

Приложение 2  
к приказу МЗ КР № 259  
от 10.03.2023 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ С ОПИОИДНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ОСНОВЕ  
ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ  
АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ

**Клиническое руководство**

Клиническое руководство «Лечение лиц с опиоидной зависимостью на основе поддерживающей терапии агонистами опиоидов» утвержден Приказом Министерства здравоохранения КР № 259 от 10.03.2023 г.

### **Клиническая проблема**

Лечение лиц с расстройствами связанных с употреблением опиоидов на основе поддерживающей терапии агонистами опиоидов.

### **Целевые группы**

Врачи - наркологи, врачи – психиатры, врачи предоставляющие поддерживающую терапию в центрах семейной медицины, в стационарах, в медицинских частях учреждений Службы исполнения наказаний при МЮ КР, медицинские сестры, социальные работники, психологи, консультанты сайтов поддерживающей терапии, руководители учреждений где предоставляется поддерживающая терапия опиоидной зависимости.

### **Цель создания клинического руководства**

Данное клиническое руководство разработано с связи с расширением услуг в рамках поддерживающей терапии агонистами опиоидов для охвата большего числа пациентов с опиоидной зависимостью и предоставления качественной помощи в лечебных учреждениях МЗ КР и медицинских частей СИН МЮ КР

### **Дата пересмотра**

В случае появления новых научных рекомендаций и доказательств, клиническое руководство и клинический протокол будут обновлены. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

### **Название документа**

Клиническое руководство «Лечение лиц с опиоидной зависимостью на основе поддерживающей терапии агонистами опиоидов»

Клинический протокол «Лечение лиц с опиоидной зависимостью на основе поддерживающей терапии агонистами опиоидов»

### **Применимость**

Клиническое руководство и клинический протокол применимы к лицам с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов.

### **Адрес и контактные данные с разработчиками рабочей группы:**

1. Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Байтик баатыра, 1а Республиканский центр психиатрии и наркологии Тел./Факс: +996(312)570938;  
e-mail: ainura-13@yandex.ru ajzada-u@yandex.ru
2. Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Московская, 148 Министерство здравоохранения КР e-mail: sutueva1972@mail.ru
3. Кыргызская Республика г. Бишкек ул \_\_\_\_\_ ОЮЛ «АССВ», s.bessonov@gmail.com

*Протокол разработан и издан в рамках Кооперационного соглашения между  
Республиканским центром психиатрии и наркологии МЗ КР и Центрами США по  
контролю и профилактике заболеваний*

## Содержание

Состав рабочей группы	4
Декларация конфликта интересов	5
Метод формулирования рекомендаций	5
Список сокращений	6
<b>1. Введение</b>	7
1.1. Эпидемиология употребления опиоидов	7
1.2. Актуальность и обоснование разработки клинического руководства	8
1.3. Определение терминологий	9
<b>2. Диагностика опиоидной зависимости</b>	12
<b>3. Соблюдение этических норм при проведении лечения</b>	13
<b>4. Выбор подходящего лечения агонистами опиоидов при опиоидной зависимости</b>	15
<b>5. Первичная оценка пациента, схема обследования</b>	21
<b>6. Показания и противопоказания ПТАО</b>	22
<b>7. Поддерживающее лечение бупренорфином</b>	23
7.1. Фаза индукции	23
7.2. Фаза стабилизации	26
7.3. Фаза поддержки	
<b>8. Поддерживающее лечение метадоном</b>	27
8.1. Фаза индукции или подбора дозировок	27
8.2. Фаза поддержки	28
<b>9. Завершение ПТАО</b>	
<b>10. Побочные эффекты агонистов опиоидов</b>	31
<b>11. Практические аспекты проведения ПТАО</b>	32
11.1. Потребление ПАВ не в медицинских целях в ПТАО	32
11.2. Пропуски приема АО	34
11.3. Деление дозы метадона	34
11.4. Низкие дозы метадона	34
11.5. Интерпретация результатов скрининговых исследований с целью выявления ПАВ в моче	35
11.6. Выдача АО для приема на дому	36
11.7. Психосоциальная поддержка в ПТАО	36
<b>12. Организация системы лечения</b>	38
Список использованной литературы	41

## **Состав рабочей группы**

Г.Б. Сутуева	Председатель рабочей группы; Главный специалист отдела первичной медико-санитарной помощи Управления организации медицинской помощи и общественного здравоохранения МЗ КР
А.Т. Есенаманова	Заведующий организационно-статистическим и информационно-аналитическим отделом Республиканского центра психиатрии и наркологии МЗ КР, врач психиатр-нарколог
А.Дж. Усенакунова	Специалист по мониторингу и оценке проекта CDC Республиканского центра психиатрии и наркологии МЗ КР, врач -нарколог
Р.Дж.Джантемиров	Заведующий отделением №11 Республиканского центра психиатрии и наркологии МЗ КР, врач психиатр-нарколог
И.М. Ходжаев	Пользователь услуг поддерживающей терапии метадоном в г.Бишкек
Т.В. Кучеряевых	Пользователь услуг поддерживающей терапии метадоном в г.Бишкек
С.А. Бессонов	Исполнительный директор ОЮЛ «АССВ», представитель гражданского сектора

## **Внутренние эксперты**

Т.И. Галако	Президент Кыргызской психиатрической ассоциации, заведующий кафедрой медицинской психологии, психиатрии и наркологии КГМА им. И.К.Ахунбаева, кандидат медицинских наук, доцент
Ж.Н. Омурова	Декан факультета семейной медицины КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова; кандидат медицинских наук

## **Внешние эксперты**

Фредерик Л. Алтис	Профессор медицины и общественного здоровья, Йельский Университет, США
Линн Мейдин	Главный исполнительный офицер, АРТ Фонд, Йельский Университет, доцент

## **Методологическая экспертная поддержка**

А.У. Джакубекова	главный специалист УОМПиЛП МЗ КР, к.м.н., доцент
А.А. Матоморова	заведующий отделом доказательной медицины и медицинских технологий ЦРЗиМТ при МЗ КР

## Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического протокола 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, осуществляющими производство метадона гидрохлорид или бупренорфина и комбинированного препарата бупренофин/налоксон

## Метод формулирования рекомендаций

В данном документе использованы рекомендации из Руководства по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2009 год (Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization (WHO), 2009), а также из других разработанных документов, стандартов УНП ООН и других источников, на которые в документе даются ссылки. Следует отметить, что руководство 2009 года считается устаревшим, и существует новая рабочая группа, которая занимается его пересмотром.

Все ссылки, публикации, данные литературы, были тщательно проработаны и процитированы без искажения

Все ключевые рекомендации взятые из Руководства ВОЗ и другой более свежей литературы адаптированы и применимы в условиях КР.

Качество фактических данных и рекомендаций взятые из Руководства ВОЗ оценивалось в системе GRADE как «высокое», «среднее», «низкое» и «очень низкое». Определения этим категориям даются следующие:

«Высокое» – очень маловероятно, что дальнейшие исследования изменят доверие к оценке эффекта.

«Среднее» – вероятно, что дальнейшие исследования окажут важное влияние на доверие к оценке эффекта и могут привести к изменению оценки.

«Низкое» – очень вероятно, что дальнейшие исследования окажут важное влияние на доверие к оценке эффекта, и вероятно, что они изменят оценку

«Очень низкое» – любая оценка эффекта является очень неопределенной.

Также в соответствии с системой GRADE, рекомендации по своей категоричности разделены на две группы, «высокой» и «стандартной» степени категоричности.

Рекомендации «высокой степени» категоричности можно трактовать следующим образом:

- 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.

«Стандартные» рекомендации можно трактовать следующим образом:

- 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.

На все ключевые и клинические рекомендации в Клиническом руководстве присвоены градации соответствующие определённому уровню доказательности данных. Чем выше градация рекомендации, тем выше достоверность исследований, на которой она основана.

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

### Список сокращений

АО	Агонисты опиоидов
ПТАО	Поддерживающая терапия агонистами опиоидов
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛУИН	Лица употребляющие инъекционные наркотики
МКБ	Международная классификация болезней
ПАВ	Психоде压抑ive вещества
ВГ	Вирусные гепатиты
ХГВ	Хронический вирусный гепатит В
ХГС	Хронический вирусный гепатит С
ТБ	Туберкулез
АРВП	Антиретровирусные препараты
РЦПН	Республиканский центр психиатрии и наркологии
АА	Анонимные алкоголики
АН	Анонимные наркопотребители
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
СОП	Стандартно операционные процедуры
СИН при МЮ КР	Служба исполнения наказаний при Министерстве юстиции Кыргызской Республики
СКК	Специальная консультативная комиссия
ЭРЗПТ	Электронный регистр заместительной поддерживающей терапии
МЛС	Места лишения свободы
ИВС	Изолятор временного содержания
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ГСВ	Группа семейных врачей
ЦСМ	Центр семейной медицины
COWS	Subjective for Opiate Scale Withdrawal Субъективная шкала отмены опиоидов

## 2. Введение

### 2.1. Эпидемиология употребления опиоидов

Согласно Всемирному докладу о наркотиках УНП ООН за 2021 год<sup>1</sup>, в 2019 году во всем мире наркотики употребляли около 275 млн человек, что на 22 процента больше, чем в 2010 году.

Среди людей, употребляющих наркотики, немедицинское употребление опиоидов всегда ассоциировалось с более негативными последствиями для здоровья, чем употребление любого другого вида наркотиков.

По оценкам, в 2019 году почти 62 миллиона человек употребляли опиоиды в прошлом году, включая людей, употребляющих опиаты, и людей, употребляющих фармацевтические опиоиды в немедицинских целях; это соответствует 1,2 процента населения мира в возрасте от 15 до 64 лет.

Среди потребителей опиоидов около половины (31 миллион) употребляли опиоиды (героин, опиум и синтетические опиоиды) в прошлом году (0,6% населения в возрасте 15–64 лет).

На сегодняшний день ситуация усугубляется стремительным появлением новейших аналогов фентанила или синтетических опиоидов, которые не были утверждены для использования в медицинских целях. Синтетические опиоиды, являющиеся аналогами фентанила (акрилфентанил, бутирилфентанил и др.) также известные как исследовательские опиоиды, новые синтетические опиоиды или НПВ-опиоиды, считаются более сильнодействующими, и в 50–100 раз более сильными, чем морфин.<sup>2</sup>

Более того, каждый случай немедицинского употребления опиоидов связан с высоким риском передозировки и смерти в результате такого распространенного побочного эффекта опиоидов, как угнетение дыхания.

В период с 2010 по 2019 год оценочное число потребителей опиоидов во всем мире почти удвоилось, с чуть более 31 миллиона до чуть менее 62 миллионов оценочных потребителей в прошлом году.

За тот же период распространенность употребления опиоидов увеличилась на 76 процентов, в то время как глобальное население увеличилось на 10 процентов.

При распространности за прошлый год 1 процент взрослого населения (более полумиллиона потребителей) уровень употребления опиоидов в Центральной Азии также высок. Хотя героин был преобладающим опиоидом, употребляемым в субрегионе, в последние годы сообщалось об уменьшении официального числа зарегистрированных потребителей опиоидов и лиц, проходящих лечение от наркозависимости.

Употребление опиоидов также является причиной большинства смертей, смертность среди ЛУИН по показателям на первом месте - от заболеваний печени вызванных гепатитом С, второе место - смерть от передозировок опиоидами, в частности фентанилом с 2020 года.

Тяжелое бремя болезней ложится на употребляющих наркотики путем инъекций. В 2019 году в мире насчитывалось более 11 млн человек, употребляющих наркотики путем инъекций, из них 1,4 млн было инфицировано ВИЧ, и 5,6 млн — гепатитом С. Почти 1,2 млн человек живет с обоими заболеваниями. Основной риск инфицирования для этой категории населения исходит от совместного использования зараженных инструментов для инъекций. Количество лет здоровой жизни, потерянных из-за ранней смертности или инвалидности вследствие инфицирования вирусными заболеваниями в результате употребления наркотиков, постепенно снижается. Однако вероятность заражения ВИЧ у

<sup>1</sup> [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021\\_booklet-1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html)

<sup>2</sup> World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8)

людей, употребляющих наркотики путем инъекций или иным способом, в 29 раз выше, чем у населения в целом. По оценкам ЮНЭЙДС, в 2019 году на эту категорию приходился каждый десятый новый случай инфицирования.

Результаты Био-поведенческого исследования (БПИ), проведенного в 2021 году Республиканским Центром СПИД КР, демонстрирует распространенность ВИЧ среди ЛУИН -16,5%; распространенность ВГС 65,17% и распространенность сифилис 11,08%<sup>3</sup>.

Несмотря что тенденция появления новых случаев ВИЧ среди ЛУИН в КР снижается (445 случаев в 2009 году, 32 случая в 2021 году<sup>2</sup>), поддерживающее лечение опиоидной зависимости остается стратегическим направлением в Государственной Программе КР по преодолению ВИЧ<sup>4</sup>

В Кыргызской Республике за 2021 год было Республиканским центром психиатрии и наркологии зарегистрировано 5036 лиц с зависимостью от опиоидов из 8226 лиц с зависимостью от наркотических веществ.<sup>5</sup>

Работа над оценочными данными по ЛУИН на уровне страны находятся на этапе доработки. В то же время по данным БПИ проведенного в городах Бишкек, Ош, Кара-Балта, Токмок и в населенных пунктах Кара-Суу, Сокулук оценочное число ЛУИН составило 6638 случаев<sup>6</sup>

## **2.2.Актуальность и обоснование разработки клинического руководства**

В Кыргызской Республике с 2002 года в качестве наиболее эффективного метода лечения опиоидной зависимости и одного из основных стратегий снижения вреда была начата реализация поддерживающей терапии метадоном.

В качестве нормативных документов, определяющих порядок предоставления терапии с начала реализации ПТМ были разработаны следующие клинические руководства и протоколы:

- 1) Клинический протокол по заместительной поддерживающей терапии метадоном, утвержденный совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства юстиции Кыргызской Республики №147 от 08.04.2008 года и №66 от 24.04.2008 года.
- 2) Клиническое руководство по предоставлению заместительной поддерживающей терапии метадоном лицам с опиоидной зависимостью, утвержденное приказом МЗ КР №497 от 11.10.2010 года.
- 3) Клиническое руководство по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов, утвержденное приказом МЗ КР № 703 от 25.12.2012 года.
- 4) Клинический протокол «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадоном», утвержденный Приказом МЗ КР №372 от 30 июня 2015 года.

Каждое новое разработанное руководство или протокол включали в себя дополнения в соответствии с новыми научно доказанными рекомендациями и данными, или изменениями в порядке и процедурах предоставления поддерживающей терапии на момент разработки. В данное Клиническое руководство включены следующие разделы и дополнения:

1. По поддерживающей терапии бупренорфином:
- В Клиническом руководстве по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов, утвержденном приказом МЗ КР №703

<sup>3</sup> <https://aidscenter.kg/>

<sup>4</sup> <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11590>

<sup>5</sup> <http://rcn.kg/>

<sup>6</sup> <https://aidscenter.kg/>

от 25.12.2012 года, дано описание применению бупренорфина, но с учетом планируемого в ближайшее время внедрения в стране поддерживающей терапии бупренорфином имеется необходимость предоставить более подробные алгоритмы ведения пациентов, получающих поддерживающую терапию бупренорфином

2. Отменены или изменены некоторые термины/терминологии
3. Более подробно описаны этические нормы при проведении лечения
4. Более подробные даны рекомендации и практические вопросы не включенные в предыдущие КР и КП

Данное КР существенно не изменилось в части целей, задач, процедур и порядка предоставления терапии которые описаны в предыдущих документах.

Основными целями и задачами данного руководства являются обеспечение лечения опиоидной зависимости на основе принципов доказательной медицины, определение единых требований к содержанию и принципам поддерживающей терапии, подготовка квалифицированных специалистов, владеющих теоретическими знаниями и практическими навыками оказания помощи лицам зависимых от опиоидов в программах поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО).

При разработке протокола были изучены, рассмотрены и обобщены все международные руководящие принципы и рекомендации в отношении лечения опиоидной зависимости в соответствии с доказательными данными.

Также в данном клиническом руководстве описаны рекомендации, положения содействующие практикующему врачу в принятии решений о соответствующей тактике при конкретных клинических ситуациях.

К данному клиническому руководству в качестве приложения разработан Клинический протокол «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии агонистами опиоидов» который структурирован в виде практических пошаговых указаний (алгоритмы).

Кроме указанных выше клинических руководств и протоколов по лечению опиоидной зависимости и поддерживающей терапии метадоном содержание данного клинического протокола также соответствует имеющимся на момент разработки данным смежных клинических руководств и клинических протоколов действующих в стране:

- Клиническое руководство «Передозировка опиоидами», МЗ КР №342 от 14.06.2013г.
- Клинический протокол «Клиническое ведение неонатального абстинентного синдрома у новорожденных, рожденных от матерей, принимающих психоактивные вещества», МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.
- Клинический протокол «Скрининг беременных на потребление психоактивных веществ с применением теста ASSIST», МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.
- Клинические протоколы по вопросам ВИЧ-инфекции утверждены приказом МЗ КР № 335 от 16.03.2020
- Клиническое руководство «Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества МЗ КР № 42 от 18.01.2017 года

### 2.3.Определение терминологий

#### «ПТАО»

Так как и метадон и бупренорфин относятся к группе агонистов опиоидных рецепторов, фармакологическое лечение с назначением указанных препаратов будет именоваться как поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО).

Высокое распространение ВИЧ/СПИД среди потребителей героина и других опиоидов инъекционным путем не в медицинских целях привело к назначению метадона в концепции

«снижения вреда» и приема метадона как «замещение» нелегального героина на легальный метадон. Соответственно применяемое ранее определение терапии как «заместительная» было некорректным и двусмысленным относительно характера и воздействия назначаемых опиоидных препаратов. Полное понимание опиоидной фармакологии и природы синдрома зависимости от опиоидов как заболевания привело к полному убеждению, что терапия с назначением лекарственных препаратов таких как метадон и бупренорфин ввиду своих свойств именно лечат, а не замещают.

Метадон и бупренорфин – представители класса опиоидных препаратов, к которому относится и героин. Данный факт привел к ошибочному представлению, что подобные лекарственные средства, применяемые для лечения синдрома опиоидной зависимости, используются для замещения нелегальных опиоидов, например, героина потребляемого в немедицинских целях. Это способствовало широкому распространению среди врачей, пациентов и общества в целом, что данные лекарственные средства являются не средством терапии синдрома зависимости от опиоидов, а всего лишь способом справиться с острыми негативными последствиями внезапного прекращения потребления наркотиков, т.е. синдромом отмены

Метадон и бупренорфин назначаемые для лечения синдрома зависимости от опиоидов по своим фармакологическим свойствам сильно отличаются от опиоидов, потребляемых с целью получения удовольствия в немедицинских целях. Применяемые согласно инструкции данные препараты стабилизируют эмоциональное состояние, снижают или устраняют субъективное подкрепление, вызывающее физическую зависимость от наркотика и предотвращают летальные исходы вследствие передозировки. Таким образом они являются центральным элементом терапии интегрируя медицинский, психологический и социальный аспекты.<sup>7</sup>

### **«Расстройство, вызванное употреблением ПАВ»**

Согласно международной классификации болезней (МКБ) 11-го пересмотра<sup>8</sup> (WHO, 2019a) термин «расстройство, вызванное употреблением ПАВ» включает два основных нарушения здоровья: «употребление с вредными последствиями» и «синдром зависимости»

Употребление с вредными последствиями определяется как постоянное, повторяющееся или спорадическое употребление ПАВ, наносящее клинически значимый вред физическому (включая передачу инфекции через кровь при самостоятельном введении наркотика внутривенно) или психическому (вызванное употреблением психоактивных веществ расстройство настроения) здоровью или обусловливающее поведение, приводящее к причинению вреда здоровью других людей.

Диагностика синдрома зависимости описана ниже.

### **«Немедицинское использование/потребление ПАВ»**

Данный термин подразумевает потребление контролируемых психоактивных веществ вне контекста их назначения в качестве лекарственных средств. Может использоваться как альтернатива термину « злоупотребление наркотическими средствами», который имеет осуждающее и двусмысленное значение, подразумевающий умышленные неправомерные действия<sup>9</sup>

Термин злоупотребление был заменен в словаре ВОЗ терминами "пагубное употребление" и "опасное употребление"<sup>10</sup>

### **«Снижение/прекращение потребления наркотиков»**

4 <https://rm.coe.int/2020-ppg-oat-guidingprinciples-rus/1680a25d32>

8 Справочное руководство по МКБ-11 (who.int)

9 https://rm.coe.int/2020-ppg-oat-guidingprinciples-rus/1680a25d32

10 https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/terminology-and-information-on-drugs\_new.html

Одним из конкретных целей при ведении расстройств, вызванных употреблением наркотических средств является не только прекращение, но и сокращение потребления наркотиков.

Снижение/прекращение потребления наркотиков: терапевтическая цель снижения потребления до уровня, который является недостаточным для постановки диагноза синдрома зависимости и не является вредным для здоровья, без необходимости полного прекращения потребления.<sup>11</sup>

### «Medication Assisted Treatment (MAT)»

При обзоре разных источников данная формулировка дается в переводах как «медикаментозная поддерживающая терапия» «фармакотерапия» «терапия фармакологическими препаратами» «медикаментозное лечение»

Медикаментозная поддерживающая терапия (МАТ) – относится к любому виду лечения расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, включающего фармакологическое вмешательство в рамках комплексного плана лечения зависимости от ПАВ.

МАТ – это лечение расстройств, вызванных употреблением ПАВ, наркотической или алкогольной зависимости для достижения трёх целей:<sup>12</sup>

1. Детоксикация – купирование симптомов отмены путем выведения психоактивного вещества и уменьшения интенсивности симптомов состояния отмены.

По последним данным, детоксикация не совсем эффективна у лиц с хроническим расстройством, вызванным употреблением опиоидов, в течение 2 лет и более, поскольку эта стратегия, даже в сочетании с психологическим консультированием, эффективна только у 10–15% пациентов и не считается доказательным лечением. (D)<sup>13</sup>

2. Профилактика рецидивов употребления ПАВ.
3. Поддерживающая терапия агонистами и антагонистами опиоидов.

Основными задачами лечения и реабилитации людей при помощи МАТ являются<sup>14</sup>:

- Сокращение числа лиц, зависимых от незаконных наркотиков (например, опиоидов);
- Снижение вреда для здоровья, связанного с употреблением опиоидов, включая передозировку и передачу вирусных инфекций, передающихся через кровь, таких как ВИЧ и вирусные гепатиты, а также бактериальных осложнений сосудов, кожи, мягких тканей
- Улучшение физического и психологического здоровья;
- Снижение криминального поведения и проблем с законом;
- Содействие реинтеграции лиц в рынок труда или систему образования;
- Улучшение социального функционирования и восстановления семейных связей.

Медикаментозное поддерживающее лечение (МАТ) доказало выраженную эффективность в лечении расстройств, вызванных употреблением ПАВ, особенно в лечении опиоидной зависимости.

11 Pompidou Group – Council of Europe 2017 Терапия агонистами опиоидных рецепторов Руководящие принципы для пересмотра законодательства и регламентов

12 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015b). Medication and counseling treatment. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/treatmentmen>

13 Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

14 World Health Organization. (2016). Treatment for opioid dependence. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)

МАТ при лечении опиоидной зависимости проводится такими лекарственными средствами как метадон, бупренорфин, налтрексон эффективность которых доказана многочисленными исследованиями.

МАТ – это неотделимая часть лечения расстройств, вызванных употреблением ПАВ, однако назначение фармакологических препаратов само по себе не решит проблему зависимости. Такие вмешательства как, консультирование и поведенческая терапия, сочетающиеся с фармакотерапией, помогают увеличить показатели удержания клиентов в лечении и шансы на устойчивый процесс выздоровления.

### «Опиоиды»

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).<sup>15</sup>

Свойство вызывать эйфорию является одной из основных причин, по которой некоторые опиоиды принимают не по медицинским показаниям.

Однако, помимо указанных свойств некоторые опиоиды также могут иметь антиаддиктивные свойства (метадон, бупренорфин).

К опиоидам относятся героин, морфин, кодеин, фентанил, метадон, трамадол и другие подобные вещества. Их регулярное немедицинское применение, длительное применение, неправильное использование и применение без медицинского наблюдения может привести к опиоидной зависимости и другим проблемам со здоровьем.

На сегодняшний день ситуация усугубляется стремительным появлением новейших аналогов фентанила или синтетических опиоидов, которые не были утверждены для использования в медицинских целях.

Большинство людей, зависимых от опиоидов, в том числе в Кыргызстане употребляют незаконно культивируемый и изготовленный героин. Опиоидные препараты, такие как метадон и бупренорфин, используются для поддерживающего лечения опиоидной зависимости.

## 3. Диагностика опиоидной зависимости

Переход на новый классификатор МКБ 11 рекомендован ВОЗ с 1 января 2022 года, полное внедрение перехода запланировано до 2027 года.

### Расстройства вследствие употребления опиоидов в МКБ 11 код 6C43<sup>16</sup>

#### 6C43.0 Эпизод пагубного употребления опиоидов

#### 6C43.1 Пагубное употребление опиоидов

- .10 эпизодическое
- .11 постоянное
- .1Z неуточненный паттерн

#### 6C43.2 Опиоидная зависимость

- .20 текущее употребление
- .21 начало полной ремиссии
- .22 стойкая неполная ремиссия
- .23 стойкая полная ремиссия
- .2Z неуточненное состояние

15 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, (WHO), 2009

[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)

16 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f111507461>

**6C43.3** Опиоидная интоксикация

**6C43.4** Синдром отмены опиоидов

**6C43.5** Делирий, вызванный воздействием опиоидов

**6C43.6** Психотическое расстройство, вызванное воздействием опиоидов

**6C43.7** Некоторые уточненные психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

.70 Аффективное расстройство, вызванное воздействием опиоидов

.71 Тревожное расстройство, вызванное воздействием опиоидов

**6C43.Y** Другие уточненные расстройства вследствие употребления опиоидов

**6C43.Z** Расстройства вследствие употребления опиоидов, неуточненные

Опиоидная зависимость развивается после периода регулярного употребления опиоидов. Время, необходимое для ее формирования, варьируется в зависимости от количества, частоты и способа введения веществ, а также от факторов индивидуальной уязвимости и условий, в которых употребляются наркотики.

Синдром зависимости определяется в МКБ-11 как повторяющееся или постоянное употребление психоактивного вещества с фактически подтвержденным нарушением регуляции употребления данного наркотического средства, что проявляется двумя или более из следующих признаков:

- a) нарушение контроля над употреблением ПАВ (включая начало, частоту, интенсивность, продолжительность, прекращение и контекст употребления);
- b) повышение приоритетности употребления ПАВ над другими аспектами жизни, включая сохранение здоровья, выполнение повседневных действий и обязанностей, таким образом, что употребление ПАВ продолжается или усиливается, несмотря на причинение вреда или наступление неблагоприятных последствий (включая повторяющиеся разрывы отношений, последствия для работы или обучения, а также неблагоприятное воздействие на здоровье);
- c) физиологические особенности, свидетельствующие о нейроадаптации к психоактивному веществу, как:
  - повышение толерантности к эффектам психоактивного вещества или необходимость в увеличении дозы употребляемого психоактивного вещества для достижения того же эффекта;
  - abstinentное состояние (синдром отмены) после прекращения или сокращения употребления указанного вещества;
  - повторное использование психоактивного вещества или фармакологически сходного вещества для предотвращения или облегчения симптоматики синдрома отмены.

#### **4. Соблюдение этических норм при проведении лечения<sup>17</sup>**

1. Лечение расстройств, вызванных употреблением наркотических средств, должно основываться на универсальных этических стандартах здравоохранения, включая уважение прав человека и достоинства пациента. Речь идет о соблюдении права на наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия и недопущении любых форм дискриминации и (или) стигматизации.

<sup>17</sup> Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020

2. Человек, имеющий расстройство, вызванное употреблением ПАВ, должен признаваться лицом, страдающим от заболевания и заслуживающим лечения аналогично пациентам с другими нарушениями психического или соматического здоровья.
3. Лица с расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, должны в той мере, в какой они имеют для этого возможность, принимать решения о лечении, в том числе о том, когда начинать и прекращать лечение, и о его характере.
4. Лечение не должно быть принудительным, осуществляться против воли пациента и нарушать права пациента на личную автономию. До начала любого терапевтического вмешательства должно быть получено согласие пациента.
5. Следует вести точную и обновляемую медицинскую документацию и гарантировать конфиденциальность записей о лечении.
6. Крайне важно избегать искажения медицинских записей при регистрации пациентов, поступающих на лечение.
7. Персонал должен строго соблюдать правила этики. Персоналу следует воздерживаться от пропаганды личных убеждений и не использовать унизительные или унижающие достоинство методы.
8. Пациенты должны давать информированное согласие до начала лечения и иметь гарантированную возможность отказаться от лечения в любое время.
9. Данные пациента должны быть строго конфиденциальными. Обеспечение конфиденциальности и защиты данных пациента должно осуществляться нормативно-правовым путем с надлежащим обучением персонала и внедрением норм и правил оказания услуг<sup>18</sup>.
10. Поставщики услуг должны требовать, чтобы персонал надлежащим образом информировал пациентов о процессах и процедурах лечения, в том числе об имеющемся у пациентов праве в любой момент отказаться от лечения.
11. Любые исследования, проводимые в лечебных учреждениях с участием пациентов, подлежат проверке этическими комиссиями по исследованиям на человеке. Членам этических комиссий или комитетов рекомендуется принимать во внимание мнения людей, которые имеют опыт употребления наркотиков и лечения от наркозависимости и выздоравливают от расстройств, вызванных употреблением наркотиков. Участие пациентов в исследовании должно быть строго добровольным, с получением информированного письменного согласия во всех случаях.

### **Принципы информированного согласия на лечение**

12. "Лицо/пациент, дающее(ий) согласие, должно(ен) обладать для этого необходимой правоспособностью; допускается, что лицо обладает такой правоспособностью, если нет доказательств обратного.
13. Согласие должно быть получено свободно, без угроз или неоправданного принуждения.
14. Пациенту должна быть представлена информация о: целях, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах лечения; о побочных эффектах терапии/препаратах, о рисках сопутствующего употребления ПАВ, о критериях исключения пациента из терапии. Эту информацию необходимо надлежащим образом обсудить с пациентом.

---

<sup>18</sup> <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602> Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года № 6 (В редакции Закона КР от 15 сентября 2021 года № 119). Статья 91. Врачебная тайна.

15. Пациенту необходимо предложить альтернативные методы лечения, если таковые имеются, в соответствии с надлежащей клинической практикой в данном лечебном учреждении.
16. Информация должна быть предоставлена пациенту в форме и на языке, доступном для понимания.
17. Право согласия на лечение означает также, что пациент имеет право отказаться от лечения. Если пациент считается дееспособным для того, чтобы дать согласие на лечение, то необходимо также уважать его право на отказ от лечения.
18. Пациенту должны быть разъяснены последствия отказа от лечения.

После информирования пациентов при вступлении в ПТАО (терапевтический контракт) между пациентом и лечебным учреждением, предоставляющим ПТАО, заключается договор.

## **5. Выбор подходящего лечения агонистами опиоидов при опиоидной зависимости**

### **Ключевые рекомендации и научная обоснованность**

1. Варианты фармакологического лечения агонистами опиоидов должны включать использование как метадона, так и бупренорфина для поддерживающего лечения опиоидными агонистами. Во всех исследованиях они превосходят любые другие фармакологические или немедикаментозные методы лечения.

<b>Рекомендации для систем здравоохранения на уровне страны и на местном уровне<sup>19</sup></b>	
<b>Минимальные рекомендации</b>	<b>Оптимальные рекомендации</b>
Основные варианты фармакологического лечения должны включать поддерживающее лечение опиоидными агонистами и услуги по ведению отмены опиоидов	Варианты фармакологического лечения должны включать использование как метадона, так и бупренорфина для поддерживающего лечения опиоидными агонистами и ведения отмены опиоидов, агонистов альфа-2-адреностимулирующего действия для купирования синдрома отмены опиоидов, налтрексон для предупреждения рецидивов и налоксон для лечения последствий передозировки

Для фармакологического лечения опиоидной зависимости клиницисты должны предлагать лечение синдрома отмены опиоидов, поддерживающее лечение опиоидными агонистами и лечение опиоидными антагонистами (налтрексоном), но большинству пациентов следует рекомендовать поддерживающее лечение опиоидными агонистами.

**Категоричность рекомендации высокая!**

2. В настоящее время по-прежнему недостаточно доказательств, чтобы оправдать предпочтение одного препарата над другим. Некоторые пациенты решительно настроены против начала приема бупренорфина, а другие против начала метадона.

<sup>19</sup> Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization (WHO), 2009

Из-за отсутствия решающих отличительных доказательств большей эффективности или лучшей безопасности пациента, а также из-за того, что другие факторы также влияют на предпочтения, не существует простой формулы, которую можно было бы рекомендовать для определения подходящего клинического выбора между метадоном или бупренорфином

3. Крайне важно, чтобы клиницисты не преувеличивали то, что в настоящее время известно о преимуществах одного препарата перед другим, чтобы пациенты имели право принимать собственное решение, принимая во внимание обоснованные информированные рекомендации врача, который также помогает пациенту учитывать свои личные обстоятельства.
4. Необходимо принять во внимание ряд клинических факторов, чтобы помочь пациенту вместе с лечащим врачом решить, какой препарат предпочтительней. Это включает<sup>20</sup>:
  - существовавшие ранее предпочтения пациента в отношении того или иного препарата;
  - потенциальная ценность быстрой индукции в эффективную поддерживающую терапию по сравнению с фазой индукции, которая была оценена как имеющая особенно высокий риск (считается особенно достижимой при применении бупренорфина);
  - предыдущая существенная польза от поддерживающей терапии любым лекарством;
  - конкретные проблемы безопасности (например, в случае метадона, потенциальная утечка или предыдущая передозировка; а в случае бупренорфина – предшествующее раннее прекращение лечения);
  - любые соответствующие лекарственные взаимодействия, которые следует учитывать при назначении пациентам, принимающим другие лекарства;
  - местные прагматические факторы, такие как отсутствие географической доступности контролируемого потребления (что в некоторых случаях может благоприятствовать бупренорфину) или экономическая доступность препарата.
5. Существует высокое качество доказательств того, что бупренорфин на любой дозе намного эффективнее в удержании участников в лечении, чем при отсутствии лечения вообще.<sup>21</sup> (A)
6. Обзор испытаний показал, что бупренорфин в высоких дозах (16 мг и более) может значительно снизить употребление запрещенных опиоидов по сравнению с плацебо.<sup>17</sup> (A)
7. Бупренорфин, менее эффективен, чем метадон, в удержании пациентов на лечении, если он назначается в гибком режиме дозирования или в фиксированной и низкой дозе (2 - 6 мг в сутки). Бупренорфин, назначаемый в фиксированных дозах (выше 7 мг в день), не отличался от метадона, назначаемого в фиксированных дозах (40 мг и более в день), в удержании людей на лечении или в подавлении незаконного употребления.<sup>17</sup> (A)
8. Бупренорфин клинически более безопасен, чем метадон, поскольку он является частичным агонистом/антагонистом опиоидов, который не приводит к передозировке при приеме внутрь в высоких дозировках, за исключением случаев,

---

<sup>20</sup> Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. Prepared by Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group

<sup>21</sup> Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014

- когда он принимается в комбинации с другими седативными средствами, таких как бензодиазепины или алкоголь. (D)
9. Бупренорфин является эффективным средством для поддерживающего лечения героиновой зависимости, но он не более эффективен, чем метадон в адекватных дозах.<sup>22</sup> (A)
  10. Оптимальные дозы метадона (от 80 до 120 мг) являются золотым стандартом поддерживающей терапии метадоном<sup>23</sup>
  11. Метадон принимают внутрь (перорально) и может выпускаться в различных лекарственных формах, которые, несмотря на различия во вкусе и цвете, дают один и тот же эффект. Доступны следующие виды: дискецы – растворяют в воде, смешивают с ароматизированной жидкостью, принимают внутрь; таблетки; пероральный раствор; порошок – смешивается с водой для получения раствора. Однако, в связи с риском незаконных продаж, а также с опасностью повреждения вен при инъекционном употреблении таблетированных или концентрированных форм препарата в ампулах, не рекомендуется врачам назначать пациентам препарат в таблетках (особенно на дом) и ампулах.<sup>24</sup>
  12. Поддерживающая терапия бупренорфином и поддерживающая терапия метадоном имеют схожие цели и принципы. Однако, в то время как принципом введения метадона является «начинать с малого, действовать не спеша», то при введении бупренорфина удается достаточно быстро подобрать эффективную дозу, как только окажется, что первая доза хорошо переносится. Это обусловлено тем, что риск токсичности бупренорфина низок ввиду частичного агонизма препарата.
  13. В целях предотвращения немедицинского использования бупренорфина, в том числе инъекционного введения или утечки таблеток бупренорфина, бупренорфин поставляется в лекарственной форме, комбинированной с налоксоном. Такая комбинация делает препарат менее привлекательным для немедицинского использования, и при инъекционном введении может провоцировать симптомы синдрома отмены.
  14. В настоящее время разработаны и одобрены другие формы бупренорфина длительного действия для подкожного еженедельного и ежемесячного применения, депо-формы, ежемесячная депо-форма и 6-месячный бупренорфиновый имплантат. На сегодняшний день их клинические испытания продолжаются<sup>25</sup>
  15. Имплантируемые лекарственные формы Бупренорфина имеют длительное действие, которые обеспечивают постоянную доставку лекарств и более низкий риск неправильного использования, утечки или случайного воздействия на детей по сравнению с традиционными формами, представляют собой многообещающую разработку для эффективного лечения расстройств, вызванных употреблением опиоидов.<sup>26</sup>
  16. Имплантаты бупренорфина расширили терапевтический репертуар для расстройства, вызванного употреблением опиоидов, предлагая больше возможностей для индивидуализации лечения. Будучи защищенными от

<sup>22</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15266465/>

<sup>23</sup> Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care, 2004, RCGP Drug & Alcohol Misuse Training Programme RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group SMMGP

<sup>24</sup> Руководство по метадону, 11-е издание, Автор: Эндрю Престон The Methadone Handbook, (Andrew Preston) [http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU\\_EHRN\\_FINAL2010.pdf](http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU_EHRN_FINAL2010.pdf)

<sup>25</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31232604/>

<sup>26</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571505/>

- несанкционированного доступа, они помогают в решении таких проблем, как низкая приверженность, неправильное использование, применение не по назначению.<sup>27</sup>
17. Такая форма выпуска обеспечивает стабильную концентрацию препарата в крови на протяжении 6 мес после подкожной имплантации. Имплантаты в настоящее время показаны для небольшой группы пациентов, продемонстрировавших клиническую стабильность при низких и средних дозах ПТАО. Предварительные данные показывают, что они могут гипотетически заменить существующие методы лечения у правильно выбранных кандидатов.<sup>28</sup>
18. Оптимальными кандидатами на лечение бупренорфином являются лица с более высоким уровнем психосоциального функционирования и поддержки. Бупренорфин обладает менее седативным эффектом, чем метадон, что может быть положительным или отрицательным моментом для разных пациентов. Субъективно многие пациенты, получающие лечение бупренорфином, часто сообщают о реакции «ясной головы», совершенно отличной от «затуманивания», связанного с употреблением героина, или небольшой седацией при приеме метадона. Некоторые пациенты находят эту «ясность» неудобной, в то время как другие могут этим дорожить. Этот субъективный опыт может быть фактором, влияющим на выбор пациента.<sup>18</sup>
19. Бупренорфин может лучше подходить тем, кто хочет полностью отказаться от героина, поскольку блокирующий эффект бупренорфина даже в умеренной дозе мешает субъективному эффекту дополнительного употребления героина. Напротив, в то время как лечение высокими дозами метадона также хорошо подходит для тех, кто хочет прекратить употребление героина, те пациенты, которые хотят продолжать употреблять героин, могут предпочесть лечение метадоном в малых дозах.<sup>17,18</sup>
20. Отказ от бупренорфина кажется более легким, чем от метадона, и поэтому может быть предпочтительнее для тех, кто рассматривает программу детоксикации.<sup>29</sup>

Имеются четкие данные о том, что МАТ с применением метадона или бупренорфина наиболее оптимальна, когда пациенты получают адекватные дозы, особенно при приеме более высоких доз, и поэтому быстрый и безопасный перевод пациентов на оптимальные дозы является ключевым фактором, связанным с качественным лечением.(D)<sup>30</sup> В настоящее время оптимальным вариантом лечения считается предоставление высококачественного метадона, а бупренорфин оставлен как метод лечения резервного ряда для пациентов, для которых применение метадона нежелательно, не подходит или неэффективно. Пациентам, употребляющим бупренорфин в форме инъекций в анамнезе, должен назначаться метадон, а не бупренорфин. В данном выводе, результатам лечения придается большее значение, чем возможным различиям в безопасности, ввиду высокой смертности от опиоидной зависимости, оставленной без лечения.<sup>31</sup> (A)

Выбор метадона или бупренорфина в качестве ЛС для поддерживающей терапии должен проводиться сугубо индивидуально и решаться врачом на основании показаний, противопоказаний, предполагаемой эффективности того или иного препарата. В таблице приведены некоторые моменты выбора того или иного препарата. (*Таблица 1*)

<sup>27</sup><https://www.apteka.ua/article/499729>

<sup>28</sup><https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/sixmo>

<sup>29</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (n.d.). About buprenorphine therapy. Retrieved from <http://buprenorphine.samhsa.gov/about.html>

<sup>30</sup> Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

<sup>31</sup> Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization (WHO), 2009

**Таблица 1. Выбор метадона или бупренорфина<sup>22,32</sup>**

Критерии	Метадон	Бупренорфин
Индукция при подборе доз	Медленная	Быстрая
Симптомы отмены после прекращения	Дольше протекают	Менее выражены
Риск передозировок при высоких дозировках	Высокий	Низкий за счет «эффекта насыщения»
Развитие симптомов отмены при переходе с героина или др. «уличных» опиоидов	Нет	Выраженное
Частота приема	Ежедневно	Можно один раз в два-три дня
Угнетение дыхания в случае передозировки	Риск высокий	В случае угнетения дыхания его сложно остановить и устраниить. Налоксон, налтрексон: предупреждают угнетение дыхания, но если оно уже развились, даже высокие дозы антагонистов устраняют его не сразу вследствие высокой тропности бупренорфина к опиоидным рецепторам.
Время приема и контроль приема	Легче контролировать прием (жидкая форма)	Необходимо больше времени для приема дозы под наблюдением (сублингвальные таблетки для рассасывания)
Уровень оказания помощи	Может также осуществляться на первичном уровне оказания помощи, дополнительные расходы по хранению, доставке в отдаленные сайты	Он вполне может подходить для лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи
Лечение синдрома отмены		Выход из бупренорфина легче, чем от метадона, и вследствие этого может быть предпочтительнее для детоксикации
Симптомы отмены	При правильной дозировке эффективно и быстро снимает симптомы отмены	Может спровоцировать острую опиоидную абстиненцию при неправильном применении.
Затратность	Стоимость ниже	Сам препарат дороже метадона
Безопасность	Метадон сложно перевести в незаконный оборот, если прием дозы проходит под	Полноценный надзор за приемом бупренорфина осуществлять сложно,

<sup>32</sup> Ссылки: Министерство здравоохранения, 2008 г. Практические рекомендации по опиоидной заместительной терапии в Новой Зеландии, 2008 г. Велингтон: Министерство здравоохранения

	<p>контролем, а когда он выдается для приема на дому, его употребление путем инъекции бывает редко. Он обладает большой продолжительностью действия, что делает его менее привлекательным для регулярных инъекций. Обычно лица, нелегально приобретающие метадон, используют его для самолечения</p>	<p>поскольку он принимается сублингвально и на его растворение уходит 5-15 минут, тогда как метадон проглатывается</p>
Выбор лечения	<p>В качестве метода поддерживающего лечения опиоидными агонистами большинству пациентов все же следует рекомендовать прием метадона в адекватных дозах, а не бупренорфина</p>	<p>Хотя общее предпочтение может отдаваться метадону по сравнению с бупренорфином, некоторым пациентам большую пользу может принести бупренорфин.</p>

<i>Причины, по которым необходимо принимать бупренорфин</i>	<i>Причины, по которым бупренорфин не следует использовать</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- предыдущая реакция на бупренорфин или отсутствие реакции на метадон, короткая продолжительность действия метадона (т.е. наличие симптомов отмены между дозами)</li> <li>- взаимодействие между метадоном и другими принимаемыми лекарственными средствами, специфичные побочные эффекты метадона</li> <li>- доступность лечения и предпочтение, отдаваемое пациентом субъективным эффектам бупренорфина по сравнению с метадоном</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие в анамнезе употребления бупренорфина в виде инъекции</li> <li>- обусловленные бупренорфином неблагоприятные эффекты</li> <li>- лечение бупренорфином в прошлом</li> </ul>

## 6. Первичная оценка пациента, схема обследования

### 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 (A)

## **Основные вопросы в ходе оценки:**

1. Использует ли пациент инъекционные наркотики?
2. Есть ли у пациента зависимость от опиоидов?
3. Чего хочет пациент? Цели пациента в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе и что привело пациента в лечебное учреждение?
4. Потребляет ли пациент другие ПАВ кроме опиоидов/зависит ли он от них?
5. Какие психоактивные вещества (опиоиды и другие) употреблялись в прошлом и какие употребляются в настоящее время?
6. Способы употребления каждого вещества (в\в, в\м, интраназально, курение, перорально и др.), включая сведения о количестве и частоте приема.
7. Передозировки в анамнезе, при каких обстоятельствах и какими ПАВ, когда и где была оказана помощь.
8. Медицинские осложнения от приема наркотиков такие как абсцессы, флебиты, сепсисы и тд.
9. Сопутствующие заболевания такие как ВИЧ, вирусные гепатиты, туберкулез, и другие соматические заболевания, психические расстройства; и какое лечение проходит или проходил по их поводу.
10. Наличие беременности и родов в анамнезе.
11. Как пациент сам оценивает свое употребление опиоидов и ПАВ.
12. Факторы, которые способствовали и продолжают способствовать употреблению пациентом опиоидов и ПАВ.
13. Суицидальные попытки в прошлом или мысли, и наличие их в настоящее время.
14. Наследственность ( злоупотребление, зависимости от ПАВ у родителей, близких роственников).
15. Образование.
16. Социальные связи (семья, работа, окружение и тд).
17. Наличие работы, документов.
18. Количество судимостей, в т.ч. за наркотики.
19. Личность пациента должна быть подтверждена (паспорт, водительское удостоверение или свидетельство о рождении, справка об освобождении из мест лишения свободы, справка с места жительства).

## **Осмотр**

При осмотре могут обращать на себя внимание:

1. Дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже, подкожно жировой клетчатке и мышцах, дефицит массы тела; наличие следов инъекций по ходу венозных сосудов, склерозирование или облитерация вен; рубцы после абцессов и язв, разрушение и выпадение зубов, ломкость и сухость ногтей и волос; обратить внимание на размер лимфатических узлов.
2. При оценке органов дыхания - наличие хронических заболеваний. Данная проблема – типичное явление среди лиц употребляющих ПАВ - большинство из них заядлые курильщики.
3. При оценке пищеварительной системы указывают на наличие стоматологических проблем, дефицита массы тела, наличие запоров, признаки поражений печени (желтушность кожи, склер, увеличение печени).
4. При оценке неврологического статуса обращают внимание на размер зрачков, фотопреакцию, наличие очаговых симптомов.

## **Проводите COWS при первичной оценке пациента!**

*Примерное описание пациента при первичном осмотре смотри в клиническом протоколе.*

### **Исследование мочи на наличие опиоидов**

Цель:

- Определение факта недавнего употребления наркотиков (около 3 - 5 дней)
- Оценка состояния пациента
- Определение выбора и тактики лечения

Анамнез является ключевым элементом в постановке диагноза опиоидной зависимости. Анализ мочи на наркотики является только вспомогательным, может помочь в лечении расстройства, вызванного употреблением полинаркотиков, и не должен использоваться для постановки диагноза опиоидной зависимости.

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

Отрицательный результат анализа мочи на опиоиды не является основанием для отказа приема в ПТАО если все остальные факты, выявленные в ходе оценки, не вызывают сомнений в отношении диагноза Синдром зависимости от опиоидов. (A)

В рамках первичной индивидуальной оценки состояния пациентам необходимо предлагать пройти добровольное тестирование на ВИЧ, которое должно сопровождаться консультированием до и после.

Проверяйте каждого нового пациента на ВГС и HBsAg.

Также необходимо провести опрос на наличие клинических симптомов туберкулеза (скрининг).

У всех женщин проведите опрос на наличие беременности, рекомендуйте проведение теста на беременность.

Отказ от тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты не могут быть препятствием для вступления в терапию. По улучшению состояния пациента (отсутствие симптомов отмены, стабильное психологическое состояние) предложите еще раз пройти тестирование.

## **7. Показания и противопоказания ПТАО**

### **Показания к ПТАО**

- Опиоидная зависимость
- Осознанное согласие на лечение
- Отсутствие противопоказаний

### **Противопоказания**

- Недостаточные доказательства синдрома зависимости от опиоидов (за исключением случаев, когда они регулярно употребляют инъекционные опиоиды, в таких случаях следует рассмотреть возможность применения ПТАО)
- Неспособность дать информированное согласие
- Острые психотические состояния
- Тяжелые формы умственной отсталости и деградации

- Перенесенная пациентом недавняя острая травма головы
- Наличие симптомов острого живота
- Тяжелая дыхательная недостаточность
- Декомпенсированная печеночная и почечная недостаточность
- Аллергия или гиперчувствительность к метадону, бупренорфину, или к одному из компонентов применяемой лекарственной форм

#### **Специфические противопоказания для бупренорфина:**

- Беременность и кормление грудью: в данный момент увеличивается количество сторонников использования бупренорфина (без содержания налоксона) у беременных или кормящих грудью клиенток. Комбинированный бупренорфин/налоксон не рекомендуется к использованию у беременных или кормящих грудью клиенток вследствие недостаточного количества данных о влиянии налоксона на плод<sup>33,34</sup>

Все указанные противопоказания должны оцениваться сугубо индивидуально, в некоторых случаях, когда симптомы отмены причиняют страдания пациенту и польза от ПТАО превышает над предполагаемыми или ожидаемыми осложнениями, совместно со смежными специалистами и под контролем состояния можно назначить ПТАО, вопрос может стоять в режиме дозирования, длительности терапии и других аспектах с учетом обстоятельств.

## **8. Поддерживающее лечение бупренорфином**

Здесь и далее и монопрепарат «бупренорфин» и комбинированный перпарат «бупренорфин –налоксон» будут обозначаться как «бупренорфин». В случаях применения в качестве ПТАО комбинированного препарата «бупренорфин –налоксон» дозировки все равно будут обозначаться по содержанию активного вещества бупренорфина. Присутствие налоксона не влияет на фармакокинетику бупренорфина.<sup>35</sup> Так как клинический эффект налоксона в той дозе, которая содержится в комбинированном препарате, незначительный (налоксон практически не всасывается при сублингвальном приеме). Если же, комбинированный препарат бупренорфин-налоксон вводится путем инъекции, доза налоксона в зависимости от обстоятельств может вызвать состояние отмены опиоидов.

### **8.1. Фаза индукции**

1. Фаза индукции или этап подбора дозировок - это процедура назначения первых доз агонистов опиоидов и первая фаза регулярного приема препаратов под медицинским наблюдением.
2. Цель – достижение уровня комфорта, как физического, так и психологического, при этом сводя до минимума риск передозировки.<sup>36</sup> Нет риска передозировки самого бупренорфина –если только они не принимают бензодиазепины.(D)<sup>37</sup>

<sup>33</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22514846/>

<sup>34</sup> Практические рекомендации по опиоидной заместительной терапии в Новой Зеландии, 2008 год

<sup>35</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15966752/>

<sup>36</sup> Руководство по метадону, 11-е издание, Автор: Эндрю Престон The Methadone Handbook, (Andrew Preston) [http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU\\_EHRN\\_FINAL2010.pdf](http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU_EHRN_FINAL2010.pdf)

<sup>37</sup> Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

3. Бупренорфин – частичный агонист, это значит, что при одновременном употреблении с препаратом – агонистом (героин, метадон), бупренорфин полностью блокирует его агонистический эффект.
4. Важно помнить, что повышение дозы бупренорфина не усиливает его агонистическое действие, а только удлиняет.
5. Так как бупренорфин вытесняет другие опиоиды из опиоидных рецепторов, но имеет менее выраженную опиоидную активность, при первом употреблении он может вызвать абстинентные симптомы, когда другие опиоиды еще активны.
6. Если назначить препарат до развития абстинентного синдрома, можно вызвать преципитацию симптомов отмены за счет антагонистического эффекта.
7. Поэтому первую дозу бупренорфина следует выдавать только после того, как очевидны симптомы абстиненции от опиоидов.
8. Назначать первую дозу бупренорфина следует если:
  - От последнего приема внутривенного употребления морфина/героина прошло 8-12 часов.
  - От последнего перорального приема морфина/героина/отвара из семян мака прошло 12-14 ч.
  - От последнего приема метадона в дозе 40, 0 мг и меньше прошло – 24 часа.
  - От последнего приема метадона в дозе 40,0 – 60,0 мг прошло 36-48 часов.

**Перед назначением первой дозы Бупренорфина обязательно проведение COWS!**

9. Необходимо оценить наличие симптомов отмены, подтвержденные COWS!
10. Рекомендуется выдавать первую дозу утром, чтобы можно было проследить и устраниТЬ потенциальные симптомы абстиненции. Возможно разделение первой дозировки на два раза за день, что снижает шансы развития остаточных симптомов абстиненции. (15)
11. Если назначить препарат до развития абстинентного синдрома, можно вызвать преципитацию симптомов отмены за счет антагонистического эффекта.
12. Важно помнить, что повышение дозы бупренорфина не усиливает его агонистическое действие, а только удлиняет.
13. Протоколы индукции бупренорфина должны включать быструю эскалацию лечения.  
**Первый день** - стартовая доза бупренорфина обычно составляет 4-8 мг (можно до 12 мг)
  - COWS легкая степень - назначьте 4 мг, возможно назначение дополнительно еще 4 мг через 40 – 60 мин (распределение дозы снижает риск симптомов отмены).
  - COWS умеренная и умеренно-тяжелая и тяжелая степени отмены - следует дать 4 мг препарата и наблюдать за появлением симптомов. Если симптомы отмены усиливаются, дайте еще 4 мг бупренорфина через 45–60 минут, а затем еще 4 мг через 6–8 часов в течение дня.
14. Малые дозы в первый день ( 2 мг) подходят для пациентов с низкой степенью зависимости от опиоидов (или для тех, степень зависимости которых неизвестна), или если есть сомнения по поводу толерантности пациента а также тем, кто практикует одновременное употребление нескольких ПАВ, в т.ч. алкоголя или бензодиазепинов, либо имеет другие острые расстройства здоровья.

15. **Второй и третий день** - в последующие дни суточную дозу бупренорфина можно постепенно повышать на 2, 4 или 8 мг, но при этом во второй день она не должна превышать 16 мг, а в третий день – 24 мг
16. Изменение дозировки должно основываться на:
- жалобах пациента на интоксикацию, подтвержденную объективным осмотром врача и оценкой COWS
  - симптомах отмены и тяги к приему опиоидов в последние 24 часа, подтвержденные объективным осмотром врача и оценкой COWS
  - дополнительном приеме наркотических средств (со слов пациента или подтвержденный объективным осмотром врача)
  - побочных эффектах, неблагоприятных реакциях (со слов пациента или подтвержденный объективным осмотром врача)
17. В среднем фаза индукции длится 3 - 4 дня
18. Режим приема – ежедневный, под контролем персонала
19. Критерии завершения фазы индукции:
- пациент перестает испытывать проявления симптомов отмены в течение 24 часов после приема последней дозы бупренорфина
  - находится в комфортном физическом и психическом состоянии
20. 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 повышенна до 40 мг по правилу приема метадона в первый день. В дальнейшем индукция ведется так, как было описано в алгоритмах ниже.
21. Более сложным считается переход с *приема метадона на прием бупренорфина*. 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. *Подробнее см. в алгоритмах клинического протокола*. Полный переход на прием бупренорфина может занять от нескольких дней до 1–2 недель
22. Переход *приема метадона на прием бупренорфина* опасен из-за высокого риска абстинентного синдрома и возможного рецидива, поскольку бупренорфин является частичным агонистом, и переход потребует снижения дозы метадона, в то время как пациенту, возможно, придется оставаться на более высокой дозе. При этом переход возможен при наличии побочных эффектов на метадон, быстрого метаболизма метадона или при попытках отказа от ПТАО. В противном случае может быть лучше продолжать метадон, если пациент стабилен. (D)<sup>38</sup>
23. Если монотерапия бупренорфином используется в качестве начальной формы ПТАО, то рекомендуется, чтобы монотерапия длилась не более двух дней (или как можно раньше) до перехода на комбинацию бупренорфин+налоксон (16)

---

38 Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

## **8.2. Фаза стабилизации**

1. Вторая фаза ПТАО – стабилизация. Цель – устранение влечения к нелегальным опиоидам путем блокирования всех опиоидных рецепторов, а также достижение перекрестной толерантности. Данный эффект заключается в том, что блокируются острые эйфорические ощущения в случае употребления пациентом нелегальных опиоидов. Однако даже после первоначальной стабилизации состояния клиента могут потребоваться последующие корректировки дозировки в фазе поддержки.
2. Стабилизация, по меньшей мере, означает, что пациент комфортно себя чувствует, принимая регулярную стабильную дозу, и нет необходимости ее постоянно менять и корректировать, при этом он постепенно приближается к достижению своей цели. У некоторых клиентов стабилизация может занимать длительное время и требует постоянного участия других специалистов.
3. 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, а другим, в соответствии с состоянием, возможно понадобиться повысить дозу до 24–32 мг.
4. Длительность фазы стабилизации длится от 1 недели до 1 месяца. Сроки данного этапа терапии относительные. Стабильности пациент может достигнуть и после первой недели пребывания в терапии, но в среднем длительность может составлять 2 недели.
5. Важно в более быстрые сроки добиться подбора подходящей дозы, с целью «не потерять и удержать» пациента в терапии.
6. Режим приема – ежедневно под контролем персонала. В индивидуальном порядке может решаться вопрос о выдаче препарата на руки пациента для приема на дому (По решению специальной консультативной комиссии).
7. Критерии завершения фазы стабилизации:
  - прогресс по достижению целей лечения
  - удовлетворительное самочувствие пациента
  - отсутствие симптомов отмены или интоксикации
  - отсутствие побочных эффектов (тошнота, рвота) от приема бупренорфина
  - уменьшение количества или прекращение употребления других ПАВ

## **8.3.Фаза поддержки**

1. В данной фазе достигается основная цель терапии – физическая, психологическая и социальная стабилизация пациента. Продолжительность данного этапа не должна ограничиваться определенными сроками, чем дольше пациент будет оставаться на данном этапе, тем меньше пациент подвержен рискам рецидива заболевания и рискованного поведения.
2. Диапазон доз бупренорфина на данном этапе составляет от 8 до 32 мг в сутки. Наиболее обычный диапазон, используемый для достижения воздержания от употребления героина, составляет от 12 до 24 мг в день.
3. Во время фазы поддержки доза препарата может корректироваться в ту или иную сторону при необходимости. Повышение дозы может быть связано с проявлениями симптомов отмены вследствие приема некоторых лекарственных средств, при

появлении влечения к наркотикам или срыве, т.е. возврате к употреблению «уличных» наркотиков.

4. Каждое изменение дозировок (как повышение, так и снижение) должно обосновываться жалобами пациента, клиническими проявлениями, шкалой оценки тяжести симптомов отмены (COWS).
5. Режим приема – ежедневно под контролем персонала или ограниченный прием под контролем. При соответствии критериям выдачи препарата для приема на дому, можно выдавать на руки пациенту на 5, 7 и более дней.
6. Хорошего описания прогнозных факторов скорого успешного прекращения поддерживающего лечения опиоидными агонистами нет, но, скорее всего, к ним относится устройство на работу или занятие другой осмысленной деятельностью, воздержание от употребления опиоидов и других наркотиков во время приема опиоидных агонистов, а также изменения в психосоциальной среде после начала лечения опиоидными агонистами.

## 9. Поддерживающее лечение метадоном

### 9.1.Фаза индукции или подбора дозировок

1. В первый день прием метадона надо начинать при появлении симптомов отмены, т.е. через 6-8 часов от последнего приема героина или других опиоидов.
2. Не следует начинать подбор дозы метадона пациентам с признаками интоксикации или недавнего употребления опиоидов или других ПАВ из-за повышенного риска передозировки. Если пациент пришел в состоянии опьянения (интоксикации) попросите его подойти немного позже.
3. Необходимо БЫСТРО вводить пациента в приемлемую дозу, для скорейшего достижения стабильного физического и психического состояния. Цель состоит в том, чтобы увеличить дозу настолько быстро, насколько пациент может комфортно ее переносить. Индукцию необходимо ежедневно контролировать, чтобы врач мог наблюдать симптомы интоксикации метадоном.<sup>39</sup>
4. В первый день суточная дозировка метадона должна составлять 30 – 40 мг!<sup>40</sup>
5. На второй - третий день от начала терапии организм «насыщается» метадоном. Поэтому, несмотря на то, что некоторые пациенты могут преувеличивать свои ощущения по поводу отмены, не увеличивайте дозировку метадона более 10 мг в сутки и не более 30 мг в течение одной недели.
6. Концентрация метадона в организме и субъективный эффект будут усиливаться на протяжении первых 3–4 дней даже при постоянной дозе, поэтому пациенту необходимо в процессе подбора дозы постоянно объяснять, что эффект метадона наступает постепенно и для достижения желаемого результата – полного подавления симптомов отмены требуется время, обычно это 5–7 дней.
7. Адекватность дозы оценивается только через 3 – 4 часа после приема метадона. Если в этот период сохраняются симптомы отмены, то дозу нужно повысить на 5–10 мг.
8. В отличие от индукции бупренорфином, подбор дозировок при метадоне может проводиться медленнее, так как потенциал безопасности метадона более низкий.

39 Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

40 Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

9. Необходимо отслеживать появление симптомов интоксикации метадоном (сонливость, заторможенность, слабость) в первые несколько дней приема метадона.
10. Пока не подобраны оптимальные дозировки метадона, при которых блокируется действие других опиоидов в период индукции сохраняется риск передозировок при употреблении уличных опиоидов.
  - Тщательно информируйте пациентов о рисках передозировки
  - Проведите быстрое обучение пациентов и их близких по распознаванию и оказанию помощи при передозировках
  - По возможности выдайте на руки пациентам и/или его близким апмулы Налоксона, информационный материал
11. Длительность фазы индукции от 7 до 14 дней, в среднем 10 дней.
12. Критерии правильной индукции: отсутствуют симптомы отмены в течение 24 часов от последнего приема метадона, отсутствуют симптомы интоксикации метадоном, комфортное психическое и физическое состояние.

### **9.2.Фаза стабилизации**

1. В Фазе стабилизации ставятся следующие задачи:
  - Устранение влечения или тяги к нелегальным опиоидам
  - Достижение перекрестной толерантности. Данный эффект заключается в том, что блокируются острые эйфорические ощущения в случае употребления пациентом нелегальных опиоидов
  - Постепенное достижение оптимальной дозы метадона
2. Длительность фазы стабилизации 2–6 недель, в среднем 4 недели
3. Важно, чтобы пациент пришел к пониманию насколько эффективной и выгодной для него будет продолжение терапии принимая оптимальные дозировки метадона (**80 – 120 мг**).

### **9.3.Фаза поддержки.**

В данной фазе достигается основная цель терапии – физическая, психологическая и социальная стабилизация пациента. Продолжительность данного этапа не должна ограничиваться определенными сроками, чем дольше пациент будет оставаться на данном этапе, тем меньше пациент подвержен рискам рецидива заболевания и рискованного поведения.

1. Оптимальными дозами метадона считаются диапазон от 80,0 мг и выше, с лучшими результатами при дозировках ближе к - 120,0 мг. Однако никакая доза не должна считаться максимальной, и некоторым пациентам могут потребоваться гораздо более высокие дозы. Всем пациентам с положительным анализом мочи на наркотики следует увеличить дозу независимо от их текущей дозы.
2. Во время фазы поддержки доза препарата может корректироваться в ту или иную сторону при необходимости. Повышение дозы может быть связано с проявлениями симптомов отмены вследствие приема некоторых лекарственных средств, при появлении влечения к наркотикам или срыве, т.е. возврате к употреблению «уличных» наркотиков.
3. Каждое изменение дозировок (как повышение, так и снижение) должно обосновываться жалобами пациента, клиническими проявлениями, шкалой оценки тяжести симптомов отмены COWS.
4. Режим приема – ежедневно под контролем персонала или ограниченный прием под контролем. При соответствии критериям выдачи препарата для приема на дому, можно выдавать на руки пациенту на 5, 7 и более дней.

- Хорошего описания прогнозных факторов скорого успешного прекращения поддерживающего лечения опиоидными агонистами нет, но, скорее всего, к ним относится устройство на работу или занятие другой осмысленной деятельностью, воздержание от употребления опиоидов и других наркотиков во время приема опиоидных агонистов, а также изменения в психосоциальной среде после начала лечения опиоидными агонистами.

## 10. Завершение ПТАО

Пациенты могут завершать ПТАО по следующим причинам:

### 1. Плановое завершение лечения по согласованному решению пациента и врача

- Лечение завершается только по осознанному, добровольному желанию пациента.
- Пациентам необходимо рекомендовать начало завершения терапии только при стойком достижении терапевтических целей: полное прекращение употребления нелегальных ПАВ, стабильного психического и физического состояния, нормализации социальной сферы жизни, восстановление семейных связей, наличие постоянной работы, отсутствие криминального поведения и тд.
- У некоторых пациентов через некоторое время пребывания в ПТАО может сложиться ложное представление о том, что он может легко и быстро закончить терапию и продолжить «трезвую» жизнь». Для достижения указанных выше терапевтических целей пациенту необходимо **как минимум 3 года пребывания<sup>41</sup>** в ПТАО, а некоторым пациентам и несколько лет. Лучшим вариантом для пациента является долгосрочное, а иногда и пожизненное получение терапии агонистами опиоидов, также как и при лечении других хронических заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и тд).
- Плановое завершение ПТАО должно быть гибким, регулируемым, включать в себя предоставление соответствующей психологической поддержки.
- Рекомендуемые схемы снижения дозировок могут не подходить для всех, они могут быть гибкими в зависимости от состояния пациента.
- До определенного этапа снижения дозировки метадона пациент будет чувствовать себя довольно комфортно, но позже может наступить момент, когда для пациента потребуется снижение интенсивности/скорости отмены или вернуться на некоторое время к назначению последней дозировки метадона, на которой пациент чувствовал себя комфортно. По улучшению состояния можно продолжить постепенную отмену терапии.
- При выходе пациента из ПТАО в плановом порядке обязательно информируйте пациента о профилактике и рисках рецидива, направляйте в такие программы как группы АА, АН.
- При срывах/рецидиве после выхода из ПТАО пациенты должны незамедлительно быть приняты обратно в терапию.

Фактические данные свидетельствуют о том, что решение о прекращении лечения связано с риском возврата к употреблению незаконных опиоидов, и пациентов нужно информировать о таких рисках. (ВОЗ) (A)

<sup>41</sup> Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine

## **2. Досрочный отказ от дальнейшего участия по одностороннему решению пациента**

Некоторые пациенты ПТАО могут прекратить участие в терапии по разным причинам:

- Возврат к употреблению нелегальных ПАВ
- Заключение в места лишения свободы
- Выезд за пределы страны/города
- Запрет со стороны родственников и близких принимать ПТАО
- Запрет со стороны тюремной субкультуры
- Неудобный для пациента режим лечения
- Конфликты с персоналом
- Попытка самостоятельно отказаться от ПТАО

Нередко достигнув физического улучшения в ПТАО, пациенты исполнены уверенностью, что могут быстро раз и навсегда избавиться от зависимости и приема любых лекарственных средств, в том числе АО. Таких же соображений могут придерживаться и члены семьи пациента. При адекватной консультации пациента и родственников, обеспечении удобного для пациента режима лечения можно удержать его в терапии.

При досрочном прекращении терапии персонал должен выяснить причины отказа от терапии и, по мере возможности, помочь пациенту в данных ситуациях.

**В любом случае у пациента должна быть возможность возвращения в терапию без осуждения и каких либо санкций со стороны персонала !**

**Исключение пациента из терапии или принудительное прекращение терапии** может быть в следующих случаях:

- Систематическое и злостное нарушение условий терапевтического контракта.
- В случаях когда лечение является неэффективным, т.е. отрицательные последствия и элементы риска перевешивают преимущества терапии (например психозы вследствие употребления других ПАВ, продажа наркотиков и.тд).
- Пациент регулярно принимает другие ПАВ в немедицинских целях, в том числе алкоголь и часто приходит в состоянии опьянения, при этом не желает и отказывается от вмешательств по оказанию помощи при паралельном употреблении ПАВ.
- Проявления агрессии (как физической, так и вербальной), угроз, насилия (даже попытки) по отношению к персоналу, другим пациентам.
- Нелегальный вынос/попытки выноса препаратов (бупренорфин, метадон).
- Пациент продолжает демонстрировать, несмотря на предупреждения, неспособность соблюдать правила безопасности, установленные в программе ПТАО.

**Исключение пациента из ПТАО должно быть как крайняя мера, когда все альтернативные варианты исчерпаны!**

Как одна из мер санкции может быть перевод пациента в другое лечебное учреждение (другой сайт).

Инъекционное и регулярное употребление других наркотических веществ не должно быть автоматическим поводом для принудительного исключения пациента из программы ПТАО. Предполагается, что персонал программ будут активно работать с

пациентом над повышением его мотивации и снижением или прекращением употребления других наркотических средств.

- Перед принятием любого решения относительно исключения пациента из ПТАО следует провести тщательный анализ обстоятельств и ситуации.
- Каждый случай вышеуказанных причин должен быть зафиксирован в виде записей в медицинских картах или в виде рапортов с указанием вида нарушения или события, даты и времени, желательно подкрепленный показаниями свидетелей инцидента (например, в случаях проявления агрессии, порчи имущества, конфликтных ситуациях и тд).
- Решение об исключении пациента из ПТАО должно решаться комиссионно (СКК) после солидарного мнения каждого члена комиссии. При спорных или конфликтных случаях необходимо привлечение специалиста со стороны (координаторы ПТАО, консультанты, руководители клиник, представители НПО, сообществ и тд).

**Принудительная выписка может быть оправдана в интересах обеспечения безопасности персонала и других пациентов, однако одно лишь несоблюдение правил программы не должно быть основанием для принудительной выписки. До принудительной выписки, необходимо принять надлежащие меры по улучшению ситуации, что включает повторную оценку используемой лечебной тактики.<sup>42</sup>**

## 11. Побочные эффекты агонистов опиоидов

Побочные явления при использовании метадона и бупренорфина в целом похожи и обусловлены их опиоидной агонистической 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 наиболее часто встречающимся побочным действиям можно отнести:

- вялость, сонливость, головокружение
- головные боли (чаще бупренорфин)
- тошнота, рвота
- сухость во рту, носовой полости, глазах
- трудности с мочеиспусканием
- запоры
- зуд кожи
- повышенное потоотделение
- гиперемия лица, кожи
- отеки нижних конечностей
- половая дисфункция
- нарушение менструального цикла
- аритмии за счет увеличения интервала QT
- увеличение массы тела

Такие нежелательные побочные эффекты обычно имеют место в начале лечения и со временем ослабевают. У некоторых людей они проявляются в течение длительного времени, однако, как правило, не приводят к медицинским последствиям.

Риски нарушения ритма сердца могут возникать при дополнительном приеме

<sup>42</sup> Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing

некоторых лекарственных средств и назначении высоких дозировок метадона.

Нельзя исключать и того, что после приема метадона или бупренорфина может случиться наиболее опасный нежелательный эффект как **передозировка**. Хотя передозировки от бупренорфина встречаются редко, случаи передозировки на терапии метадоном, особенно на этапе подбора дозировок возможны. Это связано прежде всего с приемом дополнительных веществ – барбитуратов, алкоголя, а также других лекарственных препаратов, взаимодействующих с метадоном, или быстрое повышение дозы на этапе подбора дозы.

## 12.Практические аспекты проведения ПТАО

### 12.1. Потребление ПАВ не в медицинских целях в ПТАО

1. ПТАО является лечением зависимости при опиоидной зависимости, но не от других психоактивных веществ, которые часто пациенты употребляют в немедицинских целях (а в некоторых случаях имеют зависимость от них).
2. Среди потребителей опиоидов распространено употребление нескольких видов наркотических веществ.
3. О продолжении рискованного употребления ПАВ в ПТАО свидетельствуют:
  - Свежие следы от инъекций
  - Зафиксированные эпизоды интоксикации
  - Передозировка
  - Продолжение хаотичного образа жизни
  - Частые пропуски доз
  - Положительные результаты мочи на ПАВ
  - Ухудшение физического и психического состояния, несмотря на нахождение в программе ПТАО
4. Параллельное употребление ПАВ, в частности депрессантов (опиоиды, алкоголь, бензодиазепины, транквилизаторы и др) в сочетании с агонистами опиоидов значительно увеличивают риск передозировок, вплоть до смертельного исхода.
5. Употребление ПАВ сопряжено с риском заражения ВИЧ, вирусными гепатитами, поскольку часто эти препараты употребляются внутривенно.
6. Пациенты ПТАО, употребляющие психоактивные вещества в немедицинских целях, часто имеют последствия в виде незаживающих трофических язв, абцессов, тромбофлебитов, а также тяжелых септических осложнений, приводящих к смертельным исходам.
7. Пациенты ПТАО, употребляющие ПАВ зачастую создают отрицательный имидж терапии, и у потенциальных пациентов терапии среди ЛУИН а также населения создается ложное впечатление о неэффективности ПТАО<sup>43</sup>
8. Есть зависимость между низкой дозой АО и повышенной частотой потребления психоактивных веществ.
9. Причинами параллельного употребления ПАВ зачастую могут быть:
  - физиологические (недостаточная доза АО, сохраняющееся влечение к наркотикам и симптомы отмены)
  - психологические (желание почувствовать эйфорию, стереотипы поведения, тревожность или депрессия)

---

<sup>43</sup> Качественное исследование «СУЩЕСТВУЮЩИЕ БАРЬЕРЫ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ ДЛЯ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ В КР» РЦН МЗ КР 2018 год,

- связанные с окружением (употребляет партнер, нахождение в МЛС, где сокамерники употребляют наркотики, и тд)
10. Дополнительное потребление опиатов свидетельствует о неполной блокаде опиоидных рецепторов в ЦНС, т.е. о недостаточной дозе агонистов опиоидов.
  11. Пациентам, которые в настоящее время употребляют ПАВ, бензодиазепины, алкоголь и др. ПАВ, не рекомендуется выдача дозировок АО для приема на дому.
  12. Мероприятия и вмешательства при употреблении ПАВ в терапии агностами опиоидов должны заключаться в следующем:
    - Назначение оптимальных дозировок метадона и бупренорфина
    - Усиление консультативной помощи, анализ причин употребления ПАВ
    - Усиление контроля за употреблением АО
    - Контроль за анализами мочи
    - Проведение стационарного лечения
    - Направление пациентов в группы самопомощи (АА, АН), реабилитационные центры
  13. Регулярно информируйте пациента о снижении вреда при рискованном инъекционном поведении.
  14. Контроль за результатами мочи может иметь значение, когда результат важен для принятия решений, например, для выдачи АО на руки пациентам, или для таких клинических решений как изменения дозировок и тд.
  15. Хотя, на сегодняшний день нет доказательств, что регулярное исследование мочи на наркотики сокращает их потребление в программах ПТАО, значение такого контроля для пациентов не следует переоценивать.
  16. Употребление алкоголя в ПТАО не должно недоцениваться, поскольку сочетание АО и алкоголя также может приводить к усилиению седативного эффекта как алкоголя, так и АО, что может привести к угнетению дыхания.
  17. Алкоголь может повысить метаболизм метадона, и пациент может испытывать симптомы отмены.
  18. Пациенты, регулярно употребляющие алкоголь в ПТАО, подвержены высокому риску развития цирроза и рака печени (особенно у лиц с вирусными гепатитами) и сердечно-сосудистых заболеваний.
  19. Пациентам с явными признаками интоксикации не следует выдавать дозировки АО на руки или для приема под наблюдением до исчезновения симптомов интоксикации. Может быть целесообразным выдать клиенту половину дозировки и попросить клиента вернуться позже в течение дня за второй половиной, которая будет выдана ему, если клиент возвращается без явных признаков интоксикации.

## 12.2. Пропуски приема АО

Пропущенные дозировки не должны быть причиной отстранения пациента от ПТАО. Клиенты, пропустившие три и более приемов АО подряд, должны быть тщательно осмотрены врачом перед выдачей дозировки.

При частых пропусках персоналу необходимо провести анализ и выяснить причины. Трудности посещения могут быть связаны с графиком работы, отдаленным местом жительства, конфликтами с персоналом или другими пациентами, проблемами с милицией и тд.

При пропусках приема АО в течение трех и более дней, требуется коррекции дозировок (см.клинический протокол).

### **12.3. Деление дозы метадона**

У некоторых клиентов очень быстрый метаболизм метадона, т.е. их пиковый уровень метадона соответствует норме, но при этом поддержание этого уровня норме не соответствует.

Пиком называется коэффициент концентрации в плазме выше или равно 2:0. В таких случаях клиентам требуется разделить суточную дозу метадона на несколько приемов.

Деление дозировки может также быть полезно в случаях:

- когда пациент плохо переносит побочные эффекты метадона в виде тошноты
- если пациентка беременна и испытывает постоянное чувство тошноты (в обоих случаях рекомендуется деление дозировки только на короткий период времени)
- когда пациент принимает высокие дозировки метадона (есть пациенты которые принимают выше 300,0 мл)

Если назначается деление дозировки, большая часть дозы (не менее 60 процентов) должна приниматься под наблюдением.

Прием всей суточной дозы должен проходить под непосредственным наблюдением персонала не реже одного раза в неделю для подтверждения переносимости клиентом данной дозировки.<sup>44</sup>

### **12.4. Низкие дозы метадона**

Некоторые пациенты могут быть удовлетворены низкими дозировками агонистов опиоидов, однако количество таких категорий пациентов необходимо свести к минимуму. Низкие дозы агонистов на этапе стабилизации могут быть оправданы у пациентов, у которых:

- нет признаков употребления опиоидов, бензодиазепинов и других ПАВ;
- не определяются симптомы отмены (COWS).

Однако, пациенты с низкими дозировками имеют худшие показатели удержания в ПТАО, у них всегда сохраняются риски срывов и рецидивов, а также риски передозировок. С такой категорией пациентов необходимо регулярное проведение консультирования мотивирующего на повышение дозировок агонистов опиоидов до рекомендуемых.

### **12.5. Интерпретация результатов скрининговых исследований с целью выявления ПАВ в моче**

1. Исследования на наличие ПАВ не являются обязательным условием диагностики, однако обнаружение в биологических средах организма следов опиоидов может способствовать уточнению диагноза.
2. Скрининговые исследования (быстрые тест-системы) с целью выявления ПАВ в моче позволяют определить факт недавнего употребления наркотиков; эта информация может иметь большое значение для оценки состояния пациента, для коррекции дозировок АО в ходе терапии.
3. Анализы мочи также нужны для того, чтобы в составлении анамнеза выявлять другие ПАВ, которые употреблялись пациентом в последнее время.
4. Анализы мочи в ПТАО необходимо сдавать:
  - на содержание опиоидов (морфина) - не менее 1 раза в месяц, чаще при подозрении на их употребление.

<sup>44</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2007). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 40. Retrieved from

- на содержание бензодиазепинов, транквилизаторов и другие ПАВ не менее 1 раза в месяц - чаще при подозрении на их употребление.
5. Анализы мочи для определения ПАВ нужны для определения показаний для выдачи АО для приема на дому.
  6. У пациента должна быть возможность сдать образец мочи в соответствующей обстановке (туалет) в присутствии персонала соответствующего пола, участвующего в заборе материала.
  7. Некоторые пациенты отказываются сдавать мочу или наблюдаются случаи подмены мочи. Это может происходить когда за положительным результатом могут последовать такие последствия как отказ в выдаче препаратов на дом и другие санкции. В таких случаях рекомендуется усилить контроль сбора анализа или отказать в выдаче на руки метадона или бупренорфина.
  8. В остальных случаях (плановые заборы мочи) при категорическом отказе сдавать мочу со стороны пациента, можно отложить сдачу анализа мочи на следующий раз, при этом следует провести беседу, объяснить условия пребывания в программе, напомнить условия и пункты Договора.
  9. Могут встречаться ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Если пациент не согласен результатом, предлагается проведение повторного исследования мочи. Или отложить обследование на следующий раз.
  10. Все факты об отказе сдачи мочи, все результаты анализов должны фиксироваться в соответствующих документациях
  11. Точная интерпретация результатов любого анализа будет зависеть от конкретной коммерческой тест-системы или используемых реагентов. Тест системы обычно показывают употребление незаконных опиоидов в течении 2-3 дней.
  12. Героин распадается на 6-моноацетилморфин (6- МАМ), потом на морфин, а потом на кодеин; таким образом, присутствие 6-МАМ обычно является специфичным показателем употребления героина в течение последних 24 часов.
  13. Многие коммерческие тест-системы для скрининговых исследований на наличие наркотика не распознают содержание бупренорфина, димедрола, сомнола, многих новых психоактивных веществ, аптечных наркотиков.
  14. При отрицательных анализах мочи на ПАВ, но при явных признаках интоксикации расценивать состояние пациента как состояние опьянения (клинически) с занесением в медкарту и ЭРЗПТ.

## 12.6. Выдача АО для приема на дому

**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 (ВОЗ) (А)**

Выдача агонистов опиоидов (метадона, бупренорфина) для приема на дому должна быть обоснована в следующих случаях:

- Достигнута стойкая стабилизация пациента, не менее чем через 2-3 месяца пребывания в терапии
- Пациент принимает оптимальную дозировку
- Пациент не употребляет другие ПАВ в немедицинских целях
- При низкой вероятности использования препаратов не по назначению
- Трудовая занятость пациента и наличие благополучных отношений в семье

При выдаче АО на руки пациенту должны учитываться следующие факторы:

- У пациента есть возможность хранить АО (пациенты имеющие место жительства)
- Вероятность передачи АО другому лицу, например совместное проживание с ЛУИН или лица имеющие зависимость, но не посещающие ПТАО
- Во время получения дозировки на руки клиент ведет себя адекватно, нет признаков опьянения
- Инструктируйте пациента перед каждой выдачей препарата о правилах хранения и безопасности.

## 12.7. Психосоциальная поддержка в ПТАО

### Ключевые рекомендации<sup>45</sup>

В сочетании с фармакологическим лечением опиоидной зависимости следует в порядке общей практики предлагать психосоциальную поддержку.

**Категоричность рекомендации – Высокая!**

**Качество фактических данных – Высокое!**

1. Опиоидная зависимость эффективно лечится с помощью лекарственных средств. Однако применение лекарственных средств без оказания какой-либо психосоциальной помощи не дает полной эффективности лечения и достижения целей терапии (A)
2. Службы по лечению зависимости должны стремиться оказывать интегрированную всеобъемлющую психосоциальную поддержку каждому пациенту на месте.
3. Под термином "психосоциальная поддержка" в данном случае подразумевается широкий спектр мер на социальном и психологическом уровне.
4. При этом службы по лечению не должны отказывать в эффективном медикаментозном лечении, если они не могут обеспечить психосоциальной помощи или если пациенты отказываются от нее. (A)
5. В условиях отсутствия психологов, социальных работников на сайтах, персонал как минимум, должен оценивать психосоциальные потребности пациентов, и при необходимости направлять их в другие учреждения для получения дополнительной поддержки (A)
6. Вмешательства на социальном уровне включают в себя следующую помощь:
  - Удовлетворение основных жизненных потребностей, таких как пища, одежда, жилье и работа
  - Базовая медико-санитарная помощь
  - Обучение социальным и жизненным навыкам
  - Профессионально-техническое обучение
  - Группы самопомощи
7. Вмешательства на психологическом уровне варьируют от неструктурированной вспомогательной психотерапии и мотивационных методов собеседования до высокоструктурированных психологических методик.
8. Преобладают два подтипа терапии – когнитивно поведенческая терапия (КПТ) и ситуационные вмешательства.

<sup>45</sup> Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization (WHO), 2009

9. КПТ при лечении зависимостей от ПАВ основана на принципе, в соответствии с которым зависимости являются приобретенными формами поведения, которые можно изменить. Когнитивные подходы в первую очередь направлены на изменение аддиктивных форм поведения путем изменения ошибочных понятий (когниций), которые поддерживают данное поведение, или путем содействия положительным понятиям или мотивации к изменению поведения.
10. Ситуационные вмешательства предусматривают вознаграждение или наказание за определенные типы поведения с применением структурированного, прозрачного подхода, повышающего усвоение желаемых типов поведения. В большинстве программ упор делается на положительные типы поведения, с подкреплением желаемого поведения. Элементами ситуационных вмешательств являются:
  - четкие определения желаемого поведения (например, воздержание от опиоидов) регулярный мониторинг наличия или отсутствия желаемого поведения (например, регулярные анализы мочи).
  - определенные вознаграждения за желаемое поведение (например, деньги, ваучеры для обмена на товары или услуги, дозы метадона для приема на дому или лотерейные билеты).
  - положительные личные комментарии персонала при желаемом поведении.
11. Ситуационные вмешательства могут осуществляться персоналом с относительно небольшой подготовкой. Консультанты должны знать о связях с имеющимися социальными службами или другими социальными ресурсами в местном сообществе.

### 13. Организация системы лечения<sup>46</sup>

Данные показывают, что врачи первичной медико-санитарной помощи редко проверяют своих пациентов на наличие расстройств, вызванных употреблением наркотиков. Однако проведение скрининга, краткосрочных вмешательств и лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи осуществимо и помогает выявлять, поддерживать и, при необходимости, направлять людей с расстройствами, вызванными употреблением наркотиков, к специалистам, что позволяет снизить расходы на оказание медико-санитарной помощи.

Амбулаторное лечение расстройств, вызванных употреблением наркотических средств, в целом меньше нарушает уклад жизни пациентов и более дешево для системы здравоохранения, чем лечение в стационаре или учреждениях третичного уровня. Амбулаторное лечение рекомендуется в качестве первого выбора с позиций общественного здравоохранения, если оно основано на фактических данных и может удовлетворить потребности пациента. Пациентам с более серьезными или сложными расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, или дополнительными социальными проблемами на основе индивидуальной оценки может потребоваться стационарное лечение или лечение в учреждениях третичного уровня и длительного пребывания.

Отсутствие низкопороговых вмешательств низкой интенсивности (таких как скрининг и краткосрочные вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи или аутрич-услуги на уровне местных сообществ) также может вынудить людей, употребляющих наркотики, обращаться в службы лечения только в том случае, если у них развиваются тяжелые расстройства, связанные с употреблением наркотиков. Тем не менее,

<sup>46</sup> Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

поддержка на более ранних стадиях расстройства была бы менее интенсивной (и менее затратной).

### **Вмешательства, предлагаемые на различных уровнях системы здравоохранения в Кыргызской Республике<sup>47</sup>**

<b>Уровень системы</b>	<b>Возможные вмешательства</b>
Неформальная помощь на уровне местного сообщества	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Аутрич-вмешательства</li> <li>- Группы самопомощи и мероприятия по поддержке ремиссии</li> <li>- Неформальная поддержка со стороны друзей и семьи</li> </ul>
Услуги первичной медико санитарной помощи	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Скрининг (ASSIST и др)</li> <li>- Краткосрочные вмешательства</li> <li>- Предоставление ПТАО психиатрами, наркологами, обученными неспециалистами<sup>48</sup></li> <li>- Предоставление АРТ, противотуберкулезного лечения по принципу “единого окна” под наблюдением врачей инфекционистов и фтизиатров первичного звена</li> <li>- Направление на специализированное лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических средств</li> <li>- Продолжающаяся поддержка лиц, проходящих лечение, или контакт со специализированными наркологическими службами</li> <li>- Базовые услуги медико-санитарной помощи, включая первую помощь, обработку ран, ведение сопутствующих заболеваний совместно с терапевтами</li> </ul>
Общее социальное обеспечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Жилье или приют (приюты, кризис – центры, дропинг центры)</li> <li>- Питание</li> <li>- Безусловная социальная поддержка</li> <li>- Направление в специализированные наркологические службы, а также в иные медицинские и социальные службы, по мере необходимости</li> </ul>
Специализированные наркологические услуги (амбулаторные или стационарные)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценка</li> <li>- Планирование лечения</li> <li>- Ведение пациентов</li> <li>- Детоксикация и ведение синдрома отмены</li> <li>- ПТАО</li> <li>- Психосоциальные вмешательства</li> <li>- Медикаментозное лечение</li> </ul>

<sup>47</sup> Адаптировано из вышеизложенного документа (46)

<sup>48</sup> В КР поддерживающее лечение агонистами опиоидов предоставляется в центрах семейной медицины

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Профилактика рецидивов</li> <li>- Услуги по поддержанию ремиссии</li> </ul>
Другие услуги специализированной медико-санитарной помощи <sup>49</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Вмешательства, осуществляемые специалистами служб охраны психического здоровья (включая услуги психиатрической и психологической помощи)</li> <li>- Вмешательства специалистов в области терапии, хирургии, педиатрии, акушерства, гинекологии и других специализированных медицинских услуг</li> <li>- Стоматологическая помощь</li> <li>- Лечение инфекционных заболеваний (включая ВИЧ, гепатит С и туберкулез)</li> </ul>
Специализированные услуги социального обеспечения для людей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Программы профессионального обучения и просветительские программы</li> <li>- Планирование досуга</li> </ul>
Услуги, оказываемые в учреждениях длительного пребывания, для людей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Программы пребывания, реабилитационные центры Обеспечение жильем</li> <li>- Профессиональное обучение</li> <li>- Обучение жизненным навыкам</li> <li>- Непрерывная терапевтическая поддержка Направление в амбулаторные службы и за услугами по поддержанию ремиссии</li> </ul>

<sup>49</sup> Могут быть организованы на первичном и вторичном уровнях предоставления помощи, при наличии таковой на местах

## Список использованной литературы

1. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization (WHO), 2009.
2. УНП ООН 2021 г. Всемирный доклад о наркотиках, 2021 г. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>
3. Всемирная организация здравоохранения (2004) ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Совместная позиция – заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа Женева, ВОЗ.
4. Справочное руководство по МКБ-11 (who.int)
5. Pompidou Group – Council of Europe 2017 Терапия агонистами опиоидных рецепторов Руководящие принципы для пересмотра законодательства и регламентов
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015b). Medication and counseling treatment.
7. Frederick L. Altice, M.D., M.A. Professor of Medicine and Public Health Yale University, Lynn Madden, Ph.D Chief Executive Officer, APT Foundation, New Haven, CT and Assistant Professor of Medicine
8. Программа Правительства Кыргызской Республики по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017-2021 годы Утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 30 декабря 2017 года № 852.
9. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020.
10. Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года № 6 (В редакции Закона КР от 15 сентября 2021 года № 119).
11. Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. Prepared by Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group
12. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014.
13. Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care, 2004, RCGP Drug & Alcohol Misuse Training Programme RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group SMMGP
14. Руководство по метадону, 11-е издание, Автор: Эндрю Престон The Methadone Handbook, (Andrew Preston) [http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU\\_EHRN\\_FINAL2010.pdf](http://rcn.kg/uploads/files/Methadone%20handbook%20RU_EHRN_FINAL2010.pdf)
15. Министерство здравоохранения, 2008 г. Практические рекомендации по опиоидной заместительной терапии в Новой Зеландии, 2008 г. Велингтон: Министерство здравоохранения
16. Руководство по метадону, 11-е издание, Автор: Эндрю Престон The Methadone Handbook, (Andrew Preston) 2010.
17. Качественное исследование « СУЩЕСТВУЮЩИЕ БАРЬЕРЫ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ ДЛЯ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ В КР» РЦН МЗ КР 2018 г.

18. Универсальная учебная программа по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (UTC) – Продвинутый уровень. Учебный курс 10: «Ведение программ медикаментозной поддерживающей терапии
19. Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. Prepared by Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017.
20. Методическое пособие «Поддерживающая терапия агонистами опиоидов» С.В. Дворяк, Л.В. Власенко, 2010.
21. Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. RCGP Drug & Alcohol Misuse Training Programme RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group SMMGPRoyal College of General Practitioner Revised 2nd Edition 2004.
22. Лечение наркотической зависимости: Комплект учебных материалов Treatnet 2, Модуль 2, Том С UNODC
23. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2007). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 40. Retrieved from
24. Клинические протоколы по вопросам ВИЧ-инфекции разработаны на основе Клинического руководства по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и Клинического руководства по лечению ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний (приказ МЗ КР № 759 от 25.09.2020) Клинические протоколы по вопросам ВИЧ-инфекции утверждены приказом МЗ КР № 335 от 16.03.2020.
25. Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version, April 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
26. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B virus infection. World Health Organization; 2015.
27. WHO, 2015 Library Cataloguing-in-Publication Data Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection
28. Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика: профилактическое лечение туберкулеза [WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment 2021].
29. Клиническое руководство «Стационарное лечение туберкулеза (с сохраненной чувствительностью возбудителя к препаратам первого ряда)» принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 2019 год.

### **Использованные ссылки и источники:**

- [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021\\_booklet-1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html)  
<https://aidscenter.kg/>  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11590>  
<http://rcn.kg/>  
<https://aidscenter.kg/>  
<https://rm.coe.int/2020-ppg-oat-guidingprinciples-rus/1680a25d32>  
<https://rm.coe.int/2020-ppg-oat-guidingprinciples-rus/1680a25d32>  
[https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/terminology-and-information-on-drugs\\_new.html](https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/terminology-and-information-on-drugs_new.html)  
<http://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/treatmentmen>  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f111507461>  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/15266465/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31232604/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571505/>

<https://www.apteka.ua/article/499729>

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/sixmo>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22514846/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15966752/>