделение;
- головокружение, ортостатическая гипотензия;
- угнетение дыхания;
- эйфория, дисфория;
- слабость, головная боль, бессонница;
- прибавка веса;
- антидиуретический эффект;
- у женщин нарушение менструального цикла;
- снижение либидо и/или сексуальной потенции.

### **Правила приема лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:**

- в случае нарушения прием пациентом одной или двух суточных доз, возможен прием прежней дозы препарата.
- в случае трехдневного пропуска приема препарата, принимаемую пациентом дозу необходимо уменьшить на 25%, чтобы внести поправку на возможное снижение толерантности. В случае хорошей переносимости препарата, следует вернуться к прежнему уровню дозы препарата.
- в случае четырехдневного пропуска приема препарата, следующую дозу необходимо уменьшить на 50%. При хорошей переносимости препарата, в течении нескольких дней возможен возврат к прежним дозам.
- если пропуск препарата, превышал четырехдневный показатель, назначается вводная схема препарата, с первоначальной дозы.

**Контроль трезвости пациента осуществляется в следующих случаях:**

- на начальном этапе ПТАО с целью уточнения вида употребляемого вещества при наличии признаком сформированной зависимости от опиоидов;
- в стадии подбора дозы при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью профилактики передозировки метадонном;
- на этапе поддержания при подозрении на употребление нелегальных опиоидов и/или других ПАВ с целью коррекции доз метадона гидрохлорид;
- при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью контроля соблюдения условий контракта.

### **Симптомы абстиненции могут возникнуть, по причинам:**

- низкие дозировки препарата;
- прием антибактериальных препаратов;
- прием антиретровирусной терапии;
- нарушения приема препарата;
- прием алкоголя.

**В случае планового завершения/досрочного отказа от лечения** суточная доза препарата может уменьшаться в среднем на 2,5-5 мг в неделю, без тяжелых симптомов отмены опиоидов. Во время снижения необходимо регулярно обследовать пациента, и в соответствии с клинической необходимостью, вносить корректировки в дозировки.

**В случае исключения пациента** рекомендуется **ежедневное** снижение дозы препарата на 5 мг до достижения 30 мг. Далее ежедневное снижение дозы препарата должно составлять 2 мг до полной отмены.

Во всех указанных случаях не исключена возможность выработки схемы снижения дозы препарата лечащим врачом совместно с пациентом индивидуально. В последующем наблюдение за пациентом осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

### **3.2.1. Медикаментозное лечение ПТАО у особых групп населения:**

- **Пациенты с диагнозом туберкулез:** первоначальным приоритетом является лечение активного туберкулезного процесса;
- **Пациенты с вирусным гепатитом:** лечение вирусных гепатитов проводится в комплексе с другой фармакотерапией, не дожидаясь начала абстиненции от опиоидов;
- **Пациенты с ВИЧ:** пациент стабилизируется посредством ПТАО, после назначается антиретровирусная терапия (АРТ);
- **Беременность и кормление ребенка грудью:** Метадон противопоказан при беременности и в период лактации из-за возможных последствий для развития плода. Однако при очевидной неспособности беременной наркозависимой приостановить использование героина, врач может принять решение о проведении ПТАО. Эта процедура не должна быть продолжена до конца беременности в рекомендуемых дозах, так как необходимо предотвратить появление симптомов отмены у матери и плода. При необходимости, корректируют дозу метадона на последних стадиях беременности до поддержания

адекватного уровня препарата для избежание возможного отказа от терапии. Окончательное прекращение лечения проводится под наблюдением нарколога и акушера-гинеколога и должно быть проведено не ранее, чем на 14-й неделе беременности и не позднее 32 недели, чтобы избежать, риска выкидыша и преждевременных родов. Пациентку перед применением метадона необходимо проинформировать о возможных последствиях применения препарата. Метадон проникает в грудное молоко, из-за риска серьезных неблагоприятных реакций у младенцев и учитывая пользу лечения для матери, рекомендуется отказаться или от грудного кормления, или от приема метадона.

### **3.3 Хирургическое вмешательство:**

не проводится

### **3.4 Индикаторы эффективности лечения:**

- снижение частоты и кратности употребления нелегальных наркотических веществ;
- стабилизация соматического и психического статусов пациента;
- повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ПЗТ.

## **4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.**

## **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: Нет.**

## **6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

### **6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

1) **Алтынбеков Куаныш Сагатович** – доктор медицинских наук РФ, заместитель генерального директора по научной и клинической работе РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

2) **Кусаинов Алмас Абихасович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии НАО «Медицинский университет Астана».

3) **Ракишева Ак-Уке Салимжановна** – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии НАО «Медицинский университет Астана».

4) **Черченко Надежда Николаевна** – Национальный консультант РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

### **6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:**

Конфликт интересов отсутствует.

### **6.3 Рецензент:**

**6.4 Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

#### **6.5 Список использованной литературы:**

1. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: ВОЗ. Женева – перевод с английского В. Е. Пелипаса. – 1994. – 90 с.
2. Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар – Мед – 2008.
3. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, 2002.
4. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика – М, 2002.– т.2 с.67-68.
5. Классификация психических расстройств МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания.
6. Handford C, Kahan M, Srivastava A, Cirone S, Sanghera S, Palda V, Lester MD, Janecek E, Franklyn M, Cord M, Selby P, Ordean A. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); 2011. 145 p.
7. Ayman Fareed MD, Sreedevi Vayalapalli MD, Steven Stout MD, PhD, Jennifer Casarella MD, Karen Drexler MD & Stephen P. Bailey PT PhD. Effect of Methadone Maintenance Treatment on Heroin Craving, a Literature Review, Journal of Addictive Diseases, 2015. - 30:1, 27-38
8. Pinkofsky HB, Hahn AM, Campbell FA, Rueda J, Daley DC, Douaihy AB.J Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine.// Clin Psychiatry. 2005 Oct;66(10):1285
9. Ohlsson T. Effects of Transactional Analysis Psychotherapy in Therapeutic Community Treatment of Drug Addicts.
10. Classifying Skin Lesions of Injection Drug Users: A Method for Corroborating Disease Risk, NCADI Order No. AVD 154, DHHS Publication No. (SMA) 02-3753, Printed 2002.
11. Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users.// Joint Bone Spine. 2012 Oct;79(5):446-50.
12. McNicholas L., M.D., Ph.D. Consensus Panel Chair Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction, A Treatment Improvement Protocol TIP 40 - DHHS Publication No. (SMA) 04-3939 Printed 2004.
13. Merrill JO, Duncan MH. Addiction disorders. // Med Clin North Am. 2014 Sep;98(5):1097-122.
14. Москаленко В. Д., Агибалова Т. В., Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ. Руководство по наркологии под ред Н. Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.2 – с. 405-415.
15. Klimas J, Tobin H, Field CA, O'Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, Saunders J, Bury G, Dunne C, Cullen W. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users.// Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 3;12.

16. Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар – Мед – 2008.
17. Drug misuse – psychosocial interventions NICE clinical guideline 51. July 2007, 36 p.
18. Kirchmayer U, Davoli M, Verster AD, Amato L, Ferri A, Perucci CA. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. // *Addiction*. 2002 Oct;97(10):1241-9.
19. Bui Thi Tu Quyen, Linh Thuy Nguyen, Vo Thi Viet Phuong and Le Tu Hoang. Quality of life in methadone maintenance treated patients in Long An, a southern province of Vietnam. *Health Psychology Open* July-December 2020: 1–7.
20. Miller W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behaviors*, 21(6), стр. 835-842.
21. Cavanagh K., Shapiro D. A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of clinical psychology*, 60(3), стр. 239-251.
22. Marks I. M., Cavanagh K., Gega L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Psychology Press.
23. McCrone P. и др. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (1), стр. 55-62.
24. Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010. – 148 с.
25. Ережепов Н.Б., Каражанова А.С. «Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан» - методические рекомендации, 2010 г. – 48 с.
26. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence - NICE technology appraisal guidance 114, 2010. – P. 9.
27. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств. Всемирная Организация Здравоохранения. Управление ООН по наркотикам и преступности, март 2016 г.
28. <https://drugs.medelement.com/drug>
29. Liwei Deng<sup>a,b</sup>, Xia Zou<sup>a,b</sup>, Wen Chen<sup>a,b</sup>, Yinghua Xia<sup>a,b</sup>, Yu Li<sup>c</sup>, Li Ling. How clients' during-treatment motivations relate to their perceptions and impressions of methadone maintenance treatment: A multilevel analysis of a cross-sectional survey in Guangdong Province, China. *Drug and Alcohol Dependence*. 164 (2016) 151 – 157.
30. WHO/UNODC/UNAIDS position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2019.