

**Министерство Здравоохранения
Кыргызской Республики**



КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ,
ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ**



Бишкек 2013

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ

**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ**

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

БИШКЕК – 2012

Клиническое руководство по диагностике и лечению, психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 703 от 25.12.2012

Клиническая проблема

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

Название документа

Клиническое руководство по диагностике, лечению, психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов

Этапы оказания помощи

Первичный, вторичный и третичные уровни здравоохранения

Цель создания Клинического руководства

Создание новой единой системы по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов на уровне первичного, вторичного и третичного звена здравоохранения, базируемая на принципах доказательной медицины и отражающей достижения передовой мировой медицинской науки и практики.

Внедрение клинического руководства способствует улучшению качества оказания своевременной медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением опиоидов.

Целевые группы

Наркологи, психиатры, психотерапевты, врачи токсикологических отделений, врачи скорой неотложной помощи, врачи-инфекционисты, семейные врачи, научные сотрудники, преподаватели медвузов, организаторы здравоохранения, клинические ординаторы, врачи интерны, социальные работники, клинические фармакологи, медицинские сестры.

Применимость

Клиническое руководство по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов применимо только в отношении пациентов, употребляющих опиоиды.

Дата создания

2012 год

Планируемая дата обновления

Осуществление пересмотра данного руководства запланировано на 2016 год, либо в более ранние сроки в случае появления новых научных данных и доказательств. Все поправки к клиническому руководству будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой

Кыргызская Республика г. Бишкек

ул. Суеркулова, 1а

факс: +996(312)548692; +996(312)548694, факс: +996(312)548694

e-mail: tokubaev@yandex.ru, ajzada-u@yandex.ru, nurjil@gmail.com,

Данное клиническое руководство может использоваться и воспроизводиться с соответствующей ссылкой с полным названием документа, разработанного в Кыргызской Республике.

Руководство издано в рамках реализации Национальных программ по реформированию системы здравоохранения при технической поддержке проекта USAID «Качественное здравоохранение» и Управления Организации Объединенных наций по наркотикам и преступности UNODC

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Общая часть	6
	1.1. Состав рабочей группы и консультантов	6
	1.2. Цели и задачи клинического руководства	7
	1.3. Метод формулирования рекомендаций	8
	1.4. Список сокращений	10
2.	Введение	11
3.	Общее понятие об опиоидах	12
	Опиоиды. Нейробиологические аспекты действия опиоидов. Агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов	12
4.	Классификация психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов по МКБ – 10	14
5.	Острая интоксикация опиоидами	14
	5.1. Классификация по МКБ 10	16
	5.2. Общие понятия острой интоксикации ПАВ	15
	5.3. Основные диагностические критерии F11.0 «Острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов» (МКБ 10)	15
	5.4. Клиника острой опиоидной интоксикации (наркотическое опьянение)	17
	5.5. Передозировка опиоидами	18
	5.5.1. Определение	18
	5.5.2. Признаки передозировки опиоидами	19
	5.5.3. Лечение передозировки	19
6.	Употребление с вредными последствиями	21
	6.1. Диагностические указания	21
	6.2. Условия и принципы терапии	22
7.	Состояние отмены	22
	7.1. Определение	22
	7.2. Диагностика	24
	7.3. Лечение	26
	7.3.1. Детоксификация клонидином	28
	7.3.2. Детоксификация опиоидными агонистами	28
	7.3.2.1. Детоксификация метадоном	29
	7.3.2.2. Детоксификация бупренорфином	29
	7.4. Психосоциальная поддержка при детоксификации	30
8.	Синдром зависимости от опиоидов	31
	8.1. Определение	31
	8.2. Патогенез	31
	8.3. Диагностика	32
	8.3.1. Основные клинические критерии по МКБ 10	32
	8.3.2. Оценка опиоидной зависимости	33
	8.3.3. Осмотр	34
	8.4. Лечение синдрома зависимости от опиоидов	35
	8.4.1. Принципы лечения опиоидной зависимости	35
	8.4.2. Фармакологические вмешательства при лечении опиоидной зависимости	39
	8.4.2.1. Поддерживающая терапия	39
	8.4.2.2. Применение бупренорфина в поддерживающей терапии	42

	8.4.2.3. Этапы проведения поддерживающего лечения	43
	8.4.2.4. Поддерживающее лечение налтрексоном	48
	8.4.2.5. Экономическая эффективность поддерживающей терапии	49
	8.4.3. Психосоциальная помощь при поддерживающей терапии	50
	8.4.3.1. Социальное сопровождение	50
	8.4.3.2. Психологическая поддержка	51
	8.4.4. Психосоциальные вмешательства при лечении опиоидной зависимости	53
	8.4.4.1. Теоретические основы психологического вмешательства при ведении пациентов с опиоидной зависимостью	53
	8.4.4.2. Основные терапевтические подходы ведения пациентов с опиоидной зависимостью	55
	8.4.4.3. Методы психосоциального вмешательства с низким уровнем доказательности	61
	8.5. Опиоидная зависимость и ВИЧ	62
9.	Типы учреждений для лечения опиоидной зависимости и уровни оказания помощи	63
10	Организация лечения и ухода за ПИН	65
11.	Психотическое расстройство	75
12.	Расстройство личности и поведения	77
13.	Резидуальные и отсроченные психотические расстройства	77
14.	Снижение вреда при употреблении опиоидов	78
	Список литературы	81
	Глоссарий	86
Приложение 1.	Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ	93
Приложение 2.	Объективная шкала тяжести синдрома отмены опиоидов(OOWS)	94
Приложение 3.	Субъективная шкала тяжести синдрома отмены опиоидов(SOWS)	95
Приложение 4.	Фармакология основных опиоидных агонистов применяемых при лечении опиоидной зависимости	96
Приложение 5	Применение других лекарственных средств, при лечении синдрома зависимости от опиоидов	99
Приложение 6	Другие фармакологические вмешательства на основе поддерживающего лечения	101
Приложение 7	Индикаторы для оценки доступности услуг и качества предоставляемой наркологической помощи	102

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. Состав рабочей группы и консультантов

Для разработки клинического руководства по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов была сформирована междисциплинарная рабочая группа разработчиков.

Руководители РГ

Ибраева Г.А.	Главный специалист Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, председатель рабочей группы
Токубаев Р.Б.	Директор Республиканского центра наркологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики,

Ответственные исполнители РГ

Усенакунова А.Д.	Координатор программ Снижения вреда в Кыргызской Республике
Галако Т.И.	К.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии КГМА им. И.К. Ахунбаева
Бакирова Ж.К.	Заведующая организационно-методическим отделом РЦН
Калиева Э.Ш.	Заведующий отделением №4 РЦН
Исаков М.А.	Заведующий отделением реабилитации РЦН

Медицинские консультанты

Мукеева С.Т.	К.м.н., директор ассоциации семейных врачей
Денисов Д.Ю.	Заместитель главного врача Городской станции скорой медицинской помощи г. Бишкек
Пугачева И.Б.	ОФ «Альтернатива в наркологии»

Внутренние и внешние эксперты

Чубаков Т.Ч.	Д.м.н., профессор, ректор КГМИП и ПК
Камбаралиева Б.	Клинический фармаколог, координатор программ по безопасности лекарственных средств СИТИ ХОУП Интернешнл
Стела Бивол	Консультант Проекта USAID “Качественное здравоохранение» Международный эксперт
Эмилис Субата	Директор Вильнюсского центра лечения зависимостей Доцент Вильнюсского университета и клиники психиатрии Международный эксперт

Методологическая экспертная поддержка

Барыктабасова Б.К.	Методолог по разработке КР/КП, эксперт по оценке качества КР/КП, к.м.н. консультант отдела доказательной медицины Республиканского центра развития здравоохранения и информационных технологий Минздрава КР
Каракеева Г.Ж.	Консультант отдела доказательной медицины Республиканского центра развития здравоохранения и информационных технологий Минздрава КР

Декларация конфликта интересов

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

Председатель Экспертного совета МЗ КР по оценке качества клинических руководств и протоколов – Ешходжаева А.С., начальник УЛПП и Л МЗ КР, к.м.н.

Ответственный руководитель процесса разработки клинических руководств и протоколов – Китарова Г.С., директор РЦРЗ и ИТ, д.м.н.

Ответственный эксперт-методолог разработки и внедрения КР/КП и **секретарь Экспертного совета МЗКР** по оценке качества клинических руководств и протоколов – Барыктабасова Б.К., консультант отдела доказательной медицины РЦРЗ и ИТ, к.м.н.

1.2. Цели и задачи создания клинического руководства

Цель:

своевременная диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов у взрослых.

Ожидаемые результаты:

1. Внедрение унифицированных рекомендаций по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов у взрослых на уровне первичного, вторичного и третичного звеньев здравоохранения, основанных на принципах доказательной медицины и отражающих последние достижения мировой медицинской науки и практики
2. При соблюдении рекомендаций данного руководства есть вероятность некоторого роста статистических показателей заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов у взрослых за счет улучшения выявляемости и диагностики неизвестных случаев,

что не должно служить препятствием для дальнейшего внедрения руководства в практику.

3. Внедрение клинического руководства будет способствовать улучшению качества и эффективности оказания своевременной медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением опиоидов.

Основными пользователями данного руководства будет являться персонал наркологической службы: врачи наркологи, медицинские сестры, социальные работники, организаторы и руководители, фармацевты и др.

Специалисты других областей (врачи психиатры, токсикологи, инфекционисты, неотложной помощи и др.) также могут использовать в своей практике данное руководство.

1.3. Метод формулирования рекомендаций

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

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

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

- WHO, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*, 2004 www.who.int/substance_abuse/).
- ICD-10 Руководство по диагностике www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/).
- DSM-IV American Psychiatric Association, *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4, 1994) <http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html>).
- ВОЗ, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment — Evidence for Action on HIV/AIDS and Injection Drug Use*, 2004. www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependence/treatment/en.pdf.
- Руководящие указания МКБ-10 по диагностике, на сайте www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/.

- Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management.
- <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/principles-effective-treatment> Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition) «Principles of Effective Treatment» National Institute on Drug Abuse (NIDA) is a United States.

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

- **Минимальные** рекомендации предлагаются для внедрения во всех организациях и во всех условиях в качестве минимального стандарта; их необходимо рассматривать как минимальные требования к предоставлению лечения опиоидной зависимости
- **Оптимальные** рекомендации представляют собой предпочтительные стратегии достижения передовой практики для общественного здравоохранения при осуществлении лечения опиоидной зависимости.

Шкала уровней доказательности

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

A	Данные получены из высококачественных мета-анализов, систематических обзоров, многоцентровых, рандомизированных клинических исследований (РКИ) с вовлечением большого количества пациентов
B	Данные получены из ограниченного количества РКИ, с вовлечением небольшого количества пациентов, или из тщательного анализа не рандомизированных клинических исследований
C	Данные основаны на результатах по меньшей мере одного клинического испытания или описательные исследования без рандомизации, исследования серия случаев
D	Данные получены из консенсусов, мнения экспертов, а также рекомендаций, основанных на клиническом опыте членов мультимедицинарной группы

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

Руководство разработано при технической поддержке проекта USAID «Качественное здравоохранение» и Управления Организации Объединенных наций по наркотикам и преступности UNODC. Конфликт интересов отсутствовал.

1.4. Список сокращений

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадон
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГМА	Кыргызская Государственная Медицинская Академия
КР	Кыргызская Республика
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МЗ	Министерство здравоохранения
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация объединенных наций
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПАВ	Психоактивные вещества
РКИ	Рандомизированные контролируемые исследования
РЦН	Республиканский центр наркологии
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СИЗО	Следственные изоляторы
УИС	Уголовно-исполнительная система
ГСИН	Государственная служба исполнения наказания
ЮНОДК (UNODC)	Управление ООН по наркотикам и преступности
КГМИП и ПК	Кыргызский Государственный Медицинский Институт подготовки и переподготовки кадров

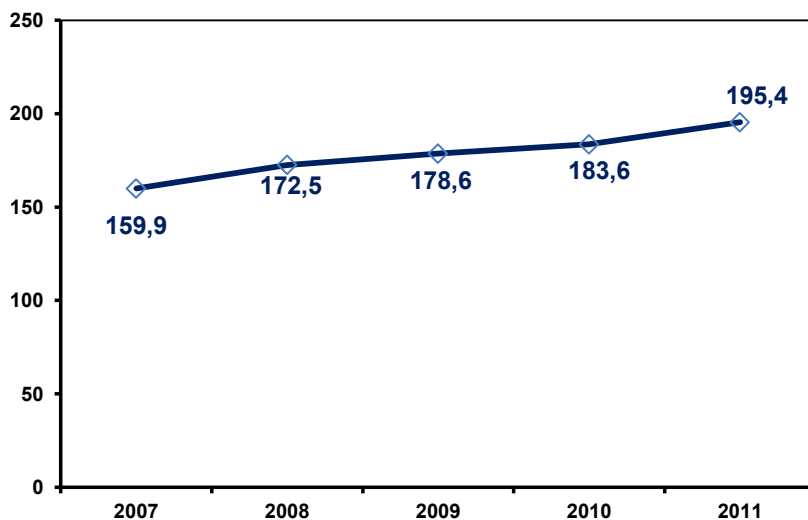
2. ВВЕДЕНИЕ

Согласно Всемирного доклада о наркотиках (Нью-Йорк/Вена 23 июня 2011 года) (www.unodc.org / WDR), по оценкам ЮНОДК, в 2009 году во всем мире хотя бы один раз запрещенные вещества употребляли от 149 до 272 млн. человек (3,3-6,1 процента населения в возрасте 15-64 лет). Ориентировочно половина из них - это текущие наркопотребители, т.е. те, кто потреблял запрещенные наркотики, по меньшей мере, один раз в течение месяца, предшествующего дате проведения оценки. Количество "проблемных наркопотребителей" составляет, по оценкам, от 15 до 39 млн. человек. Опиоиды употребляют в мире от 12 до 21 миллиона человек, причем почти три четверти из них употребляют героин. По оценочным данным UNODC (2006г) в Центральной Азии имеется 280 тыс. потребителей наркотиков, из них 78,6% являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В Кыргызской Республике оценочно (UNODC 2006) количество проблемных потребителей наркотиков составило 26 тысяч человек.

Анализ численности потребителей наркотиков, зарегистрированных учреждениями наркологической службы Кыргызской Республики, выявил выраженную тенденцию роста. За последние пять лет потребление наркотиков возросло в 1,3 раза (Рисунок 1). Из них более 70% являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и являются одной из основных групп риска в отношении ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

Распространенность наркотической зависимости в Кыргызской Республике, 2007-2011 (на 100тыс.нас.)

Рисунок 1.



3. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ ОБ ОПИОИДАХ

Опиоиды. Нейробиологические аспекты действия опиоидов. Агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов.

Опиоиды (т.е. подобные опиуму) – вещества растительного и/или синтетического и/или полусинтетического происхождения, имеющие сродство с находящимися в клетках центральной нервной системы опиатными рецепторами. Взаимодействуя с рецепторами, опиоиды активируют клетки и тем самым обеспечивают определенные психоvegetативные эффекты: снижение порога болевой чувствительности, ряд эмоциональных переживаний, преимущественно позитивного характера, сонливость и некоторые типичные вегетативные реакции, такие как возбуждение центра блуждающего нерва и рвотного центра, угнетение перистальтики кишечника, понижение основного обмена и температуры тела. Наиболее серьезным осложнением является угнетение дыхательного центра, если доза вещества превышает терапевтическую.

Лексикон ВОЗ определяет опиоиды как родовой термин, относящийся к

- 1) алкалоидам опийного мака (*Papaver somniferum*),
 - 2) его синтетическим аналогам и соединениям, синтезируемым в мозге, которые обладают способностью ослаблять боль и вызывать чувство благополучия (эйфории).
- Алкалоиды опия и их синтетические аналоги также способны в высоких дозах вызывать сопор, кому и угнетение респираторных функций.

Классификация опиоидов:

1. По действию:

- полные агонисты: морфин, метадон, фентанил;
- частичные агонисты: кодеин, оксикодон, гидрокодон;
- агонисты-антагонисты смешанного действия: бупренорфин, налорфин, налбуфин (являются агонистами или частичными агонистами к одним типам опиоидных рецепторов и антагонистами к другим);
- антагонисты: налоксон, налтрексон.

2. По происхождению:

- растительного происхождения;
- алкалоиды опийного мака: морфин, кодеин, тебаин;
- полусинтетические: этилморфин, дигидроксикодейнон, гидроморфон, героин, бупренорфин;
- синтетические: метадон, фентанил;
- эндогенные (вырабатываемые самим организмом): энкефалин, эндорфин, эндоморфин.

Наиболее широко известные опиоиды, такие как морфин, героин, гидроморфин, кодеин, метадон и петидин, взаимодействуют преимущественно с μ -рецепторами. Они вызывают анальгезию, изменяют настроение (например, эйфорию, которая может смениться дисфорией или апатией), респираторную депрессию, замедление психомоторных реакций, смазанную речь, сонливость, ухудшение концентрации внимания и памяти, а также нарушают способность к суждениям.

При длительном употреблении опиоиды ведут к росту толерантности и определенным нейроадаптивным изменениям, ответственным за развитие гипервозбудимости в случае отмены наркотика.

Опиоидные рецепторы. Опиоидные рецепторы это участки, встроенные в постсинаптические мембраны трехмерных субклеточных структур (фосфолипиды), которые, комплементарно связываясь с опиоидами, вызывают специфические физико-химические изменения мембраны и тем самым обеспечивают активацию данной клетки. В наиболее общем виде процесс выглядит так. Имеется участок липидной мембраны, тесно спаянный с рецептором и выполняющий функцию канала с регулируемой активностью для перекачки ионов. В тот момент, когда молекула действующего вещества, например, морфина, связывается с рецептором, канал активируется, проницаемость мембраны увеличивается и благодаря потоку ионов, чаще всего Ca^{2+} , сигнал проходит сквозь мембрану, вызывая специфический для данной клетки ответ.

Виды опиоидных рецепторов.

Различают три группы опиоидных рецепторов:

1. μ (мю)
2. δ (дельта)
3. κ (каппа)

Эффект анальгезии наблюдается при стимуляции любого типа рецепторов. Агонисты μ -рецепторов, вызывают еще и угнетение дыхания и седативный эффект, а агонисты κ -рецепторов – психотомиметические (изменение уровня сознания и восприятия) эффекты. Действие большинства опиоидных анальгетиков связано со стимуляцией рецепторов μ -типа. Кроме того, выделяют два основных показателя, либо две функции комплекса «рецептор-активный компонент»: аффинитет (способность к связыванию действующей молекулы с рецептором) и эффективная активация (efficacy). Ряд веществ может активировать рецептор, но быстро его освобождать и тем самым действовать краткосрочно; другие вещества, напротив, надолго блокируют рецептор, не активируя его. Они, следовательно, не допускают развития определенных эффектов даже при наличии действующего агонистического вещества в тканях организма (механизм действия антагонистов) (см. таблицу 1).

Таблица 1. Взаимодействие (сродство) наркотического вещества и рецепторов

Вещество	Сродство к рецепторам		
	μ	δ	κ
Морфин	++	+	+
Героин	++		
Метадон	++		
Фентанил	++		
Кодеин	+ -		
Оксикодон	+ -		
Гидрокодон	+ -		
Декстропропоксифен	+ -		
Бупренорфин	+ -		
Налорфин	-		
Налоксон	---		
Налтрексон	---		

Различные опиоиды взаимодействуют по-разному с опиатными рецепторами и избирательно вступают в связь с различными их типами, что и определяет различия в фармакологическом действии. Таким образом, мы имеем основания выделять быстро действующие опиоиды, типа морфина, и долго действующие, типа метадона

4. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ ПО МКБ 10

- F11.0 Острая интоксикация**
- F11.1 Употребление с вредными последствиями**
- F11.2 Синдром зависимости**
- F11.3 Состояние отмены**
- F11.4 Состояние отмены с делирием**
- F11.5 Психотическое расстройство**
- F11.6 Амнестический синдром**
- F11.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом**
- F11.8 Другие психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением опиоидов**
- F11.9 Неуточненные психические и поведенческие расстройства**

5. ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОПИОИДАМИ F11.0

5.1. Классификация по МКБ-10 рубрики “Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов»:

- F11.00x Острая интоксикация неосложненная
- F11.01x Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением
- F11.02x Острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями
- F11.03x Острая интоксикация с делирием
- F11.04x Острая интоксикация с нарушением восприятия
- F11.05x Острая интоксикация с комой
- F11.06x Острая интоксикация с судорогами
- F11.07x Патологическое опьянение
- F11.08x Острая интоксикация с другими осложнениями
- F11.09x Острая интоксикация с неуточненными осложнениями

5.2. Общие понятия острой интоксикации ПАВ (МКБ-10)

- Преходящее состояние вслед за приемом ПАВ, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций.
- Диагноз должен являться основным лишь в тех случаях, когда интоксикация не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. В последнем случае предпочтение должно отдаваться диагнозу употребления с вредными последствиями (F1x.1), синдрома зависимости (F1x.2) или психотических расстройств (F1x.5).
- Острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз (смотри Класс XX МКБ-10). Исключениями могут быть пациенты с какими-либо органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект. Должна также приниматься во внимание расторможенность, обусловленная социальными обстоятельствами (например, поведенческая расторможенность на праздниках, карнавалах и т.д.).
- Острая интоксикация - преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

5.3. Основные диагностические критерии F11.0 «Острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов» (МКБ 10)

А. Должны выявляться общие критерии острой интоксикации (F11.0):

G1 Очевидность недавнего употребления опиоидов в достаточно высокой дозе

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

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

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

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

- 1) апатия и седация;
- 2) расторможенность;
- 3) психомоторная заторможенность;

- 4) нарушения внимания;
- 5) нарушения суждений;
- 6) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

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

Примечание

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

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

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

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

Примечание. Основные дифференциально-диагностические признаки опийной интоксикации и синдрома отмены приведены в разделе F11.3.

Следующие рубрики по пятому знаку кода следует использовать для указания наличия осложнений при острой интоксикации.

F11.00 Острая интоксикация неосложненная

Симптомы различной тяжести, зависящие от дозы.

F11.01 Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением

Данная рубрика используется в случаях, когда не указанные повреждения, а именно острая интоксикация стала причиной обращения за медицинской помощью.

F11.02 Острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями

Включаются:

- острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная рвотой с кровью;
- острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная аспирацией рвотных масс.

F11.03 Острая интоксикация с делирием

F11.04 Острая интоксикация с нарушением восприятия

Исключаются:

- острая интоксикация психоактивными веществами с делирием (F1x.03x).

F11.05 Острая интоксикация с комой

F11.06 Острая интоксикация с судорогами

F11.07 Патологическое опьянение

Применимо только для случаев употребления алкоголя (F10.07).

F11.08 Острая интоксикация с другими осложнениями

F11.09 Острая интоксикация с неуточненными осложнениями

Включается:

- острая интоксикация психоактивными веществами с осложнением БДУ.

5.4. Клиника острой опиоидной интоксикации (наркотическое опьянение)

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

Таблица 2 Объективные и субъективные симптомы опиоидной интоксикации

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

Рисунок 2 Зрачки в норме



Рисунок 3 Зрачки в состоянии интоксикации (суженные) (миоз)



Рисунок 4 Зрачки в состоянии отмены (расширенные) (мидриаз)



Состояние острой интоксикации опиатами/опиоидами - это преходящее состояние, и не требует оказания медицинской помощи, кроме случаев передозировки.

5.5. Передозировка опиоидами

5.5.1 Определение

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

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

5.5.2 Признаки передозировки опиоидами:

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

5.5.3 Лечение передозировки

При установлении состояния передозировки опиатами/опиоидами требуется госпитализация в реанимационное отделение и/или начало реанимационных мероприятий

Помощь при передозировке опиоидами: шаг за шагом (пошаговая рекомендация полезно предоставлять непосредственно активным потребителям наркотиков)

Шаг 1: Определить, находится ли человек в сознании:

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

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

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

Шаг 2: Проверить проходимость дыхательных путей

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

Шаг 3: Проверить наличие дыхания и пульса:

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

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

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

Шаг 4: Искусственное дыхание

Если ваши действия эффективны, то

- Грудь будет вздыматься, если в нее попадает воздух
- Губы обретут обычный цвет
- Пострадавший может начать дышать сам
- Закончите и проверяйте дыхание каждые 1-2 минуты

Адекватные методы сердечно-легочной реанимации со стороны очевидца передозировки случаются редко, но оказываются эффективными, приводя к снижению частоты госпитализации и небольшим, но существенным улучшениям в клинических исходах (34)

С

Шаг 5: Введите налоксон

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

Нет свидетельств того, что подкожная или внутримышечная инъекция налоксона уступает по эффективности внутривенному введению (35). Это способствовало обсуждению новой стратегии снижения рисков передозировки путем предоставления налоксона потребителям наркотиков, чтобы они смогли использовать лекарство для предотвращения передозировки с летальным исходом друг у друга в домашних условиях (36,37,38,39,40).

А

Передозировка опиоидами длительного действия

Передозировка опиоидами длительного действия лечится сложнее. В данной ситуации продолжительность интоксикации будет дольше, чем действие налоксона. Наиболее безопасным методом лечения передозировки опиоидами длительного действия является искусственная вентиляция легких и/или многократные инфузии налоксона.

В идеальной ситуации пациенты должны находиться под наблюдением в течение двух часов после введения налоксона, после чего они выписываются. На практике обеспечить это бывает сложно, но это крайне важно для пациентов с подозрением на передозировку опиоидами длительного действия. В некоторых странах пациентам и членам их семей

раздают шприцы, заполненные налоксоном, а также проводится обучение навыкам реанимации.

6. УПОТРЕБЛЕНИЕ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

F11.1

6.1. Диагностические указания:

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

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

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.

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

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

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

В соматической сфере:

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

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

Со стороны психической сферы:

- постоянные **астения** и **анергия** на поздних этапах зависимости, в результате

- которых больные становятся нетрудоспособными;
- интеллектуально-мнестические нарушения – не критичность, поверхностность суждений, слабость внимания, торпидность мышления, нарушения непосредственной и опосредованной памяти;
- изменения личности – сужение круга интересов, общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда, равнодушие к близким и к своему благополучию.

Диагностика

Необходимые диагностические процедуры:

- сбор анамнеза;
- оценка психического статуса;
- соматическое и неврологическое обследование;
- анализ крови клинический;
- анализ мочи общий;
- биохимическое исследование крови: билирубин, холестерин, трансферазы, диастаза, форе́з белков, остаточный азот;
- анализ крови на антитела к ВИЧ, антигены ВГВ (HBs Ag) и ВГС (HCV Ag).

6.2. Условия и принципы терапии

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

7. СОСТОЯНИЕ ОТМЕНЫ F11.3

7.1. Определение

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

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

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

1. эйфория
2. угнетение дыхания
3. сужение зрачка

4. брадикардия
5. угнетение экскреторных желез
6. уменьшение болевой чувствительности
7. изменение сознания
8. снижение мышечного тонуса
9. снижение температуры тела
10. изменение восприятия и т. п.

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

Тем самым, для купирования данных симптомов имеется два пути:

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

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

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

Рисунок 4 Развитие острой фазы синдрома отмены от опиоидов с момента приема последней дозы (41)



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

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

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

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

7.2.Диагностика (МКБ 10)

Общие критерии:

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

Признаки синдрома отмены от опиоидов:

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

Таблица 3 Совокупность признаков синдрома отмены опиоидов (героина)

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

48-72 часа (затем следует снижение интенсивности симптомов в течение 3-4 суток)	Бессонница, насильственная зевота, гиперемия, понос, боли в животе, мышечный спазм, озноб, слабость.
--	--

Галлюцинации и судороги не являются признаками синдрома отмены героина, за исключением случаев с новорожденными!

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

Оценка тяжести состояния.

При ведении синдрома отмены необходимо проведение определения степени тяжести состояния

Для чего нужно определять степень тяжести синдрома отмены?

- задают направление лечению
- отслеживают развитие синдрома отмены (субъективные и объективные признаки)
- не диагностируют синдром отмены, а описывают степень тяжести
- направляют ход текущей оценки

Основные показатели тяжести синдрома отмены от опиоидов

- Увеличение регулярной дозы
- Быстрота прекращения приема наркотика

Также нужно рассмотреть:

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

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

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

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

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

Дифференциальный диагноз

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

Таблица 4 Основные дифференциально-диагностические признаки опиоидной интоксикации и синдрома отмены.

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

7.3. Лечение состояния отмены

Ведение случаев синдрома отмены опиоидов направлено на то, чтобы:

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

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

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

Лечение абстинентного синдрома (детоксификация) должно быть доступным вариантом лечения для людей, которые сделали осознанный выбор воздержания от приема опиоидов (32).

Детоксификация предполагает:

- Поддержка и предоставление информации
- Гидратацию и сбалансированное питание
- Медикаментозное лечение для уменьшения физических недомоганий (аналгетики, противорвотные средства, клонидин, бензодиазепины,)
- Фармакотерапия агонистами опиоидов (например, метадон, бупренорфин)

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

A

Для получения информированного согласия, специалисты должны дать подробную информацию для пациентов о детоксификации и связанных с этим рисками: (31)

- Физические и психологические аспекты синдрома отмены опиоидов, в том числе продолжительность и интенсивность симптомов, и как они могут управляться.
- Использование нефармакологических подходов в лечении
- Потеря опиоидной толерантности после детоксификации, и последующий повышенный риск передозировки и смерть от незаконного употребления наркотиков, которая может быть усилена с помощью алкоголя или бензодиазепинов.
- Важность постоянной поддержки, а также психологической и соответствующих фармакологических вмешательств, для поддержания абстиненции, лечение сопутствующих проблем психического здоровья и снижения риска неблагоприятных исходов (включая смерть).

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

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

- характерные боли
- вегетативные нарушения
- расстройства сна.

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

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

7.3.1. Детоксификация клонидином

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

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

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

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

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

Клонидин по-видимому наиболее эффективен в устранении симптомов со стороны периферической нервной системы, но менее эффективен в облегчении субъективных переживаний симптомов отмены. В этой связи по необходимости назначаются и другие средства (обезболивающие нестероидные противовоспалительные средства, бензодиазепины при нарушениях сна, противорвотные и т.д.) (4)

Схема лечения клонидином (4):

- 1 день, 2 день назначается 17 мкг/кг веса в сутки, перорально, четырехкратно
- 3 день назначается 9 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно
- 4 день назначается 6 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно
- 5 день и последующие дни по состоянию, с постепенной отменой.

Не стоит применять препарат, если систолическое артериальное давление ниже 90 мм. рт. ст., а диастолическое ниже 50 мм. рт. ст.(4)

А

7.3.2 Детоксификация опиоидными агонистами

Проводится с использованием следующих препаратов:

- метадон,
- бупренорфин

Метадон и бупренорфин должны быть предложены в качестве первой линии терапии опиоидной детоксификации (30)

А

Безусловное достоинство кратковременной заместительной терапии опиоидной зависимости — ее максимально щадящий характер, позволяющий использовать метод в отношении соматически ослабленных больных, пожилых пациентов с большой продолжительностью наркомании и беременных (27)

Мягкий режим отвыкания от наркотиков способствует достаточно высокому уровню удержания больных в лечебных программах (28)

Главный (и, пожалуй, единственный) недостаток данного подхода — существенное увеличение общей продолжительности отвыкания от опиоидов.

7.3.2.1 Детоксификация метадон

Наиболее детально изучена такая эффективная стратегия детоксикации пациентов, страдающих опиоидной зависимостью как замена нелегальных опиоидов короткого действия опиоидным агонистом длительного действия метадон, доза которого постепенно сокращается вплоть до полной отмены препарата (29)

А

Метадон — это агонист опиатных рецепторов, который может применяться для купирования симптомов отмены опиоидов, в качестве монотерапии или в сочетании с симптоматическими средствами.

Применение метадона в качестве поддерживающей терапии подробно описано в клиническом руководстве по заместительной поддерживающей терапии метадон.

Курс детоксикации метадон начинается с назначения 20-40 мг метадона, в два приема: первый прием 10-20 мг, через 6 часов оценивается состояние и при необходимости дается еще 10-20 мг.

В течение последующих 7 дней (10) доза постепенно снижается до нуля.

7.3.2.2 Детоксификация бупренорфином

Назначение бупренорфина для опиоидной детоксикации (4)

Для ведения детоксификации от опиоидов с применением бупренорфина используются следующие схемы дозировки и приема доз. Одна из предлагаемых схем имеет следующий вид:

- 1-й день 6 мг
- 2-й день 10 мг + 2мг
- 3-й день 10 мг + 2мг
- 4-й день 8 мг + 2мг
- 5-й день 4 мг

Преимущества бупренорфина перед клонидином находятся не только в плоскости спектра побочных эффектов, но и в том позитивном влиянии, которое он оказывает на физическое благополучие и психосоциальные аспекты жизни пациента (42).

А

Постепенное снижение дозы бупренорфина является более эффективным методом для преодоления синдрома отмены, чем прием клонидина; несмотря на более быстрое преодоление симптомов отмены при назначении бупренорфина, существенных различий между бупренорфином и метадоном по такому показателю, как купирование синдрома отмены, обнаружено не было (43)

A

7.4. Психосоциальная поддержка при детоксификации

На практике большинство пациентов возвращается к употреблению опиоидов в течение 6 месяцев после начала отмены опиоидов, это значит, что не следует расценивать единственный эпизод детоксикации как эффективный способ лечения (4)

A

Существует высокий уровень рецидива употребления героина, если детоксификация проводится без сочетания с психосоциальной помощью. Для поддержания состояния абстиненции или полного отказа от приема наркотических средств, пациентам должен предоставляться полный спектр психосоциальных вмешательств.

Рекомендация (оптимальная)

После прохождения детоксификации необходимо рекомендовать пациенту наблюдение у врача, по необходимости прохождение реабилитационной программы и (или) участие в группах самопомощи. (4)

Психосоциальная помощь может:

- помочь пациентам прояснить свои цели, касающиеся употребления наркотиков;
- повысить мотивацию пациентов к прекращению или уменьшению употребления наркотиков;
- повысить ответственность за исходы попыток опиоидной детоксификации.

Кроме того, психосоциальная поддержка может дать пациентам возможность узнать о том, с какими симптомами отмены они будут сталкиваться, вооружить их полезными способами минимизации симптомов отмены и помочь интерпретировать имеющиеся у них явления отмены. Она также может облегчить переход к вариантам лечения по завершении отмены и помочь пациентам reintegrироваться в общество.(4)

После успешной опиоидной детоксификации независимо от условий, в которых он был предоставлен, всем пользователям услуг должны быть предложены продолжение лечения, поддержки и контроля, направленные на поддержание воздержания. Это, как правило, осуществляется на период не менее 6 месяцев.(31)

8. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ F11.2

8.1. Определение

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

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

8.2. Патогенез

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

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

8.3. Диагностика

8.3.1. Основные клинические критерии (МКБ 10)

Таблица 5 Основные клинические критерии (МКБ 10)

1	Сильное желание принимать опиоиды и/или непреодолимое влечение к ним;	Когда человек впервые думает о том, чтобы попробовать наркотики, это обычно добровольное решение. После неоднократного потребления наркотиков у человека наступает момент, когда решение об их употреблении уже не является добровольным. Теперь у специалистов есть доказательство того, что наркотики в буквальном смысле меняют мозг. Это как если бы в мозге вышел из строя "переключатель". В этот момент человек, злоупотребляющий наркотиками, становится человеком, зависимым от наркотиков. Потребность в наркотике и "ломка" в его отсутствие, никак не зависят от воли человека, от черт его характера или свойств его личности - точно так же, как, например, кашель больного туберкулезом не зависит от его желания!
2	Трудности с контролем поведения, связанного с приемом наркотика, в отношении начала, прекращения или уровня потребления;	
3	Состояние отмены или абстинентный синдром	Ринорея или чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, тошнота, рвота, диарея, расширение зрачков, образование "гусиной кожи", периодический озноб, тахикардия или артериальная гипертензия, зевота, раздражительность, бессонница. Данные симптомы смягчаются или исчезают при возобновлении приема опиоидов (или близко родственных им веществ)
4	Толерантность	Состояние, в котором человек уже не реагирует на наркотик так, как раньше, и требуется более высокая доза для достижения этого же эффекта.
5	Прогрессирующее игнорирование альтернативных удовольствий или интересов вследствие употребления опиоидов	С каждым разом у наркопотребителя увеличивается объем времени, финансовых средств затрачиваемых на добывание опиоидов, прием и перенесение последствий, которые сопровождаются сужением социальной активности и интересов личности. Так как продолжительное потребление наркотиков меняет мозг коренным образом и надолго, в конечном итоге становится трудно испытывать другие удовольствия
6	Продолжение потребления опиоидов несмотря на очевидные	Испытывая тягостные, мучительные ощущения в период абстиненции, наркопотребители, склонны к рискованному инъекционному поведению, что приводит

отрицательные последствия на состояние здоровья	к риску заражения ВИЧ, вирусными гепатитами, развитию инфекционных процессов в местах инъекций и др. Несмотря на все последствия медицинского, правового и социального плана люди, страдающие синдромом зависимости, не могут самостоятельно отказаться от употребления наркотиков.
---	--

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

По существу диагноз опиоидной зависимости ставится на основании истории болезни, предоставляемой пациентом. Иногда у пациентов может возникать мотивация либо к преувеличению, либо к занижению употребления ПАВ; поэтому для того, чтобы быть уверенным в диагнозе, обычно бывает необходимо подтвердить историю болезни, рассказанную пациентом, результатами физикального осмотра и исследований, а иногда и историей, рассказанной значимыми третьими лицами.

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

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

8.3.2.Оценка опиоидной зависимости

Любые виды скрининга и обследования должны проводиться добровольно, после получения информированного согласия и объяснения, почему медикам необходимо знать о проблемах пациента, связанных с наркотиками (3)

Основные вопросы в ходе оценки:

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

Сведения о потреблении наркотических веществ (опиоидов)

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

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

8.3.3. Осмотр

При осмотре могут обращать на себя внимание общие признаки:

- Дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже, подкожно жировой клетчатке и мышцах, дефицит массы тела; больные выглядят старше своего возраста;
- Разрушение и выпадение зубов, ломкость и сухость ногтей и волос;
- Наличие следов инъекций по ходу венозных сосудов, склерозирование или облитерация вен;
- Симметричные «круги» вокруг глаз в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами;

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

Оценка психосоциального статуса

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

Интерпретация результатов скрининговых исследований с целью выявления опиоидов в моче

Для чего нужны анализы мочи на наличие опиоидов в моче?

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

Не следует ставить диагноз опиоидной зависимости только на основании результатов скрининговых исследований, проведенных с целью выявления опиоидов в моче! (4)

A

Вхождение в соответствующие потребностям пациента программы лечения не следует откладывать до получения результатов скрининговых исследований на выявление наркотиков в моче, если все остальные факты, выявленные в ходе оценки, не вызывают сомнений в отношении диагноза (4)

A

Скрининговые исследования на инфекционные заболевания

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

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

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

8.4. Лечение синдрома зависимости от опиоидов

Лечение опиоидной зависимости – это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств.

Основные цели лечения:

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

8.4.1. Принципы лечения опиоидной зависимости (наркотической зависимости) (5)

Таблица 6 Принципы лечения опиоидной зависимости

1. Нет одного единственного метода лечения, который подходил бы для всех пациентов	Для лечения наркозависимых должен предлагаться широкий арсенал методов лечения: лечение с помощью медикаментов (метадона, бупренорфина, налтрексона); лечение без медикаментов (социально – психологические программы лечения); амбулаторные службы; реабилитационные центры; группы взаимопомощи
--	---

2. Лечение должно быть легко доступным	Мотивация на лечение у зависимых от ПАВ неустойчивая. Поскольку зависимые от наркотиков лица часто бывают в амбивалентном состоянии по отношению к лечению, необходимо использовать их готовность к терапии, как только она возникает. Если потенциальный пациент не направляется сразу на лечение, то он может быть потерян для терапии надолго. Зачастую врачи первичного звена и стационаров не наркологического профиля, сталкиваясь с наркопотребителями не знают, как поступать с такими больными. По признанию некоторых семейных врачей, они от незнания и боязни стараются перенаправить их к другим специалистам. Поскольку эта категория пациентов, ввиду стигмы и дискриминации со стороны общества и врачей закрыта и труднодоступна, уже сам факт обращения их к врачу, дает возможность оказать помощь, повлиять на его рискованное инъекционное поведение, в крайнем случае, дать информацию о службах предоставляющих услуги потребителям наркотиков, современных подходах в лечении наркозависимости. (6)
3. Эффективное лечение направлено на множество потребностей пациента	— медицинские — психологические — социальные — трудовые — правовые и т.д.
4. Индивидуальный план лечения должен постоянно оцениваться и изменяться, чтобы соответствовать изменяющимся потребностям пациента.	Для каждого индивида нужны различные комбинации разных вмешательств: — Медикаменты — Консультирование — Лечение соматических расстройств — Трудовая реабилитация — Группы взаимопомощи итд
5. Эффективность лечения зависит от достаточно длительного лечения	Длительность – важный фактор эффективности лечения. Общий принцип – чем лечение дольше, тем оно эффективнее, хотя нужно принимать и индивидуальные факторы. Исследования указывают, что 3 месяца – это минимальный срок для достижения изменения поведения. Для большинства пациентов необходимо

	как минимум 3 месяца, чтобы достичь значительного улучшения.
6. Консультирование (индивидуальное и/или групповое) и другое лечение, направленное на изменение поведения, должно быть важным компонентом лечения.	Консультирование направлено на: — Увеличение мотивации — Обучение социальным навыкам — Устойчивости к давлению окружения — Обучение принятию решений — Улучшение межличностных и семейных отношений — Вопросы сохранения здоровья, профилактики инфекционных заболеваний Консультирование проводит не только врач или медицинская сестра. Это должны проводить социальные работники, психологи, представители НПО и групп взаимопомощи по вопросам, относящимся к их сфере компетентности.
7. Медикаменты являются важным компонентом лечения, особенно совместно с консультированием или другим направленным на изменение поведения.	Медикаменты — важный компонент лечения, и нельзя сводить лечение только к назначению лекарственных средств. Оптимальный вариант лечения бывает тогда, когда назначение медикаментов сопровождается консультированием, изменением поведения, социальной помощью.
8. Пациенты с зависимостью от опиоидов имеющие сопутствующие психические расстройства должны лечиться интегрировано (комплексно)	Имеется большая часть таких случаев и в связи с этим пациенты с зависимостью должны пройти диагностику психических заболеваний и их лечение. Пациенты с психическими расстройствами должны пройти диагностику по зависимостям или потреблению ПАВ.
9. Лечение абстиненции является только первой фазой лечения зависимости и первой само по себе имеет малое влияние на потребление ПАВ в дальнейшем. Для части пациентов — это «ворота» в лечение. Эффективность зависит от дальнейшего лечения.	
10. Лечение не обязательно должно быть добровольным, чтобы быть эффективным. Влияние правоохранительных органов, семьи, работодателя, может усилить мотивацию для обращения за помощью и участия в программах лечения	Например: нарушителям закона, которые страдают зависимостью от нелегальных наркотиков, предоставив судом выбор отбывать срок в тюрьме или лечиться, можно предложить различные программы лечения. Данные случаи увеличивают мотивацию участия в программе лечения так, как пациент имеет мотивацию остаться

	на свободе.
11. В процессе лечения должен проводиться мониторинг потребления ПАВ	Рецидивы при течении опиоидной зависимости закономерны. Цель мониторинга потребления ПАВ имеют двойной смысл. Первое – наличие ПАВ в моче являются сигналом изменять план лечения. Второе, для части больных, возможность случайного тестирования увеличивает мотивацию воздержаться от ПАВ.
12. Программы лечения зависимостей должны производить диагностику ВИЧ/СПИД, гепатитов, туберкулеза и других инфекционных заболеваний, которые ставят в угрозу самого больного, либо его окружение	
13. Лечение зависимости является длительным процессом и часто нуждается в повторных эпизодах лечения.	Зависимость от опиатов – это хронически протекающее заболевание, которое длится многие годы. В процессе течения болезни нужны повторные эпизоды лечения. Рецидивы могут следовать после периодов успешного лечения. Иногда необходимо множество эпизодов лечения для достижения состояния физического благополучия и хорошего функционирования в обществе. Рецидивы (срывы) в лечении у зависимых – это натуральный процесс, как и при других хронических заболеваниях! В последнее время зависимость от ПАВ все чаще приравнивается к другим хронически протекающим заболеваниям. Например, таким, как сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертензия, для которых характерны периоды улучшения и ухудшения. Важно, чтобы лечение продолжалось длительное время, годами. В этом основным фактором помогающим в лечении являются группы взаимопомощи, например ЛЖВС, анонимные наркоманы и другие.

Лечение опиоидной зависимости

I. Фармакологические
вмешательства

II. Психосоциальные
вмешательства

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

Для повышения эффективности фармакологического лечения необходимо комбинировать его с поведенческими и психосоциальными подходами (7)	A
---	---

Психосоциальные методы лечения, предложенные пациентам как дополнение к любой из программ оказания помощи лечению зависимости или лечения абстинентного синдрома, были эффективны в отношении повышения показателей прохождения полного курса лечения, долгосрочных результатов и приверженности лечению (8)	A
--	---

8.4.2. Фармакологические вмешательства при лечении опиоидной зависимости

Лечение опиоидной зависимости может ставить перед собой различные цели в зависимости от состояния здоровья и лечебного анамнеза человека (9):

1. Кризисная интервенция, направленная на *сохранение жизни*;
2. Лечение в рамках программ, ориентированных на *воздержание*, с целью стабилизации состояния абстиненции и, в конечном счете, освобождения от зависимости;
3. Медицинская помощь в виде *поддерживающего лечения*, нацеленного на снижение уровня употребления незаконных наркотиков и количества преступлений, связанных с наркотиками, что приводит к улучшению состояния здоровья и социального функционирования ПИН

Интервенции направленные на сохранение жизни и ориентированные на воздержание описаны в разделах: Лечение передозировок и состояния отмены.

В данном разделе будет описана поддерживающая терапия.

8.4.2.1. Поддерживающая терапия

На сегодняшний день не существует специального средства излечения от хронических заболеваний. Тем не менее, при условии получения соответствующей долгосрочной терапии и медицинской помощи, а также изменения поведения пациентов, становится

возможным устранить или снизить проявление симптомов хронических заболеваний и достигнуть высокого качества жизни. В этом контексте опиоидная заместительная поддерживающая терапия признана экономически эффективной стратегией, которая позволяет достичь высокого уровня удержания потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения, значительного сокращения употребления незаконных опиатов и снижения уровня рискованного инъекционного поведения. (10)

Программы поддерживающей терапии с помощью опиоидных лекарственных средств являются наиболее важными стратегиями, поскольку они связаны со снижением уровня употребления героина и поведения, повышающего риск инфицирования ВИЧ(11).

Учитывая высокий показатель частоты рецидивов после детоксикации, поддерживающая терапия в настоящее время считается лечением первой линии для таких пациентов (12).

Метадон и бупренорфин являются основными и рекомендованными ВОЗ препаратами для поддерживающего лечения. Данные вещества внесены в перечень жизненно важных препаратов ВОЗ, а метадон в такой же список Кыргызской Республики.

Таблица 7 Сравнительная эффективность методов лечения наркотической зависимости (адаптированная таблица) (13)

Вмешательство	Цель	Влияние на потребление героина, воздержание в течение одного года	Смертность
Отсутствие вмешательств	«Освобождение от наркотиков»	5-10% воздерживаются от приема героина в течение 1-го и более года и	Около 2% в год
Детоксификация в целях прекращения приема наркотика	«Освобождение от наркотиков»	<5% воздерживаются от приема героина в течение 1-го и более года	Около 2% в год на первом году, затем увеличивается
Заместительная поддерживающая терапия (метадон)	Реабилитация и долговременное удержание в лечебной программе	50% удерживаются в программе течение 1 года, 25% полностью воздерживаются от приема героина в течение 1 года.	Смертность снижается в 4-10 раз

Терапия налтрексоном (антагонистом опиоидов)	«Освобождение от наркотиков»	<20% удерживаются в программе от 6 до 12 месяцев Большинство выбывших из программы возобновляют прием наркотиков в сроки до одного года.	Около 2% в год и более
Реабилитация в стационарных программах	«Реабилитация» и «освобождение от наркотиков»	Прогрессивный выход пациентов из программ, удерживаются в основном за счет внешнего влияния; <15% остаются на лечении в течение 1 года	Неизвестно, но может увеличиваться

Сравнивая детоксикацию и поддерживающее лечение метадонем, значительно лучшие результаты дает длительная поддерживающая терапия.
Существует основания полагать, что это также относится и к бупренорфину
 (14) (15)

A

Основными показаниями для поддерживающего лечения метадонем/бупренорфином являются:

- Опиоидная зависимость
- Информированное согласие на лечение метадонем/бупренорфином.

Отбор пациентов для лечения метадонем/бупренорфином:

Вопросы оценки

- Зависим ли пациент от опиоидов?
- Знает ли пациент о других возможных вариантах лечения?
- Понимает ли пациент риски, преимущества и ограничения поддерживающего лечения?
- Ожидается ли, что пациент в достаточной степени будет соблюдать режим лечения?
- Ожидается ли, что пациент будет соблюдать правила безопасности?
- Является ли психическое состояние пациента стабильным?
- Принимает ли пациент другие препараты, которые могут взаимодействовать с метадонем/бупренорфином?
- Является ли психосоциальная обстановка пациента стабильной и поддерживающей?
- Заинтересован ли пациент в амбулаторном лечении ?

- Имеется ли в учреждении достаточно ресурсов, чтобы предоставить надлежащее лечение?

В некоторых случаях необходимо с осторожностью подходить в назначении поддерживающего лечения или следует задуматься о целесообразности назначения лечения

- Пациент принимает высокие дозы бензодиазепинов, алкоголя или других депрессантов центральной нервной системы
- Серьезные сочетанные психиатрические заболевания
- Отсутствие реакции или неудовлетворительная реакция на бупренорфин в прошлом
- Лицам, как и при назначении других опиоидов с перенесенной недавней травмой головы, состояниями острого живота, тяжелой дыхательной недостаточностью.

Несколько предыдущих курсов лечения опиоидной зависимости с частыми рецидивами во время этих курсов может указывать на идеального кандидата в терапию метадонотерапией или бупренорфином!

Беременность и кормление грудью

- Результаты исследований, проведенных до настоящего времени, свидетельствуют о том, что **бупренорфин может быть** хорошим вариантом для лечения беременных женщин. Однако в настоящее время еще проводятся рандомизированные испытания с целью определения безопасности и эффективности применения бупренорфина во время беременности.

Поскольку существует большой опыт применения метадона при беременности в отношении безопасности по сравнению с бупренорфином, предпочтение желательно больше отдавать метадону, несмотря на тот факт, что ранние исследования бупренорфина говорят о том, что его применение ведет 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. (4)	A
---	-----------------

Применение метадона в качестве поддерживающего лечения подробно описано в клиническом руководстве по заместительной поддерживающей терапии при синдроме зависимости от опиоидов утвержденного приказом МЗ КР.

В данном руководстве будет описано поддерживающее лечение бупренорфином.(2)

8.4.2.2. Применение бупренорфина в поддерживающей терапии

Несмотря на то, что использование бупренорфина в долгосрочной терапии непривлекательно по стоимости (бупренорфин намного дороже метадона) он имеет ряд преимуществ (16).

- Бупренорфин может быть лучше подходит для тех, кто желает прекратить использовать героин полностью, так как блокирующий эффект даже при назначении умеренных доз бупренорфина более выражен.

- Выход из бупренорфина легче, чем от метадона, и вследствие этого может быть предпочтительнее для детоксификации.
- переход от бупренорфина к налтрексону может быть, достигнут легче, чем переход от метадона к налтрексону, и, следовательно, налтрексон лучше назначать тем, кто прошел детоксикацию бупренорфином
- Бупренорфин в меньшей степени взаимодействует с индукторами печеночных ферментов (противосудорожные препараты, рифампицин, рибавирин).
- бупренорфин обладает менее седативным эффектом, чем метадон. что может быть положительным или отрицательным для разных пациентов.
- Риск передозировки меньше при применении бупренорфина, чем при метадоне

8.4.2.3. Этапы проведения поддерживающего лечения

Этапы проведения поддерживающей терапии бупренорфином (49,16)

Выделяют три фазы поддерживающей терапии бупренорфином:

1. Фаза индукции или вводный этап лечения
2. Этап стабилизации
3. Поддержка

Фаза индукции

Индукция – это процедура назначения первых доз агонистов опиоидов и первая фаза регулярного приема препаратов под медицинским наблюдением.

Задачи фазы индукции снятие абстинентного синдрома

Определить дозу бупренорфина, при которой пациент:

- прекращает или заметно сокращает потребление других опиоидов
- не испытывает тяги к наркотикам
- не имеет симптомов отмены опиоидов
- испытывает минимальные побочные эффекты / не испытывает побочных эффектов

Назначение первых доз можно проводить в амбулаторных условиях, при наличии у пациента факторов риска, особенно таких, которые увеличивают риск передозировки, индукцию можно проводить в стационарных условиях. Длительность госпитализации при проведении индукции 2–5 дней. Хотя в практике риск передозировки бупренорфином минимальный и в основном рекомендуется этап подбора доз проводить в амбулаторных условиях.

Для назначения первой дозы бупренорфина необходимо, чтобы последний прием героина или других опиоидов был не менее чем 12 – 24 часа (т.е. пациент должен быть в состоянии абстиненции). Если назначить препарат до развития абстинентного синдрома, можно вызвать провокацию симптомов отмены за счет антагонистического эффекта.

- Первая доза: 2-4 мг бупренорфина в сублингвальной форме
- Мониторинг в учреждении до 2 часов после приема первой дозы
- Облегчение симптомов отмены опиоидов должно начаться в течение 30-45 минут после приема первой дозы

Доза 8 мг для первого дня является достаточной, но при объективной необходимости может быть повышена до 16 мг. На второй и третий день, если у пациента наблюдаются симптомы отмены, дозу повышают на 2–4 мг, однако она не должна превышать 16 мг.

В среднем фаза индукции длится 3 дня. (Рисунок 5) (41)

Рисунок 5 Фаза индукции



Этап стабилизации

Задача данного этапа – устранение влечения к нелегальным опиатам путем блокирования опиатных рецепторов, а также достижение перекрестной толерантности. Данный эффект заключается в том, что блокируются острые эйфорические ощущения в случае употребления пациентом нелегальных опиатов.

При проведении фазы стабилизации бупренорфином доза повышается постепенно, но не более чем на 8 мг за неделю. Оптимальный диапазон доз для большинства пациентов колеблется в пределах 8–16 мг/сутки. Некоторым пациентам достаточной будет доза от 4 до 6 мг, ряду пациентов, в соответствии с состоянием, будет необходимо повысить дозу до 24–32 мг (Рисунок 6)

Рисунок 6 Фаза стабилизации



Признаки стабилизации:

- ✓ удовлетворительное самочувствие
- ✓ отсутствие симптомов острого абстинентного синдрома
- ✓ отсутствие побочных эффектов (тошнота, рвота) от приема бупренорфина,
- ✓ отказ пациента от приема «уличных» наркотиков.

Длительность фазы стабилизации от одной недели до одного месяца, в среднем 2 недели.

Благодаря клинико-фармакологическим свойствам бупренорфина, повышение дозы у стабильных пациентов вызывает не усиление эффекта, а продолжение длительности действия. Этот факт используется для назначения двойных доз, уменьшая количество визитов в кабинет выдачи бупренорфина (4 раза в неделю вместо 6 или 7 раз). Прибегнуть к такой схеме можно при согласовании с пациентом, а также при условии, что последний не употребляет дополнительно наркотики и другие психоактивные вещества, отмечается хорошее самочувствие и сон у пациента на второй день после приема двойной дозы.

Этап поддержания

Третья фаза терапии бупренорфином – поддержка. (Рис 7) В данной фазе достигается основная цель поддерживающей терапии бупренорфином – физическая, психологическая и социальная стабилизация пациента. Длительность этой фазы минимум 1 год, но четких рамок она не имеет, поскольку для принятия решения о завершении поддерживающей терапии необходимо определить все известные факторы, которые могут привести к рецидиву на этапе снижения дозы препаратов. Во время фазы поддержки метадоном/бупренорфином доза также должна корректироваться в ту или иную сторону при необходимости. Повышение дозы может быть связано с эпизодически возникающими проявлениями синдрома отмены, а также при физической нагрузке, появлении влечения к наркотикам или срыве, т.е. возврат к употреблению «уличных» наркотиков.

Важно помнить, что повышение дозы бупренорфина не усиливает его агонистическое действие, а только удлиняет.(16)

После стабилизации, суточную дозу пациента можно чередовать (например, через день, или каждый третий день)

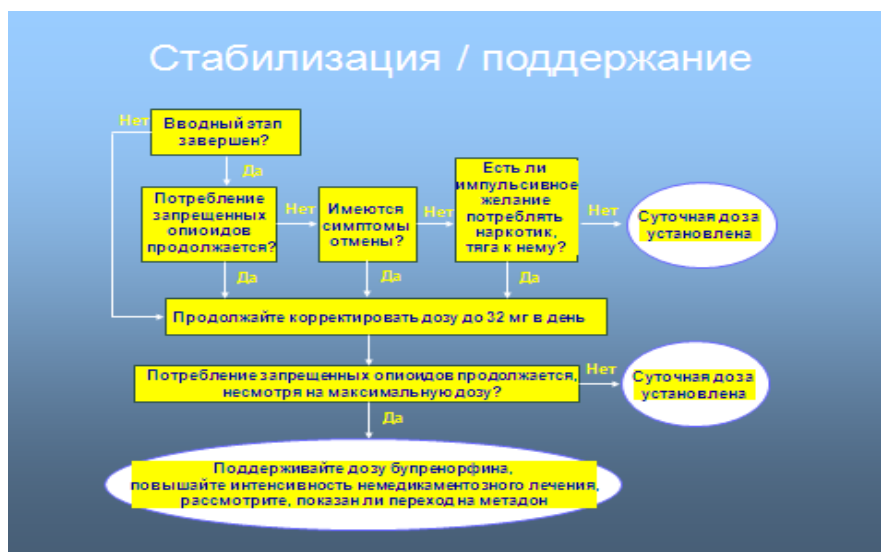
Пациентам, которые остаются стабильными в течение 3-х месяцев, не имеют высокого риска употребления нелегальных наркотиков можно предложить следующую схему приема бупренорфина :

2-дневный режим дозирования: прием 2 х суточной дозы максимум до 32 мг

3-дневный режим дозирования: прием 3 х суточной дозы максимум до 32 мг (16)

А

Рисунок 7 Фаза поддержания



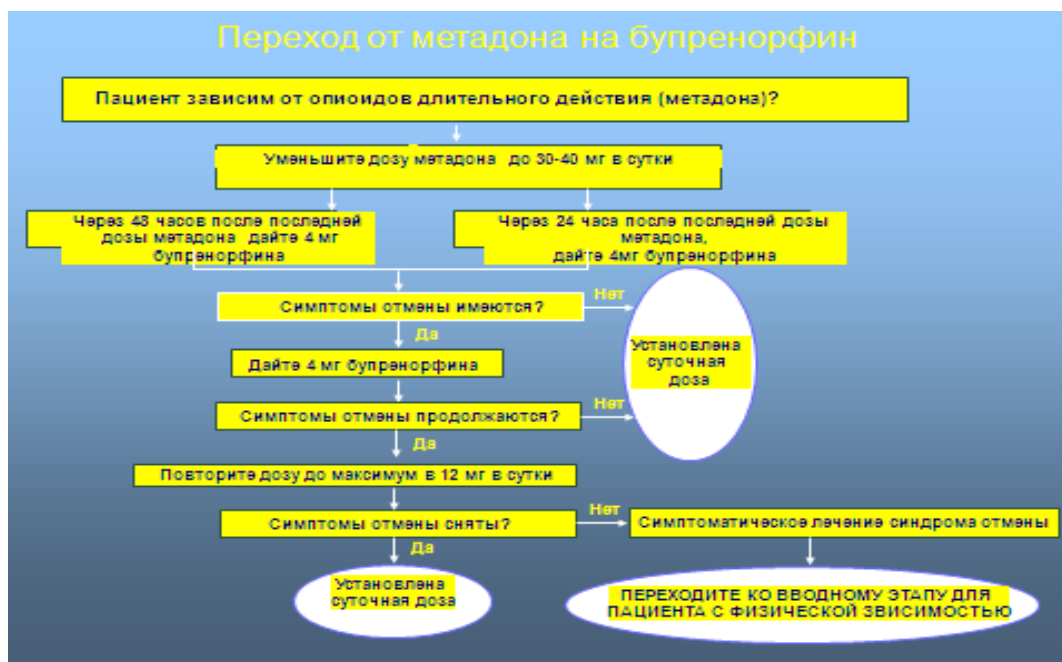
Переход с приема метадона на прием бупренорфина или наоборот (Рис 8)

На всех фазах (этапах) проведения поддерживающей терапии может возникнуть ситуация, когда принимается решение о переходе с приема одного препарата на прием другого. Чаще это бывает при проведении индукции, когда появляются побочные действия или непереносимость одного из препаратов

Переход с приема бупренорфина на прием метадона не вызывает особых сложностей за счет того, что метадон обладает более выраженным агонистическим действием по сравнению с бупренорфином и не имеет антагонистического компонента. Первая доза метадона может быть назначена через 24-часа после последнего приема бупренорфина. В первый день доза метадона в среднем может быть 30 мг, а при необходимости повышена до 40 мг по правилу приема метадона в первый день. В дальнейшем индукция ведется так, как было описано выше. Более сложным считается переход с приема метадона на прием бупренорфина. Необходимо учитывать взаимодействие этих препаратов и как следствие – появление симптомов острого абстинентного синдрома. Чаще такого перехода требуют пациенты, которые хотят закончить ПТАО (существует мнение о том, что бупренорфиновый синдром отмены протекает легче и длится короче, нежели метадоновый). Главным условием перехода является предварительное снижение дозы метадона до 30–40 мг/сутки.

После достижения такой дозы делают перерыв в приеме агонистов опиоидов на 24–32 часа. Назначение первых доз бупренорфина возможно при наличии объективных признаков острого абстинентного синдрома, чтобы, в свою очередь, не спровоцировать синдром отмены. Первая доза назначается по правилу приема бупренорфина в первый день (см. выше). Полный переход на прием бупренорфина может занять от нескольких дней до 1–2 недель.

Рисунок 8 Переход от метадона к бупренорфину



Пропуск доз бупренорфина

Если пропускается прием препарата в течение 7 дней, выдается обычная установленная суточная доза, которую принимал пациент. При пропуске доз более 7 дней выдача препарата начинается с фазы индукции.

Прекращение поддерживающей терапии может быть в случаях:

- Отказ пациента от терапии (неудобный для пациента режим лечения; смена работы; переезд на новое место жительства; конфликты с персоналом);
- Заключение пациента под стражу;
- Смерть пациента;
- Отказ от приема опиоидов с последующим воздержанием (плановое завершение программы);

В идеальных обстоятельствах детоксикация – освобождение от стабилизирующих доз метадона и переход к жизни, свободной от опиатных агонистов, становится возможной, когда пациент и специалист приходят к согласию насчет того, что первый готов и способен пойти на это без серьезного риска раннего рецидива. При этом нужно учитывать, что одна детоксикация не будет служить надежным условием отказа от опиоидов. Необходим еще достаточно серьезный курс реабилитации и противорецидивной терапией психологическими методами.

8.4.2.4. Поддерживающее лечение налтрексоном

Новые виды поддерживающей терапии с использованием антагонистов длительного действия являются перспективными, однако их следует применять только к пациентам, страдающим опиоидной зависимостью и имеющим внутреннюю мотивацию, состояние которых стабилизировалось. (17)	А
--	----------

Налтрексон

Стоимость этого лекарственного средства в настоящее время колеблется от примерно 50 центов США до 5 долларов за одну таблетку. Каждая таблетка блокирует действие героина в течение 24-48 часов. Поскольку налтрексон полностью блокирует действие героина, он должен назначаться тем лицам, которые настроены на полное воздержание от опиоидов, лицам у кого имеется достаточно шансов на устойчивое воздержание. К числу таких пациентов относятся лица, имеющие работу, лица, принимающие наркотики только непродолжительное время (например, пациенты более молодого возраста), и лица, которым угрожают правовые санкции. Полезен налтрексон в тех случаях, когда имеется "значимое третье лицо", которое могло бы давать лекарственное средство и контролировать его прием – например, член семьи, близкий друг или в некоторых случаях работодатель.

Положительные эффекты

Лечение налтрексоном приводит к уменьшению употребления героина и проявлений преступного поведения. Часто членам семьи больных опиоидной наркоманией нравится лечение налтрексоном, потому что ясно, что, если пациент принимает налтрексон, он не принимает героина. Также, когда члены семьи непосредственно наблюдают употребление налтрексона, это дает им возможность участвовать в лечении данного лица. После каждой дозы 50 мг налтрексон блокирует действие героина в течение примерно 24 часов

Схема лечения

Вводная фаза

Прием налтрексона начинается после детоксикации и после того, как пациент пробыл свободным от опиоидов кратковременного действия в течение 7 дней или в течение 10 дней свободным от метадона. Это состояние должно быть подтверждено как минимум отрицательным результатом скринингового исследования на содержание наркотиков в моче, а также, в случае сомнений, отрицательным результатом провокационного теста с налоксоном. Стандартная поддерживающая доза составляет 50 мг в день перорально. Если пациенты испытывают побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, им может помочь снижение дозы налтрексона на несколько дней до 25 мг.

Поддерживающая фаза

Если пациенты принимают героин в тот день, когда они приняли налтрексон, они могут продолжать принимать налтрексон на следующий день. Если пациент пропускает один день приема налтрексона, а принимает героин или другие опиоиды, ему следует либо возобновить налтрексон как можно скорее, либо подождать семь дней и возобновить лечение налтрексоном по обычной вводной схеме. Если пациент возобновит прием

налтрексона сразу, он будет испытывать редуцированный синдром отмены. Для того, чтобы прогнозировать тяжесть синдрома отмены, пациенту можно дать провокационный тест с налоксоном. Для купирования возникающих при этом симптомов отмены можно назначить агонисты альфа-2-адреностимулирующего действия.

Если пациент пропустит более одного дня налтрексона, но будет принимать героин или другие опиоиды, он может после возобновления приема налтрексона испытывать тяжелое состояние отмены опиоидов, и ему нужно посоветовать выждать 7 дней или, как вариант, подумать о возможности поддерживающего лечения опиоидными агонистами. Фактических данных, вне всякого сомнения показывающих, какая должна быть оптимальная продолжительность лечения, нет. Рекомендуются определять оптимальную продолжительность сообразно с конкретной клинической картиной. Прием налтрексона может быть прекращен без какого-либо синдрома отмены. Начинать же поддерживающее лечение опиоидными агонистами после налтрексона следует с большой осторожностью, так как толерантность к опиоидам будет очень низка.

Как и в случае других методов фармакологического лечения, в порядке обычной практики следует также предлагать психосоциальное воздействие.

Вмешательства на социальном уровне включают в себя помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей, таких как пища, одежда, жилье и работа, а также базовую медико-санитарную помощь, дружбу, принадлежность к сообществу людей и стремление к счастливой жизни.

Вмешательства на психологическом уровне варьируют от неструктурированной вспомогательной психотерапии и мотивационных методов собеседования до высокоструктурированных психологических методик.

Для пациентов, принимающих налтрексон, пользу для устойчивости воздержания от опиоидов и удержания в лечении дают ситуационные вмешательства с выдачей ваучеров за достижение успехов (18)	A
---	----------

Хотя пациенты и получают поддерживающую терапию налтрексоном, результаты этого лечения пока нельзя назвать много обещающими. По мнению авторов обзора материалов библиотеки Кокрана, систематический анализ имеющихся доказательств не выявил преимуществ налтрексона даже при сравнении с плацебо по таким показателям, как удержание на лечении, побочные эффекты или уровень рецидива (19).	A
---	----------

8.4.2.5. Экономическая эффективность поддерживающей терапии

Согласно ряду проведенных исследований по эффективности поддерживающей терапии метадон был выявлен,

- что соотношение размеров выгоды и затрат для поддерживающей терапии метадон составляет 4,4:1, по сравнению с другими видами лечения;
- экономия от \$4 до \$13 долларов США на каждый потраченный \$1 доллар на метадон.

Экономия средств, потраченных в здравоохранении, составила бы 1,325-1,75 миллионов долларов США (более миллиарда долларов), в случае, если бы все лица, потребляющие наркотики участвовали в программе поддерживающего лечения метадонотом (как следствие - снижение на 55,000-70 000 новых случаев ВИЧ инфекции ежегодно).

8.4.3. Психосоциальная помощь при поддерживающей терапии

Для повышения эффективности фармакологического лечения необходимо комбинировать его с поведенческими и психосоциальными подходами (7)

A

Цели психосоциальной помощи при предоставлении поддерживающей терапии:

- 1) помочь пациенту добиться регулярного приема назначенных ему медикаментов и прекращения употребления нелегальных наркотиков;
- 2) воздействовать на психологические механизмы, ведущие к рецидиву, или способствующие продолжению употребления нелегальных наркотиков;
- 3) оказывать пациентам помощь в изменении жизненного стиля, например, в форме участия в социальной, антинаркотической, досуговой деятельности и семейной жизни.

8.4.3.1. Социальное сопровождение

I. Социальное сопровождение – это спланированный процесс взаимоотношений между пациентом и социальным работником, который включает использование различных моделей работы и стратегий вмешательств (49)

Возможно привлечение НПО, имеющих опыт работы с ПИН.

Работу по социальному сопровождению лучше всего начинать после этапа подбора дозировок (при стабилизации физического состояния пациента).

Этап 1

- Выявить все социальные факторы, которые, так или иначе, могут влиять на приверженность к лечению. Должны быть собраны следующие данные о клиенте: финансовое положение, наличие или отсутствие работы, семейное положение и проблемы в семье, наличие судимостей и проблем с правоохранительными органами.
- Составить индивидуальный план по работе с клиентом и определить первостепенные задачи, над решением которых необходимо работать (восстановление документов, трудоустройство и т.д.)

Наиболее важным является установление контакта и доверительных отношений с пациентом!
--

Определение конкретной цели и задач задает направление процесса помощи, способствует выбору соответствующих стратегий и методов вмешательств

Примерные цели и задачи заместительной терапии, сформулированные для пациента:

Научиться вести образ жизни, свободный от употребления нелегальных наркотиков.

- Выработать умение достигать хорошего настроения без употребления наркотиков.
- Научиться заполнять свой досуг.
- Получить пособие по безработице.
- Найти работу.
- Начать получение ВААРТ.
- Улучшить взаимоотношения с женой (и/или с родителями).
- Сменить круг общения.
- Восстановить документы
- Избавиться от криминальных привычек.
- Улучшить состояние здоровья, пройдя обследования, получив необходимые консультации и помощь.
- Родить здорового ребенка.
- Наладить собственный бизнес.
- Обеспечить устойчивое восстановление функционирования во всех сферах жизни.

На основании анализа проблем, потребностей, ресурсов и ограничений пациента, составляется индивидуальный план социального сопровождения, который может содержать: социально-медицинские, психологические, социально-экономические, юридические, информационные услуги, а также помощь по перенаправлению и переадресации

Этап 2 Осуществления социального сопровождения

На данном этапе происходит реализация плана социального сопровождения.

Необходимо учитывать, что большинство задач должен выполнять сам пациент при эмоциональной, информационной поддержке со стороны социального работника. Решение проблемы за пациента только усугубляет разрыв между ним и обществом. Необходимо стимулировать стремление пациента быть активным в решении социальных проблем, в поддержке интереса к жизни, создании возможностей для общения. Многие пациенты не имеют или утратили навыки обращения за помощью в официальные инстанции. Поэтому социальный работник помогает пациенту защищать свои права, а иногда и представляет интересы подопечного.

Этап 3

Если вмешательство было успешным, и поставленная начальная цель была достигнута, тогда следует перейти к планированию поддерживающих стратегий: подготовить условия для окончания отношений, оговорить, каким образом пациент будет обходиться без помощи социального работника программы заместительной терапии

8.4.3.2. Психологическая поддержка

Психологическая поддержка проводится с помощью следующих методик.

А. Индивидуальное психологическое консультирование

Консультирование – собирательное название различных видов деятельности, от обычного опроса и предоставления рекомендаций с использованием базовых навыков консультирования, до специальных психотерапевтических видов вмешательств.

Целью консультирования является оказание помощи людям в решении их жизненных проблем.

Консультирование помогает пациенту учиться новым моделям поведения, способствует развитию личности. В процессе консультирования делается акцент на ответственности

пациента: он принимает решение, а консультант создает условия, которые мотивируют и поощряют правильный выбор.

Вопросы для обсуждения в ходе консультативных встреч с пациентом заместительной терапии могут быть следующие:

- структурирование личного времени;
- тяга к употреблению наркотиков
- ситуации повышенного риска
- социальное давление, которое провоцирует употребление
- вопросы сущности зависимости от ПАВ
- течение ВИЧ и гепатитов В и С, способы передачи ВИЧ,
- вопросы о правах и обязанностях пациента лечебного учреждения, возможных сервисных услугах в других организациях и учреждениях.

В. Поведенческие вмешательства и мотивационное консультирование

Поведенческие вмешательства – систематизированные мероприятия просветительского, обучающего и поддерживающего характера, направленные на изменение поведения. Социально-психологическая реабилитация в программах поддерживающей терапии направлена на изменение поведения и социального положения пациента. Принятие решения об изменении своего поведения является для человека сложным процессом. Довольно часто люди заявляют о своих намерениях, но не решаются хоть что-то сделать, или делают шаги к изменениям непоследовательно и нерешительно. Человек может долгое время находиться в состоянии размышлений и сомнений по поводу того, менять поведение или нет. Иногда, уже приняв решение, человек вдруг передумывает еще до того, как успевает сделать первые шаги. Таким образом, процесс изменения поведения состоит из двух компонентов:

1. размышлений по поводу изменения поведения, которая включает:
 - осознание проблемы
 - эмоциональные переживания по поводу проблемы
 - переживание эмоций разной интенсивности за последствия своего поведения
 - переосмысление собственных ценностей и приоритетов оценка собственных (человек обдумывает, хватит ли его усилий для изменений) и социальных ресурсов
2. сам процесс изменения поведения, который в себя включает:
 - активизацию собственных ресурсов (поощрение себя к активным действиям, готовность к действиям с целью изменения поведения);
 - формирование поддерживающих отношений (налаживание контакта с другими людьми и обсуждение с ними изменения поведения);
 - создание условий, которые способствуют изменению поведения и закреплению нового поведения (действия или бездействия);
 - создание системы поощрения и поддержки измененного поведения;
 - формирование новой модели поведения и её закрепление.

Мотивация – система стимулов (мотивов), которые побуждают человека к действию или бездействию. Под мотивацией понимается не то, что кто-то должен делать, а, скорее всего, то, что кто-то хочет делать. Это включает осознание наличия проблемы, поиск пути изменений, а впоследствии – четкое соблюдение этой стратегии изменений.

Мотивационное интервьюирование – это способ пробуждения мотивации пациента к изменениям. Ведущим принципом такого интервьюирования является создание диссонанса или противоречия между нынешним поведением и ценностями человека.

Мотивационное интервьюирование не является техникой или путем обмана для принуждения людей делать то, что вы хотите, чтобы они делали. Если поведение пациента

несовместимо с целью или ценностью, которая им декларируется, это вряд ли можно считать изменением.

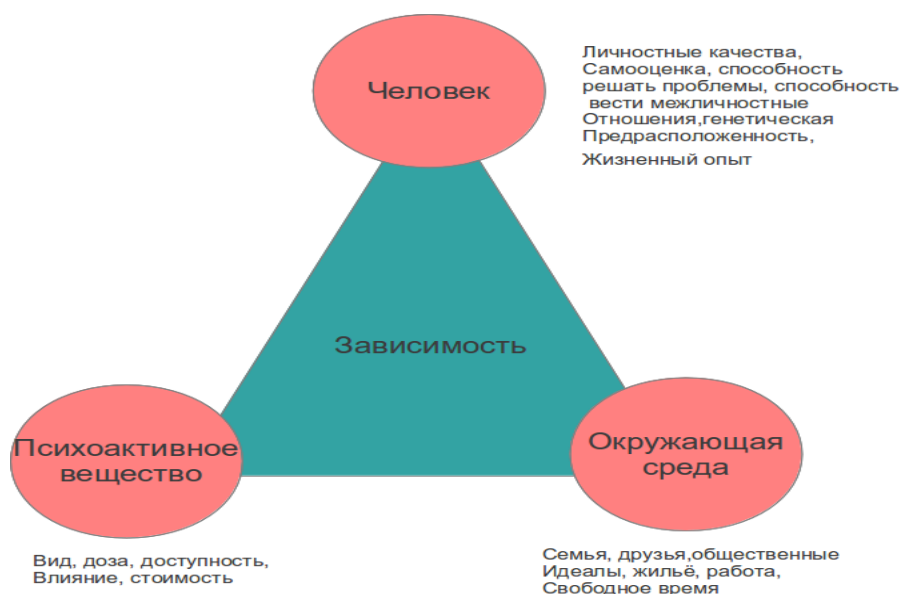
Консультант не заставляет пациента признать, что он имеет серьезные проблемы и что это требует изменений. Он старается помочь пациенту реально оценить собственную ситуацию.

8.4.4. Психосоциальные вмешательства при лечении опиоидной зависимости.

8.4.4.1. Теоретические основы психологического вмешательства при ведении пациентов с опиоидной зависимостью.

Все методы ведения пациентов с зависимостью, построены на понимании зависимости, как биопсихосоциальной проблемы. То есть, зависимость рассматривается как продукт взаимодействия конкретного человека с психоактивным веществом в конкретной внешней среде.

Рисунок 9 Биопсихосоциальная модель зависимости (Ladewig 1979)



Данная модель (Рисунок 9), предполагает создание непрерывного континуума помощи зависимому от психоактивных веществ, включающие в себя меры медицинского, психологического и социального характера.

На настоящий период времени, наибольшую доказательную ценность имеют методы терапии, основанные на когнитивно-поведенческом подходе [52,53,54,59,60,66].

Теоретическими основаниями когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) зависимых от психоактивных веществ являются следующие положения:

- То, что человек думает, влияет на его чувства, поведение, на реакцию организма.
- Когниции (убеждения мысли и т.д.) являются основой поведения.

Когниции - это убеждения, мысли, отношение индивидуума к жизни, его жизненные ценности, а также жизненный опыт.

- Поведению учатся – так как большая часть, поступков, является следствием научения, то человек может изменить свое поведение.
- Индивидуальная интерпретация внешних событий определяет его чувства и поведение.

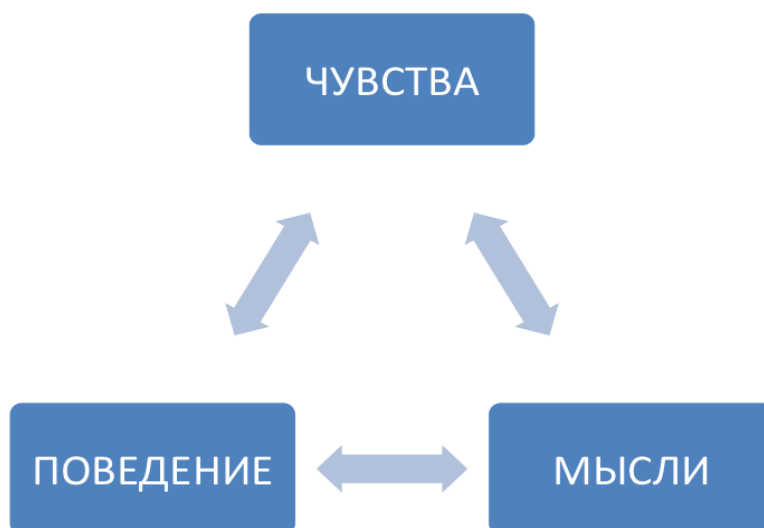
Как индивидуум себя в определённой ситуации чувствует, зависит не от ситуации, а от его интерпретации данной ситуации.

Целями терапии являются:

- Изменение дисфункциональных когниций.
- Помочь понять процесс мышления.
- Помочь проверить рациональность мыслей (насколько их содержание соответствует реальности).
- Помочь при корректировке иррациональных мыслей.
- Помочь при интеграции рациональных мыслей в поведение (тренинг).

Графически это можно представить как разрыв «порочного круга» (Рисунок 10):

Рисунок 10 «Порочный круг»



Задачами психотерапии являются:

- Выявление автоматических мыслей.
- Выявление аргументов против автоматических мыслей.
- Понимание неправильности связи между автоматическими мыслями и реальностью.
- Работа над когнитивными блоками.

Под когнитивной блокадой понимается:

- Отсутствие осознанности долгосрочных негативных последствий.
- Активация личного представления о наркотике / «Туннельное восприятие».
- Пренебрежение инконгруэнтной информацией.

Также, для планирования терапевтических действий необходимо понимать какие факторы толкают человека на употребление психоактивных веществ и что представляет собой личность, зависимого от психоактивных веществ.

Пусковые факторы:

- "Нормальность" употребления ПАВ в окружающей среде;
- Опыт, приобретенный в раннем детстве через социальное обучение и / или социальную наследственность.
- Принадлежность к определённой группировке.
- Поддержка имиджа и статуса через принадлежность к определённой группировке.
- Определение, отделение от массы: быть кем-то особенным.
- Идеология: расширение сознания (использование психоактивных веществ в мистических, оккультных целях).
- Самолечение: снижение внутреннего напряжения, тревоги, бессонницы.
- Преодоление кризисов (школа, родители, межличностные отношения) путём упрощения, перемещения в подсознание и терпения.
- Принятие активного участия в празднованиях и развлечениях (бодрствовать, быть в состоянии поддержать компанию).
- Повышение производительности.
- Отсутствие информации о побочных эффектах и опасности употребляемых веществ.

Личностные особенности пациентов с зависимостью:

- Высокая чувствительность к неприятным чувствам.
- Отсутствие мотивации для осуществления контроля над собой.
- Импульсивность.
- Поиск эмоциональной кульминации, низкая терпимость к скуке.
- Низкая терпимость к разочарованию.
- Отсутствие социальных альтернатив.

8.4.4.2. Основные терапевтические подходы ведения пациентов с опиоидной зависимостью.

Ниже описаны несколько подходов, которые могут быть использованы в работе с пациентами, зависимыми от опиоидов [55,56,64,65,66,67,68,69].

Кратковременное вмешательство.

При злоупотреблении психоактивными веществами без признаков зависимости или на начальных этапах формирования синдрома зависимости эффективным является кратковременное вмешательство.

Кратковременное вмешательство представляет собой беседу с пациентом, в которой представляется информация об употреблении пациентом психоактивных веществ, с намерением помочь ему измениться (прекратить употребление или уменьшить его). Исследования этого метода показали, что если врачи дают адекватные советы и предоставляют информацию, то пациенты совершают положительные изменения в

характере употребления алкоголя или в поведении, связанном с употреблением других психоактивных веществ.

Кратковременное вмешательство может осуществляться в самых оживленных врачебных кабинетах больниц и поликлиник[62,63].

Кратковременное вмешательство состоит из следующих шагов:

1). Укажите на негативные последствия пьянства пациента или употребления наркотиков в не осуждающей, поддерживающей манере. Это касается физического и эмоционального здоровья пациента, а также его жизни дома и состояния дел на работе.

2). Выразите озабоченность по поводу того, что при таком положении дел у пациента могут развиваться серьезные проблемы с алкоголем или другими аддиктивными веществами. Если возможно, свяжите свою озабоченность с какой-либо сферой жизни, значимой для пациента. К примеру: "Я озабочен, тем, что в результате злоупотребления наркотическим веществом, Вы можете потерять свою работу ". Другими сферами озабоченности могут быть нарушения питания, избыточный вес, заболевания печени, головные боли, проблемы со сном и сексуальные нарушения (утрата влечения, импотенция)

3). Дайте определенные рекомендации по уменьшению или прекращению употребления психоактивных веществ. Например, вести подсчет употребляемого вещества, дайте совет, употреблять таким образом, чтобы это не вызывало опасений со стороны окружающих, то есть, создать систему ограничений, где основным критерием служит реакция социума на поведение.

4). Предоставьте образовательные материалы, если таковые имеются.

5). Попросите пациента показаться по прошествии 2-8 недель для оценки состояния; оставьте возможность для будущих рекомендаций. Если окажется, что употребление вещества пациентом больше не создает проблем, то дальнейшее лечение не требуется. Если последующая встреча указывает на сохраняющееся проблемное употребление, может быть рекомендовано дополнительное лечение.

Супружеская/семейная терапия или терапия с привлечением партнера.

Люди, злоупотребляющие опиоидами, часто испытывают проблемы, в своей супружеской и семейной жизни, также как и пациенты с зависимостью от иных психоактивных веществ; их употребление наркотиков может служить средством адаптации к семейным трудностям, но в то же время может вызывать дальнейшее ухудшение семейных отношений. Есть данные, свидетельствующие о том, что хорошие взаимоотношения в семье повышают вероятность положительных изменений в характере употребления вещества индивидуумом. В семейной терапии супруг (а) или другие члены семьи вовлекаются в процесс консультирования для улучшения общения и навыков решения проблем внутри семьи[57].

Тренинг навыков.

Относится к обучению в области поведенческих навыков для того, чтобы лучше справляться с ситуациями, связанными с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ[58,68].

Навыки разрешения проблем. Нацелены на улучшение способностей пациента анализировать и разрешать проблемы, возникающие в повседневной жизни.

Релаксация и Менеджмент стресса. Нацелены на улучшение способностей пациента достигать релаксации и справляться со стрессом. Это может включать практический

тренинг мышечной релаксации или обучение пациента когнитивным стратегиям для изменения убеждений, мыслей и представлений, связанных с тревогой.

Менеджмент гнева. Нацелен на обучение тому, как управлять гневом и выражать гнев без помощи психоактивных веществ.

Ассертивность. Нацелена, на обучение пациента выражать свои чувства, мысли и желания в открытой и чуткой форме, а также быть настойчивым в достижении целей.

Поведенческий самоконтроль (тренинг самоуправления). Виды деятельности, направленные на обучение навыкам, необходимым для изменения характера употребления психоактивных веществ. Примеры включают регистрацию пациентом употребления им вещества, определение факторов, предшествующих употреблению, определение позитивных и негативных последствий употребления, определение альтернатив употреблению.

Профилактика рецидивов.

Профилактика рецидивов нацелена на обучение индивидуумов тому, как справляться с ситуациями, связанными с высоким риском рецидива, а также на повышение уровня их уверенности в себе с целью улучшения их способности справляться с такими ситуациями. Факторы риска включают ситуации межличностного взаимодействия (конфликт, гнев по отношению к другому и т.п.) и личностные состояния (влечение к веществу, негативное мышление и др.), которые вызывали употребление алкоголя или других веществ у пациента до лечения. У некоторых пациентов имеет место множество факторов риска рецидива, и невозможно в процессе терапии заняться каждым из них. В таких случаях требуется применение более широких подходов, как, к примеру, обучение навыкам, которые могут быть потенциально применимы в любой проблемной ситуации[64,65,67].

В процессе попыток пациента изменить свой характер употребления вещества имеется высокий риск рецидива. Если возникает рецидив, то это в то же время является хорошей возможностью для пациента на основании своего собственного недавнего опыта ещё раз проанализировать следующие моменты: что привело к рецидиву, как можно было вести себя по-другому, чтобы избежать употребления алкоголя или другого вещества в аналогичной ситуации в будущем?

При рецидиве необходимо проработать по следующим аспектам вместе с пациентом:

- Рецидив может остаться случайностью
- Работа с рецидивом как шансом
- Идентификация рискованных ситуаций
- Разработка соответствующих ремиссионных убеждений
- Разработка более эффективных стратегий для: предотвращения рецидивов, решения проблем, повышения уверенности в себе, улучшения самооценки.

Мотивационное интервьюирование/консультирование.

Мотивационное интервьюирование – это целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с клиентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения клиента; выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация клиента. 69]. По сравнению с ненаправляющим

консультированием, данный метод более сфокусирован и задан поставленной целью. Его основной целью является исследование и разрешение амбивалентности, и терапевт намеренно направляет ход консультирования для достижения этой цели.

Задачами мотивационного консультирования являются:

- Построение взаимодействия с клиентом на доверительной основе;
- Развить у клиента чувства ответственности и уверенности в себе.
- Снижение у клиента чувства страха, вины и недоверия к самому себе и окружающему миру.

Достигнув этих задач, врач, через подачу проверенной информации, может привести пациента к идее сокращения употребления ПАВ или полного отказа от употребления.

Основными структурными компонентами мотивационного интервью будут:

1. Создание эмпатической атмосферы безоговорочно позитивного уважения к клиенту.
2. Налаживание ясной и конкретной обратной связи с клиентом, касающейся его поведения, мотивов и персональной ситуации.
3. Структурирование и предоставление альтернативных решений относительно аддиктивного поведения и проблем.
4. Поддержание контакта с клиентом.
5. Активное слушание клиента.

Группы самопомощи.

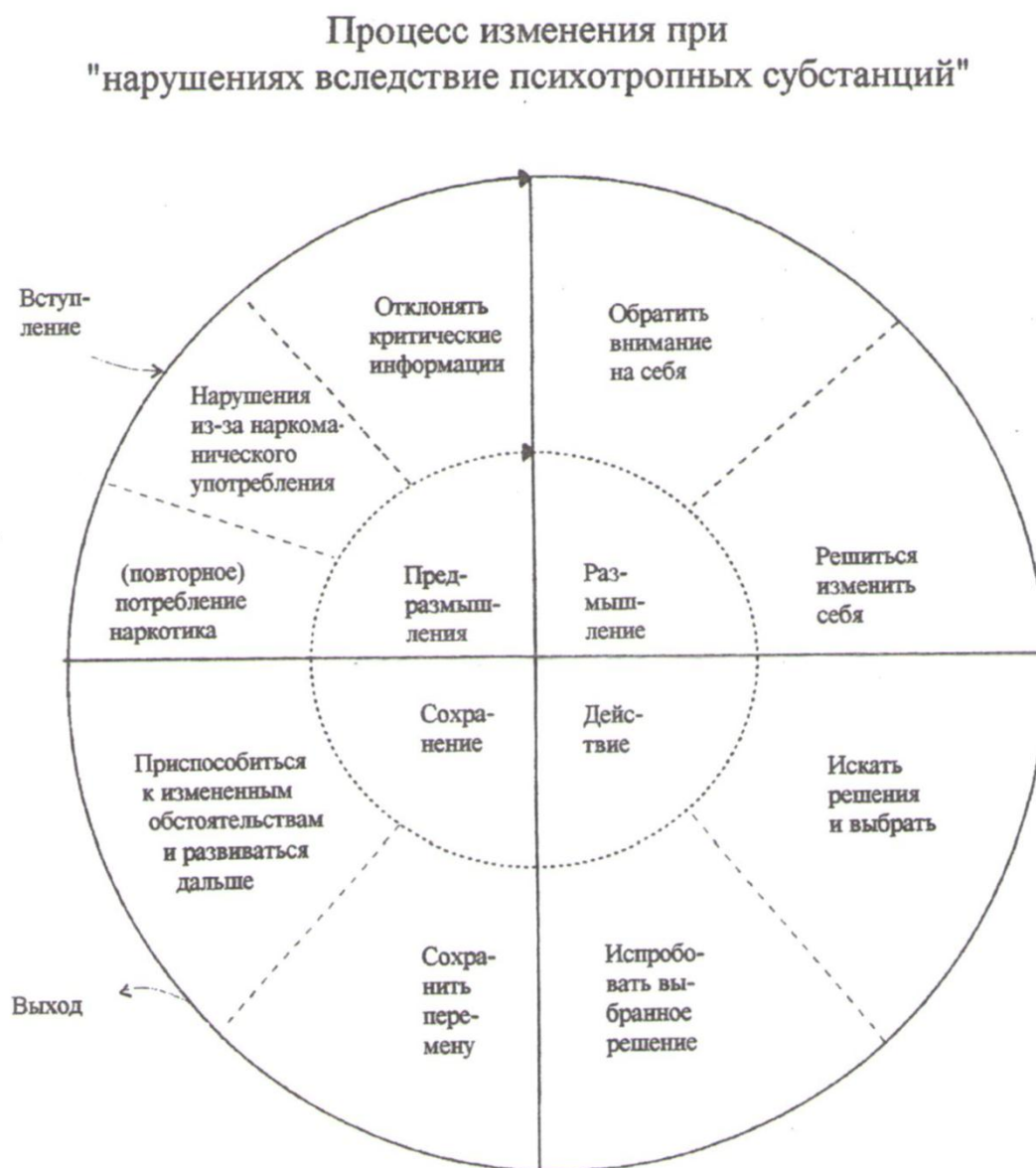
Важная часть процесса лечения зависимости, позволяющая создать атмосферу поддержки и принести осмысленность существования для зависимого. Группы самопомощи создаются и поддерживаются людьми, которые в своей жизни испытывали или испытывают такие же проблемы. Они регулярно встречаются с целью предоставления друг другу поддержки и ободрения. Хорошо известные примеры пришли из США и включают группы А.А. (Алкоголиков Анонимных), Н.А. (Наркоманов Анонимных), Аланон (для супругов), Алатин (для подростков) и группы Рациональное Выздоровление, основанные на принципах когнитивно-поведенческой терапии[76]. Группы самопомощи не имеют высокой степени доказательности, так как научные исследования затруднены в связи с принципом анонимности, но широкая распространенность этого подхода говорит сама за себя.

Все эти подходы можно расположить в определенной последовательности, в соответствии с логикой процесса ведения пациента с опиоидной зависимостью: пациенту необходимо принять решение — осознанное, взвешенное, основанное на правильном понимании сути своей болезни. Когда пациент принял решение, ему необходимо научиться жить трезво и избегать рецидива. И последнее, для того чтобы полноценно жить, закрепить приобретенное поведение, ему необходима поддерживающая среда.



Для понимания, на каком этапе, в настоящее время находится пациент, и планирования дальнейших действий, можно воспользоваться моделью Прохазка и Ди Клементе (Prochaska&DiClemente) (Рисунок 12)

Рисунок 12 Стадии изменения поведения



На этом рисунке видны 4 основные стадии изменения поведения: предразмышление, размышление, действие и сохранение поведения.

Вышеуказанные подходы, требуют разного уровня подготовки специалиста, а также условий проведения. Так, например, проведение краткосрочного вмешательства и мотивационного консультирования, хотя и требует подготовки, но она достаточно проста. Для проведения этих видов вмешательства не требуется особых условий, они могут проводиться даже в полевых условиях. В таблице №8, подробно расписано, какие вмешательства, на каких уровнях медико-санитарной помощи можно проводить и какие условия для этого необходимы.

Таблица №8. Виды вмешательств на разных уровнях медицинской помощи.

Первичный уровень медицинской помощи	1.Мотивационное консультирование 2.Краткосрочное вмешательство	Амбулаторно	Индивидуальная терапия
Вторичный уровень	1.Мотивационное консультирование 2.Краткосрочное вмешательство 3.Супружеская/семейная терапия 4.Тренинг навыков 5.Профилактика рецидивов	Амбулаторно и стационарно	Индивидуальная и групповая терапия
Третичный уровень	1.Мотивационное консультирование 2.Супружеская/семейная терапия 3.Тренинг навыков 4.Профилактика рецидивов	Амбулаторно и стационарно	Индивидуальная и групповая терапия, а также резиденциальная терапия (в терапевтическом сообществе — в условиях стационарного реабилитационного учреждения)

8.4.4.3. Методы психосоциального вмешательства с низким уровнем доказательности. [64,65]

Гипнотерапия.

Метод основан на изменении сознания. Различают директивный гипноз – при котором терапевт проводит прямые внушения пациенту и эриксоновский – где изменения достигаются путем использования косвенных внушений. Метод может быть полезен для изменения отдельных поведенческих реакций.

Клиент-центрированная терапия.

Терапия, нацеленная на изменение поведения через изменение внутреннего мира человека, например, через принятие себя, через привитие самоуважения.

Гештальт-терапия.

Базовая идея гештальт-терапии основана на способности психики к саморегуляции, на творческом приспособлении организма к окружающей среде и на принципе ответственности человека за все свои действия, намерения и ожидания.

Данные методы можно применять, но не в качестве основного метода лечения, а в качестве вспомогательного, для решения сопутствующих проблем.

Методы, не рекомендуемые к применению.[64,65]

«Кодирование» - это метод, использующий сочетание плацебо с прямым внушением. Современный метод «кодирования» является смесью метода, разработанного А.Р. Довженко и метода «Торпедо», когда зависимому вводят препарат (код), который, якобы будет присутствовать в организме несколько лет, и несовместим с алкоголем или наркотиками. Ограничения этого метода связаны с нарушением этики и законодательства, которые требуют информированного согласия на лечение, т.е. врач обязан рассказать пациенту о сути метода (основан на использовании внушения заведомо ложной информации) и получить согласие на его применение.

Условно-рефлекторная терапия с применением рвотных средств (апоморфин, ипекакуана) применяется только на территории Российской Федерации, в остальных странах мира, этот метод признан неэффективным.

8.5. Опиоидная зависимость и ВИЧ (50)

Употребление ПАВ на сегодняшний день является серьезной и трудно разрешаемой проблемой современного общества.

1. Самой основной частью этой проблемы является внутривенное введение психоактивных веществ (ПАВ), которое служит одной из главных причин распространения ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), и опосредованным образом, в общей популяции.
2. В общей структуре летальности больных наркоманией смертность в связи с ВИЧ-инфекцией достигает 32%, приближаясь к усредненному показателю летальной передозировки опиоидов (37%)
3. Наряду с нестерильным парентеральным введением ПАВ, значимым фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции в среде ПИН и в общей популяции, является проституция больных наркоманией женщин. Немалую роль в распространении ВИЧ-инфекции играют злоупотребляющие ПАВ гомосексуалисты
4. Опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция оказывают взаимное утяжеляющее влияние друг на друга: злоупотребление ПАВ приводит к общему утяжелению течения и прогноза ВИЧ-инфекции, а неврологические расстройства и психопатологические последствия ВИЧ-инфекции способствуют усугублению аддитивных расстройств.
5. Злоупотребление ПАВ способствует увеличению частоты и тяжести церебральных проявлений инфекционного процесса. В связи с этим неврологические нарушения у злоупотребляющих героином ВИЧ-инфицированных лиц развиваются быстрее, чем у абстинентов. Ускоренное развитие неврологических проявлений ВИЧ-инфекции объясняется непосредственным влиянием опиоидов на патогенез ВИЧ-поражения ЦНС благодаря прямому иммуномодулирующему действию и модулированию реакций нервной ткани на воздействие вируса
6. Отмечено снижение эффективности антиретровирусной терапии и, в частности, недостаточное подавление активности вирусной РНК у ВИЧ-инфицированных лиц при возобновлении злоупотребления наркотиками и алкоголем.
7. Злоупотребление ПАВ у ВИЧ-инфицированных лиц повышает риск развития герпеса, возвратной пневмонии, а также оппортунистических бактериальных и вирусных инфекций. Не менее чем у 10% ВИЧ-инфицированных лиц выявляется туберкулез, и ПИН среди них формируют группу повышенного риска. У ВИЧ-инфицированных лиц чаще, чем в общей популяции, развиваются внелегочные (в том числе церебральные) формы туберкулеза, включая туберкулезный менингит, болезнь Потта, туберкулезный абсцесс мозга

Предупреждение распространения инфекционных болезней, в первую очередь вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, достигается различными путями. Во многих странах мира наиболее эффективными из них считаются программы заместительной терапии, позволяющие снизить частоту нестерильного парентерального введения уличных наркотиков, и программы «снижения вреда» (harm reduction) (50)

9. Типы учреждений для лечения опиоидной зависимости и уровни оказания помощи

Отмечено пять видов лечения и типов учреждений, где проходит лечение опиоидной зависимости: стационары, клиники, где проходит амбулаторное лечение, программы лечения опиоидными агонистами, программы самопомощи и терапевтические сообщества.

Есть некоторые общие принципы и рекомендации для лечения болезней связанных с употреблением опиоидов. Например, диагностика и медицинская помощь в случае передозировки опиоидов, которые в тяжелых случаях могут быть опасным для жизни и являются чрезвычайной ситуацией, должна предоставляться в отделениях неотложной помощи или в стационарах. Синдром отмены опиоидов необходимо лечить в стационаре с использованием фармакологических препаратов, таких как опиоидные агонисты (метадон, бупренорфин) или не опиоидные препараты (клонидин и др.).

Стационарный этап лечение синдрома отмены опиоидов без дополнительного амбулаторного лечения является неадекватным вмешательством, которое имеет низкую вероятность успеха в долгосрочной перспективе.

Программы поддерживающей терапии очень эффективны для пациентов, которые не в состоянии поддерживать воздержание от употребления запрещенных опиоидов.

Программы самопомощи (Анонимные Наркоманы) являются неотъемлемой частью вышеуказанных типов лечения и эффективны для многих людей, которые использовали незаконные опиаты. Группы самопомощи также может быть эффективным при использовании в различных условиях лечения.

Терапевтические сообщества еще один немаловажный тип лечения пациентов, которые злоупотребляют или зависимы от опиатов. Отмечено доказательство эффективности для терапевтических сообществ в особых случаях, например, в местах лишения свободы.

Рисунок 13



Уровни оказания помощи

- I. Первичный уровень (медицинские организации первичного звена (ГСВ, ЦСМ); наркокабинеты).
- II. Вторичный уровень (наркологические койки в составе психонаркологических отделений).
- III. Третичный уровень (наркологические отделения).

Рисунок 14 Уровни оказания помощи



10. Организация лечения и ухода за ПИН

Для эффективного лечения пациентов с опиоидной зависимостью **Всемирной организацией здравоохранения** были предложены рекомендации для трех уровней (4):

1. Руководство для систем здравоохранения на уровне страны и на местном уровне
 2. Руководство на уровне программ – для руководителей программ по предоставлению наркологической помощи лицам с опиоидной зависимостью и главных врачей учреждений, где реализуются данные программы
 3. Руководство на уровне пациента – для клиницистов
- Рекомендации, обозначенные как «минимальные» предлагаются должны быть приняты во всех учреждениях и организациях в качестве минимального стандарта, их следует считать минимальными требованиями предоставления лечения опиоидной зависимости.
 - Рекомендации, обозначенные как «оптимальные» представляют собой методы и подходы передовой практики для достижения максимальной пользы для общественного здравоохранения при осуществлении лечения опиоидной зависимости.

1. Рекомендации для систем здравоохранения на уровне страны и местном уровне (4)

Таблица 9 Рекомендации для систем здравоохранения на местном и страновом уровне

Мероприятия	Минимальные требования	Оптимальные требования или передовая практика
Государственная политика в отношении лечения опиоидной зависимости		Следует разработать документ с изложением стратегии, в котором сформулирована политика государства в отношении лечения опиоидной зависимости. Стратегия должна быть нацелена на достижение должного охвата лечением, качества и безопасности лечения.
Вопросы этики	Фармакологическое лечение с психосоциальным сопровождением не должно быть принудительным	Государственные организации должны располагать эффективными системами защиты личной информации пациентов
Вопросы финансирования	Лечение должно быть доступным для малообеспеченных слоев населения	Для того, чтобы обеспечить оптимальные охват и результаты лечения, лечение опиоидной зависимости должно осуществляться бесплатно или покрываться за счет
	В момент начала работы служб по лечению необходимо иметь	

	реалистичные перспективы финансовой самодостаточности такой службы	государственного медицинского страхования.
Охват лечением	Фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть повсеместно доступным; это может включать осуществление лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Пациенты с коморбидными расстройствами могут проходить лечение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, если таковые могут обеспечить, при необходимости, консультацию специалиста <i>Отмена опиоидов и профилактика рецидива также могут осуществляться в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи с той же эффективностью, что и в специализированных клиниках, но с меньшими издержками (80,81)</i>	Фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть доступным для всех нуждающихся, включая лиц, находящихся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях
Какие лекарственные средства должны быть в наличии?	Основные варианты фармакологического лечения должны включать в себя: 1.Поддерживающее лечение опиоидными агонистами 2.Услуги по ведению отмены опиоидов. Как минимум, это должно включать либо метадон, либо бупренорфин для поддерживающего лечения опиоидными агонистами и ведения отмены в амбулаторных условиях.	1.Для поддерживающего лечения должны предлагаться и метадон и бупренорфин 2.При отмене опиоидов в наличии должны быть агонисты альфа-2-адреностимуляторов, 3.Для профилактики рецидива налтрексон 4.Для лечения передозировки налоксон.

2. Руководство на уровне программ – для руководителей программ по предоставлению наркологической помощи лицам с опиоидной зависимостью и главных врачей учреждений где реализуются данные программы (Таблица 10)

Данные рекомендации ориентированы в первую очередь на главных врачей и организаторов здравоохранения, которые отвечают за организацию и осуществление лечения опиоидной зависимости, а также за соблюдение стандартов, существующих в этой области медицинской помощи.

Под руководством лечебной работой понимается механизм ответственности за результаты лечебной работы. Обычно, эту функцию выполняет главный врач или организатор здравоохранения, либо они оба.

В круг их обязанностей входит:

- обеспечение надлежащего отбора, подготовки и руководства работой сотрудников
- обеспечение наличия надлежащих протоколов и алгоритмов лечения
- создание и поддержание работы механизмов повышения качества, оценки и мониторинга лечебного процесса
- обеспечения соответствия применяемых методов действующему в этой области законодательству и профессиональным требованиям.

Таблица 10 Рекомендации для руководителей программ по предоставлению наркологической помощи

	Минимальные требования	Оптимальные требования или передовая практика
Руководство лечебной работой	Службы, занимающиеся лечением, должны иметь систему руководства лечебной работой, при которой существует порядок клинической ответственности в рамках системы здравоохранения, чтобы обеспечивалось соблюдение минимальных стандартов предоставления лечения опиоидной зависимости	Лучшим является такой порядок, при котором главную ответственность за лечение, даже осуществляемое в других учреждениях, несет система здравоохранения, поскольку в таком случае легче устанавливать и поддерживать клиническую ответственность
		Для того, чтобы лечение опиоидной зависимости было одновременно безопасным и эффективным, следует внедрить в практику процесс руководства лечебной работой. Этот процесс должен быть прозрачным, и его следует сформулировать в документе по руководству лечебной работой

Персонал и его подготовка	Лечение опиоидной зависимости должно осуществляться подготовленным медицинским персоналом. Уровень подготовки для выполнения конкретных задач должен определяться уровнем ответственности и нормативными актами в стране	Руководители должны следить за тем, чтобы персонал обладал достаточными навыками и квалификацией для надлежащего предоставления услуг и применения контролируемых веществ. Эти требования могут включать последипломное обучение и аттестацию, непрерывное обучение и лицензирование, а также выделение финансирования для мониторинга и оценки
Принципы этики и согласие на лечение	Пациенты должны дать информированное согласие на лечение	
Медицинская документация	Для всех пациентов должны вестись своевременно обновляемые медицинские карты. Как минимум, эти карты должны содержать историю болезни, данные клинических осмотров и обследований, диагноз, состояние здоровья и социальный статус, планы лечения и дополнения к ним, информацию о направлениях к специалистам, подтверждение согласия, назначенные лекарственные средства и другие проведенные вмешательства	
	Должна быть гарантирована конфиденциальность документации пациентов	
	Поставщики услуг здравоохранения или другой персонал, принимающие участие в лечении пациента, не должны сообщать информацию о пациенте милиции и другим правоохранительным органам без разрешения пациента или если этого не	

	требует закон.	
	Персонал, осуществляющий лечение, должен иметь возможность идентифицировать пациентов, проходящих лечение опиоидными агонистами	
Безопасность лекарственных средств	Необходимо создать документально оформленные процедуры, направленные на обеспечение безопасных и легальных закупок, хранения, отпуска и дозировки лекарственных средств, в частности, метадона и бупренорфина	
Предоставление лечения		
Клинические руководства	Должны быть в наличии стандарты и \или клиническое руководство по лечению опиоидной зависимости и они должны быть доступны для клинического персонала	Клиническое руководство должно быть подробным, всеобъемлющим, основанным на фактических данных, оно должно быть разработано на уровне страны или на более низком уровне, чтобы в нем отражались местные законодательные акты, стратегии и условия.
Тактика дозировки при поддерживающем лечении опиоидными агонистами	Для обеспечения максимальной безопасности и эффективности поддерживающего лечения опиоидными агонистами в тактике и нормативах должна поощряться гибкость схем дозировки, предусматривающих небольшие начальные дозы и высокие поддерживающие дозы, без установления ограничений на уровне дозировки и продолжительность лечения.	Услуги по отмене опиоидов должны быть структурированы таким образом, чтобы отмена была не обособленной услугой, а была интегрирована в варианты непрерывного лечения.
Услуги по детоксикации		Услуги по отмене опиоидов должны быть структурированы таким образом, чтобы отмена была не обособленной услугой, а

		была интегрирована в варианты непрерывного лечения.
Дозы препарата для приема на дому		В случае стабилизации дозы и социальной ситуации и когда невысок риск перехода лекарственных средств в незаконный оборот, можно рекомендовать выдачу доз лекарственных средств на руки для употребления на дому
Недобровольная выписка		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
Оценка состояния и выбор лечения		Оценке потребностей в лечении, адекватности лечения этим потребностям (оценка адекватности должна быть основана на фактических данных), согласии пациента и доступности лечения
	Должна быть обеспечена возможность тестирования на наличие наркотиков в моче при проведении первоначальной оценки состояния пациента, когда невозможно другими способами проверить недавнюю историю употребления опиоидов (например, фактическими данными о состоянии отмены опиоидов или интоксикации	Одним из элементов первоначальной оценки должно быть обследование с целью выявления коморбидных психиатрических и соматических расстройств.

		В рамках индивидуальной оценки состояния пациента должно быть доступно добровольное обследование на ВИЧ и наиболее распространенные инфекционные заболевания, сопровождаемое консультированием до и после обследования
		В идеале все пациенты при проведении первоначальной оценки должны обследоваться на предмет недавнего употребления наркотических средств.
		Планы лечения должны быть рассчитаны на длительную перспективу
		Ведение синдрома отмены опиоидов должно планироваться в сочетании с текущим лечением
Спектр предоставляемых услуг	Основные варианты фармакологического лечения должны состоять из поддерживающего лечения опиоидными агонистами и услуг по лечению синдрома отмены опиоидов	
	Для лечения опиоидной передозировки в наличии должен иметься налоксон	Варианты фармакологического лечения должны включать использование как метадона, так и бупренорфина при поддерживающем лечении опиоидными агонистами и отмене опиоидов, агонистов альфа-2-адреностимулирующего действия при отмене опиоидов, налтрексона для профилактики рецидива и налоксона для лечения передозировки.
Доступность психосоциальной поддержки	Психосоциальная поддержка должна оказываться всем пациентам с опиоидной зависимостью в комплексе	Необходимо предусматривать разнообразные структурированные психосоциальные вмешательства,

	с фармакологическим лечением опиоидной зависимости. Она должна включать в себя, как минимум, оценку психосоциальных потребностей, благожелательное консультирование и связи с существующими службами по работе с семьями и общинами.	соответствующие потребностям пациентов. Такие вмешательства могут включать в себя (но не ограничиваться ими) различные формы консультаций и психотерапии, а также помощь в решении социальных вопросов, таких как жилье, трудоустройство, образование, социальное обеспечение, и в решении юридических проблем
		Пациентам с психиатрической коморбидностью следует обеспечить психосоциальную и психиатрическую помощь на месте.
Доступность лечения по поводу коморбидных состояний	Должны быть обеспечены связи со службами лечения ВИЧ, гепатита и ТБ (там, где они есть).	В тех случаях, когда имеется значительное число пациентов с опиоидной зависимостью, имеющих либо ВИЧ, либо гепатит или ТБ, лечение опиоидной зависимости должно быть интегрировано в медицинские службы, занимающиеся лечением этих состояний.
		Пациентам с опиоидной зависимостью, имеющим ТБ, гепатит или ВИЧ, опиоидные агонисты должны вводиться в сочетании с лечением по поводу этих заболеваний; нет никакой необходимости ждать наступления абстиненции от опиоидов, чтобы начинать противотуберкулезное лечение, лечение гепатита или антиретровирусную терапию
		Пациентам с опиоидной зависимостью, имеющим ТБ, гепатит или ВИЧ, должен быть обеспечен справедливый доступ к лечению ТБ, гепатита или ВИЧ и опиоидной зависимости.
Доступность вакцины против гепатита В		Лечебные службы должны предлагать всем пациентам с опиоидной зависимостью

		пройти вакцинацию против гепатита В.
Оценка результатов лечения	Должна существовать система мониторинга безопасности услуги по лечению, включая степень утечки лекарственных средств для использования не по назначению.	Должна проводиться периодическая или постоянная оценка как процесса предоставляемого лечения, так и его исходов.

3. Рекомендации на уровне пациентов – для клиницистов

Данные рекомендации, основаны на фактических данных, взятых из систематических обзоров и мета-анализов, с учетом фактических данных из других источников, технических соображений, значения этих рекомендаций с точки зрения потребностей в ресурсах и рисков и выгод различных альтернатив. В соответствии с системой GRADE, рекомендации по своей категоричности были разделены на две группы, которые здесь называются рекомендациями "высокой" и "стандартной" степени категоричности. (Таблица 11)

1. Рекомендациями высокой степени категоричности являются такие рекомендации, при которых:

- данное вмешательство должно получать большинство людей, исходя из допущения о том, что они были проинформированы о его выгодах, вредных эффектах и связанном с ним бремени и понимают эти выгоды, эффекты и бремя;
- большинство людей с одобрением воспримет рекомендованный образ действий и лишь небольшая часть людей не одобрит его;
- рекомендация может однозначно использоваться при формировании политики.

2. Стандартными являются такие рекомендации, при которых:

- большинство людей положительно воспримет рекомендованный образ действий, но существенная часть людей не одобрит его;
- ценности и предпочтения различаются в широких пределах;
- для формирования политики потребуются широкие дебаты и участие многих заинтересованных сторон.

Некоторые рекомендации не включают указания на их категоричность, и это означает, что такая рекомендация не классифицировалась.

В последние годы выбор вариантов лечения опиоидной зависимости расширился. Хотя самыми действенными стратегиями ведения зависимости все больше считаются методы поддерживающего лечения опиоидными агонистами (метадоном и бупренорфином), есть и другие варианты – отмена опиоидов и профилактика рецидивов. На практике разным пациентам подходят разные методы.

Многим пациентам приходится пройти несколько эпизодов разных форм лечения, прежде чем будет найден эффективный для них способ лечения. Выбор из числа имеющихся и возможных вариантов лечения нужно делать вместе врачу-консультанту и пациенту и учитывать при этом приоритеты пациента, принципы врачебной этики и доказательства эффективности лечения, равно как и индивидуальные факторы в жизни пациента, такие как прохождение лечения в прошлом.

Каждый из рекомендаций также отображен в соответствующих разделах, а рекомендации, касающиеся поддерживающей терапии в Клиническом руководстве по заместительной поддерживающей терапии метадоном при синдроме зависимости от опиоидов (2)

Таблица 10 Рекомендации для клиницистов по степени категоричности

		Категоричность рекомендации	Качество фактических данных
Выбор лечения	Для фармакологического лечения опиоидной зависимости клиницисты должны предлагать лечение синдрома отмены опиоидов, поддерживающее лечение опиоидными агонистами или лечение опиоидными антагонистами (налтрексоном), но большинству пациентов следует рекомендовать принять поддерживающее лечение опиоидными агонистами	Высокая	От низкого до среднего
	Для пациентов с опиоидной зависимостью, не начинающих поддерживающего лечения опиоидными агонистами, после окончания синдрома отмены опиоидов следует подумать о фармакотерапии антагонистами с использованием налтрексона.	Стандартная	Низкое
Поддерживающее лечение опиоидными агонистами	Для прохождения поддерживающего лечения опиоидными агонистами большинству пациентов следует рекомендовать принимать метадон в адекватных дозах как более предпочтительный препарат, чем бупренорфин.	Высокая	Высокое
	Во время первичного назначения метадона первоначальная суточная доза должна зависеть от уровня нейроадаптации; обычно она не должна превышать 20 мг и ни в коем случае не быть более 30 мг.	Высокая	Очень низкое
	В среднем поддерживающие дозы метадона должны быть в пределах 60-120 мг в сутки.	Высокая	Низкое
	Средние поддерживающие дозы бупренорфина должны быть не менее 8 мг в сутки.	Стандартная	Очень низкое

	На начальных стадиях лечения введение доз метадона и бупренорфина должно осуществляться под непосредственным врачебным наблюдением.	Высокая	Очень низкое
	Дозы лекарственного средства для приема на дому можно давать пациентам в тех случаях, когда считается, что выгоды от уменьшения частоты посещения клиники перевешивают риск утечки этого средства для использования не по назначению, при условии регулярного пересмотра этого режима.	Стандартная	Очень низкое
	В сочетании с фармакологическим лечением опиоидной зависимости следует в порядке общей практики предлагать психосоциальную поддержку.	Высокая	Высокое
Ведение отмены опиоидов	Для ведения отмены опиоидов следует, как правило, использовать постепенно уменьшающиеся дозы опиоидных агонистов, хотя можно использовать и агонисты альфа-2-адреностимулирующего действия.	Стандартная	Среднее
	Лечащему персоналу при ведении отмены опиоидов не следует в порядке общей практики применять комбинацию опиоидных антагонистов и минимальных седативных средств.	Стандартная	Очень низкое
	Лечащему персоналу при ведении отмены опиоидов не следует применять комбинацию опиоидных антагонистов и сильнодействующих седативных средств.	Высокая	Низкое
	В сочетании с фармакологическим лечением опиоидной зависимости следует в порядке общей практики предлагать психосоциальные услуги.	Стандартная	Среднее
Беременность	Поддерживающее лечение	Высокая	Очень низкое

	опиоидными агонистами следует применять при лечении опиоидной зависимости во время беременности.		
	Поддерживающее лечение метадонот должно быть более предпочтительным вариантом лечения опиоидной зависимости во время беременности, нежели лечение бупренорфином; хотя в отношении безопасности бупренорфина имеется меньше фактических данных, его также можно предлагать для лечения.	Стандартная	Очень низкое

11. ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО F11.5

/F11.5/ *Психотическое расстройство*

Психозы при зависимости от опиатов возникают редко и всегда должны рассматриваться как повод для более глубокого изучения анамнеза и тщательного обследования больного в плане выявления сочетанного употребления психоактивных веществ, либо психопатологии ненаркотического происхождения. Гораздо чаще наблюдаются затяжные депрессивные состояния, вследствие чего высок риск суицида.

Диагностические указания:

Особое внимание следует уделить исключению возможности ошибочной постановки диагноза другого расстройства (например, шизофрении), когда уместен диагноз психоза, вызванного психоактивными веществами. В большинстве случаев при прекращении приема психоактивных веществ данные психозы непродолжительны (например, психозы, вызванные амфетамином и кокаином). Ложные диагнозы в подобных случаях приводят к негативным моральным и материальным последствиям, как для пациента, так и для службы здравоохранения.

Дифференциальный диагноз:

Необходимо рассмотреть возможность других психотических расстройств, утяжеленных или ускоренных приемом наркотика: например, шизофрения (F20.-), аффективные расстройства (F30 - F39), параноидное или шизоидное расстройство личности (F60.0x; F60.1x). В подобных случаях диагноз психотического расстройства, вызванного приемом опиоидов, будет неправильным.

Расстройства, вызванные психоактивными веществами, характеризующиеся изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжаются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Диагностические указания:

Возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества. Расстройство должно продолжаться по окончании периода непосредственного воздействия психоактивного вещества

11. F11.71 РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ

При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Специфические изменения личности, сопровождающиеся социальной дезадаптацией.

Подпадает под общие критерии F07.- ("Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга").

Уже на ранних этапах употребления опиоидов возникают изменения личности. На фоне первоначального заострения преморбидных черт нарастают общее эмоциональное огрубение, поверхностность суждений, лживость. Все интересы сосредоточены на добывании наркотика и средств для его покупки. Наркоманов не заботит благосостояние семьи, они могут воровать деньги у близких, продавать ценные вещи. В дальнейшем поведение, связанное с добыванием наркотика, все больше приобретает асоциальный, а также криминальный характер. В конечной стадии наркомании, до которой доживают не все наркоманы, наблюдаются крайнее истощение, астения и апатия, делающие больных нетрудоспособными. Интерес сохранен только к наркотику. Толерантность к нему снижается. Прежние высокие дозы могут вызывать тягостные состояния. Однако все время требуется несколько меньшая доза для предотвращения абстиненции. Многие наркоманы, снижая дозу основного наркотика, а иногда и отказываясь от него, начинают злоупотреблять алкоголем или транквилизаторами. Вследствие этого у них нарастает интеллектуально-мнестическое снижение, не характерное для «чистой» опийной наркомании. Их не волнуют потеря работы или семьи и даже собственное здоровье. Индивидуальные личностные характеристики сглаживаются, нивелируются и все больные становятся как бы похожими друг на друга, что отражает развитие своеобразного психического и личностного дефекта. Наиболее грубые изменения личности наблюдаются у больных, употребляющих самодельные препараты опия.

13. РЕЗИДУАЛЬНЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА F 11.7

F11.72 *Остаточное (резидуальное) аффективное расстройство*

При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Стойкие непсихотические эмоциональные и волевые нарушения (притупление высших чувств, огрубленность, раздражительность).

Подпадает под общие критерии F06.3- ("Органические расстройства настроения (аффективные расстройства)").

Меняется эмоциональная сфера. Слабодушия нет, но выражена эмоциональная лабильность. Аффекты ненасыщенны, легко истощаемы. Общий фон настроения при наркотизации сниженный (депримированный), постепенно формируются аффективная лабильность, повышенная чувствительность к даже незначительным психогенным воздействиям; они повышено чувствительны и к боли.

F11.73 Деменция

Значительного снижения интеллекта, деменции у больных с чистыми морфинными наркоманиями, так же как и у больных героиновой наркоманией деменция практически не наблюдается. Расстройство необходимо отличать от состояний, связанных с синдромом отмены.

Дифференциальный диагноз:

Следует учитывать возможность наличия предшествующих психических расстройств. Необходимо иметь в виду органическое поражение и умственную отсталость легкой или умеренной степени (F70 - F71), которые могут сочетаться со злоупотреблением опиатами.

F11.74 Другое стойкое когнитивное нарушение

При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Стойкое интеллектуально-мнестическое снижение, не достигающее степени деменции.

Выполняются критерии F06.7- ("Легкое когнитивное расстройство").

Вопрос о наличии у больных опийной наркоманией интеллектуально-мнестического снижения остается спорным. Многие авторы оспаривают возможность его развития при морфинизме. У больных, употребляющих опиоиды, память становится "неточной", снижается продуктивность умственной работы (особенно творческой), повышается утомляемость; высокий уровень умственной работы может поддерживаться лишь при введении наркотика.

У больных героиновыми наркоманиями выявляются признаки интеллектуально-мнестических нарушений — некритичность, поверхностность суждений, слабость внимания, торпидность мышления. Эти нарушения редуцируются при длительном воздержании от употребления наркотика, но полного восстановления не наблюдается. У больных же, употребляющих самодельные, химически обработанные препараты опия, интеллектуальные нарушения выражены и более резко. Это относится в основном к расстройству памяти, в первую очередь запоминанию.

14. СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ОПИОИДОВ

Потребление наркотиков тесно связано с целым рядом других серьезных социальных проблем, включая стремительное распространение ВИЧ-инфекции и других опасных заболеваний, рост правонарушений, проблемы семьи и детства, стигма, дискриминация и

нарушения прав человека. Эти проблемы создают огромную нагрузку на общество, затрагивая самые разные его сферы и провоцируя постоянный рост экономических и других затрат на их решение. Многие наркопотребители, особенно с большим стажем употребления наркотиков, находятся в социально обособленных и закрытых группах и имеют весьма низкую мотивацию или ее полное отсутствие на обращение за медицинской и социальной помощью. Это обуславливает необходимость длительной социально-профилактической работы с ними, которая затрагивала бы различные сферы и использовала бы самые разнообразные средства и факторы повышения мотивации.

Снижение вреда – это концентрация усилий на уменьшении вреда от употребления наркотиков, а не искоренение самого потребления наркотиков.

Должным образом организованные программы снижения вреда предоставляют уникальную возможность доступа к закрытой популяции потребителей инъекционных наркотиков, способствуют привлечению их к обследованию и лечению. Создаются реальные условия, облегчающие доступ к наркологической помощи и другим лечебным программам, например в сфере инфекций, передающихся половым путем, туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Программы снижения вреда представляют собой важный компонент профилактики ВИЧ, являясь простым и экономически эффективным способом выявления активных потребителей инъекционных наркотиков для сокращения наиболее рискованных в эпидемиологическом отношении практик употребления наркотических веществ и вовлечения ПИН в программы наркологического и иного лечения.

Базисные принципы программ снижения вреда:

- Прагматизм и реалистичность. Немедицинское использование психоактивных средств – неизбежное явление в любом обществе, которое имеет доступ к ним. Политика в отношении наркотиков не должна базироваться на идеи о том, что немедицинское потребление наркотиков можно искоренить, но наркополитика, безусловно, выстраивается из концепции снижения спроса на наркотики.
- Научная обоснованность. Реализуемые программы должны подвергаться тщательной научной оценке и изучению.
- Соблюдение прав человека. Сохранение достоинства и соблюдение прав человека, свобода от дискриминации.
- Иерархичность и поэтапность. Любое изменение поведения на более безопасное – к лучшему. Конечная цель – отказ от употребления наркотиков.
- Ориентированность на клиента и низкопороговость

Комплексная программа профилактики, лечения и ухода для наркопотребителей состоит из девяти групп мероприятий:

1. Программы обмена игл и шприцев
2. Опиоидная заместительная терапия и другие виды лечения наркозависимости
3. Тестирование на ВИЧ и консультирование
4. Антиретровирусная терапия
5. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем
6. Программы по обеспечению презервативами лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров

7. Целевые программы в области информирования, образования и коммуникаций, ориентированные на лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и их половых партнеров
8. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

Указанные девять групп мероприятий были включены в комплексную программу потому, что им принадлежит ведущая роль в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и других опасных заболеваний. Эффективность этих мероприятий подтверждена многочисленными научными данными.

Список литературы

1. Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ/СПИДа
2. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадон в КР при синдроме зависимости от опиоидов, 2010
3. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006
4. WHO “Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence” 2009
5. <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/principles-effective-treatment> Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition) «Principles of Effective Treatment» National Institute on Drug Abuse (NIDA) is a United States
6. Курс дистанционного обучения по СВ Модуль 2
7. Kleber H. Pharmacologic treatments for heroin and cocaine dependence. Am J Addict 2003;12(Suppl1.2):S5_S18
8. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vacchi S., Ferri M., Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
9. Evidence-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients W. van den Brink, MD, PhD1, C. Haasen, MD, PhD2. Источник: Can J Psychiatry, Vol 51, № 10, September 2006.
10. Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный опыт Обзор литературы 2010 Управление ООН по наркотикам и преступности
11. Kerr T., Marsh D., Li K., Montaner J., Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. Drug Alcohol Depend 2005;80:329_35
12. O'Connor P.G. Methods of detoxification and their role in treating patients with opioid dependence. JAMA 2005;294:961_3.
13. Практическое руководство “Лечение и уход для ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков” Модуль 4. Ведение опиоидной зависимости. ЮСАИД, ВОЗ, FHI. ASEAN 2007
http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356_14247.htm.
14. SEES, K.L. et al. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283, p.1303–1310.
15. KAKKO, J. et al. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: A randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet* February 22, 2003, 361: p.662–668
16. Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care 2007
17. Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care 2007
18. Научно обоснованное лечение пациентов страдающих опиоидной зависимостью В. Бринк, К. Хаасен Evidence-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients W. van den Brink, MD, PhD1, C. Haasen, MD, PhD2. Источник: Can J Psychiatry, Vol 51, № 10, September 2006

19. Carroll KM, Ball SA, Nich C, O'Connor PG, Eagan DA, Frankforter TL, Triffleman EG, Shi J and Rounsaville BJ (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*. 58(8):755-761.
20. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M., Kirchmayer U., Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford (UK): Update Software; 2006.
21. WHO Library Cataloguing-in-Publication data OPERATIONAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF OPIOID DEPENDENCE IN THE SOUTH-EAST ASIA REGION
22. THE NICE GUIDELINE Drug misuse: Opioid detoxification NICE clinical guideline 51 "Drug misuse Psychosocial interventions"
23. WHO "Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence"
24. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадонном при синдроме зависимости от опиоидов
25. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. 2007.—768 с.
26. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ/ Под редакцией Д. Барлоу 2008
27. Winger et al., *Handbook on Drug and Alcohol Abuse*, 1992.
28. O'Connor, Fiellin, 2000.
29. Amato L., Davoli M., Ferri M., Ali R. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2005. Oxford (UK): Update Software; 2005
30. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE clinical guideline 52 Drug misuse: opioid detoxification срп 8
31. National Institute for Health and Clinical Excellence Drug misuse: opioid detoxification
32. Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Sep;59(9):817-24.
33. Gonzalez G., Oliveto A., Kosten T.R. Combating opiate dependence: a comparison among the available pharmacological options. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:713-25.
34. Dietze P., Cantwell K., Burgess S. Bystander resuscitation attempts at heroin overdose: does it improve outcomes? *Drug Alcohol Depend* 2002;67:213_8.
35. Clarke S. Intravenous or intramuscular/subcutaneous naloxone in opioids overdose. *Emerg Med J* 2001;19:249.
36. Kreek M.J., LaForge K.S., Butelman E. Pharmacotherapy of addictions. *Nature Reviews* 2002;1:710_26.
37. van Ree J.M. Opioids and the dynamics of addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12(Suppl3):S77_S78.
38. Sporer K.A. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ* 2003;326:442_4.
39. Warner-Smith M., Darke S., Lynskey M., Hall W. Heroin overdose: causes and consequences. *Addiction* 2001;96:1113_25.
40. Sporer K.A. Acute heroin overdose. *Ann Intern Med* 1999;130:584_90.
41. Лечение наркотической зависимости: Комплект учебных материалов Treatnet 2, Модуль 2, Том С UNODC
42. Ponizovsky A.M., Grinshpoon A., Margolis A., Cohen R., Rosca P. Well-being, psychosocial factors, and side effects among heroin-dependent inpatients after detoxification using buprenorphine versus clonidine. *Addict Behav* 2006;Mar 6. (epub ahead of print).

43. Gowing L., Ali R., White J. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
44. Mitchell T.B., White J.M., Somogyi A.A., Bochner F. Slow_release morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherpaies for opioid dependence. *Addiction* 2004;99:940 5.
45. A., Fischer G. Use of slow_release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *Eur Addict Res* 2005;11:145_51.
46. Vasilev G.N., Alexieva D.Z., Pavlova R.Z. Safety and efficacy of oral slow release morphine for maintenance treatment in heroin addicts: a 6_month open noncomperative study. *Eur Addict Res* 2006;12:53_60.
47. Eder H., Jagsch R., Kraigher D., Primorac A., Ebner N., Fischer G. Comparative study of the effectiveness of slow_release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 2005;100:1758_9.
48. Giacomuzzi S., Kemmler G., Erlt M., Riemer Y. Opioid addicts at admission vs. slow_release oral morphine, methadone, and sublingual buprenorphine maintenance treatment participants. *Subst Use Misuse* 2006;41:223_44.
49. С.В. Дворяк, Л.В.Власенко, К.В. Думчев, А.Б. Карачевский, А.В. Подсви́рова, Г.А. Приб, Т.А. Трецкая, Е.В. Макаренко, В.В. ШтенгеловС.В. Дворяк, Л.В.Власенко, К.В. Думчев, А.Б. Карачевский, А.В. Подсви́рова, Г.А. Приб, Т.А. Трецкая, Е.В. Макаренко, В.В.Штенгелов Поддерживающая терапия агонистами опиоидов. Методическое пособие. Киев 2010г.
50. Ю.П. СИВОЛАП Д. м. н., профессор Московскоймедицинской академии им. И.М. Сеченова К проблеме ВИЧ-инфекцииу больных наркоманией. Журнал Монитор №1(9) Лечение наркозависимости в эпоху ВИЧ/СПИДа
51. Поддерживающая терапия агонистами опиатов(опиоидная заместительная терапия):международный опыт Обзор литературы
52. Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence.*Arch Gen Psychiatry*. 2002 Sep;59(9):817-24.
53. Farabee D, Rawson R, McCann M. Adoption of drug avoidance activities among patients in contingency management and cognitive-behavioral treatments.*J Subst Abuse Treat*. 2002 Dec;23(4):343-50.
54. Pollack MH, Penava SA, Bolton E, Worthington JJ 3rd, Allen GL, Farach FJ Jr, Otto MW. A novel cognitive-behavioral approach for treatment-resistant drug dependence.*J Subst Abuse Treat*. 2002 Dec;23(4):335-42.
55. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD005031.
56. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S.Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5;(10):CD004147.
57. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR.The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *J Marital Fam Ther*. 2012 Jan;38(1):281-304. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x. Epub 2011 Sep 6.
58. Kaminer Y.Addictive disorders in adolescents.*Psychiatr Clin North Am*. 1999 Jun;22(2):275-88.
59. Carroll KM, Nich C, Lapaglia DM, Peters EN, Easton CJ, Petry NM. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction*. 2012 Mar 9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03877.x. [Epub ahead of print]

60. Kiluk BD, Nich C, Babuscio T, Carroll KM. Quality versus quantity: acquisition of coping skills following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854334> disorders. *Addiction*. 2010 Dec;105(12):2120-7. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03076.x. Epub 2010 Sep 20.
61. Witkiewitz K, Hartzler B, Donovan D. Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20491723> hypothesis. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1403-13. Epub 2010 May 14.
62. Beadnell B, Nason M, Stafford PA, Rosengren DB, Daugherty R. Short-term outcomes of a motivation-enhancing approach to DUI intervention. *Accid Anal Prev*. 2012 Mar;45:792-801. Epub 2011 Dec 2.
63. Gandhi DH, Jaffe JH, McNary S, Kavanagh GJ, Hayes M, Currens M. Short-term outcomes after brief ambulatory opioid detoxification with buprenorphine in young heroin users. *Addiction*. 2003 Apr;98(4):453-62.
64. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология: Пер. с англ. - 2-е изд. испр. - М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 2000.
65. .M. Schuckit. Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. Springer; 6th ed. Dec 9 2005.
66. Aaron Beck, Arthur Freeman. Cognitive Therapy of Personality Disorders, 1990
67. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для врачей. Минск, 2003.
68. Вим Буйзман. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ. Руководство по проведению тренингов. Москва, УНПООН, 2007.
69. Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., Rychtarik R.G. (1992) Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
70. Руководство по наркологии/Под ред. Н.Н. Иванца, - 2-е изд., испр., доп. и расш. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.
71. Наркология: национальное руководство /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
72. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии/ Под ред. А.С. Тиганова. –М.: Медицина, 1999.-Т2.
73. Gable R.S. Comparison of acute Lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances.// *Addiction*.-2004.-Vol.99,№6.-P.686-696.
74. Jaffe J.H., Jaffe A.B. Opioid-related disorders // *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.-2000.-Vol.1. –P.1038-1063/
75. Sporer K.A. Strategies for preventing heroin overdose // *Br. Med. J.* – 2003.-Vol.326/-P/442-444.
76. Сиволап Ю.П.; Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии.-М.: Медицина, 2000.-349с.
77. .Сиволап Ю.П.; Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость.-М.: Медицина 2005.-303с.
78. [Morrow R. И соавт., 1983; Leclech С., и соавт., 1997; Friedman Н., Eisenstein Т.К., 2004; Thorpe L.E. и соавт., 2004].
79. Bishburg E. и соавт., 1986; Havlir D.V., Barnes P.F., 1999
80. [Рохлина М.Л., Иванец Н.Н., 1999; Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2002; Friedman S.R. и соавт., 2002; Richard A.J. и соавт., 2002; Avants S.K. и соавт., 2004].
81. Gibson AE, Doran CM, Bell JR, Ryan A and Lintzeris N (2003). A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomized trial. *Medical Journal of Australia*. 179(1):38-42.

82. Vignau J, Boissonnas A, Tignol J, Millot Y and Mucchielli A (2003). [French nationwide survey of abstinence-oriented treatments in opiate-addicted
83. patients. Results at 12 months]. *Annales de Medecine Interne (Paris)*. 154 Spec No 2:S23-32.
84. AmericanPsychiatricAssociation (2006). Practice guideline for Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. Copyright 2010. *Accessed at www.psych.org*.

Глоссарий

Абстиненция (Abstinence)

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

Вредное употребление опиоидов (Harmful use of opioids)

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

Гемотрансмиссивные заболевания (Bloodborne diseases)

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

Детоксикация (Detoxification)

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

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

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

Зависимость (Dependence)

Как общий термин означает состояние необходимости или потребности в чем-то или ком-то для поддержки либо для функционирования или выживания. Применительно к опиоидам подразумевает необходимость повторного приема наркотического средства для обеспечения хорошего самочувствия или во избежание плохого самочувствия.

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

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

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

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

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

Наркотическое средство (Narcotic drug)

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

Нейроадаптация (Neuroadaptation)

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

Опиум (Opiate)

Вещество из группы алкалоидов, получаемых из опийного мака (*Papaver somniferum*), способное оказывать обезболивающее действие, вызывать эйфорию, а в повышенных дозах – ступор, коматозное состояние и угнетение дыхания. На синтетические опиоиды этот термин не распространяется.

Опиоид (Opioid)

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

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

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

К физическим последствиям употребления опиоидов (главным образом в результате внутривенного введения) относятся гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сепсис, эндокардит (воспаление внутренней оболочки сердца), пневмония и абсцесс легкого, тромбофлебит (образование сгустков крови, вызывающих воспаление вен) и острый некроз скелетных мышц (разложение мышечных волокон). Часто возникают психологические и социальные расстройства, что отражает незаконность немедицинского употребления опиоидов.

Опиоидная интоксикация (Opioid intoxication)

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

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

Опиоид, эндогенный (Opioid, endogenous)

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

Передозировка опиоидов (Opioid overdose)

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

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

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

Психосоциальное вмешательство (Psychosocial intervention)

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

Психотропное вещество (Psychotropic substance)

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

Расстройства, обусловленные употреблением опиоидов (Opioid use disorders)

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

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

Группа вариабельных по сочетанию и тяжести симптомов, возникающих при полном прекращении или уменьшении употребления психоактивного вещества принимаемого многократно, обычно на протяжении длительного периода или в больших дозах (МКБ-10, код F1x.3). Синдром отмены может сопровождаться признаками физиологических нарушений. Это один из показателей синдрома зависимости и определяющая характеристика психофармакологического определения зависимости. Наступление и течение синдрома отмены ограничены во времени и связаны с видом вещества и дозой, которая была принята непосредственно перед прекращением или уменьшением употребления. Обычно признаки синдрома отмены являются противоположностью острой интоксикации.

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

Синдром отмены опиоидов (Opioid withdrawal syndrome)

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

Снижение вреда (Harm reduction)

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

алкогольного опьянения. Стратегии снижения вреда охватывают более широкий спектр мероприятий по сравнению с простым снижением предложения и спроса.

Толерантность (Tolerance)

Снижение ответной реакции организма на дозу наркотического средства, которое наступает при постоянном употреблении этого средства. Если у данного лица выработалась толерантность к определенному наркотическому средству, для достижения эффектов, первоначально достигавшихся меньшими дозами, требуются повышенные дозы. Развитию толерантности могут способствовать как физиологические, так и психосоциальные факторы. К физиологическим факторам относятся метаболическая и функциональная толерантность. При метаболической толерантности вещество может легче выводиться из организма вследствие более высокой скорости его метаболизма. При функциональной толерантности центральная нервная система менее чувствительна к этому веществу. Примером психосоциального фактора, способствующего развитию толерантности, может служить поведенческая толерантность, при которой приобретенный опыт или изменившиеся ограничения, накладываемые окружающими условиями, изменяют действие наркотического средства. Острая толерантность означает быструю временную аккомодацию к действию вещества после приема одной дозы. Обратная толерантность, также называемая сенсibilизацией, означает состояние, при котором реакция на вещество повышается при повторном употреблении

Приложение 1

Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ

Следующие вопросы касаются симптомов, связанных с употреблением вами героина или других опиоидов, по поводу чего вы сейчас проходите лечение. Вопросы относятся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу Вашего текущего лечения.

[В следующих пунктах замените, где подходит, слово «вещество» на название употребляемого вами опиоида.]

1. Испытывали ли вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению <i>вещества</i> ?	Да	Нет
2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление <i>вещества</i> ?	Да	Нет
3. Возникали ли у вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема <i>вещества</i> ?	Да	Нет
4. Приходилось ли вам употреблять <i>вещество</i> для облегчения или снятия симптомов отмены?	Да	Нет
5. Замечали ли вы, что вам требуется более высокая доза <i>вещества</i> для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)?	Да	Нет
6. Не появлялось ли у вас по прошествии времени стремления разнообразить характер употребления <i>вещества</i> ?	Да	Нет
7. Отказывались ли вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием <i>вещества</i> ?	Да	Нет
8. Ощущали ли вы, что употребление <i>вещества</i> наносит вам психический и физический вред?	Да	Нет
9. Вы продолжали употреблять <i>вещество</i> , несмотря на очевидные вредные последствия?	Да	Нет
10. Как давно Вы испытываете такого рода проблемы, связанные с употреблением наркотика?		
а. годы		
б. месяцы		

Наличие **Зили** более симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9 указывает на зависимость.

11. а. Укажите, имеется ли синдром опиоидной зависимости (F11.2)	Да	Нет
б. Если «Да», укажите конкретный опиоид: _____		

Приложение 2

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

Приложение 3

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

Фармакология основных опиоидных агонистов применяемых при лечении опиоидной зависимости

Бупренорфин (Buprenorphine). Химическое имя: 17-(Циклопропилметил)- 7,8-дигидро-7- [(1S)-2-гидрокси-3,3-диметилбутил-2] –6-метокси-О-метил- 6,14-этан-17- норморфина гидрохлорид. CAS: 52485-79-7.

Синонимы: Анфин, Бупранал, Норфин, Buprenal, Buprenex, Buprex, Lepetan, Norphine, Subutex, Temgesic, Эднок (Addnok)

Опиоидный анальгетик, частичный агонист мю-рецепторов с некоторой антагонистической активностью в отношении каппа-рецепторов.

Частичная активность бупренорфина означает, что он не вызывает толерантности к опиоидам в такой же степени, как метадон. Его высокое сродство к рецепторам означает, что он может блокировать эффекты добавочного приема опиоидов, не вызывая такой степени толерантности, как метадон. Медленная диссоциация комплекса лиганд-рецептор в сочетании с частичной активностью означает, что бупренорфин вызывает более слабый синдром отмены, чем метадон.

При низких уровнях опиоидной нейроадаптации все дозы бупренорфина вызывают эффекты агониста, причем высокие дозы вызывают эффекты, которые качественно аналогичны эффектам малых доз, но сохраняются дольше. Однако при высоких уровнях нейроадаптации после недавнего приема опиоидов высокие дозы бупренорфина могут вытеснять героин и другие опиоиды из рецепторов, что ведет к быстрому снижению опиоидного эффекта, которое ощущается как состояние отмены опиоидов

К потенциальным преимуществам бупренорфина относится то, что у него очень высок "запас прочности" с точки зрения безопасности. Действие бупренорфина как частичного агониста опиоидных μ -рецепторов не позволяет ему вызывать угнетения дыхания с потенциально летальным исходом, которое бывает при чрезмерном поглощении полных опиоидных агонистов. Этот "запас прочности" также дает возможность применять более высокие дозы для пролонгирования действия, не создавая при этом значительного усиления опиоидного эффекта. (2)

Важно помнить, что повышение дозы бупренорфина не усиливает его агонистическое действие, а только удлиняет.

Во многих странах малые дозы бупренорфина широко используют для купирования острой боли

Форма выпуска: подъязычные таблетки бупренорфина гидрохлорид

Дозировка: 2мг, 8 мг

Время максимальной концентрации в организме: от 90 до 150 минут после сублингвального приема

Максимальное время клинических эффектов: от 1 до 4 часов после принятия дозы

Продолжительность действия: в дозе 2 - 4 мг оказывает клинический эффект до 12 часов; в дозе 16 - 32 мг может оказать эффект от 48 до 72 часов.

Метаболизм: Высокий процент бупренорфина связывается с белками плазмы. Метаболизируется в печени системой энзимов цитохрома P450 3A4 в норбупренорфин и другие метаболиты

Выводится из организма: с фекалиями и мочой

Период полувыведения: от 20 до 37 часов

Блокирующий эффект (доза, когда эффект дополнительных опиоидов заметно снижается): Максимальный от 12 до 16 мг в сутки

Поддерживающие дозы: от 8 до 32 мг в сутки

Эквивалентность: Поддерживающие дозы бупренорфина 12 - 16 мг бупренорфина (Подъязычные таблетки) примерно так же эффективны, как и 50 - 80 мг метадона в снижении потребления героина и удержании в лечении пациентов. Трудно сравнить дозы выше 80 мг метадона и выше 16 мг бупренорфина, потому что могут быть различные эффекты.

Бупренорфин хорошо растворяется в воде, есть риск того, что он может употребляться в виде инъекции. Потребление препарата следует контролировать с самого начала и ограничить этот риск, поскольку инъекционное потребление бупренорфина может приводить венозным повреждениям, боли при инъекциях, токсических гепатитов и др. инфекций передающихся с кровью.

Эффекты и нежелательные эффекты: Большинство нежелательных эффектов бупренорфина похожи на те, которые связаны с другими опиатами, в том числе запоры, головные боли, потливость. Кроме того, многие пациенты жалуются на горький вкус. Как и другие опиаты, побочные эффекты, проходят в первые дни лечения.

Метадон (метадона гидрохлорид) – 6 диметиламин – 4,4 – дифенил – 3 – гепатон гидрохлорид, представляет собой сильнодействующий синтетический опиоидный агонист. Он выпускается в двух формах – в виде таблетки и жидкого раствора.

У лиц, неискушенных в приеме 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.

Метадон обладает высокой (85%) биологической доступностью при приеме внутрь (т.е. долей терапевтически активного препарата, попадающей в большой круг кровообращения и доставляемой к месту действия после приема). Пиковые концентрации в плазме крови обычно достигаются через 2-4 часа после приема. Метадон широко распространяется в тканях, а связывание с белками составляет от 60% до 90%. Метадон 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 фекалиями и мочой вместе с неизмененным метадоном. Сопутствующий прием наркотических средств и лекарственных препаратов, влияющих на эти ферменты, может привести к клинически значимым взаимодействиям. Дозы метадона должны соответственно корректироваться. Периоды полувыведения различаются в широких пределах – от 15 до 60 часов, поэтому при повторных введениях, после которых происходит постепенное накопление препарата в тканях, нужна осторожная корректировка дозы.

Побочные явления при использовании метадона и бупренорфина в целом похожи и обусловлены их опиоидной агонистичной природой. Большинство побочных действий не имеют особой тяжести течения, хорошо переносятся, и возникают на ранних стадиях лечения, после чего постепенно проходят. Коррекцию побочных явлений осуществляют с помощью симптоматического лечения. К побочным действиям заместительных препаратов можно отнести:

1. Связанные с действием опиоидов на центральную нервную систему: эйфория; приятное ощущение теплоты в желудке; вялость; сонливость; тошнота; рвота; дыхательная недостаточность (изменения частоты и глубины дыхания); подавление кашлевого рефлекса; тяжесть в конечностях; судороги (только при приеме высоких доз, крайне редкое явление при употреблении метадона).

2. Связанные с действием опиоидов на периферическую нервную систему: сухость во рту, носовой полости, глазах; сужение зрачков; задержку мочеиспускания; запоры.
3. Связанные с высвобождением гистамина из тучных клеток: зуд, потливость, эритема лица, гиперемия кожи, сужение дыхательных путей.
4. Другие эффекты, связанные с приемом опиоидов: сокращение или прекращение менструаций; расстройства сексуальной сферы; галлюцинации; отеки ступней и лодыжек; затруднения наступления оргазма; учащение сердечных сокращений; чувство тревоги; увеличение массы тела.
5. Субъективно, многие пациенты при приеме бупренорфина описывают его эффект как "ясная голова" что сильно отличает его от состояния "помутнение", связанное с приемом героина

Налтрексон

Налтрексон представляет собой принимаемый перорально активный опиоидный антагонист с эффективной продолжительностью действия 24-48 часов, благодаря чему он может приниматься один раз в день. Налтрексон обладает высоким сродством к опиоидным рецепторам и в считанные минуты вытесняет героин и метадон, а через 1-4 часа – бупренорфин. В клинике используется после отмены опиоидов для предупреждения рецидива опиоидной зависимости.

Попадая в организм, налтрексон приводит к "нечувствительности" рецепторов, отвечающих за ощущение эйфории от вводимых алкоголя или опиоидов. Таким образом, пациент не получает ожидаемый эффект от употребления этанола, опиоидов.

Наибольшее сродство имеет к мю- и каппа-рецепторам. Снижает эффект опиоидных анальгетиков (анальгетический, противодиарейный, противокашлевой); устраняет побочные эффекты опиоидов (в т.ч. эндогенных), за исключением симптомов, обусловленных гистаминовой реакцией. В сравнении с налоксоном действует более сильно и длительно. Может вызвать миоз (механизм неизвестен). Сочетание с опиоидами в больших дозах приводит к повышению высвобождения гистамина с характерной клинической картиной (гиперемия лица, зуд, сыпь). У пациентов с опиоидной зависимостью вызывает приступ абстиненции. При алкоголизме связывается с опиоидными рецепторами и блокирует эффекты эндорфинов. Снижает потребность в алкоголе и предотвращает рецидивы в течение 6 мес после 12-недельного курса терапии (успех лечения зависит от согласия больного). Длительное назначение не вызывает толерантности и зависимости.

Налтрексон выпускается в форме таблеток по 15 и 50 мг.

Приложение 5

Применение других лекарственных средств, при лечении синдрома зависимости от опиоидов.

Группа	Название	Дозы	Использование
Агонисты альфа 2-адренорецепторов	Клонидин	0,00045 - 0,0009г/сут	Опийный абстинентный синдром, купирование вегетативных нарушений
Альфа-адреноблокаторы	Пророксан	0,09-0,135г/сут	Опийный абстинентный синдром, купирование вегетативных нарушений
Обезболивающие средства различных классов и химических групп	Трамадол	0,4-0,6г/сут (в/м)	Опийный абстинентный синдром, купирование болевых нарушений
	НПВС	Терапевтические	
Нейролептики	Хлорпромазин	0,025-1,0 г/сут	Опийный абстинентный синдром, купирование психомоторного возбуждения, расстройств сна
	Галоперидол	0,003-0,02г/сут	Проявления патологического влечения к наркотикам в опийном абстинентном синдроме и на этапе противорецедивного лечения
	Левомепромазин	0,05-0,15-0,25г/сут	Опийный абстинентный синдром, купирование расстройством сна, тревоги, проявлений патологического влечения к наркотикам
Транквилизаторы	Диазепам,	Дозы различны, прием внутрь, в/м, в/в	Опийный абстинентный синдром, постабстинентный (подострый) период
Симптоматические средства	Метоклопрамид	Терапевтические	Купирование тошноты, рвоты при абстиненции
	Лоперамид		Лечение диареи при абстиненции

Другие фармакологические вмешательства на основе поддерживающего лечения (1)

Поддерживающая терапия кодеином лицензирована только в Германии.

Из-за более низкой биодоступности кодеина поддерживающему лечению этим препаратом, вероятно, в будущем не найдется места в лечении опиоидной зависимости.

Дигидрокодеин применяется в некоторых странах для проведения детоксикации и заместительной поддерживающей терапии.

Настойка опия (лаудан – laudanum) используется в ряде стран Азии для лечения синдрома отмены опиоидов и, реже, для заместительной поддерживающей терапии. Различные пероральные препараты морфина, приготовленные по специально разработанной рецептуре с таким расчетом, чтобы обеспечивалось медленное высвобождение активного вещества (их также называют препаратами с замедленным, контролируемым или рассчитанным по времени высвобождением активного вещества), тоже имеют потенциальную ценность в лечении опиоидной зависимости. Однако еще предстоит провести контролируемые исследования по изучению эффективности этих препаратов при заместительной терапии.

Поддерживающая терапия МПД (морфин пролонгированного действия) – является много обещающим средством, которое дополняет список существующих препаратов, используемых для поддерживающей терапии. Он был лицензирован для использования в нескольких европейских странах. Несколько небольших, преимущественно открытых исследований показали позитивные результаты приема МПД в отношении удержания на лечении, снижения уровня употребления героина и (или) улучшения качества жизни (44-48). Подтверждение этих результатов в дальнейших исследованиях позволит установить дополнительную ценность данного препарата в лечении героиновой зависимости.

Метод предоставления пациенту назначаемого врачом диацетилморфина (героина) в качестве заместительной поддерживающей терапии стал темой широкого обсуждения, но в научных исследованиях изучался сравнительно мало. В Голландии и Швейцарии были реализованы национальные программы по оценке практической осуществимости использования назначаемого врачом диацетилморфина для лечения лиц с тяжелыми формами зависимости. В обеих странах пациенты, имеющие в прошлом неудачный опыт лечения метадонем, успешно участвовали в лечебной программе с применением диацетилморфина. Вопрос об относительном влиянии на результаты лечения психосоциальной поддержки, которой сопровождалось назначение препарата, является предметом дальнейших исследований. Метод применения диацетилморфина сложен, требует значительных расходов и оценен только в странах с хорошо развитой лечебной системой. Результаты таких оценок указывают на то, что в комплексных системах лечения он мог бы быть альтернативой для небольшой части пациентов с продолжительной и тяжелой зависимостью, у которых другие методы лечения оказались неэффективными.

**Индикаторы для оценки доступности услуг и качества
предоставляемой наркологической помощи**

№	Область измерения и уровень системы	Индикатор	Числитель	Знаменатель	Источники данных
Индикаторы ресурса					
1.	Наличие оснащенного наркокабинета на уровне ЦСМ	% медучреждений первичного звена, имеющих оснащенные наркокабинеты (согласно приказа №65 МЗКР)	Из знаменателя, Количество медучреждений первичного звена, имеющих оснащенные наркокабинеты	Количество мониторируемых медучреждений первичного уровня за период аудита	Штатное расписание учреждения Отчет нарколога наркокабинета
2.	Наличие мультидисциплинарной бригады (нарколог, м/с наркологического профиля, психолог и соц. работник)	% медучреждений первичного звена, имеющих при наркокабинете мультидисциплинарную бригаду	Количество медучреждений первичного звена, имеющих при наркокабинете мультидисциплинарную бригаду	Количество мониторируемых медучреждений первичного уровня за период аудита	Штатное расписание учреждения
3.	Профессиональная категория медперсонала	Количество медицинских работников, прошедших профессиональное обучение на кафедре КГМИ иПК за последние три года	Количество медицинских работников, прошедших профессиональное обучение на кафедре КГМИ иПК за последние три года	Количество всех медицинских работников работающих в медицинском учреждении	Сертификаты и свидетельства об обучении и получении категории за последние три года
4.	Выявление, диагностика, лечение/ Ресурс	% наркокабинетов, имеющих основные ресурсы для оказания наркопомощи (национальные клинические протоколы по зависимости для первичного уровня; распечатанные инструкции функциональных обязанностей мультидисциплинарной бригады)	Из знаменателя, количество медучреждений первичного уровня, имеющих все (наркокабинеты и мультидисциплинарные команды) основные ресурсы для оказания наркопомощи	Количество мониторируемых медучреждений первичного уровня за период аудита	Оснащение наркокабинета
5.	Все врачи наркологического	Процент врачей, владеющих	Количество врачей, сдавшие экзамены	Все врачи стационара	Анкетные результаты

	стационара (отделения) должны владеть навыками заполнения опросника индекса тяжести зависимости	навыками заполнения опросника индекса тяжести зависимости	(аттестацию) по навыкам заполнения ИТЗ		экзаменов
Индикатор процесса					
6.	Качество медицинских карт наркологического стационара (отделения)	Процент медицинских карт наркологического стационара (отделения), содержащих заполненную анкету индекса тяжести зависимости	Количество медицинских карт наркологического стационара (отделения), содержащих ИТЗ	Все медицинские карты наркологического стационара (отделения)	Медицинские карты наркологического стационара (отделения)
7.	Скрининг по вопросам ВИЧ, ТБ, ИППП лиц с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) обратившийся за медицинской услугой в наркологические учреждения	Процент пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), обратившихся за медицинской услугой в государственные наркологические учреждения и прошедшие скрининг по ВИЧ, ТБ, ИППП	Количество пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), обратившихся за медицинской услугой в государственные наркологические учреждения и прошедшие скрининг по ВИЧ, ТБ, ИППП	Все пациенты с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) обратившихся за медицинской услугой в государственные наркологические учреждения	1 журналы по ДКТ, 2. журнал направлений на ТБ, ВИЧ, ИППП 3. медицинские карты с анализами скрининга ТБ, ВИЧ, ИППП 4. анкета пациентов
8.	Скрининг гепатитов В и С	Процент пациентов, получивших услугу в наркологическом стационаре (отделении), а также в амбулаторных программах, прошедших обследование на наличие гепатитов В и С	Количество пациентов, получивших услугу в наркологическом стационаре (отделении), а также в амбулаторных программах прошедших обследование на наличие гепатитов В и С	Все пациенты с зависимостью от опиоидов, обратившихся за медицинской услугой в наркологические учреждения	Наличие результатов анализа на гепатиты В и С в медицинских картах
9.	Скрининг качества оказываемой помощи	Процент пациентов, отказавшихся от употребления нелегальных наркотиков в течение 6 месяцев после лечения	Количество пациентов, находящиеся в ремиссии в течение 6 месяцев (нет обращения в течение 6 месяцев)	Количество всех пациентов прошедших детоксификацию в наркологическом стационаре	Анкета Отчеты отделений Журналы поступлений

		(детоксификации) от зависимости опиоидами			
10.	Территориальная представленность ОЗТ	Количество пунктов ОЗТ	Количество пунктов ОЗТ		Программные отчеты, база данных
11.	Охват ПИН ОЗТ	Количество ПИН на ОЗТ на момент оценки	Общее количество ПИН	Количество клиентов ОЗТ	Программные отчеты, база данных
12.	Психосоциальная поддержка	Доля программ ОЗТ, которые предоставляют психосоциальную поддержку	Количество программ ОЗТ, которые предоставляют психосоциальную поддержку всем клиентам	Общее количество программ ОЗТ	Мониторинг и оценка программ
13.	Продолжительнос ть лечения	Доля пациентов в ОЗТ, которые получают рекомендованную ВОЗ дозу метадона	Количество пациентов, которые получают больше 60 мг метадона	Количество пациентов ОЗТ на момент оценки	База данных
14	Продолжительнос ть лечения	Доля пациентов на ОЗТ, которые на данный момент в программе ОЗТ и которые были в программе ОЗТ беспрерывно в течение последних 12 месяцев	Количество лиц, которые были на ОЗТ по меньшей мере 6 месяцев за последние 12 месяцев	Количество мест на ОЗТ лечении на момент оценки	Программные отчеты, база данных