ДУ «Центр громадського здоровя Міністерства охорони здоровя України»
ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоровя України»
Управління ООН з наркотиків та злочинності в Східній Європі
БО «Український інститут політики громадського здоров'я»
МБФ «Альянс громадського здоров'я»

# ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ (СИНДРОМ ЗАЛЕЖНОСТІ) ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ОПІОЇДІВ

## КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ (ОНОВЛЕНА)

**2025**

**Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови**

| | |
|---|---|
| КУЗІН Ігор Володимирович | заступник Міністра охорони здоров'я України-головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи; |
| ІВАНЧУК Ірина Олександрівна | кандидат психологічних наук, начальник відділу управління та протидії вірусними гепатитами та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», заступник голови робочої групи з клінічних питань; |
| ДУМЧЕВ Костянтин Вікторович | головний спеціаліст відділу медичної допомоги та медичної евакуації Міністерства оборони України; |
| ПТАЩЕНКО Андрій Вікторович | головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ; |
| ГРИЦЕНКО Валерія Вікторівна | головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; |
| ЗЛИДЕННИЙ Тарас Володимирович | директор КНП Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»; |
| КАБАНЧИК Мирослава Орестівна | директор КНП Львівської обласної ради «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень»; |
| КАЛАНДІЯ Гела Тенгізович | лікар-психіатр-нарколог, завідувач амбулаторним відділенням КНП «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»; |
| КЛИМЧУК Віталій Володимирович | доктор психологічних наук, віце-президент Національної психологічної асоціації України, експерт проекту «Психічне здоров'я для України»; |
| ЛЕБЕГА Олександр Володимирович | спеціаліст з питань охорони здоров'я підрозділу всесвітніх програм з ВІЛ і ТБ Центрів контролю а профілактики захворювань США; |
| ПІНЧУК Ірина Яківна | професор, доктор медичних наук, лікар-психіатр вищої категорії, директор Інституту психіатрії КНУ імені Тараса Шевченка; |
| РУДИЙ Сергій Анатолійович | національний програмний офіцер Регіонального програмного офісу Управління ООН з наркотиків та злочинності в Східній Європі; |

**Методологічний супровід та інформаційне забезпечення**

| | |
|---|---|
| ГУЛЕНКО Оксана Іванівна | заступник директора - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»; |
| ШИЛКІНА Олена Олександрівна | начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України». |

**Рецензенти**

| | |
|---|---|
| ДВОРЯК Сергій Васильович | доктор медичних наук, професор, голова Правління, в. о. директора Українського інституту політики громадського здоров'я; |
| ГОНЧАРОВА Олена Юріївна | завідувач кафедри психіатрії та наркології Харківського національного медичного університету кандидат медичних наук, доцент. |

Електронну версію документа можна завантажити з Реєстру медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (https://www.dec.gov.ua/mtd/home/).

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2028 рік

**Зміст**

**Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови 8**
**Синтез настанови**
**Вступ 11**
**Природа опіоїдної залежності 11**
**Підходи до лікування опіоїдної залежності 12**
**Структура 14**
**Градація настанов 14**
**Термінологія 14**
**ЧАСТИНА А. Рекомендації щодо медикаментозного лікування залежності від опіоїдів 18**
**А1 Оцінка 19**
**А1.1 Причини лікування 19**
**А1.2 Обстеження на вживання наркотиків та оцінка попереднього лікування 19**
А1.2.1 Історія захворювання 19
А1.2.2 Обстеження фізичного та психічного стану пацієнта 20
А1.2.3 Проведення аналізів 21
А1.2.4 Діагностування розладів, викликаних вживанням наркотичних речовин 21
**А1.3 Обстеження на наявність інших проблем зі здоров'ям та соціальних проблем21**
**А2 Планування процесу лікування 23**
**А2.1 Ситуації, що можуть впливати на планування процесу лікування 25**
А2.1.1 Полінаркоманія 25
А2.1.2 Гострі медичні стани 25
А2.1.3 Супутні психічні розлади 26
А2.1.4 Хронічний больовий синдром та залежність від фармацевтичних опіоїдів 26
А2.1.5 Пацієнти, які нещодавно перервали регулярне вживання опіоїдів 26
А2.1.6 Захист прав дітей 27
А2.1.7 Проблеми з відвідуванням установ, які видають медичні препарати 27
**А3 Детоксикація 28**
**А3.1 Завдання детоксикації 28**
**А3.2 Установи проведення детоксикації 29**
**А3.3 Підтримувальна терапія та моніторинг 29**
**А3.4 Інформування пацієнтів 29**
**А3.5 Методи медикаментозного лікування при абстинентному синдромі 30**
**А3.6 Планування медичної допомоги після виходу з абстинентного синдрому 31**
**А4 Замісна підтримувальна терапія 32**
**А4.1 Вибір медичних препаратів 32**
**А4.2 Індукція 33**
А4.2.1 Метадон 33
А4.2.2 Бупренорфін 36
**А4.3 Проведення безпечної та ефективної підтримувальної терапії агоністами опіоїдів 42**
А4.3.1 Оптимізація графіка прийому та дозування препаратів 42
Метадон 42
Бупренорфін 43
Видача препарату додому та прийом без нагляду 44
Ситуації, коли пацієнт приходить за дозою препарату в стані інтоксикації 45
Пропуск дози 46
**А 4.3.2 Клінічний огляд та моніторинг 47**
Аналіз сечі на вміст наркотиків 48
Продовження вживання наркотиків 50

**А4.4 Питання безпеки** **51**
А.4.4.1 Передозування 51
А.4.4.2 Керування транспортним засобом 52
А.4.4.3 Супутні медичні стани 52
А.4.4.4 Робота серця 52
А.4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами 54
**А4.5 Побічні ефекти** **55**
**А4.6 Припинення замісної терапії** **55**
А4.6.1 Примусове виключення із програми лікування 57
**А5 Запобігання рецидивам: підтримувальна терапія налтрексоном** **58**
**А5.1 Фармакологія** **58**
**А5.2 Ефективність** **58**
**А5.3 Фактори, що впливають на вибір схеми лікування** **58**
**А5.4 Початок лікування** **59**
**А5.5 Проведення безпечної та ефективної терапії налтрексоном** **60**
**А5.6 Моніторинг та огляд** **61**
**А6 Психосоціальна підтримка** **62**
**А7 Питання, які можуть впливати на лікування** **63**
**А7.1 Вагітність і годування груддю** **63**
**А7.2 Вікові фактори** **65**
А7.2.1 Пацієнти-підлітки 65
А7.2.2 Пацієнти похилого віку 65
**А7.3 Супутні психічні розлади** **65**
**А7.4 Ув'язнені** **66**
**А7.6 Лікування больового синдрому** **67**
**А7.7 Припинення паління** **68**
**А8 Інформація для споживача і бачення споживача** **69**
**А9 Належні клінічні практики** **71**
**А9.1 Зв'язки між лікарем, який призначає лікування, медичним персоналом, який видає препарат, та медичними працівниками, які надають допоміжну допомогу** **71**
**А9.2 Дії у випадку прийому пацієнтом неправильної дози препарату** **71**
**А10 Правові питання** **73**
**А10.1 Переведення пацієнта з одного лікувального закладу до іншого, який належить до іншої юрисдикції** **73**
**А10.2 Поїздки за кордон з метадоном, бупренорфіном або налтрексоном** **73**
**А10.3 Акредитація, підготовка та підтримка лікарів, які призначають лікування, та медичного персоналу, який видає препарати** **73**
**А10.4 Критерії для видачі дози на руки та прийому без нагляду** **75**
**Організаційні та регуляторні питання** **78**
**ЧАСТИНА В. Довідкова інформація** **81**
**1. Контекст для застосування Національного керівництва** **81**
**1.1 Ситуація із вживанням опіоїдів в Австралії** **81**
1.1.1 Тенденції щодо вживання опіоїдів 81
1.1.2 Наслідки несанкціонованого вживання наркотиків 81
**1.2 Реакція на лікування** **83**
1.2.1 Цілі лікування 83
1.2.2 Перспектива пацієнта: маршрут пацієнта 85
1.2.4 Види лікування 88
**2. Підходи до лікування, які застосовуються в Австралії** **92**
**2.1 Медикаменти: опис та фармакологічна дія** **92**
2.1.1 Метадон 92
2.1.2 Бупренорфін 95

2.1.3 Налтрексон 99
**2.2 Детоксикація 101**
2.2.1 Характер перебігу відміни опіоїдів 101
2.2.2 Мета детоксикації 102
2.2.3 Лікарські засоби, що використовуються для припинення вживання опіоїдів 103
2.2.4 Умови, за яких можуть проводитися програми детоксикації 107
2.2.5 Допоміжна терапія при детоксикації 108
2.2.6 Вибір варіантів лікування 108
**2.3 Фармакотерапія агоністами опіоїдів (опіоїдна замісна терапія) 109**
2.3.1 Цілі замісної терапії 110
2.3.2 Ефективність замісної терапії 110
2.3.3 Вибір між метадоном і бупренорфіном 112
2.3.4 Соціально-психологічна підтримка 113
2.3.5 Індукція при замісній терапії 115
2.3.6 Підтримуючі дози 116
2.3.7 Побічні ефекти 118
2.3.8 Завершення замісної терапії 125
**2.4 Профілактика рецидивів: підтримувальна терапія налтрексоном 128**
2.4.1 Ефективність лікування налтрексоном 128
2.4.2 Початок терапії налтрексоном 130
2.4.3 Дозування та тривалість терапії 130
2.4.4 Підтримуючий догляд за пацієнтами, які приймають налтрексон 130
2.4.5 Допоміжна фармакотерапія 131
2.4.6 Небажані ефекти та наслідки 132
2.4.7 Дотримання режиму терапії 133
**2.5 Допоміжна терапія 133**
2.5.1 Психологічні чинники в лікуванні 134
2.5.2 Види консультування 137
2.5.3 Умови, за яких може проводитися консультування 140
2.5.4 Психосоціальна підтримка 141
**2.6 Фактори, що можуть впливати на лікування 143**
2.6.1 Щодо аборигенів та населення островів Торресової протоки 143
2.6.2 Жінки 144
2.6.3 Вагітність та годування груддю 146
2.6.4 Батьківські навички та захист дітей 154
2.6.5 Підлітки 155
2.6.6 Супутні психіатричні стани 157
2.6.7 Одночасне вживання декількох ПАР 161
2.6.8 Інфекції при вживанні ін'єкційних наркотиків 164
2.6.9 Ув'язнені 167
2.6.10 Лікування больового синдрому 168
2.6.11. Інші питання, що стосуються здоров'я 173
**Діагностика та лікування синдрому відміни опіоїдів 175**
2.3.7 Визначення ризиків, пов'язаних із одночасним вживанням декількох наркотичних або психоактивних речовин (ПАР) 175
2.3.8 Вибіркова відміна 175
2.3.9 Історія відміни 176
2.3.10 Оцінка поточного статусу відміни 176
2.3.11 Фізичний огляд для розуміння тактики ведення пацієнта з СВ 177
2.3.12 Оцінка психічного здоров'я та ризику самогубства 177
2.3.13 Скринінг щодо проявів насильства в сім'ї 179
2.3.14 Психосоціальна оцінка 179

2.3.15 Захист дитини 179
2.3.16 Складання плану ведення випадку 180
2.4 Відповідність та підбір лікування з огляду на перебіг процесу відміни 181
2.4.1 Спеціальні групи 181
2.5 Угоди про лікування 182
2.6 Лікування синдрому відміни 183
2.6.1 Моніторинг 183
2.6.2 Фармакологічне лікування 183
2.6.3 Рутинний підтримуючий догляд 183
2.6.4 Ведення пацієнта з важкою поведінкою 184
2.6.5 Управління транспортними засобами 185
2.7 Обстеження на ВІЛ, гепатит В та С 186
2.8 Забезпечення безперервного догляду 186
2.8.1 Планування виписки 186
5 Опіоїди 188
5.1 Вживання та вплив опіоїдів 188
5.2 Характерні аспекти оцінки пацієнтів з опіоїдною залежністю 189
5.2.1 Оцінка опіоїдної залежності 189
5.2.2 Непланове усунення СВО 190
5.3 Синдром відміни 191
5.3.1 Початок і тривалість синдрому відміни 191
5.3.3 Моніторинг 191
5.3.4 Шкали тяжкості СВО 192
5.4 Лікування 192
5.4.1 Нормативно-правовий контекст лікування залежності 192
5.4.2 Планування лікування 192
5.4.3 Ключові елементи лікування пацієнтів з СВО 192
5.4.4 Бупренорфін 193
5.4.5 Симптоматичне лікування 194
5.4.6 Налтрексон 195
5.5 Особливі питання 195
5.5.1 Вагітність та грудне вигодовування 195
5.6 Подальший догляд 195
5.6.1 Переведення пацієнта на прийом налтрексону 195
5.6.2 Ведення пацієнтів після виходу з СВО 196
**Допомога пацієнтам з синдромом відміни опіоїдів 197**
4.1 Вступ 197
4.2 Стандартна допомога при веденні пацієнтів з синдромом відміни 197
4.3 Ведення синдрому відміни у пацієнтів з залежністю від опіоїдів 200
**Деякі аспекти лікування інтоксикації та синдрому відміни опіоїдів 205**
**3. Забезпечення якості лікування 209**
**3.1 Залучення пацієнта до оцінки та лікування 209**
**3.2 Налагодження та визначення терапевтичної взаємодії 209**
**3.3 Планування лікування 211**
**3.4 Ведення пацієнта або координація допомоги 213**
**3.5 Огляд ходу лікування 213**
**3.6 Облік та звітність 215**
**Список літератури 218**
**Глосарій термінів і скорочень 238**
**Додаток 1. Визначення поняття «залежність від опіоїдів» 241**
**Додаток 2. Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів 243**
**Об'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (OOWS) 244**
**Суб'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS) 245**

**Коротка шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (ShOWS) 246**
**Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS) 247**
**Модифікована шкала Фінегана (Finnegan) для новонароджених 249**
**Додаток 3. Клінічно значуща взаємодія між метадоном, бупренорфіном та іншими медичними препаратами 250**
**Додаток 4. Лікування тяжкого абстинентного синдрому від опіоїдів, викликаного налтрексоном 252**
**Додаток 5. Синдром відміни найбільш поширених наркотиків 254**
**Додаток 6. Ознаки інтоксикації найбільш поширеними наркотиками 255**
**Додаток 7. Час для визначення вмісту окремих психоактивних речовин в сечі 256**
**Додаток 8. Еквівалентні дози опіоїдів 257**
**Додаток 9. Керівництво для швидкого огляду АТОР (комплексна інструкція наводиться у Посібнику АТОР) 258**
**Додаток 10. Запобігання та лікування передозування опіоїдами 263**

## Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови

Ця настанова є оновленням клінічної настанови «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», створеної в 2020 році. Потреба у оновленні клінічної настанови виникла у зв'язку з необхідністю удосконалення послуг підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), впровадження кращих підходів до надання послуг, які відповідають сучасним підходам та враховують поточну ситуацію в Україні, що пов'язана з обмеженими кадровими спроможностями, реформуванням системи фінансування послуг, впровадженням телемедичних послуг, розширенням використання лінійки препаратів ПТАО тощо.

Оновлення даної клінічної настанови передбачало включення таких положень:

рекомендації щодо використання телемедицини при наданні послуг та впровадження системи відеоспостереження за прийомом доз препаратів ПТАО;

рекомендації щодо використання комбінованого лікарського засобу бупренорфін/налоксон;

впровадження підходу спільного прийняття рішень при роботі з пацієнтом, зокрема для формування подальшої прихильності до лікування, активного залучення до лікувального процесу;

детальні рекомендації щодо лікування вагітних з числа осіб, які вживають наркотики з акцентом на підходи щодо скринінгу, діагностики та лікування;

рекомендації щодо організації послуг з надання медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

З метою обгрунтування оновлення зазначених вище положень та рекомендацій робочою групою до синтезу клінічної настанови були залучені додаткові джерела доказової інформації, зокрема:

1.Telemedicine Services in Substance Use and Mental Health Treatment Facilities, SAMHSA, 2021

2. CAMH, Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline, 2012.

3. Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder – camh

4. Shared decision making, NICE, 2017

## Синтез настанови

З метою вибору прототипу до настанови «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» (2020) робочою групою було здійснено систематичний огляд існуючих настанов та інших літературних джерел. Пошук здійснювався за наступними ключовими словами: [opioid] AND ([disorder] OR [dependence] OR [withdrawal] OR [intoxication]) AND [guideline].

У пошук були включені бази даних наступних організацій: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), World Health Organization (WHO), American Psychiatry Association (APA), American Society of Addiction Medicine (ASAM), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) of the U.S. Department of Health and Human Services, а також загальна база рецензованих видань Medline (PubMed).

За результатами пошуку було ідентифіковано наступні джерела, які описують необхідний спектр розладів (залежність, інтоксикація, синдром відміни) внаслідок вживання опіоїдів:

1. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatry Association, 2006.

2. National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. American Society of Addiction Medicine, 2015
3. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, Commonwealth Department of Health, 2014.

За результатами оцінки даних джерел за допомогою міжнародного опитувальника AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation), було визначено, що такою, яка відповідає потребам системи охорони здоров'я України, є клінічна настанова Департаменту охорони здоров'я Австралії National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014. Дану настанову було перекладено українською після отримання дозволу на переклад та використання від 05.03.2019 року. За пропозицією членів робочої групи, цей переклад було доповнено розділами з двох керівництв наведених вище, а також з більш вузько спеціалізованих видань (що стосуються ведення синдрому відміни, лікування вагітних та лікування в установах виконання покарань). Також, у 2020 році було видано спільне керівництво ВООЗ та Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC), яке висвітлює організаційні та регуляторні аспекти діагностики та лікування розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Деякі розділи було включено до даної настанови.

Таким чином, дана оновлена клінічна настанова «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією клінічної настанови Департаменту охорони здоров'я (Commonwealth Department of Health) Австралії 2014 року «National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence», з додатковими розділами з наступних джерел:

1. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatry Association, 2006.
2. Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW. Centre for Population Health, 2008.
3. Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings - World Health Organization, 2009.
4. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, WHO, 2014.
5. UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, 2020.
6. Telemedicine Services in Substance Use and Mental Health Treatment Facilities, SAMHSA, 2021
7. CAMH, Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline, 2012.
8. Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder – camh.Shared decision making, NICE, 2017

Відповідно до «Всесвітньої доповіді про наркотики за 2019 рік» Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC), близько 35 мільйонів людей страждають від розладів пов'язаних із вживанням наркотиків і потребують лікування.

Незважаючи на те, що за поширеністю вживання опіоїди займають лише третє місце після вживання канабісу та амфетамінів, саме нелегальне вживання опіоїдів пов'язано з найбільшою шкодою для здоров'я та негативними наслідками для всієї системи охорони здоров'я.

На сьогодні питання вживання та залежності від опіоїдів в Україні стоїть надзвичайно гостро та розглядається в площині громадського здоров'я через широку розповсюдженість ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів В та С серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, зокрема опіоїди.

Відповідно до даних біоповедінкового дослідження 2018 року, оціночна кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційно становила 317 000 осіб (на підконтрольній території України), з них споживачів лише опіоїдів – 200 661 осіб (63,3% від загальної кількості), 38 674 особи – споживачі стимуляторів (12,2% від загальної кількості), 77 665 осіб

практикували змішане вживання наркотичних речовин (24,5%).

Методом вибору для лікування залежності від опіоїдів є ПТАО, яка застосовується у більшості розвинутих країн світу. Переважна більшість пацієнтів отримують ПТАО з використанням метадону або бупренорфіну. У деяких країнах (Швейцарія, Великобританія, Германія, Нідерланди, Канада) впроваджують також терапію з використанням героїну, але її використовують лише для обмеженого кола пацієнтів.

За статистикою Європейського Моніторингового Центру з Наркотиків та Наркотичної Залежності, у 2020 році в країнах західної Європи охоплення ПТАО становить 50 та більше відсотків від оціночної кількості споживачів опіоїдів. В Україні станом на середину 2020 року, ПТАО отримували близько 13 500 осіб, що становить лише 4.7% від оціночної кількості. Разом з тим, Державною стратегією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, схваленою розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р, передбачено збільшення охоплення ПТАО до 40% у 2030 році.

Особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, потребують уваги не лише через власне медичну та соціальну значущість проблеми, але й тому, що практика споживання ін'єкційних наркотиків створює величезний ризик розповсюдження ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів та інших захворювань в середовищі людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та, як результат, сприяє поширенню захворюваності серед загального населення.

Дослідження, проведені в останньому десятилітті показують, що люди з психічними розладами та залежностями мають меншу тривалість життя, порівняно з загальним населенням. Причини цих передчасних смертей, включають в себе стани здоров'я, що піддаються лікуванню, такі як хвороби серця, діабет, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, вірусні гепатити, тощо.

Оскільки наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 року № 157 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» було скасовано диспансерний нагляд та ведення первинної облікової документації до нього, дані щодо осіб, які перебували під диспансерним наглядом внаслідок вживання опіоїдів не наводяться. У зв'язку з цим, за основу для аналізу ситуації щодо поширеності вживання наркотиків взято дані Інтегрованого біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно.

Дослідження «Інтегроване біоповедінкове дослідження серед людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом» (https://www.phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-vil/integrovane-biopovedinkove-doslidzhennya-sered-lyudey-yaki-vzhivayut-narkotiki-inekciynim-shlyakhom) є складовою проекту SILab «Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)», який впроваджує Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» за підтримки Центрів контролю та профілактики захворювань США

[1] Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». ВІЛ- інфекція в Україні Інформаційний бюлетень №55 Київ 2024. https//phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinyuvannya/informaciyni-byuleteni-pro-vilsnid перевірено 21.01.2025

# Вступ

## Природа опіоїдної залежності

Ключовою ознакою залежності є втрата контролю за вживанням, що виявляється продовженням вживання, незважаючи на пов'язані з наркотиками правові, міжособистісні та медичні проблеми; також вживання наркотиків стає для наркозалежного пріоритетним порівняно з іншими видами діяльності та обов'язками (див. Додаток 1 для визначення опіоїдної залежності).

Причини, через які люди починають вживати алкоголь та інші психоактивні речовини, є доволі різноманітними. На початок і розвиток постійного вживання опіоїдів впливає ціла низка факторів – біологічних, соціальних та психологічних за характером.

| **Фактори ризику** | **Захисні фактори** |
|---|---|
| Особистість людини | Самоконтроль |
| Відносини з батьками | Батьківський контроль |
| Неупорядковане домашнє середовище | Позитивне соціальне середовище |
| Доступність наркотиків | Позитивні взаємовідносини |
| Соціальне середовище | Академічна успішність |

Не у всіх людей, які вживають наркотики, виникає залежність. Як і при будь-якій іншій патології, індивідуальна уразливість щодо розвитку залежності визначається комплексом факторів ризику і захисту, але при повторному вживанні наркотиків біологічні чинники стають важливішими. За деякими оцінками, генетичні фактори забезпечують від 40 до 60 відсотків уразливості людини щодо залежності, включаючи вплив навколишнього середовища на експресію та функцію генів[2].

Вік першого вживання наркотиків, шлях введення та індивідуальна реакція споживача – це чинники, що впливають на ймовірність переходу від первинного до регулярного вживання і залежності. Продовження вживання має наслідком психологічні та нейробіологічні зміни, які в свою чергу призводять до фізичної залежності, що маніфестується (проявляється) специфічним розладом – синдромом відміни – у разі припинення вживання, а також розвитком потягу, що стає підґрунтям для продовження вживання наркотиків (Koob & Volkow, 2010).

Наркозалежні, як правило, демонструють більшу імпульсивність, роблять вибір на основі негайної вигоди, нехтуючи довгостроковими негативними наслідками, і демонструють слабкість контролю імпульсів, що виникає внаслідок недостатньої активності в області головного мозку, яка відповідальна за «виконавчу функцію». Фактори, які впливають на «виконавчу» область діяльності головного мозку (такі як планування, вирішення проблем та інтерпретації ризику), включають:

- характеристики людини (генетика, ранній досвід);
- етап дозрівання головного мозку («виконавча» – одна із областей мозку, яка завершує розвиток у віці приблизно до 25 років, отже, підлітки є більш уразливими до виникнення проблемного вживання наркотиків);
- ураження головного мозку через його ушкодження чи нейротоксичність наркотиків.

Вважається, що наркотики діють через системи мозку, які породжують реакцію на

[2] *Drugs, brains and behaviour. The science of addiction. National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services, August 2010. Available from www.drugabuse.gov. Accessed 15/5/2013.*

стимули, що мають відношення до збереження виду (їжа, секс, поведінка боротьби або втечі).

При наркозалежності поведінка пошуку наркотику стає головною, поступаючись перед природними нагородами. Постійна активація структур мозку при вживанні наркотиків зумовлює зміни в нейрональних системах, які «фіксують» пам'ять про вживання наркотиків як джерела «нагороди» і необхідність їх для виживання. Саме така вбудована пам'ять робить наркозалежних уразливими до тривалих рецидивів (тобто повернення до проблематичного вживання наркотиків) і є основою хронічного рецидивного характеру наркозалежності (Koob & Volkow, 2010).

**Підходи до лікування опіоїдної залежності**

Хронічний рецидивуючий характер наркотичної залежності призводить до того, що наркозалежність порівнюють з іншими хронічними захворюваннями, такими як астма, гіпертонія та діабет. Подібність цих станів вражає:

- генетика, особистий вибір і фактори навколишнього середовища відіграють подібні ролі в етіології та перебігу всіх цих розладів;
- показники рецидивів та дотримання режиму лікування є подібними;
- немає певного визначеного лікування, однак прихильність до нього пов'язана з більш сприятливими наслідками;
- люди старші за віком працюють, мають стабільні сім'ї та довгострокові відносини, більш прихильні до лікування та мають більш позитивні його результати, ніж молодші, безробітні та ті, хто має менш стабільну сімейну підтримку;
- найкращі результати досягаються в лікуванні, яке поєднує медикаментозні та поведінкові втручання.

Щоб звільнитися від залежності від психоактивних речовин, наркозалежні мають подолати компульсивний потяг до вживання наркотиків, постійну тягу та адаптацію організму до хронічного вживання наркотичних речовин. Вони також мають впоратися як із психологічними та соціальними проблемами, які можуть бути основними причинами вживання наркотиків, так і наслідками стилю життя, що включає вживання наркотиків. Чим тяжча і триваліша залежність, тим менше альтернативних інтересів людина може повернути – соціальне відчуження є загальним. Ці соціальні аспекти означають, що процес позбавлення від наркозалежності може спричинювати значні зміни фізичного і психологічного стану та способу життя – процес, який зазвичай вимагає тривалого часу. Багато людей, у яких залежність виникла як ускладнення після лікування опіоїдами хронічного незлоякісного болю, можуть мати менший ступінь соціального відторгнення, але поєднання болю та наркозалежності може також призвести до проблем в лікуванні.

Лікування опіоїдної залежності підтримувальною терапією агоністів опіоїдів є поєднання застосування ліків (метадон або бупренорфін для замісної терапії чи налтрексон – для профілактики рецидивів) та психосоціальної підтримки. Ліки ліквідують стан відміни, забезпечують контроль або усувають тягу чи блокують ейфорійний ефект подальшого вживання опіоїдів. Психосоціальна підтримка є одним із багатьох психологічних способів коригування здоров'я і соціального середовища споживача опіоїдів, щоб допомогти вдосконалити як якість, так і тривалість життя. Допомога може варіювати від найпростіших заходів (надання їжі та притулку) до складних (структурована психотерапія). Психосоціальна підтримка, надана як компонент ПТАО, має бути поетапною та відображати зміну потреб пацієнта з плином часу, за стилем та змістом відповідати готовності до змін та пізнавальним здібностям.[3]

Ліки, що використовуються в ПТАО, складаються з двох основних типів: агоністів та

антагоністів опіоїдів (див. Глосарій термінів і скорочень).

1. Метадон, морфін, героїн, оксикодон та гідроморфон є повними агоністами опіоїдів. Ці речовини приєднуються до мю-опіоїдних рецепторів мозку та активують їх. Зростання доз повних агоністів призводить до збільшення ефекту від них.
2. Налтрексон і налоксон є прикладом антагоністів опіоїдів. Ці препарати також приєднуються до мю-опіоїдних рецепторів мозку, але не активують їх. Антагоністи запобігають активуванню рецепторів агоністами. Отже, антагоністи – це блокатори.
3. Бупренорфін є частковим агоністом опіоїдів. Він приєднується до опіоїдних рецепторів мозку і активує їх, але не тією мірою, що повні агоністи. Наслідком цього є те, що бупренорфін має ефект стелі – досягнення максимального рівня, який не збільшується навіть із збільшенням його доз. Як і антагоністи, часткові агоністи приєднуються до рецепторів і запобігають подальшій активації повним агоністом.

Фармакологічні властивості метадону та бупренорфіну такі, що вони можуть заміщувати опіоїди, які викликають проблеми. Це називають ПТАО. Як блокуючий агент налтрексон застосовується у програмах, спрямованих на відмову від наркотиків, як підтримка запобігання рецидиву. Автори цієї Настанови вважають, що людям із залежністю від опіоїдів відмову від цих наркотиків нелегко досягти або зберегти. Хоча медикаменти можуть привести до певних змін у поведінці (Schwartz, Kelly, O'Grady, Gandhi & Jaffe, 2012; Yancovitz et al., 1991), психосоціальна підтримка вважається визначальною для стійких змін. Отже, поняття ПТАО включає психологічну підтримку як компонент. Одужання від залежності від психоактивних речовин передбачає багато шляхів і процесів, унікальних за часом та характеристиками для кожної людини (Walter Ling, Farabee, Liepa, & Wu, 2012) (див. 1.2.2 Обстеження фізичного та психічного стану пацієнта). Лікування опіоїдної залежності спирається на досягнення та посилення рішучості й послідовності змін поведінки, що також може вважатися «капіталом одужання» (див. Глосарій термінів і скорочень), і це підходить для кожної людини. Це зазвичай передбачає моніторинг прогресу лікуванні та встановлення кількох досяжних критеріїв для планування цього процесу. Швидше за все виникне необхідність змінити встановлені цілі. На різних етапах цього шляху акцент може бути зроблений на якості життя та зменшенні ризикованої проблемної поведінки. Відмова від вживання наркотиків може виникнути на основі змін поведінки, але це не обов'язково має бути метою упродовж усього періоду лікування.

***Коментар робочої групи:*** *відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» призначати препарати ПТАО може лише лікар-нарколог або лікар-психіатр. В свою чергу сімейний лікар, який має відповідну до кваліфікацію, може проводити лікування на основі призначення.*

*Обіг наркотичних лікарських засобів в Україні регулюється:*

- *Постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення,зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;*
- *наказом Міністерства охорони здоров'я від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;*
- *наказом Міністерства охорони здоров'я від 27.03.2012 р. № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».*

[3] *National Treatment Agency for Substance Misuse (2012). Medications in recovery: Reorientating drug dependence treatment. Available from www.nta.nhs.uk/uploads/medications-in-recovery-main-report3.pdf, Accessed 3 April 2013.*

## Структура

Аби забезпечити відповідне посилання, цей документ буде надрукований у паперовому вигляді, проте він міститиме також посилання в електронному вигляді.

Документ складається з двох основних частин:

- Частина А представлена у вигляді коротких рекомендацій, з градуюванням, яке визначає міцність або вагу з точки зору доказовості та основи кожного положення, а також з посиланнями на інші відповідні розділи документа чи зовнішні документи;
- Частина В забезпечує допоміжну інформацію.

## Градація настанов

Рекомендації, підтримані науковими даними, класифікуються відповідно до визначень NHMRC[4] (4-зірковою рейтинговою системою, а не буквами).

| Ступінь рекомендації | **Опис** |
|---|---|
| ★★★★ | Доказова база заслуговує на довіру достатньо, щоб використовувати в клінічній практиці |
| ★★★ | Доказова база заслуговує на довіру достатньо, щоб використовувати в клінічній практиці у більшості ситуацій |
| ★★ | Доказова база надає певну підтримку рекомендацій, але слід бути обережними при їх застосуванні |
| ★ | Доказова база слабка і рекомендації слід давати з обережністю |

Рекомендації, що ґрунтуються на консенсусі клінічного досвіду, позначені [К], рекомендації, що відображають стандарт медичної допомоги, який має бути звичайною справою в компетентній клінічній практиці, позначаються [С], а ті, що встановлені нормативними вимогами, – [Н].

## Термінологія

У цій Настанові використовується термін «пацієнт», а не «клієнт». Основна цільова аудиторія документа – практикуючі лікарі, які зазвичай використовують дану термінологію.

Змінна термінологія використовується для підходів, що включають призначення опіоїдних препаратів для лікування опіоїдної залежності, в тому числі «метадонову підтримувальну терапію», «героїнову підтримувальну терапію», «підтримувальну терапію агоністами опіоїдів» та ін. У цій Настанові використовуються терміни «замісна підтримувальна терапія» та «підтримувальна терапія агоністами опіоїдів». «Замісна підтримувальна терапія» (ЗПТ) починає широко застосовуватися в усьому світі для позначення одночасного використання ліків і психосоціальної підтримки і підходить для цих документів з огляду на їх широке охоплення. «Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів» (ПТАО) належить до медикаментозної терапії з використанням агоністів опіоїдів (метадону, бупренорфіну).

[4] National Health and Medical Research Council levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines, December2009; www.nhmrc.gov.au, accessed 21 February 2012

***Коментар робочої групи**: члени робочої групи вважають доцільним зазначити, що необхідно змінювати підходи до термінології відповідно до сучасних міжнародних підходів. Так, зокрема обговорювалось питання відмови від використання терміну «замісна підтримувальна терапія» і заміна його на більш коректний термін. Думки експертів поділились, оскільки частина експертів підтримували ідею зміни термінології, тоді як інша – підтримували позицію залишити існуючий термін.*

*<u>Аргументи за необхідність зміни термінології наступні:</u>*

*У сучасному світовому контексті термінологія стосовно методів лікування залежності від опіоїдів зазнає суттєвих змін. Найбільш вживаним донедавна був термін «замісна підтримувальна терапія», ЗПТ (opioid substitution therapy, OST). Цей термін використовується у багатьох актуальних документах ВООЗ, та в українській нормативній базі. Але, в останні роки, використання цього терміну зазнало значної критики у професійній спільноті та серед пацієнтів. Основним аргументом є те, що термін ЗПТ надмірно спрощує нейробіологію розладів внаслідок вживання опіоїдів та фармакологію лікування. Також він підтримує один із основних міфів, що метадон або бупренорфін просто «заміщують» нелегальні опіоїди. Це створює передумови для стигматизації цього виду лікування та такого ставлення до пацієнтів, що заперечує їх здатність адекватно контролювати залежність. Таке упередження з боку медиків, самих пацієнтів та членів їх сімей є суттєвим бар'єром для розширення допомоги для всіх, хто її потребує.*

*На заміну застарілого терміну ЗПТ пропонується декілька альтернатив. У програмах, які фінансуються урядом США, набув поширення термін «лікування за допомогою медикаментів» (medication-assisted treatment, MAT). Даний термін не є стигматизуючим, але є більш широким. Наприклад, до медикаментозного лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів може відноситись терапія антагоністами, або короткострокова детоксикація альфа-2-адренергічними препаратами. Також цей термін може передбачати, що медикаменти є допоміжними відносно інших методів лікування (наприклад, психосоціальних).*

*Найбільш точним, з фармакологічної та клінічної точки зору, є термін «лікування агоністами опіоїдів» (opioid agonist treatment, OAT). Окрім точності з професійної точки зору, цей термін усуває всі негативні конотації, що створює умови для консенсусу. На українську цей термін вже кілька років перекладається як «підтримуюча терапія агоністами опіоїдів», ПТАО, що зберігає оригінальний зміст, а також підкреслює тривалий характер лікування.*

*Регіональний програмний офіс Управління ООН з наркотиків та злочинності у Східній Європі зазначає, що зміна термінології може мати позитивний вплив на розвиток програми лікування. Залишення попереднього терміну відповідатиме діючій нормативній базі, хоча удосконалення нормативної базі має відбуватись у відповідності до розвитку знань та термінології.*

*Термін «підтримувальна терапія агоністами/антагоністами опіоїдів (ПТАО)» та «замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)» не є виключними варіантами позначення лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів та одночасно використовуються різними агентствами. Вплив використання різних редакцій терміну на розуміння суті методу лікування та ставлення професійної та непрофесійної спільноти до методу лікування ще має бути вивчений. В останніх документах УНЗ ООН використовує термін опіоїдна замісна терапія (OST – opioid substitution treatment), який відображає суть лікування та не принижує гідність. Регіональний програмний офіс УНЗ ООН вважає використання обох термінів коректним та підтримує удосконалення національного законодавства.*

*<u>Аргументи за те, щоб залишити існуючу термінологію, наступні:</u>*

*Програма замісної підтримувальної терапії впроваджується в країні з 2004 року, проте незважаючи на тривале впровадження, лише з 2017 року, програма перейшла на державне фінансування у частині закупівлі лікарських засобів, і з 2020 року – увійшла до програми державних медичних гарантій. Як результат, досі не всі медичні працівники та потенційні пацієнти проінформовані про існування зазначеного виду лікування. Також спостерігається недостатнє розуміння менеджерів у сфері охорони здоров'я, уповноважених осіб, що працюють у державних органах виконавчої влади, щодо існування програми та її особливостей. Зважаючи на зазначене, зміна термінології може призвести до нерозуміння і зайвої плутанини. Окрім того, в чинній нормативно-правовій базі – Законах України, Постановах Кабінету Міністрів України, наказах Міністерства охорони здоров'я та міжвідомчих наказах, інструкції до призначення лікарських засобів метадону та бупренорфіну використовується термін «замісна підтримувальна терапія» і у випадку використання в стандартах медичної допомо ги іншого терміну, може виникнути непорозуміння. Також станом на сьогоднішній день відсутні зафіксовані докази, які б свідчили про те, що зміна термінології позитивно вплине на залучення пацієнтів до лікування і більш позитивне сприйняття методу лікування серед медичних працівників та громадян. Натомість, найбільший вплив на готовність надавати зазначені послуги серед медичних працівників має фактор матеріального заохочення.*

*Зважаючи на наявність протилежних точок зору, рішення щодо використання термінології приймалось шляхом голосування. Більшість голосів підтримали пропозицію щодо необхідності зміни термінології. В якості терміну було обрано використання терміну «підтримувальна терапія агоністами опіоїдів»***.**

## Список скорочень

| | |
|---|---|
| COWS | клінічна шкала оцінки симптомів відміни |
| АРТ | антиретровірусна терапія |
| ВГ | вірусні гепатити |
| ВІЛ | вірус імунодефіциту людини |
| ЕКГ | електрокардіографія |
| ЗОЗ | заклад охорони здоров’я |
| ЗПТ | замісна підтримувальна терапія |
| ІПСШ | інфекції, що передаються статевим шляхом |
| ЛВНІ | люди, які вживають наркотики ін’єкційно |
| МКХ-10 | Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду ВООЗ |
| МОЗ | Міністерство охорони здоров’я України |
| ПАР | психоактивна речовина |
| ПТАО | підтримувальна терапія агоністами опіоїдів |
| СВО | синдром відміни опіоїдів |
| ТБ | туберкульоз |
| ШВЛ | штучна вентиляція легень |
| ЦПМСД | центр первинної медико-санітарної допомоги |

# ЧАСТИНА А. Рекомендації щодо медикаментозного лікування залежності від опіоїдів

Рекомендації у цій Настанові оцінюються наступним чином:

★ від однієї до чотирьох зірочок залежно від переконливості доказів, які підтверджують дану рекомендацію.

Крім того, використовуються такі позначки:
| **К** | докази, засновані на консенсусі щодо клінічного досвіду
| **С** | стандарт догляду, який має бути запроваджено в рутинній клінічній практиці
| **Н** | нормативне правило

Червоний ромб означає, що до відповідної інформації потрібно ставитися обережно і рекомендується звернутися за порадою або направити пацієнта до профільного спеціаліста

## А1 Оцінка

Початковий огляд особи, яка вживає опіоїди, має проводитися у відповідності зі стандартною практикою комплексного обстеження клінічного стану пацієнта та, за можливості, враховувати інформацію з додаткових джерел | **С** |. Додаткова інформація може бути отримана від інших медичних працівників, членів сім'ї, партнерів або осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом, а також через регуляторні системи і системи моніторингу рецептів. При цьому мають дотримуватися стандарти забезпечення приватності та конфіденційності.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 3.1 Оцінка та залучення до лікування |
| А8 Інформація для споживача і бачення споживача |

Огляд має здійснюватися, виходячи із навичок і досвіду медичного працівника та наявних ресурсів |**С**|. За наявності складних питань (ризикована поведінка, активне вживання інших наркотиків, часте відвідування лікарів для отримання рецептів, серйозні супутні розлади фізичного або психічного здоров'я) рекомендується звернутися за порадою або направити пацієнта до фахівця з питань залежності (нарколога). У цих випадках в Настанові використовується така позначка:

Комплексне біопсихосоціальне обстеження та формулювання випадку дають основну інформацію для планування процесу лікування, визначення потреб щодо додаткових послуг та видів лікування, які з високою вірогідністю можуть допомогти пацієнту | **С** |. Під час обстеження необхідно звернути увагу на широкий спектр медичних, фізичних та психічних проблем, що часто розвиваються у людини, яка має залежність від опіоїдів | **С** |.

### А1.1 Причини лікування

Люди можуть звертатися до медичних працівників з багатьох причин, у тому числі якщо хочуть пройти лікування від залежності від ПАР або вирішити інші проблеми зі здоров'ям або соціальні проблеми, як пов'язані, так і не пов'язані із вживанням наркотиків. Саме на основі причини звернення мають визначатися короткострокові цілі та види лікування, які можуть бути прийнятними та належними для пацієнта | **С** |.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 1.2.2 Бачення пацієнта: процес лікування |
| 1.2.4 Види лікування |

### А1.2 Обстеження на вживання наркотиків та оцінка попереднього

**лікування**

*A1.2.1 Історія захворювання*

Комплексний аналіз анамнезу захворювання (досвіду вживання наркотиків) є дуже важливим кроком. Метою його є оцінка досвіду вживання всіх можливих видів психоактивних речовин (у т.ч. заборонених та фармацевтичних опіоїдів, алкоголю, марихуани, стимуляторів, бензодіазепінів), тривалість, дозування та частота вживання протягом останнього часу, способи вживання та час, коли пацієнт останній раз вживав ці речовини | **К** |.

Також необхідно проаналізувати попередні спроби лікування, які здійснював пацієнт, у тому числі те, що, на його думку, було ефективним, які фактори призвели до рецидиву та які варіанти лікування він готовий розглянути.

*A1.2.2 Обстеження фізичного та психічного стану пацієнта*

Необхідно провести загальне обстеження фізичного та психічного стану пацієнта на основі його історії захворювання та обставин, наявних на момент обстеження.

Слід провести обстеження на стан інтоксикації або абстинентного синдрому (враховуючи слова пацієнта про останній випадок вживання наркотичних речовин) | **С** |:

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Викликаний абстинентний синдром (див. 2.1.2) |

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Додаток 6: Ознаки інтоксикації |
| Додаток 5: Абстинентний синдром |
| Додаток 2: Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів |

- тяжкість абстинентного синдрому є ознакою вірогідності важкої залежності. Це варто враховувати при визначенні часу прийому та обсягу першої дози медичних препаратів (якщо пацієнт нещодавно вживав опіоїди, то після прийому бупренорфіну або налтрексону в нього з більшою вірогідністю буде абстинентний синдром);
- інтоксикація депресантами центральної нервової системи, як-от бензодіазепінами та алкоголем, підвищує ризик передозування, якщо пацієнт прийматиме метадон або бупренорфін.

| **ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ ВЖИВАННЯ ОПІОЇДІВ** | **СИНДРОМУ ВІДМІНИ ПІСЛЯ** |
|---|---|
| Розширення зіниць | Сльозотеча |
| Тривожність | Ринорея |
| Біль у м’язах та кістках | Спазми в животі |
| Спазми м’язів | Нудота |
| Розлади сну | Блювота |
| Пітливість | Діарея |
| Приливи крові та збліднення | Прискорене серцебиття |
| Пілоерекція | Прискорений пульс |
| Позіхання | Підвищений кров’яний тиск |

| **ОЗНАКИ ІНТОКСИКАЦІЇ ОПІОЇДАМИ** | **ОЗНАКИ ПЕРЕДОЗУВАНН** |
|---|---|

| | **Я ОПОЇДАМИ** |
|---|---|
| Звуження зіниць | Звуження зіниць до розміру точки |
| Свербіж | Втрата свідомості |
| Седація та сонливість | Пригнічення дихання |
| Знижений кров'яний тиск | Гіпотензія |
| Уповільнений пульс | Уповільнений пульс (брадикардія) |
| Гіповентиляція | Набряк легень |

**ПОСИЛАННЯ**

2.6.8 Інфекційні захворювання у

Необхідно провести огляд периферійних ділянок на наявність слідів від ін'єкцій | **К** | та занотувати всі можливі ускладнення, пов'язані з цим (наприклад, інфекції). Наявність слідів ін'єкцій у паху та на шиї свідчить про ризиковане вживання наркотиків, і в такому випадку може бути корисно звернутися за порадою або направити пацієнта до відповідного фахівця | **К** |.

**ПОСИЛАННЯ**

Аналіз сечі на вміст наркотиків (див. А4.3.2)

*А1.2.3 Проведення аналізів*

Аналіз сечі на вміст наркотиків є одним із дієвих засобів перевірки анамнезу захворювання та визначення, чи мало місце вживання пацієнтом опіоїдів або інших наркотичних речовин протягом останнього часу.

Проте якщо результати аналізів надаються із затримкою, це не має бути причиною відтермінування початку лікування у ситуаціях, коли діагноз вже можна поставити | **К** |. Клінічні лікарі мають бути свідомими того, що якщо вони не чітко повідомляють пацієнту про мету аналізу сечі, це може призвести до погіршення відносин із ним | **К** |.

За необхідності також потрібно провести інші аналізи: як такі, що стосуються чинного стану пацієнта, так і такі, що пов'язані з його досвідом вживання наркотиків (як-от на інфекції, що передаються через кров, захворювання печінки тощо). В той же час краще відкладати їх на пізніше, коли стан пацієнта буде стабілізовано.

*А1.2.4 Діагностування розладів, викликаних вживанням наркотичних речовин*

Вимогою для початку опіоїдної замісної терапії є постановка діагнозу залежності від опіоїдів | **Н** |. У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) та Посібнику з діагностики і статистики психічних розладів (DSM) наводяться широко прийняті визначення поняття залежності.

**ПОСИЛАННЯ**

Додаток 1: Визначення поняття «залежність від опіоїдів»

**ПОСИЛАННЯ**

| A2.1.4 Синдроми хронічного болю та залежності від фармацевтичних опіоїдів |
|---|
| 2.6.10 Лікування больового синдрому |

Залежність від фармацевтичних опіоїдів за наявності хронічного больового синдрому може ускладнити постановку діагнозу. Постійне використання великих доз опіоїдів, а саме морфію, оксикодону або кодеїну, в більшості випадків призводить до нейроадаптації (прояви толерантності та абстинентного синдрому), але цього не завжди достатньо для діагностування залежності від опіоїдів. Необхідно також проаналізувати аспекти, пов'язані зі зниженням нагляду за вживанням опіоїдів (наприклад, значне перевищення дози, вживання речовин недозволеними способами, вживання речовин з інших причин, проблеми із зменшенням дози опіоїдів). Може виникнути необхідність звернутися за порадою або направити пацієнта до нарколога чи фахівця, який спеціалізується на лікуванні больового синдрому.

### А1.3 Обстеження на наявність інших проблем зі здоров'ям та соціальних проблем

На вибір методів та загального (комплексного) плану лікування (у т.ч. на рішення щодо необхідності звернення за порадою або направлення до інших фахівців) зі значною вірогідністю може вплинути фізичний і психосоціальний стан пацієнта та умови, які його оточують **| С |**.

Клінічний лікар має здійснити оцінку загального стану здоров'я та самопочуття пацієнта, при цьому необхідно зважати на вживання ним наркотичних речовин. Вживання опіоїдів та інших наркотичних речовин часто супроводжується такими ознаками:

- фізичні розлади (хронічний біль та біль від незлоякісних патологій, розлади печінки, серцево-судинної системи, інфекції, викликані ін'єкціями, розлади ендокринної системи тощо);
- психічні розлади (тривожність, депресія, когнітивні розлади);
- соціальні проблеми (безробіття, відсутність житла, фінансові проблеми, проблеми у стосунках);
- ризикована поведінка (передозування, завдання шкоди самому собі, порушення прав дітей, домашнє насильство).

Необхідно здійснювати оцінку таких станів та факторів ризику для кожного пацієнта. Це може потребувати багато часу та участі медичних і соціальних працівників різного профілю. Оскільки соціальні ситуації мають тенденцію змінюватися, під час роботи з пацієнтом їх потрібно регулярно аналізувати.

Час, необхідний для проведення обстеження та аналізів, а також оцінки інших фізичних станів, визначається відповідно до ситуації кожного конкретного пацієнта. Наприклад, на початковому етапі рідко виникає потреба проведення скринінгу на інфекції, що передаються через кров (ВІЛ, ВГВ, ВГС). Доцільніше буде відкласти скринінг до того часу, коли стан пацієнта стабілізується і він буде готовий проходити консультування до та після скринінгу.

***Коментар робочої групи:*** *в усіх проаналізованих джерелах, відібраних для написання даної клінічної настанови, робиться наголос на необхідності проведення оцінки комплексного стану пацієнта та впливу вживання ПАР на фізичний стан пацієнта, соціальне функціонування, психічний статус тощо. Зазначене оцінка є корисною та необхідною для формування лікувального плану пацієнта, що максимально враховує існуючі проблеми хворого. Водночас в джерелах не зазначено, за допомогою яких методик робити таку оцінку. Група експертів рекомендує з зазначеною метою використовувати відомі методики, що довели свою ефективність та рекомендовані для використання ВООЗ, а саме – скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання психоактивних речовин*

*(АССИСТ) та за можливості Індекс тяжкості залежності для більш детальної діагностики. Рекомендовано щоб зазначені методики використовувались лікарями, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, перед початком лікування та регулярно (з періодичністю раз на рік, пів року) для відслідковування прогресу в лікуванні.*

## A2 Планування процесу лікування

Як і в інших сферах лікування хронічних захворювань, планування процесу лікування залежності має відповідати таким критеріям:

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| A8 Інформація для споживача і бачення споживача |
| **ПОСИЛАННЯ** |
| 1.2.2 Бачення пацієнта: процес лікування |
| 1.2.3 Важливість інтегрування допомоги |

- це безперервний процес;
- лікування передбачає залучення пацієнта та має відповідати особливостям його стану і складності випадку;
- лікування має засновуватися на координації медичної допомоги між працівниками різного профілю, щоб забезпечити розв'язання різноманітних проблем;
- необхідно вести запис процесу лікування та забезпечити розуміння того, що пацієнт, люди, які здійснюють догляд за ним, інші спеціалісти, які надають допомогу/послуги, ставляться до цього відповідально | **C** |.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| 2.3.2 Ефективність замісної терапії |
| 2.2.3 Медичні препарати для подолання абстинентного синдрому |
| 2.4.1 Ефективність лікування налтрексоном |

Необхідно розглядати та обговорювати з пацієнтом всі види лікування залежності від опіоїдів, які можуть бути використані в його ситуації. Також варто брати до уваги обставини та побажання пацієнта щодо лікування. Нарешті, воно має засновуватися на доказах ефективності та безпеки наявних варіантів | **C** |.

Під час вибору медичних послуг та направлення пацієнтів на лікування необхідно дотримуватися принципів інформованої згоди | **C** |.

Нижче у таблиці перелічено основні фактори, які варто брати до уваги при виборі методів лікування. Водночас ця таблиця не містить вичерпного огляду доказів їх ефективності.

| **ВИДИ ЛІКУВАННЯ** | **ПЕРЕВАГИ** | **НЕДОЛІКИ** |
|---|---|---|
| Замісна підтримувальна терапія | ● Переконливі докази спроможності:<br>– скорочувати вживання опіоїдів ****<br>– знижувати смертність ***<br>– підвищувати якість життя<br>● Дозволяє запобігати абстинентному синдрому в хворих або нестабільних пацієнтів<br>● Спроможність забезпечувати дотримання пацієнтами курсу лікування ****<br>● Широка доступність | ● Висока вартість для пацієнтів (вартість щоденного проїзду до місця видачі препаратів)<br>● Побічні ефекти<br>● Стигматизація<br>● Обмеження щодо нагляду за прийомом дози (обмеження щодо способу життя, подорожей тощо)<br>● Більша тривалість абстинентного синдрому в разі переривання терапії |

| | | |
|---|---|---|
| Детоксикація | ● Короткострокові зобов'язання<br>● Цікава для споживача<br>● Низькопороговий вид лікування (доступний для багатьох)<br>● Точка початку лікування | ● Якщо застосовується лише цей вид лікування, довгострокові результати є незначними<br>● Підвищення ризику передозування після абстинентного синдрому (втрата толерантності)<br>● Може приводити до дестабілізації інших медичних станів (хронічного болю, психічного здоров'я) |
| Лікування антагоністами опіоїдів (налтрексоном) | ● Ефективне для скорочення вживання опіоїдів у людей з високою мотивацією та доброю підтримкою ******<br>● Медичні препарати не містять опіоїдів | ● У більшості пацієнтів – низький рівень дотримання курсу лікування ******<br>● Обмеження щодо сприйняття<br>● Побічні ефекти<br>● Ускладнює лікування больового синдрому<br>● Передбачає витрати у пацієнтів<br>● Перед початком прийому налтрексону потрібно провести детоксикацію<br>● Підвищення ризику передозування після переривання прийому через втрату толерантності ******* |
| Лікування у реабілітаційному центрі (стаціонарне лікування) | ● Ефективне для пацієнтів зі складними соціальними проблемами та нерозвиненими навичками життя<br>● Не передбачає прийому медичних препаратів | ● Потребує значного часу та готовності до проживання окремо від сім'ї та громади<br>● Довготривалі результати залежать від якості допомоги після виписки зі стаціонару<br>● Як правило, обов'язковою умовою для стаціонарного лікування є проходження курсу детоксикації<br>● Висока вартість<br>● Часто – наявність черг |
| Амбулаторне консультування (без прийом у медичних препаратів) | ● Певна ефективність у лікуванні наркоманії меншої гостроти або на початковій стадії | ● Є докази, що для пацієнтів з гострою залежністю результати такого лікування є незначними<br>● Велика різниця в якості консультативної допомоги, яку надають різні провайдери |

Відповідно до методу поетапного проведення лікування для тих пацієнтів, які мають слабшу залежність, варто призначати такі методи і види лікування, що накладають на них менше обмежень (детоксикація, консультування), а для тих, які мають гостру залежність або складні проблеми, – інтенсивніші (замісна терапія, стаціонарне лікування) **| К |**.

Фактори, які варто брати до уваги при виборі конкретних методів і видів лікування | **К** |:

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А7.1 Вагітність та годування груддю |
| 2.6.3 Вагітність та годування груддю |

- конкретні фізичні та психічні стани (хронічний біль, психічні розлади, гострі медичні стани, як-от інфекційний ендокардит, ВІЛ-інфекція тощо) можуть бути дестабілізованими під час детоксикації або спроб жити без опіоїдів. Для таких пацієнтів ефективним буде призначення опіоїдної замісної терапії;
- вагітним жінкам, які мають залежність від опіоїдів, як правило, призначають опіоїдну замісну терапію з огляду на ризик дородових ускладнень, які можуть бути пов'язані з детоксикацією, а також високий рівень рецидивів (повернення до вживання героїну або інших опіоїдів) у разі призначення інших видів лікування;
- для пацієнтів, які віддають перевагу інтервенціям на основі утримання від вживання наркотичних речовин та мають високу мотивацію і добру підтримку, з високою вірогідністю ефективними будуть консультування з призначенням налтрексону або без нього;
- люди, які мають нерозвинені навички життя та нестабільні соціальні умови, можуть отримати найбільше користі від стаціонарного лікування.

Особливі обставини окремих пацієнтів або груп пацієнтів, які можуть впливати на планування процесу лікування, більш докладно проаналізовані в наступному параграфі.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А10.3 Видача дозволів, підготовка та підтримка фахівців і установ, які призначають та видають препарати |

Замісна терапія має особливі вимоги, які необхідно враховувати у плані лікування, у тому числі передбачену в законодавстві можливість призначати метадон або бупренорфін та організовувати їх видачу | **Н** |.

Щойно поставлено діагноз, отримано згоду пацієнта та обрано вид лікування, необхідно невідкладно починати його | **К** |. Якщо є занепокоєння щодо того, що почати лікування безпечно та ефективно не вдається, рекомендується звернутися за порадою до ✦ відповідного фахівця.

На початку лікування варто розробити план, який має регулярно переглядатися у ході лікування. Він має включати направлення до інших відповідних медичних працівників, якщо той, хто проводить огляд, не може самостійно реалізувати обраний вид лікування.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 3.3 Планування процесу лікування |

## А2.1 Ситуації, що можуть впливати на планування процесу лікування

### *А2.1.1 Полінаркоманія*

Полінаркоманія є поширеним явищем серед людей із залежністю від опіоїдів. Вживання алкоголю, бензодіазепінів та інших седативних препаратів разом з опіоїдами є особливою проблемою, оскільки це підвищує ризик передозування, зокрема під час індукції метадону та спроб припинити вживання наркотичних речовин. Необхідно регулярно проводити огляд пацієнта у зв'язку з полінаркоманією до та під час лікування залежності від опіоїдів. Пацієнтів, які вживають або мають залежність від декількох наркотичних речовин чи алкоголю, варто

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А1.2 Обстеження на вживання наркотиків та оцінка попереднього лікування |
| 2.6.7 Полінаркоманія |

направляти до профільних фахівців, але полінаркоманія не має бути причиною для відмови у призначенні опіоїдної замісної терапії | **К** |.

*А2.1.2 Гострі медичні стани*

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| 2.6.8 Інфекційні захворювання у споживачів ін'єкційних наркотиків |

Регулярне вживання опіоїдів пов'язано з низкою проблем зі здоров'ям, через які пацієнти можуть звертатися за медичною допомогою. Це можна використати, щоб почати лікування залежності. Особливо поширеними є захворювання печінки (через вірусні інфекції та вживання алкоголю). Необхідно проводити відповідний огляд та за потреби направляти пацієнтів до профільних фахівців (наприклад, для лікування вірусного гепатиту С). Є свідчення, що довгострокове лікування ВГС та ВІЛ- інфекції противірусними препаратами може бути ефективнішим для споживачів ін'єкційних наркотиків, які проходять лікування залежності від опіоїдів. У випадку пацієнтів з гострими та серйозними розладами здоров'я, у тому числі з печінковою, нирковою або дихальною недостатністю, варто звертатися за порадою до фахівця або направляти до нього пацієнтів | **К** |.

*А2.1.3 Супутні психічні розлади*

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| 2.6.6 Супутні психічні розлади |

Часто буває важко визначити, що є первинним – залежність від опіоїдів чи певні розлади здоров'я. Абстинентний синдром при вживанні інших наркотичних речовин (стимулятори, алкоголь) та седативних препаратів може викликати психічні розлади (у т.ч. психотичні, афективні та когнітивні). Загалом на початку лікування залежності від опіоїдів варто проводити регулярні огляди стану психічного здоров'я пацієнта. Пацієнти з хронічними або гострими психічними розладами (у т.ч. такі, які можуть завдати шкоди собі або іншим людям) потребують негайного огляду та лікування. У таких випадках необхідно направити їх до профільних фахівців | **К** |.

*А2.1.4 Хронічний больовий синдром та залежність від фармацевтичних опіоїдів*

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| 2.6.10 Лікування больового синдрому |

Протягом останніх десяти років спостерігається тенденція до зростання рівня вживання фармацевтичних опіоїдів, у тому числі тих препаратів, які продаються без рецепта. Межа між лікуванням хронічного больового синдрому та залежності є доволі розмитою. Існують випадки, коли цю межу провести складно: між тим, що окремі люди вживають фармацевтичні опіоїди, а не героїн, і тим, що інші починають вживати опіоїди для подолання хронічного болю, а потім у них формується залежність від опіоїдів. Враховуючи, що для лікування пацієнтів з хронічним больовим синдромом та залежністю від опіоїдів можна ефективно використовувати і метадон, і бупренорфін, доцільно розробляти комплексний план лікування, що має включати заходи з лікування больового синдрому. При лікуванні пацієнтів з хронічним больовим синдромом та залежністю від опіоїдів рекомендується звертатися за порадою або направляти їх до профільного фахівця, оскільки лікувати обидва стани потенційно буває важко | **К** |.

*А2.1.5 Пацієнти, які нещодавно перервали регулярне вживання опіоїдів*

Такі ситуації можуть мати місце, наприклад, у зв'язку з нещодавнім проходженням детоксикації, ув'язненням або госпіталізацією. Переривання регулярного вживання призводить до зниження толерантності до опіоїдів. Відповідно, якщо для лікування таких

пацієнтів обирається замісна терапія, необхідно дуже уважно визначати графік прийому та дозування препаратів. Якщо окремі пацієнти не вживали опіоїди останнім часом, але мають залежність від них у більш ранньому анамнезі, вони мають високий ризик повернення до вживання (наприклад, після звільнення з місць позбавлення волі).

Якщо немає прямих свідчень нейроадаптації, після консультації з профільними фахівцями у таких випадках доцільно призначати замісну терапію метадоном або бупренорфіном | **С** |.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| А7.4 Ув'язнені |
| 2.6.9 Ув'язнені |

Саме після звільнення з місць позбавлення волі споживачі опіоїдів мають особливо високі ризики, оскільки у них знизилася толерантність до опіоїдів. Для досягнення належних результатів пацієнтів цієї категорії важливо забезпечити лікуванням упродовж перебування під вартою та перед звільненням, проконсультувати щодо високих ризиків передозування після звільнення та видати направлення на продовження курсу лікування у цивільній установі | **К** |.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| 2.6.4 Батьківські навички та питання захисту прав дітей |
| А8 Інформація для споживача і бачення споживача |

Якщо виникає необхідність проведення курсу лікування залежності від опіоїдів для пацієнтів багатопрофільних лікарень (у т.ч. якщо вони потрапили туди із психічними розладами), необхідно після виписки направляти їх до лікарів-наркологів або установ наркологічного профілю. При цьому варто повідомляти про це лікаря загальної практики, який веде пацієнта | **К** |. Ефективним рішенням буде почати опіоїдну замісну терапію, поки пацієнт ще перебуває в лікарні, оскільки це може сприяти подоланню тієї проблеми, через яку він і потрапив до неї. У такому випадку важливо забезпечити чіткий порядок продовження лікування після виписки з лікарні | **К** |.

*А2.1.6 Захист прав дітей*

Категорія людей, які мають залежність від опіоїдів, є відносно молодою порівняно із загальним населенням. І багато з них мають дітей. Також з більшою вірогідністю, ніж загальне населення, у дитинстві вони страждали від бездоглядності та порушення їхніх прав і нині можуть мати проблеми з виконанням батьківських обов'язків. З огляду на це, важливо проаналізувати питання, пов'язані із захистом прав дітей | **Н** |, відтак медичні працівники мають бути обізнані з нормативними вимогами щодо повідомлення про випадки порушень прав дітей. Також варто звернути увагу на розвиток батьківських навичок як способу розірвати коло бездоглядності і порушення прав дітей | **С** |.

*А2.1.7 Проблеми з відвідуванням установ, які видають медичні препарати*

Людям, які мають тимчасову або довготривалу фізичну інвалідність, важко регулярно відвідувати установи, що видають медичні препарати. З огляду на те, що забезпечення дотримання курсу лікування є дуже важливим, слід проаналізувати альтернативні можливості, у тому числі можливість одночасної видачі пацієнту додому такої кількості препарату, якої йому вистачить на декілька днів) | **К** |. Вірогідно, людям, які постійно подорожують (у зв'язку з роботою або через своє походженням чи переконання), буде важко дотримуватися режиму замісної терапії. Для таких людей варто розглянути альтернативні можливості лікування.

***Коментар робочої групи:*** *для пацієнтів, які за станом здоров'я не можуть щоденно відвідувати заклад охорони здоров'я передбачено надання лікування із використанням препаратів ПТАО в рамках створеного стаціонару на дому, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворим з опіоїдною залежністю».*

## А3 Детоксикація

У цьому параграфі будуть проаналізовані питання надання допомоги при абстинентному синдромі у зв’язку із вживанням героїну або фармацевтичних опіоїдів забороненими способами. Припинення прийому метадону або бупренорфіну після завершення замісної терапії описано у пункті А4.6.

Проведення детоксикації або надання допомоги при абстинентному синдромі включає такі заходи:

- огляд пацієнта;
- узгодження способів та режиму лікування;
- планування подолання абстинентного синдрому;
- підтримувальна терапія;
- налагодження зв'язків для подальшого лікування і підтримки.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А4.6 Припинення замісної терапії |

Детоксикація у разі залежності від опіоїдів завжди має розглядатися як складова комплексного лікування **| К |**.

### А3.1 Завдання детоксикації

Нижче наводиться перелік реалістичних завдань, які стоять перед детоксикацією:

1. *Полегшення страждань*. Полегшення дискомфорту при абстинентному синдромі у зв’язку із вживанням опіоїдів є однією з важливих причин, чому пацієнти звертаються за медичною допомогою, та одним із головних завдань наркологічної допомоги.
2. *Запобігання важким наслідкам абстинентного синдрому*. Хоча абстинентний синдром при вживанні опіоїдів сам по собі рідко є загрозою для життя, він може призводити до серйозних проблем, як-от:
   - ускладнення супутніх фізичних чи психічних розладів або дегідратації у людей з поганим харчовим статусом або діабетом;
   - підвищення ризику передозування після абстинентного синдрому. Це може мати місце у разі поновлення вживання опіоїдів внаслідок зниження толерантності до них, яка супроводжує абстинентний синдром. Це також може бути пов’язано з комбінацією седативного ефекту опіоїдів та медичних препаратів, які використовуються для лікування абстинентного синдрому при вживанні опіоїдів (наприклад, бензодіазепінів).
3. *Припинення регулярного вживання та вживання великих доз наркотиків*. Багато пацієнтів звертаються за лікуванням, щоб повністю припинити вживання опіоїдів протягом епізоду абстинентного синдрому та мають намір утримуватися від їх вживання також певний час після цього. Однак зовсім не кожний пацієнт збирається повністю відмовитися від них.
4. *Забезпечення зв’язків та організація лікування залежності від опіоїдів*.
5. *Допомога у розв’язанні інших проблем*. Хоча деякі пацієнти можуть бути не готовими або не спроможними продовжити участь у програмах лікування наркозалежності, їм стануть у нагоді контакти із соціальними службами (наприклад, у зв’язку з отриманням житла), службами надання загальної підтримки та соціального супроводу (наприклад, з аутріч-працівниками), а також з установами первинної медичної допомоги та профільними медичними працівниками.

### А3.2 Установи проведення детоксикації

Допомога при абстинентному синдромі (синдромі відміни) може надаватися:

- у лікарнях (особливо якщо споживачі наркотиків потрапляють до них з інших причин);
- у реабілітаційних центрах, які забезпечують безпечні та сприятливі умови для надання допомоги при абстинентному синдромі, проте рівень медичної допомоги у них нижчий, ніж у лікарнях;
- в установах, що надають амбулаторну допомогу та допомогу на дому (для пацієнтів, соціальні умови яких є стабільними та які не мають значних фізичних або психічних ускладнень чи залежності від інших наркотичних речовин).

Під час вибору установи та методу проведення детоксикації варто зважати на те, якою є мета кожного конкретного випадку лікування, для чого саме проводиться детоксикація та яким є ресурс часу | **С** |.

Інтенсивна стаціонарна допомога може призначатися у таких випадках:

- пацієнт має нестабільний фізичний або психічний стан;
- пацієнт має залежність від декількох наркотичних речовин;
- в анамнезі пацієнта є фізичні або психічні розлади, або немає впевненості щодо його досвіду вживання наркотиків, що свідчить про потребу проведення пильного моніторингу.

Надання допомоги в реабілітаційних центрах, а саме блоках допомоги при абстинентному синдромі, може призначатися у таких випадках:

- домашня обстановка пацієнта не є сприятливою для проведення лікування (наприклад, він живе з іншими споживачами наркотиків, або в його найближчому оточенні немає жодної надійної особи, яка може наглядати за ним та підтримувати його);
- пацієнт неодноразово намагався подолати абстинентний синдром амбулаторно.

### А3.3 Підтримувальна терапія та моніторинг

Кожний епізод психосоціальної допомоги при абстинентному синдромі має бути спрямовано на сприяння пацієнту в розв’язанні проблем, пов’язаних з цим синдромом, та у налагодженні зв’язків, необхідних для подальшого лікування і життєдіяльності.

**ПОСИЛАННЯ**

2.2.5 Допоміжна терапія при детоксикації

Група лікарів, які проводять лікування, мають регулярно оглядати пацієнта відповідно до його стану та методів лікування. Огляд має включати аналіз симптомів та тяжкості абстинентного синдрому, небажаних побічних ефектів, вживання інших наркотиків та інших проблем, які можуть бути у пацієнта. Корисною для такого моніторингу буде структурована класифікація складових абстинентного синдрому.

**ПОСИЛАННЯ**

Додаток 2: Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів

### А3.4 Інформування пацієнтів

Пацієнтам потрібно надавати інформацію про такі аспекти:

**ПОСИЛАННЯ**

- ризик передозування у випадку, якщо після абстинентного синдрому настає рецидив, а також методи запобігання та лікування передозування;
- суть та тривалість абстинентного синдрому | **К** |;
- стратегії подолання симптомів та тяги до наркотиків;
- стратегії поведінки в умовах ризикованих ситуацій;
- роль медикаментозного лікування.

Додаток 10: Запобігання та лікування передозування опіоїдами

Пацієнти, які мають абстинентний синдром, часто не можуть належним чином сконцентрувати свою увагу, тому, можливо, варто повторювати інформацію (у т.ч. іншими словами), щоб вони повністю усвідомлювали та засвоювали її. В таких умовах ефективним є надання інформації у письмовому вигляді. Також рекомендується надавати підтримку пацієнтам та членам їхніх сімей.

### А3.5 Методи медикаментозного лікування при абстинентному синдромі

Для надання допомоги при абстинентному синдромі рекомендуються два протилежні методи медикаментозного лікування:

- різке припинення вживання опіоїдів та полегшення симптомів шляхом прийому препаратів, які не містять опіоїдів (як правило, це бензодіазепіни, нестероїдні протизапальні та протиблювотні препарати, клонідин, спазмолітичні препарати (як-от гіосцін бутилбромід);
- короткостроковий курс (як правило, менше одного місяця) прийому бупренорфіну із поступовим зменшенням дози.

**ПОСИЛАННЯ**

2.2.3 Медичні препарати для подолання абстинентного синдрому

Існує багато доказів ефективності обох методів, проте прийом бупренорфіну при абстинентному синдромі пов’язується із значно кращими результатами полегшення симптомів, ніж прийом клонідину або додаткових медичних препаратів [****]. Це найбільш гнучкий метод, оскільки він сприяє тому, що при завершенні прийому медичних препаратів спостерігається лише мінімальне відновлення симптомів, пов’язаних із абстинентним синдромом. Він також сприяє переходу до використання налтрексону для профілактики рецидивів або ж до замісної терапії, якщо програма детоксикації виявилася невдалою.

Початкова доза бупренорфіну та тривалість допомоги при абстинентному синдромі залежить від клінічного стану кожного конкретного пацієнта. Загалом при амбулаторному лікуванні слід віддавати перевагу більшим дозам та більш тривалому курсу лікування, оскільки ризик вживання заборонених опіоїдів у таких пацієнтів є вищим.

**ПОСИЛАННЯ**

2.3.5 Індукція замісної терапії

Першу дозу бупренорфіну можна давати пацієнту тоді, коли наявні ознаки помірного абстинентного синдрому, щоб уникнути ризику виникнення викликаного абстинентного синдрому.

Дані проведених досліджень підтверджують ефективність зменшення доз метадону для лікування абстинентного синдрому від опіоїдів, проте інтервенції з його подолання таким шляхом, як правило, тривають більше місяця. Відповідно, такі інтервенції важко класифікувати як власне лікування абстинентного синдрому, оскільки розмивається межа між цим видом лікування і замісною терапією. Хоча даних досліджень, в яких порівнюється ефективність метадону та бупренорфіну при лікуванні абстинентного синдрому від опіоїдів, досі небагато, використання бупренорфіну є більш гнучким методом, тому воно має певну перевагу в контексті надання допомоги при абстинентному синдромі.

Крім того, детоксикація може проводитися антагоністами опіоїдів (налтрексоном та/або налоксоном). Такий вид лікування ще називають швидкою детоксикацією або

викликанням абстинентного синдрому. Такий метод можна розглядати лише як варіант організації прийому налтрексону для підтримання лікування, спрямованого на профілактику рецидивів.

Викликання абстинентного синдрому антагоністами опіоїдів з мінімальним седативним ефектом є можливим, але доказова база такого виду лікування поки що слабка [**]. Рекомендується направляти пацієнта до профільного фахівця. Таке лікування може проводитися лише в установах, які мають можливість покласти пацієнта в стаціонар у разі тяжкого абстинентного синдрому, та лише після того, як таке лікування для конкретного пацієнта затвердить комітет з контролю за наркотичними препаратами або інший відповідний офіційний орган медичної установи. Необхідно належним чином поінформувати пацієнта, у тому числі про те, що використання налтрексону не є стандартним медичним показанням, та отримати його згоду на таке лікування.

**ПОСИЛАННЯ**

Використання антагоністів опіоїдів при детоксикації (див. 2.2.3)

Швидка детоксикація – це великий стрес для організму.

Протипоказаннями для її призначення є:

- вагітність;
- наявність серцево-судинних захворювань в анамнезі (особливо ішемічної хвороби серця, аритмії, гіпертрофічної кардіоміопатії) або виявлення таких захворювань за результатами клінічного огляду;
- хронічна ниркова недостатність;
- декомпенсовані захворювання печінки – жовтяниця та/або асцит, печінкова енцефалопатія;
- залежність пацієнта від бензодіазепінів, алкоголю або стимуляторів на момент призначення лікування;
- наявність психозу в анамнезі

Викликання абстинентного синдрому антагоністами опіоїдів при гострих седативних проявах або під час анестезії не рекомендується, оскільки це пов’язано з підвищеним ризиком серйозних побічних ефектів, – це не дає додаткових переваг, є вартісним та недостатньо ефективним способом використання обмежених ресурсів інтенсивної терапії [****].

**ПОСИЛАННЯ**

Використання антагоністів опіоїдів при детоксикації (див. 2.2.3)

Різке припинення вживання опіоїдів без медичних препаратів можливе. Проте, як правило, такий вид лікування часто не дає позитивного результату. Його доцільно застосовувати для пацієнтів, які, вірогідно, не будуть мати гострих симптомів абстинентного синдрому, та в умовах, коли можна забезпечити належний догляд та підтримку і є можливість втрутитися, якщо рівень дискомфорту стане для пацієнта нестерпним. Для запобігання дегідратації особливо важливо контролювати такі симптоми, як блювота та діарея. Якщо з дегідратацією не боротися, це може призвести до дуже серйозних наслідків.

### А3.6 Планування медичної допомоги після виходу з абстинентного синдрому

Важливими факторами, що впливають на вірогідність успішного виходу із абстинентного синдрому, є тиск з боку оточення та культура вживання наркотиків, ключові події життя («поворотні точки») та можливість забезпечення соціальної підтримки. Конкретні технології детоксикації, які використовувалися при лікуванні пацієнта, є менш важливими.

Якщо після виходу із абстинентного синдрому не проводиться структуроване тривале лікування залежності, у більшості пацієнтів буде спостерігатися рецидив. Для кожного пацієнта варто проаналізувати та обрати відповідні варіанти медичної допомоги, спрямовані на лікування залежності від опіоїдів, а також супутньої залежності від алкоголю або інших наркотиків. Така допомога має сприяти направленню пацієнта до профільних спеціалістів та залучення до програм лікування.

Установи, в яких проводиться детоксикація, при виписці пацієнта повинні видавати довідку, яка має передаватися медичному працівнику, який його лікує | **С** |.

## А4 Замісна підтримувальна терапія

### А4.1 Вибір медичних препаратів

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 2.3.2 Ефективність ПТАО |

Значна доказова база, зібрана за результатами дослідження, підтверджує висновок, що і метадон, і бупренорфін є безпечними та ефективними медичними препаратами для лікування залежності від опіоїдів [****]. Вибір між метадоном та бупренорфіном варто робити під час консультацій з пацієнтом. На вибір препаратів мають впливати уподобання пацієнта та цілі лікування. Нижче перераховано основні фактори, які містять певні орієнтири для здійснення такого вибору:

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 2.1.1 Метадон: безпечність та побічні ефекти |
| 2.1.2 Бупренорфін: безпечність та побічні ефекти |
| 2.3.7. Небажані побічні ефекти |

1. При прийомі бупренорфіну легше починати лікування та припиняти його (у порівнянні з метадоном). Ця перевага має значення в контексті більшої гнучкості методів лікування для пацієнта. Водночас це й недолік, оскільки при терапії бупренорфіном показники дотримання курсу лікування нижчі [***].
2. Хоча і бупренорфін, і метадон зазвичай мають низку побічних ефектів, подібних до дії опіоїдів, різниця між тим, які саме побічні ефекти відчуває конкретний пацієнт від різних речовин, що містять опіоїди, є значною. Якщо пацієнт відчуває побічні ефекти при прийомі одного препарату, варто спробувати дати йому інший. Певні довгострокові побічні ефекти (наприклад, вплив на вироблення статевих гормонів [**], апное уві сні [*] та тривалий корегований інтервал QT (QTc) [**]), характерні саме для метадону.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 2.3.7 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

3. Метадон має більшу клінічну значимість у контексті взаємодії з іншими лікарськими засобами [***]. Зокрема, більша клінічна його значимість спостерігається при взаємодії з лікарськими засобами, що метаболізуються системою печінкових ферментів CYP450: або через індукцію метаболізму (зниження дії метадону), або через інгібіцію (підвищення дії метадону). Це вимагає моніторингу симптомів та може потребувати корекції дозування. Особливо актуальним це є для пацієнтів, які приймають ліки від ВІЛ-інфекції або ТБ.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| А4.4.2 Керування транспортним засобом |
| Керування транспортним засобом (див. 2.6.11) |

4. Деякі пацієнти повідомляють, що метадон впливає на когнітивні функції сильніше, ніж бупренорфін. Зокрема, сильнішими є седативна дія та суб'єктивні ефекти, подібні до дії опіоїдів [*]. Це може бути терапевтичною перевагою для окремих пацієнтів, які страждають на психологічний стрес. І навпаки, багато пацієнтів стверджують, що при прийманні бупренорфіну зберігається «ясність думки». Це є перевагою для тих, чиї когнітивні функції мають працювати добре (хто працює, навчається, доглядає за дітьми, керує транспортним засобом, для пацієнтів похилого віку, які мають інші розлади, що впливають на когнітивні функції, або для пацієнтів, які приймають інші седативні препарати).
5. Метадон має сильнішу седативну дію, ніж бупренорфін. Крім того, при прийомі метадону вищий ризик передозування, особливо за таких умов:

| ПОСИЛАННЯ |
|---|

- упродовж перших двох тижнів лікування, оскільки толерантність підвищується [***];
- якщо пацієнт приймає його разом з іншими седативними препаратами (алкоголем, бензодіазепінами) [*];
- якщо його приймає особа, якій лікарські засоби не були призначені – зокрема, дитина або інший опіоїд-«наївний» пацієнт (той, у кого немає толерантності до опіоїдів) [***]. Відтак, у ситуаціях, коли моніторинг або нагляд за прийомом препарату здійснювати важко, слід віддавати перевагу бупренорфіну.

Передозування (див. 2.3.7)

6. Індукція бупренорфіном зазвичай є безпечнішою та простішою (у порівнянні з метадоном) і підтримуючої дози вдається досягти швидше [***]. Водночас викликання абстинентного синдрому може бути проблемою, якщо прийом бупренорфіну почати дуже рано (дуже швидко після останнього епізоду вживання повного агоніста опіоїдів). Це може зашкодити деяким пацієнтам розпочати та проходити лікування [**].

**ПОСИЛАННЯ**

Викликаний абстинентний синдром (див. 2.1.2)

### А4.2 Індукція

Завдання протягом першого місяця лікування – безпечно досягти належної дози лікарського засобу, стабілізувати вживання пацієнтом опіоїдів та знайти рішення для супутніх проблем | **К** |. Інші питання, на які варто звернути увагу з самого початку лікування, це вагітність та контрацепція, сексуальне здоров'я, порушення прав дітей, домашнє насильство, віруси, що передаються через кров, стоматологічна допомога, психічне здоров'я (у т.ч. ризик скоєння самогубства), сон та харчування, а також вживання тютюну.

Основні завдання на етапі індукції:

- пом'якшення симптомів абстинентного синдрому;
- зниження тяги до наркотиків;
- скорочення забороненого вживання опіоїдів та інших наркотичних речовин;
- забезпечення якості допомоги для пацієнтів та їх участі у лікуванні.

З огляду на те, що фармакологічні властивості метадону та бупренорфіну різні, стратегії індукції лікування теж відрізняються. Враховуючи, що прийом метадону пов'язаний з вищим ризиком опіоїдної токсичності та передозування під час індукції, варто починати з призначення малих доз та дуже повільно збільшувати їх (наприклад, якщо йдеться про амбулаторне лікування, дозування слід збільшувати один раз на декілька тижнів). Бупренорфін має частково властивості агоніста опіоїдів, тому він здійснює менший ефект на респіраторні функції, що дозволяє швидше призначати більш високі дози. Максимально швидке досягнення потрібної дози бупренорфіну (як правило, протягом трьох днів) пов'язано з підвищенням показників дотримання пацієнтами курсу лікування. Докладніше стратегії індукції з описано нижче.

#### *А4.2.1 Метадон*

Основні принципи:

1. Метадон має седативну дію та при вживанні дуже великих доз може викликати передозування, особливо у пацієнтів з низькою толерантністю до опіоїдів, при прийомі метадону з іншими седативними препаратами або препаратами зі зміненою фармакінетикою (наприклад, у зв'язку з печінковою недостатністю або в контексті взаємодії з іншими лікарськими засобами).
2. Період напіввиведення метадону, як правило, коливається від 24 до 48 годин, проте було зафіксовано значення більше та менше цього інтервалу. Під час індукції метадон накопичується у плазмі крові, а стійкий стан рівноваги дози

**ПОСИЛАННЯ**

2.1.1 Метадон

досягається приблизно за 3–5 періодів напіввиведення (4–7 днів). Пацієнтів потрібно поінформувати, що після прийому кожної дози їм слід очікувати таких ефектів, які настають після вживання опіоїдів.

3. Метадон починає діяти з певною затримкою – піковий ефект досягається через 2–4 години після прийому. Протягом початку ПТАО (метадоном) пацієнтам слід уважно ставитися до вживання інших психоактивних речовин (наприклад, бензодіазепінів або алкоголю). Через 2–3 години після прийому дози потрібно провести огляд пацієнта, щоб оцінити піковий ефект метадону (у т.ч. можливість інтоксикації). Крім того, необхідно оглянути пацієнта через 24 години після прийому дози, щоб оцінити, в якій мірі метадон сприяє запобіганню абстинентного синдрому.

*(а) Рекомендована схема лікування для амбулаторних пацієнтів, які вживають заборонені опіоїди*

4. Вірогідно, що такі пацієнти вживають героїн, ін’єкційний морфій та/або кодеїн.
5. За можливості необхідно здійснювати нагляд за кожним епізодом прийому метадону, і медичний працівник (лікар, медсестра, фармацевт) має протягом першого тижня лікування щодня оглядати пацієнта, оскільки у цей період ризик передозування у зв’язку з прийомом метадону є найвищим. Це дає можливість визначити та оцінити стан інтоксикації (зокрема, седацію, звужені зіниці) або симптоми абстинентного синдрому, побічні ефекти, факт вживання інших наркотичних речовин та загальне самопочуття пацієнта.
6. На початку лікування варто призначати від 20 до 30 мг метадону щодня. Нижчі дози (20 мг і менше) підходять для пацієнтів з низьким ступенем залежності від опіоїдів (або для тих, ступінь залежності яких невідомий), а також для тих, хто практикує одночасне вживання декількох ПАР, у тому числі алкоголю чи бензодіазепінів, або має інші гострі розлади здоров’я. До призначення високих доз (від 30 до 40 мг), якщо в цьому є потреба через клінічні показання, варто ставитися обережно. Рішення залишається на розсуд того, хто їх призначає. Якщо пацієнту призначено дозу більшу за 40 мг, перед початком терапії рекомендується провести консультацію з профільним спеціалістом, оскільки існує ризик передозування.
7. Рішення про підвищення дози має прийматися на основі результатів огляду пацієнта та має відповідати тим побічним ефектам, проявам абстинентного синдрому (які свідчать, що доза метадону є недостатньою), ознакам інтоксикації (які свідчать, що доза метадону є завеликою, або має місце вживання інших наркотиків), потягу до наркотиків та вживанню наркотиків, які спостерігаються у пацієнта.
8. Для більшості пацієнтів поступове підвищення дози на 5–10 мг кожні три–п’ять днів означає, що станом на кінець першого тижня терапії їхня щоденна доза метадону становитиме від 30 до 50 мг, а наприкінці другого тижня – від 40 до 60 мг.
9. Якщо через 4–6 годин після прийому метадону спостерігається тяжкий абстинентний синдром, слід розглянути можливість видачі пацієнту додаткових доз. Але це можна робити лише після огляду лікаря, який призначає дозу препарату. Для цього необхідно забезпечити координацію між лікарями, які призначають лікування, та тими, хто видає препарат.
10. Дозу потрібно поступово підвищувати, поки пацієнт не припинить (або значно не зменшить) заборонене вживання опіоїдів, а ознаки тяги до наркотиків та абстинентного синдрому від опіоїдів буде пом’якшено. При цьому також важливо мінімізувати побічні ефекти від прийому метадону. Щоденні дози метадону в кількості 80 мг і більше також значно знижують ефекти від вживання героїну або інших опіоїдів (якщо пацієнт продовжує це робити). У таких ситуаціях слід розглянути необхідність звернення за порадою або направлення пацієнта до профільного спеціаліста: ✦

- якщо немає точної інформації щодо рівня залежності пацієнта від опіоїдів, ризикованого вживання ним різних наркотиків, супутніх фізичних розладів або вживання інших препаратів, які можуть вплинути на метаболізм метадону;
- якщо пацієнт хоче швидше почати отримувати вищу дозу (за таких умов також може бути корисним направити його на стаціонарне лікування під пильним моніторингом);
- якщо пацієнт має складнощі зі стабілізацією дози метадону через тривале вживання наркотиків, побічні ефекти або інші ускладнення.

При прийнятті рішення про індукцію метадону необхідно враховувати фактор доступності аптекарських/медичних пунктів для нагляду за прийомом необхідної дози і моніторингу реакції організму. Якщо аптекарські/медичні пункти у відповідному районі не працюють 7 днів на тиждень, лікування має починатися таким чином, щоб перед першим днем, коли пацієнт приймає дозу метадону без нагляду медичного працівника, вже пройшло декілька днів індукції.

*(b) Рекомендована схема лікування для пацієнтів, які переходять до метадону від фармацевтичних опіоїдних препаратів, які призначаються медичним працівником*

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| 2.6.10 Лікування больового синдрому |

Такими фармацевтичними препаратами є оксикодон, фентаніл, гідроморфон та пероральний морфін з уповільненим вивільненням.

***Коментар робочої групи:*** *на момент розробки даної клінічної настанови лікарський засіб за міжнародною непатентованою назвою гідроморфон в Україні не зареєстровано.*

Основні принципи:

1. Не варто беззастережно вірити, що пацієнти завжди приймають ті препарати, які їм призначені – вони можуть приймати їх менше або більше.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Додаток 8: Еквівалентні дози опіоїдів |

2. Опубліковані еквівалентні дози опіоїдів не є надійним джерелом для визначення доз при переході на метадон **|К|**, оскільки часто вони краще підходять для короткострокового, а не хронічного вживання опіоїдів і стосуються анальгетичної еквівалентності для одноразового вживання, а не для дози, розрахованої на 24 години. Нарешті, вони частіше за все встановлюються для відносно невеликого рівня вживання опіоїдів (для порівняння: 20 або 30 мг морфію). На перерахунок дози впливають множинні фактори, тому варто звернутися за порадою до профільного спеціаліста **| К |**. ✦

Методи переходу від вживання опіоїдів, призначених медичним працівником (наприклад, перорального морфію з уповільненим вивільненням, оксикодону), до метадону часто визначаються такими клінічними факторами:

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| (a) Рекомендована схема лікування для пацієнтів, які починають етап індукції метадоном (стор. 67) |

- коли пацієнт вже припинив вживання призначених йому опіоїдів (наприклад, через переривання постачання препаратів або лікування), або має різко припинити їх вживання, індукція метадону повинна проходити так, як це описано вище в загальній рекомендації (а);
- загальний принцип, який підходить для більшості пацієнтів, полягає в тому, щоб скорочувати дозу призначених опіоїдних препаратів (наприклад, на 25%;

кожні 5–7 днів) та поступово підвищувати дозу метадону (у відповідній кількості, див. Додаток 8), причому дозу варто корегувати згідно із рівнем інтоксикації, тяжкістю абстинентного синдрому, супутнього больового синдрому та вживанням інших наркотиків.

*(c) Рекомендований метод переведення пацієнтів з бупренорфіну на метадон*

Перед початком прийому метадону необхідно зачекати 24 години після останнього прийому бупренорфіну. Для пацієнтів, які приймали 8 мг (або меншу дозу) бупренорфіну на добу та переходять на метадон, рекомендована початкова добова доза метадону складає 20–30 мг. Для пацієнтів, які щодня приймали 12 мг бупренорфіну або більше, рекомендована добова доза метадону складає 40–60 мг | **К** |.

*A4.2.2 Бупренорфін*

Основні принципи:

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| А7.1 Вагітність та годування груддю |
| Наявність (див. 2.1.2) |

1. Пацієнти, яким призначають бупренорфін, мають почати терапію з одночасного вживання бупренорфіну та налоксону. Виняток становлять вагітні, жінки, які годують груддю, та ті, хто має підтверджену алергію на налоксон.
   Ця стратегія обмежуватиме можливе зловживання препаратами, оскільки менш вірогідно, що препарат, який складається з бупренорфіну та налоксону, буде вживатися ін'єкційним шляхом, ніж препарат, що містить лише бупренорфін [**]. Крім того, враховуючи, що препарат, який складається з бупренорфіну та налоксону, готується як таблетка для сублінгвального вживання, за прийомом його правильної дози наглядати легше.
2. Бупренорфін має часткові властивості агоніста опіоїдів, тому він є безпечнішим опіоїдом, ніж метадон, у контексті потенціального завищеного седативного ефекту, пригнічення дихання та передозування. Відтак підвищувати дозу можна швидше, і загалом більшість пацієнтів можуть досягти потрібної дози препарату за два–три дні [***].

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Викликаний абстинентний синдром (див. 2.1.2) |

3. Бупренорфін має більш високу схожість з опіоїдними мю- рецепторами та нижчу внутрішню активність, ніж більшість інших опіоїдів (у т.ч. героїн, морфій, метадон та оксикодон). Отже, він може спровокувати викликаний абстинентний синдром, якщо приймати його занадто швидко після останньої дози повного агоніста опіоїдів. Це пов'язано з тим, що бупренорфін заміщає агоністи, але, оскільки це лише частковий агоніст, він діє повільніше, і пацієнт може мати такі відчуття, як при викликаному абстинентному синдромі [***].

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Додаток 2: Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів |

4. Загальний принцип безпечної індукції передбачає, що пацієнт має приймати першу дозу бупренорфіну лише тоді, коли медичний працівник із відповідною кваліфікацією починає спостерігати перші ознаки абстинентного синдрому [***], або коли ці ознаки стають помітними відповідно до затвердженої шкали, за допомогою якої можна оцінити як об'єктивні прояви,

так і суб'єктивні симптоми абстинентного синдрому (наприклад, Клінічної шкали тяжкості синдрому відміни опіатів (COWS)):

- як правило, початок прийому бупренорфіну пацієнтами, які вживають опіоїди короткотривалої дії, а саме героїн, морфій (крім морфію із уповільненим вивільненням), кодеїн або оксикодон, не пов'язаний з тяжким викликаним абстинентним синдромом;
- перед початком прийому бупренорфіну слід припинити вживання опіоїдів, призначених медичним працівником, аби запобігти викликаному абстинентному синдрому. За декілька днів до початку його вживання рекомендується перевести пацієнта з опіоїдів із уповільненим вивільненням (морфію з уповільненим вивільненням, гідроморфону) на препарати більш короткотривалої дії;
- перехід від опіоїдів тривалої дії (а саме метадону) може бути більш складним через ризик викликаного абстинентного синдрому;
- нижче окремо описано рекомендації щодо дій у таких ситуаціях.

**ПОСИЛАННЯ**

(b) Перехід від фармацевтичних опіоїдів на бупренорфін (стор. 75)

*(a) Рекомендована схема індукції для амбулаторних пацієнтів, які вживають героїн та/або інші фармацевтичні опіоїди короткотривалої дії*

5. Необхідно здійснювати нагляд за прийомом початкових доз бупренорфіну, тому медичний працівник (лікар, медсестра, фармацевт) має упродовж перших днів терапії щодня оглядати пацієнта, поки дозу не буде стабілізовано. Це дає можливість визначити та оцінити стан інтоксикації (зокрема, седація, звужені зіниці) або симптоми абстинентного синдрому, побічні ефекти, факт вживання інших наркотичних речовин та загальне самопочуття пацієнта.
6. Першу дозу бупренорфіну слід давати пацієнту лише тоді, коли у нього буде спостерігатися абстинентний синдром у легкій чи помірній формі (тривожність, біль у черевній порожнині чи суглобах, розширення зіниць, пітливість). Корисною в цьому контексті може бути затверджена шкала оцінки, а саме Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS):

**ПОСИЛАННЯ**

Додаток 2: Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів

- для пацієнтів із абстинентним синдромом у легкій формі (якщо наявні суб'єктивні симптоми, але немає ознак абстинентного синдрому від опіоїдів, який би оцінювався у 8 пунктів і вище за шкалою COWS) початкова доза має становити 4 мг із можливістю призначення додаткової дози в обсязі 4 мг через 1–2 години (розподіл дози знижує ризик викликаного абстинентного синдрому); ✦
- для пацієнтів із абстинентним синдромом у помірній або тяжкій формі доцільно призначати першу дозу бупренорфіну в обсязі 8 мг; менші дози (наприклад, 2 або 4 мг протягом першого дня терапії) краще підходять для пацієнтів з низьким ступенем залежності від опіоїдів (або для тих, ступінь залежності яких невідомий), а також тим, хто практикує одночасне вживання декількох ПАР, у т.ч. алкоголю чи бензодіазепінів, або має інші гострі розлади здоров'я. За необхідності слід звертатися за порадою до профільного фахівця | **К** |;
- у наступні дні добову дозу бупренорфіну можна поступово підвищувати на 2, 4 або 8 мг, але при цьому другого дня вона не повинна перевищувати 16 мг, а третього – 24 мг. У більш повільному підвищенні дози (як у випадку метадону) немає потреби – навпаки, дуже повільне підвищення дози пов'язане із вищими показниками припинення пацієнтом лікування (вибування) [**];

- рішення про обсяг дози має прийматися на основі результатів огляду пацієнта та відповідати тим побічним ефектам і проявам абстинентного синдрому, які свідчать, що доза бупренорфіну є недостатньою; ознакам інтоксикації, які свідчать, що доза бупренорфіну є завеликою, або що має місце вживання інших наркотиків; тязі до наркотиків та їх вживанню, які спостерігаються у пацієнта;
- рішення про призначення більшої дози або більш швидке підвищення дози може бути прийняте у консультації із наркологом та/або в умовах стаціонару під пильним моніторингом. ✦

При прийнятті рішення про початок прийому пацієнтом бупренорфіну варто враховувати фактор доступності аптекарських/медичних пунктів для нагляду за прийомом необхідної дози і моніторингу реакції організму. Якщо аптекарські/медичні пункти у відповідному районі не працюють 7 днів на тиждень, терапія має починатися таким чином, щоб перед першим днем, коли пацієнт приймає дозу метадону без нагляду медичного працівника, вже пройшло декілька днів індукції. Якщо у відповідному районі немає аптекарського/медичного пункту, який працює 7 днів на тиждень, протягом першого тижня терапії можна призначати подвійну дозу бупренорфіну як альтернативу видачі дози пацієнту на руки для домашнього прийому.

***Коментар робочої групи:*** *умови видачі препаратів ПТАО пацієнту «на руки» для їх прийому в амбулаторних умовах визначаються наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворим з опіоїдною залежністю».*

*(b) Рекомендована схема індукції бупренорфіну для пацієнтів, які приймають метадон або фармацевтичні опіоїди з уповільненим вивільненням*

Пацієнти можуть бути переведені з метадону (або фармацевтичних опіоїдів довготривалої дії) на бупренорфін:

- як перший крок у завершенні ПТАО;
- для використання переваги або потенційно більшої гнучкості комбінації бупренорфіну і налоксону (прийом через день або без нагляду);
- якщо пацієнту «не підходить» терапія метадоном;
- якщо при терапії метадоном спостерігаються побічні ефекти або взаємодія з іншими лікарськими засобами.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Викликаний абстинентний синдром (див. 2.1.2) |

Водночас такий перехід може бути пов'язаний з ускладненнями, у тому числі з такими:

- початок прийому бупренорфіну може призводити до викликаного абстинентного синдрому;
- під час переходу на новий препарат у пацієнта може спостерігатися дестабілізація (у т. ч. повернення до вживання опіоїдів або інших наркотиків, медичні чи психічні розлади, соціальні проблеми);
- початок прийому бупренорфіну може викликати побічні ефекти;
- у пацієнта може не вийти перейти на бупренорфін та стабілізувати його прийом.

Важливе значення для прийняття рішення про заміну препарату та його результатів мають також такі фактори, як місце проведення терапії, спроможність часто моніторити та видавати потрібну дозу препарату, кваліфікація і досвід персоналу та можливість отримати наркологічну допомогу або ліжко у стаціонарі.Рішення щодо заміни препарату повинно прийматися спільно пацієнтом та лікарем, а за можливості/необхідності ще й тими, хто доглядає за пацієнтом. Таке рішення має засновуватися на результатах аналізу потенційних переваг та ризиків заміни препарату **| К |**.

Пацієнти з низьким ризиком ускладнень можуть переходити на бупренорфін в амбулаторних умовах (у т.ч. отримуючи препарат в закладах первинної медичної допомоги).

Пацієнти потребують частого моніторингу, тому протягом перших 4–6 годин після переходу дозу бупренорфіну потрібно розбити на декілька прийомів. Якщо цього не можна зробити в закладі первинної медичної допомоги, рекомендується направити пацієнта або провести консультацію з фаховим спеціалістом. ✦

Фактори, які можуть свідчити про те, що при переведенні пацієнта на бупренорфін ризик ускладнень буде низьким:

- пацієнт має абстинентний синдром від призначеної йому дози метадону, при цьому ця доза складає менше 60 мг на день;
- пацієнт не вживає заборонені опіоїди та не практикує нестабільне вживання інших наркотиків;
- у пацієнта немає гострих фізичних або психічних станів, які може бути дестабілізовано під час зміни препарату;
- соціальні умови є стабільними та сприятливими;
- під час попередніх спроб заміни препарату жодних ускладнень не було;
- пацієнт добре розуміє процес переходу на бупренорфін.

Необхідно визначити методи подолання/пом'якшення усіх факторів ризику щодо ускладнень, які можуть мати місце під час заміни препарату. Зокрема, це поступове скорочення дози метадону, стабілізація вживання інших наркотиків, розладів здоров'я або соціальних проблем тощо. Для реалізації цього завдання може знадобитися декілька тижнів або й місяців.

У ситуаціях, коли ризики ускладнень неможливо знизити до прийнятного рівня (наприклад, до такого, що наведено у переліку вище), рекомендується звернутися за порадою до профільного фахівця. ✦

Пацієнтів, які мають «високі ризики» ускладнень, слід переводити на бупренорфін лише за умови, якщо є можливість забезпечити:

- частий моніторинг під наглядом медичного працівника;
- підтримуючий догляд;
- регулярну видачу необхідних доз бупренорфіну та препаратів за симптоматикою;
- переведення пацієнта до стаціонару в разі гострих ускладнень або у ситуаціях, коли немає можливості організувати підтримуючий догляд належного рівня амбулаторно (наприклад, для пацієнтів із нестабільними фізичними і психічними станами, соціальними проблемами, або пацієнтів, які потребують медичної підтримки для переходу з високих доз метадону).

Досвід переведення пацієнтів з метадону на бупренорфін свідчить, що ключовим фактором є видача першої дози бупренорфіну не раніше, ніж починають проявлятися перші ознаки абстинентного синдрому, які можна встановити відповідно до затвердженого способу оцінки (шкали) | **К** |. У даному Керівництві в якості такого способу оцінки рекомендовано Клінічну шкалу тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS) та Суб'єктивну шкалу тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS). Ці способи найкраще підходять для оцінки тяжкості абстинентного синдрому. Абстинентний синдром частіше за все настає не раніше ніж через 24 години після прийому останньої дози метадону. Як свідчать спостереження, обсяг останньої дози метадону має менше значення, ніж час, що минув з моменту її прийому.

За можливості пацієнта слід оглядати протягом тижня до запланованої дати заміни препарату для оцінки тяжкості абстинентного синдрому – найкраще безпосередньо перед прийомом щоденної дози метадону. У цей же час варто оцінювати також інші фактори, що можуть вплинути на ризик ускладнень, а також розуміння пацієнтом цього процесу. На основі проведеної оцінки переглядаються плани щодо заміни препарату.

У запланований день, перед тим як давати пацієнту будь-який препарат, слід оглянути його, у тому числі визначити та проаналізувати останній епізод вживання наркотичних речовин, тяжкість абстинентного синдрому та загальний стан здоров'я. Необхідно регулярно проводити моніторинг стану пацієнта (на предмет тяжкості абстинентного синдрому і життєво важливих ознак) протягом 4–8 годин, і якщо абстинентний синдром матиме помірно виражені

ознаки (COWS≥13, SOWS≥16), дати пацієнту початкову дозу бупренорфіну в обсязі 2 мг. Якщо вона не полегшує абстинентного синдрому, можна дати додаткову дозу в обсязі 6 мг бупренорфіну.

Відповідно до тяжкості абстинентного синдрому, кожні 1–3 години пацієнту можна давати додаткові дози бупренорфіну:

- 0 мг, якщо цей синдром проявляється мінімально або не проявляється зовсім (відповідає таким оцінкам: COWS<6, SOWS<8);
- 4 мг, якщо синдром спостерігається у легкій формі (COWS 6-12, SOWS 8-15);
- 8 мг, якщо синдром спостерігається у помірній або тяжкій формі (COWS≥13, SOWS≥16).

Під час заміни препарату необхідно забезпечити підтримуючий догляд (підбадьорювання, гідратація). Для подолання постійного і гострого дискомфорту при абстинентному синдромі пацієнту можна призначати препарати за симптоматикою (наприклад, метоклопрамід, гіосцин бутилбромід, седативні препарати у малих дозах).

Про наявність викликаного абстинентного синдрому свідчить стале та помітне підвищення тяжкості синдрому відміни протягом перших 3–6 годин після прийому початкової дози бупренорфіну (наприклад, якщо оцінка за COWS підвищується на 6 пунктів і більше, а за SOWS – на 8 пунктів і більше). Загальний метод подолання викликаного абстинентного синдрому полягає у продовженні прийому бупренорфіну за встановленим графіком, також можна розглянути можливість призначення препаратів за симптоматикою (наприклад, метоклопраміду, гіосцин бутилброміду, седативних препаратів у малих дозах). Якщо є підозра на викликаний абстинентний синдром, рекомендується звернутися за порадою до профільного фахівця. Якщо початок абстинентного синдрому або помітна активізація його проявів спостерігаються пізніше ніж через 6 годин після прийому бупренорфіну, це може свідчити не про те, що пацієнт переживає викликаний синдром, а про те, що доза бупренорфіну була занадто малою.

У наступні 2–5 днів необхідно проводити щоденний огляд пацієнтів, поки вони не почуватимуться комфортно. Зокрема, варто оцінювати тяжкість абстинентного синдрому, факти нещодавнього вживання наркотиків, побічні ефекти, загальний прогрес та все, що може їх непокоїти. У ці дні пацієнти мають під наглядом приймати такі дози бупренорфіну:

- для пацієнтів, які мають абстинентний синдром у помірній або тяжкій формі (COWS≥13, SOWS≥16), обсяг добової дози має становити загальну дозу попереднього дня плюс ще 8 мг, але не більше 32 мг на день;
- для пацієнтів, які мають абстинентний синдром у легкій формі (COWS 6-12, SOWS 8- 15), обсяг добової дози має становити загальну дозу попереднього дня плюс ще 4 мг, але не більше 32 мг на день;
- для пацієнтів, у яких цей синдром проявляється мінімально або не проявляється зовсім (COWS 0-5, SOWS≤8), обсяг добової дози має становити загальну дозу попереднього дня плюс ще 4 мг, але не більше 32 мг на день.

Як свідчить досвід, більшості пацієнтів, які переходять з доз метадону, більших за 30 мг, у перший день потрібно призначати дозу бупренорфіну в обсязі не менше 8 мг, а часто навіть 16–32 мг. Вірогідно, дозу варто коригувати відповідно до того, чи вживає пацієнт інші наркотики та які побічні ефекти або інші фізичні стани у нього спостерігаються. Для цього рекомендується звернутися за порадою до профільного фахівця.

Багато пацієнтів почуваються некомфортно протягом перших 2–5 днів прийому бупренорфіну. Зокрема, у них можуть проявлятися помірні симптоми абстинентного синдрому від опіоїдів, головний біль, дисфорія, тривожність та розлади сну. В таких ситуаціях необхідно:

- пояснити, що з часом симптоми будуть слабшати, і надавати підтримуючий догляд;
- забезпечити правильне дозування бупренорфіну;
- пацієнтам, яким важко переносити постійні симптоми, протягом обмеженого часу (як правило, 1–3 дні) призначати препарати за симптоматикою (метоклопрамід,

гіосцин бутилбромід, седативні препарати у малих дозах).

Для незначної частини пацієнтів бупренорфін не даватиме задовільних результатів, вони потребуватимуть переходу на метадон.

***Коментар робочої групи:*** *з метою впровадження у клінічну практику застосування бупренорфіну у комбінації з налоксоном наводиться схема його індукції, особливості підтримуючого лікування відповідно до джерел, використаних при оновленні даної клінічної настанови.*

***Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline 2011***

**Індукційний етап**

1. Пацієнт у стані абстиненції внаслідок відміни опіоїдів помірного ступеню приходить до лікаря якомога раніше.
2. Після оцінки для визначення ступеню тяжкості опіоїдної абстиненції, лікар призначає початкову індукційну дозу 2–4 мг бупренорфіну/налоксону (хоча вона може сягати 6 мг), що приймається сублінгвально.
3. За прийомом дози спостерігає фармацевт або інший медичний працівник, щоб переконатися, що таблетка повністю розчинилася (див. Додаток 5).
4. Повторне обстеження пацієнта проводиться через годину після прийому першої дози препарату для оцінки прискореної абстиненції.
5. За необхідності проводиться повторна оцінка пацієнта приблизно через три години, щоб оцінити ефективність початкової дози та розглянути необхідності призначення додаткової дози для прийому під наглядом (максимально до 8 мг у перший день). Якщо після цієї повторної оцінки лікар, який призначає препарат, не впевнений у необхідності призначення іншої дози бупренорфіну/налоксону, він також може розглянути можливість призначення однієї або двох таблеток бупренорфіну/налоксону по 2 мг, які пацієнту видаються на руки для прийому вдома в перший день індукції, якщо симптоми відміни з'являються пізніше ввечері (загальна доза не повинна перевищувати 8 мг у перший день).
6. Лікар, який призначає препарат, або просить зайти пацієнта наступного дня, або виписує рецепт для прийому бупренорфіну/налоксону під наглядом один раз на добу протягом наступних одного-двох днів у загальній дозі, прийнятої пацієнтом у день 1. Під час контрольного огляду пацієнт оцінюється щодо ефективності дози та наявності побічних ефектів. Пацієнту повідомляють про те, що він може з’явитися на повторне обстеження раніше запропонованого дня, якщо він відчуває, що дози недостатньо або якщо у нього виникнуть побічні ефекти.
7. Під час кожного наступного візиту відбувається підбір дози бупренорфіну/налоксону, як правило, її збільшують на 2–4 мг за раз, до досягнення оптимальної підтримувальної дози. Оптимальною дозою є така, при якій, серед іншого, у пацієнта немає симптомів відміни опіоїдів протягом повного 24-годинного інтервалу між прийомами препарату, він не відчуває ефекту інтоксикації чи седації від препарату.

**Підтримувальний етап**

1. Після прийому підтримувальної дози та досягнення клінічної стабільності, пацієнт поступово починає відвідувати лікаря рідше. Навіть дуже стабільний пацієнт повинен проходити обстеження принаймні кожні 12 тижнів. У періоди нестабільності візити знову частішають.
2. Під час контрольних візитів клінічна стабільність пацієнта встановлюється за допомогою клінічної оцінки та аналізу сечі на наркотики.
3. Під час контрольних візитів оцінюється наступне: достатність дози та наявність

побічних ефектів, вживання психоактивних речовин, психіатричні симптоми, статус працевлаштування, соціальні стосунки та участь у групах консультування/взаємодопомоги.

4. Після досягнення пацієнтом стабільної підтримувальної дози, можна розглянути варіант прийому препарату через день (тобто подвійну дозу приймати в понеділок, середу і п'ятницю, та одну дозу - в неділю).
5. Пацієнти не повинні отримувати дозу бупренорфіну/налоксону, якщо вони з'являються на прийом для отримання препарату в стані алкогольного сп'яніння або в стані седації.
6. Лікар, який призначає препарат, повинен застосовувати структурований підхід до пропущених прийомів.
7. Лікар, який призначає препарат, повинен застосовувати структурований підхід до прийняття рішення щодо початку прийому та збільшення дози препарату, що видається на руки, після досягнення пацієнтом клінічної стабільності.

***Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder, Centre for Addiction and Mental Health, 2021***

**Індукційний етап**

Необхідно призначати 2–4 мг бупренорфіну/налоксону в якості початкової дози для прийому під наглядом, якщо в пацієнта абстинентний синдром від помірного до важкого ступеню (за клінічною шкалою тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS) ≥ 13). Доза до 6 мг є прийнятною в клінічно виправданих ситуаціях, але може збільшити ризик прискореної абстиненції.

Повторно оцініть стан пацієнта через одну-три години та за необхідності призначте додаткові дози для прийому під наглядом (наприклад, COWS > 8, симптоми відміни присутні).

Будьте обережні, щоб не спровокувати прискорення абстиненції, давши занадто високу дозу або використовуючи препарати за відсутності помітної абстиненції.

Можна видати одну або дві таблетки по 2 мг додому, якщо повторне спостереження в клінічних умовах є неможливим, з наданням чітких вказівок щодо часу прийому препарату, задля уникнення прискореної абстиненції. Уникайте призначення більше 12 мг загальної дози препарату в перший день.

Розгляньте альтернативні підходи, такі як:

- «мікродозування», починаючи з 0,5 мг двічі на день, зі збільшенням дози до загальної добової дози 12 мг протягом 5–7 днів для пацієнтів, які не можуть переносити абстиненцію впродовж значного періоду часу, необхідного зазвичай для початку прийому бупренорфіну/налоксону;
- «швидке мікродозування», прийом по 0,5–1 мг через короткі проміжки часу, досягаючи 12 мг загалом протягом 24 годин.

Розгляньте альтернативний підхід: додайте дозу, отриману в день 1, і введіть її як першу дозу на день 2, а потім додаткові дози залежно від повторної появи симптомів відміни. На 3-й день додайте дози, введені на 2-й день, і за необхідності введіть додаткові дози. Повторюйте щодня, доки стан пацієнта не стабілізується (відсутність симптомів відміни або COWS < 8 протягом 24 годин) або до досягнення максимальної дози 24 мг на добу.

Повільно підбирайте дозу для людей похилого віку, пацієнтів, які приймають інші засоби, що пригнічують ЦНС, і пацієнтів із сумнівною толерантністю до опіоїдів, врівноважуючи ризик зменшення тривалості лікування з ризиком надмірної седації:

- збільшуйте дозу бупренорфіну/налоксону на 2–6 мг на день, доки не буде досягнуто оптимальної дози (24 години відсутності симптомів відміни, зникнення потягу до опіоїдів, відсутність токсичності).

**Етап підтримувальної терапії**

Підтримуйте оптимальну індивідуальну добову дозу, яка становить максимум 24 мг на добу, на основі клінічного рішення.

Якщо, за виняткових обставин, доза перевищує 24 мг, слід повідомити пацієнту, що це відхилення від затвердженого дозування та що існують обмежені докази користі дозування, що перевищує 24 мг (і, можливо, щодо підвищеного ризику побічних ефектів).

1. Перегляньте випадок з досвідченим колегою перед тим, як випробувати дозування вище 24 мг на день, і спробуйте зменшити дозу до затверджених рівнів (в залежності від переносимості), після стабілізації стану.
2. Розгляньте як варіант прийом препарату через день для пацієнтів, які клінічно стабільні при дозах, менших або рівних 12 мг на день (тобто по 24 мг через день) і які потребують менш частих візитів до аптеки для прийому препарату.
3. Цю практику слід застосовувати з урахуванням проблем, пов'язаних з пропущенням прийому препарату, і пацієнта слід оцінити на предмет токсичності/седації при застосуванні цієї високої дози. Вирішальне значення має своєчасне спілкування з фармацевтом.
4. Якщо основною причиною розгляду прийому препарату через день є зменшення кількості відвідувань аптеки, оцініть, чи не є кращим підходом у такому разі видача препарату на руки або перехід на препарат пролонгованої дії.

Обговоріть варіант переходу на щомісячну ін'єкцію бупренорфіну з пролонгованим вивільненням або шестимісячний підшкірний імплантат бупренорфіну, в цілях покращення прихильності до лікування та зручності для клінічно стабільних пацієнтів.

1. Зазначте та відповідним чином проконсультуйте пацієнта щодо того, що ще немає доказів довгострокової безпеки та ефективності терапії за допомогою депо або імплантату бупренорфіну.
2. Розгляньте варіант підшкірної ін'єкції, якщо стан пацієнта стабілізувався при щоденному прийомі 8–24 мг у формі під'язикової таблетки бупренорфіну/налоксону протягом принаймні семи днів. Утримання від прийому інших опіоїдів перед введенням ін'єкції не вимагається, але є бажаним.
3. Розгляньте варіант підшкірного імплантату, якщо стан пацієнта стабілізувався при щоденному прийомі 8 мг або менше у формі під'язикової таблетки бупренорфіну/налоксону. Вимагається утримання від прийому опіоїдів перед введенням імплантату.

Обговоріть варіанти переходу на ін'єкції бупренорфіну або імплантат, якщо пацієнт також:

- потребує менш частого прийому препаратів;
- відчуває себе комфортно під час інвазивних процедур чи використання пристроїв
- не бажає приймати ліки сублінгвально;
- має страхове покриття вартості препаратів, якщо вона не покривається в рамках системи державного страхування охорони здоров'я.

Перш ніж обговорювати з пацієнтами, ознайомтеся з поточними доказами щодо ін'єкцій бупренорфіну з пролонгованим вивільненням і шестимісячного імплантату бупренорфіну, щоб мати змогу відповідним чином проконсультувати пацієнтів перед отриманням від них інформованої згоди на застосування цих нових варіантів лікування.

***National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014***

## А4.3 Проведення безпечної та ефективної підтримувальної терапії агоністами опіоїдів

*А4.3.1 Оптимізація графіка прийому та дозування препаратів*

Участь пацієнтів у прийнятті рішень щодо лікування, у тому числі щодо необхідного дозування і графіка прийому препаратів, сприяє налагодженню добрих терапевтичних відносин шляхом зміцнення довіри і підвищення самовідповідальності. Дозування має визначатися для кожного конкретного пацієнта відповідно до таких факторів:

- ефекти від прийому препарату (інтоксикація або седація від занадто високої дози, абстинентний синдром від недостатньої дози);
- побічні ефекти – багато побічних ефектів від вживання опіоїдів слабшають протягом 2–4 тижнів лікування, але деякі залишаються і можуть потребувати коригування дози (якщо рішення прийняти важко, слід звернутися за порадою до профільного фахівця);
- продовження вживання наркотиків – ефективною відповіддю на вживання заборонених ПАР є підвищення дози метадону або бупренорфіну, але цей метод має обмежену ефективність, якщо пацієнт вживає інші психоактивні речовини (алкоголь, марихуану, стимулятори, бензодіазепіни);
- відгуки пацієнтів про правильність дозування та завдання лікування.

*Метадон*

За необхідності дозування можна корегувати на 5–10 мг за один раз, але такі корегування здійснюються не частіше одного разу в три дні.

Доза метадону 60 мг у день або більше є ефективнішою (у порівнянні з нижчими дозами) для дотримання пацієнтом курсу лікування, скорочення вживання заборонених опіоїдів та ризикованої поведінки, яка з цим пов'язана [****].

Більшості пацієнтів для досягнення стабілізації потрібна доза від 60 до 120 мг у день. Цей діапазон має розглядатися як найбільш прийнятний для проведення підтримувальної терапії. Незначна кількість пацієнтів може потребувати вищої (наприклад, до 150 мг у день) або дещо нижчої (наприклад, 30–40 мг у день) дози для досягнення завдань лікування. Дози вище 150 мг, як правило, пов'язані із незначною додатковою перевагою, проте вони підвищують ризик побічних ефектів, пов'язаних з обсягом дози | **К** |. Пацієнтів, які потребують більшої ніж 150 мг у день дози метадону | **К** |, слід направляти до профільних фахівців для з'ясування причин необхідності такої високої дози. Крім того, в законодавстві можуть висуватися окремі вимоги для призначення добової дози, більшої за 120 мг. ✦

**ПОСИЛАННЯ**

2.3.2 Ефективність замісної терапії

Для деяких пацієнтів прийнятною може бути добова доза метадону в декілька прийомів. Зокрема:

- пацієнтам, які приймають метадон для подолання хронічного больового синдрому, досягнення дієвого аналгетичного ефекту, як правило, слід приймати дозу метадону кожні 8–12 годин;
- пацієнтам, в організмі яких метадон метаболізується швидко через генетичні особливості або взаємодію з іншими лікарськими засобами, що індукують CYP ферменти, доцільно розподіляти добову дозу на декілька прийомів. У такому разі підвищується можливість проведення терапевтичного моніторингу рівня метадону в плазмі крові (як правило, у консультації з наркологом);
- вагітним жінкам.

**ПОСИЛАННЯ**

Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7)

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Ведення вагітності (див. 2.6.3) |

Перед прийняттям рішення про поділ добової дози на декілька прийомів необхідно проаналізувати питання безпеки, у тому числі використання доз препарату не за призначенням або вживання інших наркотиків. Рекомендується отримати альтернативну думку (думку іншого медичного працівника) або ✦ направити пацієнта до профільного спеціаліста.

*Бупренорфін*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.2 Ефективність замісної терапії |

За необхідності дозування можна корегувати на 2–8 мг за один раз. Як свідчать деякі дані, доза бупренорфіну в обсязі 8–16 мг у день є ефективнішою (у порівнянні з нижчими дозами) для дотримання пацієнтами курсу лікування, скорочення вживання заборонених опіоїдів та ризикованої поведінки, що може бути пов'язана з цим [****].

Більшості пацієнтів для досягнення стабілізації потрібна доза від 12 до 24 мг у день. Незначна кількість пацієнтів потребує вищої (наприклад, до 32 мг у день) або дещо нижчої (4–8 мг у день) дози для досягнення завдань лікування. Дози вище 16 мг пов'язані з підвищеною тривалістю дії, але опіоїдний ефект при цьому не підвищується взагалі або підвищується незначно. За законодавством та інструкцією виробника максимально допустимою щоденною дозою бупренорфіну є 32 мг | **Н** |. Нижча доза може викликати побічні ефекти. Якщо пацієнтам потрібна більша ніж 32 мг у ✦ день доза бупренорфіну, рекомендується звернутися за консультацією до профільного фахівця.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.1.2 Бупренорфін |

З огляду на властивості бупренорфіну, допустимими є різні варіанти графіка його прийому: від декількох разів у день до одного разу в 2–3 дні. Основні причини того, щоб визначати більші інтервали між прийомами бупренорфіну, це зручність для пацієнтів та менше навантаження на медичний персонал щодо нагляду за прийомом кожної дози.

Пацієнти, зацікавлені у тому, щоб приймати бупренорфін рідше ніж один раз у день, мають стабілізуватися на прийомі щоденної дози протягом двох тижнів перед тим, як пробувати перейти на прийом препарату один раз у два дні. Якщо це їм вдається, вони можуть спробувати перейти на прийом бупренорфіну тричі на тиждень. Якщо пацієнту не вдається стабілізуватися на такому графіку через початок абстинентного синдрому, тяги до наркотиків, побічні ефекти або інтоксикацію, йому потрібно повернутися до частішого вживання бупренорфіну.

Графік прийому препарату один раз у два дні або чотири рази на тиждень передбачає, що пацієнт має один раз у два дні відвідувати аптекарський/медичний пункт для отримання дози препарату (тобто один раз на 48 годин) або чотири рази на тиждень (тобто протягом тижня 3 рази йому видається доза, що діє 48 годин, і один раз – доза, що діє 24 години – наприклад, у понеділок, вівторок, четвер і суботу). Перевагою такого графіка (4 рази на тиждень) є те, що пацієнт має регулярно відвідувати аптекарський/медичний пункт кожного тижня. Це знижує вірогідність того, що він буде помилятися щодо дати відвідувань, а медичний працівник – щодо дозування і графіка прийому бупренорфіну.

Доза бупренорфіну, що діє 48 годин, за обсягом вдвічі більша за звичайну добову дозу (розраховану на 24 години), але за один раз пацієнт не може приймати більше 32 мг препарату.

Після прийому першої або другої подвійної дози (тієї, що розрахована на 48 годин) необхідно провести огляд пацієнта. Про правильно підібрану дозу свідчать такі фактори: 1) за словами пацієнта, другого дня він почувається так само комфортно, як і першого; 2) другої ночі після прийому дози він спить так само добре, як першої, 3) тяга до наркотиків другого дня не сильніша, ніж першого.

Якщо пацієнт повідомляє про те, що на другий день він починає відчувати абстинентний синдром, тягу до наркотиків чи проблеми зі сном, тоді подвійну дозу бупренорфіну потрібно збільшити. Якщо пацієнт повідомляє про ознаки інтоксикації під час пікового ефекту після прийому бупренорфіну (зазвичай через чотири години), тоді подвійну дозу потрібно зменшити.

Пацієнти, які приймають малі дози бупренорфіну, можуть помітити, що ефект подвійної дози триває менше ніж 48 годин. Пацієнти, які приймають зменшені дози бупренорфіну, можуть потребувати переходу на щоденний прийом препарату в зв'язку із зниженою дозою (тобто менше 4 мг). Деяким пацієнтам може не підійти подвійна доза при переході на прийом бупренорфіну рідше ніж один раз у день.

Деякі пацієнти можуть нормально переносити бупренорфін тричі на тиждень, що ще більше зменшує незручність і витрати на лікування. На такий графік можна спробувати перейти тоді, коли пацієнту вдається протягом двох тижнів поспіль приймати бупренорфін чотири рази на тиждень. Якщо добова доза (розрахована на 24 години) для конкретного пацієнта менша за 12 мг, триденна доза має бути втричі більша за неї. Якщо добова доза – 12 мг або більше, триденна доза має складати 32 мг.

*Видача препарату додому та прийом без нагляду*

У даному Керівництві «видача препарату додому» означає, що пацієнт може взяти необхідну дозу препарату в аптекарському/медичному пункті та прийняти її пізніше. «Прийом препарату без нагляду» означає, що пацієнт приймає препарат без нагляду відповідальної дорослої особи[5]. Видача дози додому передбачає, що пацієнт прийматиме препарат без нагляду, але при цьому можливо, що препарат видається додому за умови, що пацієнт прийматиме його під наглядом відповідального дорослого.

Загалом терапія залежності від опіоїдів метадоном або бупренорфіном заснована на щоденному прийомі препарату під наглядом в аптекарському/медичному пункті або в клініці. Рішення щодо видачі препарату додому має прийматися на основі балансу між ризиками та забезпечення самостійності пацієнта, причому особливу увагу варто звертати на ризики для інших людей і суспільства загалом. Таке рішення приймається тим, хто призначає лікування. За належного використання такий спосіб видачі препарату може підвищити терапевтичну взаємодію і знизити ризики для пацієнта, членів його сім'ї та суспільства.

Нагляд за прийомом створює такі можливості:

- краще дотримання режиму прийому препарату, менша вірогідність його передачі стороннім особам та зловживань, а саме прийому ін'єкційним шляхом;
- нижчий ризик передозування за рахунок прийому препарату пацієнтом, що перебуває у стані інтоксикації, нижчий ризик прийому надмірної дози або переривання курсу лікування (пропусків прийому препарату);

[7] Як правило, «відповідальний» дорослий – це особа, яка не зловживає алкоголем та не вживає інших наркотиків і може належним чином оцінити правильність прийому дози метадону чи бупренорфіну.

- щоденна рутина та порядок можуть бути важливими для багатьох пацієнтів на початку терапії.

Водночас для багатьох пацієнтів вимоги стосовно щоденного прийому препарату під наглядом є обтяжливими та заважають їм реінтегруватися в суспільство шляхом навчання чи роботи. Відтак видача препарату додому та його прийом без нагляду мають такі переваги:

- поліпшення реінтеграції пацієнтів до звичайного повсякденного життя та стандартних видів життєдіяльності шляхом зменшення незручностей, що можуть бути пов'язані з регулярним відвідуванням аптекарського/медичного пункту (особливо для працюючих або для пацієнтів із сільської місцевості);
- зменшення вартості лікування для пацієнтів шляхом скорочення їхніх витрат на відвідування аптекарського/медичного пункту та на проїзд;
- поліпшення результатів терапії: так, якщо пацієнт демонструє позитивну поведінку (наприклад, регулярно відвідує установи, де видається препарат, припиняє вживати наркотики тощо), у нього більше можливостей отримувати дозу додому (із дотриманням принципів ведення зривів);
- підвищення самостійності пацієнта у прийомі призначених йому препаратів та лікуванні взагалі (із дотриманням принципів лікування хронічних захворювань);
- зниження стигматизації, пов'язаної із відвідуванням установ, де видається препарат, особливо якщо є занепокоєння щодо можливості порушення конфіденційності пацієнта.

Гострота ризику залежить від того, наскільки часто та скільки разів поспіль препарат видається пацієнту додому, та його фармацевтичної форми. Властивості бупренорфіну, пов'язані з його безпечністю, створюють більш гнучкі можливості для схеми його прийому, особливо якщо йдеться про комбінацію бупренорфіну та налоксону. Так, пацієнти передаватимуть такий комбінований препарат стороннім особам з меншою вірогідністю, ніж чистий бупренорфін. Водночас база свідчень про видачу препарату додому є дуже обмеженою, причому більшість досліджень з питань замісної терапії стосуються нагляду за прийомом препарату. Для більш докладної інформації про видачу препарату додому та його прийом без нагляду, а також способи подолання пов'язаних з цим ризиків див. параграфи А.10.4 та 2.3.6.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| А.10.4 Критерії для видачі препарату додому та прийому без нагляду |
| Видача препарату додому та прийом без нагляду (див. 2.3.6) |

***Коментар робочої групи:*** *доступність дистанційного моніторингу стану пацієнта, надання консультацій тощо дозволяє наблизити медичні послуги до користувача, особливо у географічно віддалених районах, зменшити витрати на охорону здоров'я та покращити загальні показники здоров'я населення. З'являється все більше даних щодо ефективності застосування телекомунікаційних технологій при лікуванні та догляді за пацієнтами з психічними розладами, зокрема тих, то страждає на ПТСР, тривожність та депресивні розлади.*

*Розширення послуг телемедицини, зокрема, для осіб з розладами, пов'язаними зі зловживаннями психоактивними речовинами, зокрема, пацієнтів ПТАО допоможуть усунути бар'єри для доступу до медичної допомоги. SAMSHA у своїх настановах «Застосування методів телемедицини при лікуванні серйозних психічних захворювань та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (серія керівництв на основі доказових даних», 2021, надає рекомендації щодо застосування телемедичних технологій при наданні лікування ПТАО, фрагмент основних положень яких робоча група вважає за доцільне навести нижче.*

*Слід зазначити, що в Україні застосування телемедичних технологій при наданні медичної допомоги, визначено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», також наказом МОЗ «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» від 17.09.2022 року №1695, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 30 вересня 2022 р., за 1155/38491, наказом МОЗ «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.20215 №681, зареєстрованого в*

*Міністерстві юстиції України від 09 листопада 2015 р. за №1400/27845 зі змінами.*

***SAMSHA, Telehealth for the Treatment of Serious Mental Illness and Substance Use Disorders, 2021***

***Короткий огляд основних переваг застосування методів телемедицини при лікуванні серйозних психічних захворювань та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин***

Телемедицина – це спосіб надання послуг, який використовується в клінічних умовах понад 60 років і емпірично вивчається трохи більше 20 років. Телемедицина не є інтервенцією сама по собі, це радше спосіб надання послуг, що розширює доступ до скринінгу, оцінки, лікування, підтримки під час одужання, підтримки кризових служб та медикаментозного лікування[8,9] в різних закладах охорони психічного здоров'я та первинної медичної допомоги. Практикуючі лікарі можуть впроваджувати формат телемедицини в синхронній та асинхронній формі.

| Форма | Час | Застосування | Варіанти технологій |
|---|---|---|---|
| **Синхронна** | Інтерактивна взаємодія між клієнтом та постачальником послуг у реальному часі. | Проведення клінічних оцінок, постійний догляд і лікування, а також сортування клієнтів залежно від потреб у невідкладній допомозі (наприклад, для клієнтів зі схильністю до суїциду).[10] | Телефон, відеодзвінки і платформи для веб-конференцій .[11] |
| **Асинхронна** | Обмін інформацією про стан здоров'я, яка була зібрана у певний момент часу та яку розглянули і надали відповідь клієнту пізніше, щоб спрямувати наступні кроки в рамках плану лікування та догляду клієнта і доповнити лікування в синхронній формі.[12]<br><br>Методи можуть бути інтерактивними (тобто клієнт активно надсилає інформацію постачальнику) або пасивними (тобто дані клієнта передаються до постачальників через портали, датчики або периферійні пристрої). | Проведення клінічних оцінок, симптоматична терапія, навчання клієнтів і нагадування про лікування, що доповнює синхронну взаємодію між клієнтом і постачальником послуг і інформує про оновлення планів лікування за допомогою таких методів, як:<br>● Зберігання та пересилання (тобто клієнт завантажує та передає медичну інформацію, наприклад, про медичний анамнез, для визначення чи покращення плану лікування)<br>● Віддалений моніторинг клієнта (тобто збір медичних даних і даних про стан здоров'я в одному місці та передача в інше)<br>● mHealth (тобто збір інформації про стан здоров'я клієнтом і її передача постачальнику через мобільні застосунки, мобільні пристрої, смартфони, планшети або комп'ютери)<br>● Навчання клієнтів (наприклад, проведення сесій психологічної допомоги в онлайн- форматі та використання робочих зошитів) | Веб-портали (тобто клієнтські портали), повідомлення електронної пошти, текстові повідомлення, мобільні застосунки, відстеження симптомів, датчики, периферійні пристрої, модулі навчання клієнтів або дані електронної медичної карти.[13-19] |

**Застосування формату телемедицини**

**Скринінг та оцінка**

Скринінг і оцінка пацієнтів з СПЗ та РВП є першими кроками до результативного лікування та можуть бути ефективно проведені з використанням синхронних та асинхронних методів телемедицини.

СПЗ: Синхронним скринінгам та оцінкам психічних розладів, які проводяться з допомогою методів відеоконференцій, притаманні така сама надійність і точність, що й під час персонального скринінгу та оцінки. Асинхронні інструменти, які заповнюються клієнтом, а потім аналізуються та обговорюються з провайдером медичних послуг, можуть розширити доступ до скринінгу та оцінки за відсутності лікаря- клініциста.1

РВП: Провайдери медичних послуг можуть керувати скринінговими інструментами для оцінки ризиків РВП, використовуючи телемедицину.2 Попередні дані свідчать про те, що комп'ютерні інструменти оцінки РВП можуть підвищити як залучення до процесу скринінгу, так і точність відповіді.3 Однак підтвердження випадку та діагностика РВП з використанням телемедицини мають обмежений доказовий рівень. Значною мірою це пов'язано із Законом Райана Хейта про захист прав споживачів Інтернет-аптек від 2008 року, який до початку пандемії COVID-19 вимагав проведення персональної оцінки стану людини перед наданням замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).4

**Замісна підтримувальна терапія з використанням гібридного підходу, який включає прийом у форматі телемедицини та очний прийом**

Медикаментозне лікування з використанням формату телемедицини варіюється від розсилки автоматичних неспецифічних текстових повідомлень до надання консультацій з питань дотримання режиму лікування по телефону.7,30 Нижче наведено приклади методів телемедицини для здійснення медикаментозного лікування:

Інтервенції з використанням текстових повідомлень, призначених для нагадування клієнтам про необхідність прийому ліків, виявилися ефективними для людей, які страждають на СПЗ, навіть коли повідомлення не були розроблені з урахуванням потреб клієнта або особливостей дозування, часу або призначених ліків.31, 32

Смарт-контейнери для таблеток нагадують клієнтам про необхідність прийняти ліки, попереджають про прийом неправильних ліків, а також пов'язані з програмами, за допомогою яких клієнт може повідомляти провайдерам медичних послуг про побічні реакції. Використання смарт-контейнерів для таблеток у поєднанні з наданням підтримки по телефону показало статистично значуще покращення показників прихильності пацієнтів до лікування.33

Додатки mHealth (мобільні медичні додатки) використовувалися в поєднанні зі смарт-контейнерами для таблеток, пристроями для дозування вдома або іншими системами для дозування ліків. Ці додатки нагадують клієнтам про необхідність приймати ліки та передають їхнім провайдерам медичних послуг інформацію про використання ліків через клієнтський портал.34

Метод підтримки лікування по телефону з боку спеціалістів, які ведуть випадок, медсестер або інших медичних працівників пропонує клієнтам інформацію про призначені препарати для лікування СПЗ та РВП та підтримку в дотриманні режиму лікування. Ці підходи продемонстрували статистично значущі покращення показників прихильності клієнтів до лікування.35-37

**Моніторинг прийому ліків, в тому числі підтримка у розвитку прихильності до призначеного лікування**, а також запобігання вживанню безрецептурних або заборонених психотропних речовин, які можуть спровокувати небезпечну взаємодію препаратів, є важливим компонентом ЗПТ. Клініки або інші агенції, які не мають місцевого провайдера медичних послуг з надання ЗПТ, який пройшов підготовку, використовували телемедицину для забезпечення зв'язку між клієнтами та віддаленим провайдером послуг ЗПТ. Місцева клініка та агенція можуть забезпечити моніторинг прийому ліків на місці і токсикологічний скринінг сечі, при цьому передбачивши приміщення для зустрічі клієнта з провайдером ЗПТ за допомогою технологій телемедицини.25 У рамках деяких моделей лікування здійснюють моніторингові візити з використанням системи телемедицини, але клієнт зобов'язаний особисто з'являтися для проведення регулярного токсикологічного скринінгу сечі.20, 23, 38

**Ведення випадку**

Процес ведення випадку може включати планові огляди та подальше спостереження, оновлення та внесення змін до планів з надання догляду та лікування, визначення ресурсів та зв'язку між потребами та такими ресурсами, а також підтримку в досягненні цілей, передбачених індивідуальним планом лікування та догляду.

Такі постійні бесіди легко адаптуються до синхронних методів телемедицини та асинхронних платформ обміну повідомленнями, сумісних із Законом США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA), в тому числі текстові повідомлення та обмін повідомленнями через систему електронних медичних карт (EHR). Цільові дослідження показали, що безперервні інтервенції під час лікування пацієнта з використанням телемедицини є ефективними для людей з депресією70, 71 та шизофренією.72

**Підтримка процесу одужання від розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (РВП)**

Практикуючі лікарі можуть забезпечити постійну підтримку процесу одужання людей, які проходять лікування РВП, із застосуванням синхронних методів телемедицини. Служби з надання підтримки у відновленні стану здоров'я залучають людей із подібним життєвим досвідом, як і у клієнта, наприклад, осіб, які самі перебувають в процесі реабілітації внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (допомога у форматі «рівний-рівному»), щоб надавати підтримку клієнтам під час лікування та одужання.73 Деякі служби підтримки за програмою «рівний-рівному» використовують технологію підтримки із середовища однодумців для залучення клієнтів шляхом проведення регулярних перевірок по телефону або через відеоконференцію.

**Стратегії для провайдерів, спрямовані на підготовку клієнтів до застосування телемедицини**

Оцініть клієнта на предмет доцільності і його можливості бути залученим до телемедицини – відносини між клієнтами та провайдером медичних послуг починаються зі скринінгу та оцінки, які проводяться перед початком лікування або терапії. Формат телемедицини може бути прийнятним не для всіх клієнтів, він також може бути недоцільним на деяких етапах процесу лікування (наприклад, іноді необхідні особисті візити клієнтів для скринінгу, як-от забір сечі тих клієнтів, що страждають на серйозні психічні захворювання і які отримують відповідні ліки). Деякі клієнти можуть по-різному реагувати як на формат лікування віч-на-віч, так і на формат відеоконференції і можуть отримувати користь як від гібридного підходу, тобто поєднання і того, й іншого, так і лише від лікування у форматі «віч-на-віч».

Скринінг та оцінка клієнтів на предмет їхньої готовності брати участь у відповідних форматах, надаватиме необхідну інформацію, що буде важливою як для планування надання медичної допомоги, так і її подальшої підтримки. Крім того, ретельна підготовка та структурована комунікація можуть пом'якшити вирішення потенційних проблем , що можуть виникати у зв’язку із застосуванням певних форматів.

Надайте належну увагу процесу отримання інформованої згоди – використовуйте такі інструменти, як простий для розуміння шаблон форми згоди на проведення лікування у форматі телемедицини, розроблений Агентством досліджень та якості охорони здоров'я (AHRQ). Процес інформованої згоди включає наступні ключові розділи:

Що таке телемедицина: Поясніть, що таке телемедицина і чому ви застосовуєте цей формат в процесі лікування та догляду за клієнтом.

Потенційні проблеми, пов’язані з аспектом конфіденційності: знаходження поблизу членів сім'ї, тих, хто надає допомогу клієнтові або сусідів по кімнаті, будинку під час сеансу телемедицини можуть перешкоджати здатності клієнта повноцінно брати у ньому участь.

Нагадайте клієнту, що для ефективного проходження сеансу, вони повинні знаходитися у максимально приватному та комфортному для них просторі, подалі від інших людей, а також запевніть клієнта, що їхня розмова з вами (провайдером) є гарантовано приватною. Переконайтеся, що клієнт знає, як вимкнути звук і відео для забезпечення конфіденційності у випадках, коли це буде необхідно.

*Спілкування з пацієнтами:* Повідомте клієнтам про те, як зберігаються електронні записи спілкування з ними та хто має до них доступ.

*Резервний план у випадку переривання або збоїв зв’язку*: Обговоріть протоколи дій, у випадку технологічних збоїв зв’язку або виходу з ладу пристроїв, а також заходи, які будуть здійснюватися тоді, коли клієнт потребуватиме більш високого рівня догляду.

Розробіть перелік контрольних питань для провайдера, який можна використовувати перед кожним візитом клієнта – використання контрольного списку може бути зручним способом переконатися, що провайдер послуг дотримався всіх відповідних процедур і надав клієнтові усю необхідну інформацію.

Обговоріть способи забезпечення конфіденційності клієнтів під час сеансів - щоб гарантувати конфіденційність клієнтів, зробіть постійною практикою уточнення місцезнаходження клієнта та того, хто знаходиться з вами у віртуальній кімнаті під час проведення сесії (хтось може бути присутнім із вимкненою камерою).

Ця дія може продемонструвати, що ви дійсно опікуєтеся забезпеченням конфіденційності клієнта.

**Поінформуйте клієнта про норми телемедицини**

Надайте клієнту стислу інформацію щодо очікуваних норм і поведінки під час сеансів телемедицини. Кут і якість камери, розмір екрану та інші фактори можуть обмежити можливість «зчитувати» поведінку клієнта.

Попросіть клієнта відрегулювати кут камери так, щоби ви мали змогу спостерігати за їхніми невербальними поведінковими знаками. Якщо сеанси проходять в будинку клієнта, попросіть їх одягатися належним чином.

Нагадайте клієнтам, що для ефективного перебігу сеансу, рекомендовано не виконувати одночасно якісь інші дії, наприклад, писати текстові повідомлення, користуватися пошуковими системами в інтернеті.

Під час сеансу, цікавтеся у клієнта, чи не виникають у них труднощі з аудіо і чи взаємодія з провайдером терапії є ефективною.

***National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014***

*Ситуації, коли пацієнт приходить за дозою препарату в стані інтоксикації*

Безпека пацієнта є основним аспектом, на який варто звертати увагу в контексті реагування на пацієнтів, які приходять за дозою препарату в стані інтоксикації опіоїдами, іншими наркотичними речовинами або алкоголем. Пацієнту слід пояснити, що в такому випадку при прийомі препарату може розвинутися абстинентний синдром.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Додаток 6: Ознаки інтоксикації найбільш поширеними наркотиками |

Перед видачею дози препарату спеціаліст, який це робить (медсестра або фармацевт), має перевірити пацієнта на наявність ознак інтоксикації. Пацієнтам, які приходять у стані інтоксикації депресантами ЦНС, не слід давати дозу метадону або бупренорфіну для прийому на місці чи вдома.

Пацієнтів можна попросити прийти пізніше у той же день (або наступного дня) для отримання дози препарату. Лікаря, який призначив препарат, необхідно поінформувати про це, щоб визначити, чи потрібно йому самостійно провести огляд пацієнта перед тим, як давати наступну дозу.

Пацієнтів, які неодноразово приходять для отримання нової дози препарату в стані інтоксикації, має оглянути лікар, який проводить лікування. Крім того, варто переглянути план лікування таких пацієнтів.

*Пропуск дози*

Неодноразовий пропуск дози (ситуація, коли пацієнт не приймає регулярно дозу призначеного йому бупренорфіну чи метадону) може бути пов’язаний із зниженням толерантності до опіоїдів, абстинентного синдрому від опіоїдів та/або вживанням інших наркотиків, що, у свою чергу, впливає на безпеку та ефективність терапії. Особливо питання безпеки актуальні для таких пацієнтів:

- які знову починають приймати метадон після пропуску дози протягом чотирьох днів або більше, оскільки у них знижується толерантність до опіоїдів та зростає ризик передозування при повторному початку прийому метадону, особливо якщо вони вживали також інші седативні наркотики;
- які знову починають приймати бупренорфін після пропуску дози протягом чотирьох днів або більше, оскільки у них може настати викликаний абстинентний синдром, особливо

якщо вони вживали агоністи опіоїдів (наприклад, героїн, морфій або метадон)

Таким чином, якщо пацієнт пропускає дозу протягом чотирьох або більше днів, перед видачею йому наступної дози обов'язково слід провести його огляд лікарем, який призначив лікування, або клінічним лікарем, який має досвід лікування наркоманії та алкоголізму (чи провести консультацію з таким спеціалістом). Це рекомендується робити у наступному порядку.

*Пропуск дози протягом одного, двох або трьох днів поспіль*

Клінічний лікар, який має досвід лікування наркоманії та алкоголізму, має перед видачею пацієнту дози оглянути його та, зокрема, з'ясувати:

- обставини, пов'язані з пропуском дози, у тому числі причини неявки до установи, яка видає препарат;
- факти нещодавнього вживання наркотиків та клінічний стан пацієнта на момент видачі йому дози (у т.ч. ознаки інтоксикації або абстинентного синдрому);
- усі фізичні, психічні стани чи соціальні проблеми, що можуть мати значення в контексті пропуску дози

До нормального графіка прийому препарату можна повернутися, якщо немає проблем, пов'язаних з проявами інтоксикації, абстинентного синдрому чи іншими клінічними станами. При цьому:

- пацієнтам, які перебувають у стані інтоксикації, не слід видавати дозу бупренорфіну чи метадону;
- якщо у пацієнта, який прийшов за дозою, спостерігається абстинентний синдром у тяжкій формі або інші серйозні фізичні чи психічні стани, медичний працівник, який видає препарат, має проконсультуватися з лікарем, який призначив препарат, або іншим клінічним лікарем, який має досвід лікування наркоманії та алкоголізму

*Пропуск дози протягом чотирьох або п'яти днів поспіль*.

У день, коли пацієнт приходить за дозою після 4–5 поспіль днів пропуску, лікар, який видає препарат, має оглянути його (так само, як описано вище) та спробувати зв'язатися з лікарем, який призначив лікування.

Якщо з ним вдається зв'язатися, дозу бупренорфіну чи метадону видати можна, якщо цей лікар надішле належним чином оформлений рецепт до установи, яка видає препарат пацієнту. Медсестра або фармацевт не мають права видавати іншу дозу препарату, крім тієї, що вказана у рецепті.

- Для пацієнтів, які приймають метадон, на цей день доза препарату зазвичай має становити половину регулярної добової дози та не перевищувати 40мг. У наступні дні перед прийомом дози клінічний лікар має провести моніторинг стану пацієнта. При цьому важливо повернутися до прийому регулярної добової дози за 5–7 днів шляхом поступового її підвищення – як правило, на 20 мг у день або менше.
- Для пацієнтів, які приймають бупренорфін, на цей день доза препарату зазвичай має становити половину регулярної добової дози та не перевищувати 8 мг. У наступні дні перед прийомом дози клінічний лікар має провести моніторинг стану пацієнта. При цьому важливо повернутися до прийому регулярної добової дози за 2–3 дні шляхом поступового підвищення дози – як правило, на 8 мг у день або менше.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| А4.2.1 Метадон (а) Рекомендована схема лікування для амбулаторних пацієнтів, які вживають заборонені опіоїди |

Якщо з лікарем, який призначив лікування, зв'язатися не вдається, якщо він не має можливості належним чином видати рецепт, у цей день дозу пацієнту видавати не можна. Його слід направити до лікаря, який призначає лікування, для огляду та повторного визначення схеми лікування.

*Пропуск дози протягом більш ніж п'яти днів поспіль*

Лікар, який призначає лікування, має перед поновленням терапії оглянути пацієнта. Індукція дози метадону має починатися з невеликої дози (менше 40 мг у день) із обережною подальшою титрацією, як описано в параграфі А4.2.1 (а).

*Огляд пацієнтів, які неодноразово пропускають дози*

Невелика частка пацієнтів регулярно не приходять за новою дозою призначеного їм препарату. Це може бути пов'язано із суперечливим ставленням до лікування, проблемами доступності (пов'язаними з транспортом, робочим графіком, обмеженими годинами роботи установи, що видає препарат тощо) або проблемами зі здоров'ям (обмеженнями рухливості, когнітивними розладами тощо). Лікар, який призначив лікування, має оглядати таких пацієнтів для з'ясування того, чи можна подолати причини, через які вони не приходять за дозами. Для поліпшення дотримання пацієнтами курсу лікування можна використовувати такі можливості, як зміна місця видачі препарату або видача препарату для прийому вдома. Деякі пацієнти, які неодноразово пропускають дози, можуть повідомляти, що їхні дози бупренорфіну чи метадону є недостатніми. Перед прийняттям рішення про підвищення дози завжди рекомендується спочатку закликати пацієнта регулярно приходити для отримання своєї дози.

### А 4.3.2 Клінічний огляд та моніторинг

Клінічний огляд дає змогу оцінити такі параметри:

- загальний стан пацієнта, кількість та частоту вживання будь-яких
- наркотиків з дати останнього огляду, загальний стан здоров'я та самопочуття, соціальні обставини, умови життя та відповідні фактори ризику (порушення прав дітей, нанесення шкоди самому собі або оточуючим, домашнє насильство, передозування, інфікування вірусами, що передаються через кров тощо);
- поточний статус прийому медичних препаратів, у тому числі регулярність відвідування установ, які їх видають, правильність дози, побічні ефекти, видача дози додому, частота оглядів, моніторинг та звернення за консультаціями;
- хід лікування відповідно до розробленого плану

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 3.5 Огляд ходу лікування |

Частота клінічних оглядів може залежати від обставин пацієнта та стадії лікування, а також відповідних норм законодавства. Загалом більшість пацієнтів (до того, як їх стан буде стабілізовано) мають не рідше одного разу на місяць оглядатися медичним працівником, який проводить медикаментозне лікування залежності від опіоїдів. На початку лікування, упродовж періодів нестабільності або під час спроб відміни опіоїдів огляд необхідно проводити частіше (наприклад, один раз на тиждень). Пацієнти, стан яких у довгостроковому лікуванні є стабільним, можуть проходити огляд не так часто.

Комплексне обстеження, протягом якого аналізуються довгострокові цілі та план лікування, що охоплює тривалі медичні стани, скринінг та профілактичні заходи, а також оцінюється доцільність припинення прийому препаратів, має проводитися як мінімум один раз на півроку або при зміні обставин життя пацієнта.

Під час огляду пацієнтів, які упродовж тривалого часу отримують високу дозу метадону або бупренорфіну, доцільно визначати, чи досі у них є потреба в такій дозі. Потрібно оцінити стабільність пацієнта, проаналізувати хід лікування та активно проводити моніторинг після зменшення дози, звертаючи особливу увагу на повторну появу симптомів абстинентного синдрому, тяги до наркотиків або вживання заборонених опіоїдів | **К** |.

Деякі пацієнти можуть продовжити терапію більш низькими дозами препаратів (<30 мг метадону або 2 мг бупренорфіну) протягом тривалого часу та бути не готовими припинити лікування. Ключовим фактором є стабільність. Доцільним буде обговорити з пацієнтом можливість настання абстинентного синдрому, але якщо пацієнт є стабільним та не відчуває дискомфорту, немає сенсу закликати його до припинення прийому препаратів, а продовжувати терапію.

Є низка методів для оцінки того, як пацієнт реагує на ПТАО, у тому числі отримання відгуків від нього та побудова графіків, що описують хід лікування. Основну увагу варто приділяти перевагам, які можуть бути отримані у поєднанні з підтримувальною терапією.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Глосарій термінів та абревіатур |

Якщо основну увагу зосереджувати на оцінці відмови від вживання опіоїдів, це може применшити значення переваг та зруйнувати надії

тих пацієнтів, для яких відмова від опіоїдів здається недосяжною. Хід лікування вимірюється шляхом фіксації поліпшень щодо тяжкості стану, складності проблем та відновлення пацієнта. Інтеграція медикаментозної терапії з іншими інтервенціями, спрямованими на зміцнення здоров'я, соціальну підтримку та участь у лікуванні, допомагає забезпечити сталість процесу і результатів.

*Аналіз сечі на вміст наркотиків*

Аналіз сечі на вміст наркотиків може допомогти визначити, чи мало місце вживання пацієнтом наркотиків протягом останнього часу (до шести тижнів до дати здачі аналізу залежно від виду наркотичної речовини, дози, тривалості її вживання та індивідуальних особливостей метаболізму).

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Див. способи визначення фактів вживання обраних наркотиків у Додатку 7 |

Аналіз сечі на вміст наркотиків є важливим засобом:

a) підтвердження слів пацієнта про факт вживання або невживання ним наркотиків;

b) визначення наркотичних речовин, про вживання яких пацієнт не розповів, може допомогти у постановці діагнозу та лікуванні (наприклад, аналіз може показати факт вживання амфетаміну або марихуани пацієнтом, у якого розвиваються ознаки психозу);

c) отримання інформації для прийняття рішення щодо того, чи можна видавати пацієнту дозу препарату для прийому вдома або без нагляду

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А.10.4 Критерії для видачі пацієнту дози препарату для прийому вдома або без нагляду |

Медичні працівники мають перевірити у місцевих лабораторіях, які аналізи вони роблять, вміст яких наркотичних речовин або груп наркотиків у сечі можуть визначити та які референтні значення використовують.

Результати аналізу сечі на вміст наркотиків слід використовувати обережно, оскільки вони можуть давати хибнопозитивні або хибнонегативні результати; пацієнти, які не розуміють мети їх проведення, можуть негативно ставитися до них. Крім того, варто враховувати їх вартість. Медичні працівники мають звертатися до місцевих лабораторій для допомоги в належній інтерпретації результатів аналізів та визначення потреби щодо проведення подальших тестів для лікування кожного конкретного пацієнта. Варто також зазначити, що існуюча система надання медичних послуг не відшкодовує витрати на тести для підтвердження результатів аналізів, які проводяться за допомогою спеціальних технологій, а саме газової хроматографії/мас-спектрометрії (ГХ/МС). Як і у випадку інших тестів, такий аналіз слід призначати пацієнтам лише за клінічними показаннями, а не рутинно для всіх через «правила програми».

Аналіз сечі за допомогою індикаторної смужки або настільної системи має свої обмеження, у тому числі щодо вартості, видів та кількості наркотичної речовини, наявність якої він може встановити. Водночас цей метод є швидким та ефективним для підтвердження факту недавнього вживання наркотиків.

Безпосереднє спостереження за пацієнтами під час взяття зразків сечі для аналізу може бути образливим для них та негативно впливати на терапевтичну взаємодію. Отже, такого методу варто за можливості уникати. Інших способів, як-от використання спеціального обладнання в туалетах, перевірка температури зразка сечі та чи не є матеріал у зразку розведеним або нелюдського походження, зазвичай достатньо, щоб переконатися, що зразок дійсно належить конкретному пацієнту. Водночас у деяких ситуаціях безпосереднє спостереження за пацієнтами під час взяття зразків сечі може бути обов'язковою вимогою.

Єдиного стандарту правильної частоти проведення аналізів сечі на вміст наркотиків не існує – тим більше, що у ході лікування вона може змінюватися. Відтак періодичність проведення аналізів визначається в першу чергу на основі рішення лікаря, який призначає лікування. Періодичний і нерегулярний графік аналізів у випадкові дати відповідає вимогам програми та міркуванням щодо безпеки пацієнтів. Так, взяття аналізів у непередбачувані дні з

більшою вірогідністю може дати корисну інформацію, ніж система частого їх проведення.

*Продовження вживання наркотиків*

Пацієнтів, які продовжують ризиковані практики вживання наркотиків або мають супутні фізичні, психічні розлади чи соціальні проблеми, варто оглядати частіше.

Про продовження ризикованого вживання наркотиків свідчать такі фактори:

- відвідування пацієнтом установ видачі препарату або проведення огляду в стані інтоксикації;
- передозування;
- хаотична поведінка, що притаманна людям, які вживають наркотики;
- погіршення фізичного або психічного стану у зв'язку із вживанням наркотиків

Продовження вживання наркотиків може впливати на стабільність і хід лікування та піддавати пацієнта таким ризикам:

- проблеми у стосунках з оточуючими, працевлаштуванні/на роботі та соціальні проблеми;
- зараження інфекційними захворюваннями;
- участь у злочинній діяльності

Необхідно вживати заходів для стабілізації таких пацієнтів. Для цього важливо проаналізувати психосоціальні інтервенції та підтримку, яка надається, фактори, через які пацієнти продовжують вживати наркотики, та відповідні схеми медикаментозного лікування.

Лікарі мають призначати таким пацієнтам належні дози препаратів та переконатися, що вони їх приймають так, як це було призначено. Для цього необхідно:

- припинити видачу доз препарату для прийому вдома;
- забезпечити прийом препарату під наглядом;
- якщо пацієнт приймає бупренорфін, видавати йому відповідну дозу щодня;
- проводити тести на вживання наркотиків (аналіз сечі на вміст наркотиків у медичній установі).

Якщо спроби стабілізувати вживання наркотиків виявляються невдалими, варто переглянути призначену схему медикаментозної терапії та проаналізувати можливості проведення немедикаментозного лікування (наприклад, терапевтичні спільноти, консультування та надання підтримки). Зокрема, це актуально для таких ситуацій:

- якщо пацієнт слабко реагує або зовсім не реагує на підвищення дози препарату;
- якщо пацієнт вже приймає велику дозу препарату;
- якщо лікар, який призначає лікування, вважає, що підвищення дози не є «безпечним»;
- якщо пацієнт регулярно передає свою дозу стороннім особам;
- якщо пацієнт нерегулярно відвідує установу, віддає дози препарату стороннім особам або часто пропускає прийом дози;
- якщо пацієнт регулярно приходить за новою дозою препарату в стані інтоксикації.

Для пацієнтів, які приймають бупренорфін, необхідно оптимізувати дозування відповідно до їхніх потреб та вжити заходів для стабілізації вживання інших наркотиків. Для пацієнтів, які приймають метадон, необхідно розглянути можливість переходу на бупренорфін, оскільки він більш безпечний, коли його приймають у комбінації з іншими наркотичними речовинами, і синдром його відміни (якщо в цьому буде потреба) проходить легше.

Необхідно оцінити та порівняти ризики стосовно призначення метадону або бупренорфіну пацієнтам, які продовжують вживати наркотики, з ризиками щодо припинення терапії:

- якщо продовження вживання наркотиків не загрожує безпеці пацієнта, зазвичай в їхніх інтересах буде продовжувати терапію;
- якщо ризики поєднання метадону або бупренорфіну з іншими наркотичними речовинами є вагоміші ніж переваги замісної терапії, варто організувати поступове припинення прийому пацієнтом метадону або бупренорфіну. Враховуючи, що примусове припинення лікування підвищує ризик смерті пацієнта, такий варіант слід розглядати лише як крайній захід

## A4.4 Питання безпеки

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Див. www.tga.gov.ua/daen |

Про побічні ефекти (наприклад, про підозру щодо взаємодії з іншими лікарськими засобами, алергічні реакції, проблеми з імплантатами налтрексону) потрібно повідомляти Управління з контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення.

***Коментар робочої групи**: в Україні надання інформації щодо несприятливих подій при застосуванні лікарських засобів здійснюється відповідно до Порядку здійснення фармаконагляду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898 (зі змінами).*

### *A.4.4.1 Передозування*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Передозування (див. 2.3.7) |
| A4.2.1 Індукція метадоном |
| Додаток 10: Запобігання та лікування передозування опіоїдами |

Ризик передозування є вищим у разі прийому метадону, але й для бупренорфіну він зовсім не мінімальний. Індукція метадону пов'язана з підвищеним ризиком передозування, поки не буде досягнуто сталої дози, що знизить тягу пацієнта до наркотиків і відтак – ефект від вживання інших опіоїдів. Вживання депресантів ЦНС, а саме бензодіазепінів та алкоголю, при прийомі метадону або бупренорфіну є значним фактором ризику в багатьох випадках передозування. Якщо пацієнт регулярно вживає бензодіазепіни у великих дозах (наприклад, 50 мг еквіваленту діазепаму в день), слід проаналізувати можливість переведення його на бупренорфін для зниження ризику передозування | **К** |. Пацієнтам та членам їхніх сімей (за умови, якщо пацієнти на це погоджуються) необхідно надавати інформацію про запобігання та лікування передозування | **К** |.

### *A.4.4.2 Керування транспортним засобом*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Керування транспортним засобом (див. 2.6.11) |
| Додаток 11: Федеральні та регіональні державні послуги |

Національне керівництво відносно придатності до керування транспортним засобом[6] містить таку рекомендацію щодо залежності від опіоїдів:

«Слід брати до уваги ризик порушення функціональності у зв'язку із вживанням заборонених опіоїдів або інших наркотичних речовин для людей, які проходять лікування залежності від опіоїдів. Опіоїди короткої дії, особливо ті, що вводяться парентерально, можуть призводити до коливання рівня опіоїдів у крові, що суперечить принципам безпечного керування транспортним засобом. Людей, які вживають такі речовини, слід направляти на огляд до відповідного медичного працівника, а саме до лікаря-нарколога або психіатра-нарколога. Перед пацієнтами із залежністю від опіоїдів, які приймають стабільні дози бупренорфіну або метадону, може не стояти більш високий ризик потрапляння в аварію, лише якщо їхня доза стабілізована вже протягом декількох тижнів і вони не вживають інших наркотичних речовин, що можуть порушити їхню спроможність керувати транспортним засобом».

Варто також враховувати вимоги законодавства щодо придатності до керування транспортним засобом.

[6] Оцінка придатності для керування комерційними та приватними транспортними засобами. Медичні стандарти для видачі водійських прав та керівництво щодо клінічного лікування. Austroads Ltd. Березень 2012 року. Див. www.austroads.com.au. Перевірено 5 квітня 2013 року.

*А.4.4.3 Супутні медичні стани*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.6.8 Інфекційні захворювання у споживачів ін'єкційних наркотиків |

Станами, що впливають на функції печінки та можуть вимагати корегування дози, переведення пацієнта на бупренорфін або припинення медикаментозної терапії, є печінкова недостатність, залежність від алкоголю або гострий гепатит. У таких випадках потрібно звертатися за порадою до профільного фахівця. ✦

Перед тим як розглядати можливість призначення замісної терапії, пацієнтам з ознаками гострого або декомпенсованого хронічного захворювання печінки (жовтяницею, енцефалопатією, набряками) потрібно пройти всі тести і проби функцій печінки. Протягом лікування тести варто регулярно повторювати.

Астма й емфізема в легкій формі не є протипоказаннями для замісної терапії. Зазвичай для пацієнтів з такими захворюваннями міняти дозу замісного препарату не варто, але слід проаналізувати інші фактори, які можуть вплинути на пригнічення дихання | **К** |. За необхідності треба звернутися за порадою або направити пацієнта до профільного фахівця. ✦

*А.4.4.4 Робота серця*

*Загальна інформація*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.7 Подовження QTc інтервалу |

Інтервал QTc є показником, який відображає проміжок часу від початку деполяризації шлуночків до завершення їх реполяризації. Затримка реполяризації (що визначається як подовжений QTc інтервал) може спричиняти порушення серцевого ритму, а саме фібриляцію шлуночків та двонаправлену веретеноподібну шлуночкову тахікардію, які можуть бути пов'язані з раптовою серцевою смертю.

Інтервал QTc може відрізнятися залежно від пульсу, віку та статі пацієнта. При цьому нормальним показником інтервалу для чоловіків вважається 450 мс або менше, а для жінок – 470 мс або менше. Такі пацієнти мають невисокі ризики. Показник між 450 та 500 мс для чоловіків та 470 і 500 мс для жінок вважається трохи збільшеним (межовим), а показник вище 500 мс визнається значно подовженим. У пацієнтів з інтервалом QTc вище 500 мс суттєво підвищується ризик тяжких порушень серцевого ритму.

Подовження інтервалу QTc потенційно є проблемою для пацієнтів, які приймають метадон [**]. Пацієнтів, які приймають бупренорфін, це стосується менше.

*Оцінка перед початком прийому метадону*

Рутинна електрокардіографія (ЕКГ) має обмежену користь для пацієнтів, які планують почати прийом метадону. Оскільки її проведення потенційно може відкладати початок терапії, пацієнти часто не дотримуються відповідних вимог.

Показаннями для призначення ЕКГ перед початком прийому метадону є:

- наявність подовженого інтервалу QTc в анамнезі (з будь-якої причини);
- клінічні прояви подовженого інтервалу QTc або порушень серцевого ритму (непритомність, серцебиття, запаморочення);
- наявність інших важливих факторів ризику щодо подовження інтервалу QTc (необхідно звертати увагу на взаємодію лікарських засобів та випадки раптової смерті невстановленої етіології у сімейному анамнезі)

Таких пацієнтів варто інформувати про потенційні ризики подовження інтервалу QTc при прийомі метадону та про переваги проведення ЕКГ перед початком терапії.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.7 Подовження QTc інтервалу |

Медичні працівники мають знайти засоби для пом'якшення ризику відкладення початку терапії метадоном, якщо матимуть місце значні затримки або інші перешкоди для проведення ЕКГ

(наприклад, небажання пацієнта). Якщо своєчасно не почати терапію метадоном і пацієнт буде виключеним із процесу лікування, це може спричинити для нього вищий ризик розвитку серцевих захворювань або інших проблем зі здоров'ям, пов'язаних з непроведенням лікування залежності від опіоїдів.

При проведенні опіоїдної замісної терапії рутинна ЕКГ (для обстеження структурного захворювання серця) або генетичне тестування (для визначення вродженого синдрому подовженого інтервалу QTc) не призначаються.

*Дії при подовженні інтервалу QTc під час лікування*

Якщо у пацієнтів з межовим показником інтервалу QTc (до 500 мс) не спостерігається клінічних проявів (епізодів втрати свідомості, запаморочення, серцебиття або серцевих нападів), медичним працівникам варто:

- обговорити з ними вплив подовженого інтервалу QTc на лікування з урахуванням відповідного індивідуального та сімейного анамнезу;
- терапію метадоном можна продовжувати, але рекомендовано частіше проводити моніторинг та сприяти пом'якшенню інших факторів ризику (вживання інших наркотиків, про які відомо або є припущення, що вони пов'язані з подовженням інтервалу QTc;
- якщо інтервал QTc залишається подовженим, слід розглянути варіанти направлення пацієнта до нарколога або кардіолога, спробувати зменшити дозу метадону або перевести на бупренорфін.

Для пацієнтів, які мають значно подовжений інтервал QTc (тобто більше 500 мс) або клінічні прояви подовженого інтервалу QTc, медичним працівникам рекомендовано:

- звернутися за порадою до нарколога та кардіолога (у таких випадках може виникнути потреба проведення більш інтенсивного обстеження);
- звернути особливу увагу на стратегію мінімізації ризиків, у тому числі на усунення або пом'якшення інших факторів впливу, зменшення дози метадону, переведення пацієнта на альтернативну терапію (наприклад, на бупренорфін або – для пацієнтів стаціонару – морфій) або припинення терапії метадоном;

- у плані лікування необхідно врахувати питання ефективності терапії метадоном для пацієнта та вірогідний вплив будь-яких важливих змін схеми лікування на вживання ним різних наркотичних речовин та загальний стан його здоров'я і самопочуття. Для забезпечення дотримання запропонованого плану лікування важливо отримати від пацієнта інформовану згоду.

*А.4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами*

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| А4.4.1 Передозування |
| А2.1.1 Полінаркоманія |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |

На ефективність та безпеку терапії метадоном і бупренорфіном впливає декілька варіантів взаємодії між різними лікарськими засобами. Найбільш важливими є ті варіанти, які підвищують ризик передозування: або через дію на пригнічення дихання (у разі вживання алкоголю, інших опіоїдів, бензодіазепінів, трициклічних антидепресантів, седативних нейролептиків та антигістамінних препаратів), або шляхом уповільнення метаболізму, що призводить до підвищення рівня метадону або бупренорфіну в плазмі крові.

Водночас взаємодія з іншими лікарськими засобами, яка призводить до зниження рівня препарату в плазмі крові та спричиняє симптоми абстинентного синдрому, також має велике значення та знижує ефективність лікування.

Якщо пацієнтам, які отримують метадон, планується призначити препарати, що впливають на метаболізм метадону (печінкові ферменти CYP450), необхідно звернутися за порадою до профільного фахівця та діяти обережніше ✦ . Варто також проводити пильний

моніторинг ефектів після прийому пацієнтами дози та обережно здійснювати титрацію дози (збільшуючи її максимум на 40% в окремих випадках). Бупренорфін також метаболізується ферментами CYP450, але, як було з'ясовано, цей препарат має менше клінічно значимих варіантів взаємодії з іншими лікарськими препаратами, ніж метадон.

Більш детальна інформація про характер, біологічну основу та докази клінічної значущості взаємодії між метадоном, бупренорфіном та іншими лікарськими засобами, що призначаються за рецептом, наводиться за посиланням: www.opioiddruginteractions.com/.

Прийом метадону може бути пов'язаний з подовженням інтервалу QTc. Крім того, цей препарат може вступати у взаємодію з іншими речовинами (рецептурними препаратами, алкоголем та забороненими наркотиками, а саме амфетамінами та кокаїном), що також призводить до подовження інтервалу QTc. Перелік речовин, які, як відомо, спричиняють подовження інтервалу QTc, можна подивитися за посиланням: www.azert.org/. Подовження інтервалу QTc у пацієнтів, які приймають метадон, також може бути викликане препаратами, які підвищують рівень метадону в плазмі крові (інгібітори ферментів CYP450 ферменту).

Препарати, про які відомо, що вони провокують або можуть провокувати клінічно значущу взаємодію, якщо пацієнти приймають їх з метадоном чи бупренорфіном, перераховані у Додатку 3. За можливості такої взаємодії слід уникати або ж проводити моніторинг пацієнтів та відповідним чином корегувати схеми медикаментозного лікування. Якщо у лікарів є питання щодо безпеки або ефективності лікування, слід проводити консультації з наркологами.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Додаток 3: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

### А4.5 Побічні ефекти

Побічні ефекти метадону та бупренорфіну є достатньо типовими для опіоїдних речовин. Найбільш проблемними є надлишкова пітливість, карієс, закрепи, апное уві сні, нудота, сонливість, остеопороз та зниження статевої функції (втрата лібідо, імпотенція). Важливо надавати пацієнтам консультації та допомагати їм подолати ці побічні ефекти.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Див. інформацію для споживачів та інформацію про препарат: https://www.ebs.tga.gov.au/ |
| Побічні ефекти (див. 2.3.7) |

### А4.6 Припинення замісної терапії

Успішне завершення опіоїдної замісної терапії передбачає безпечне та комфортне для пацієнта припинення прийому опіоїдних препаратів без повернення до вживання опіоїдів або іншої залежності від наркотиків (рецидиву). Який у випадку будь-якого іншого хронічного стану, передчасне припинення терапії може бути пов'язане з рецидивом та/або загостренням інших проблем зі здоров'ям та самопочуттям пацієнта.

Пацієнтам, які висловлюють намір припинити лікування, а також тим, хто досяг стабілізації та може розглядати таку можливість, необхідно надавати відповідну інформацію. Всі пацієнти та медичні працівники мають регулярно (наприклад, один раз на півроку) розглядати питання щодо припинення та, як і у випадку інших хронічних розладів, доцільність продовження медикаментозного лікування. При цьому основним показником для прийняття такого рішення має бути дестабілізація | **К** |.

Найбільш оптимальний спосіб – планувати завершення лікування після того, як пацієнт припинив вживати заборонені наркотики, інші аспекти його здоров'я та способу життя стабілізовано та є докази наявності значних можливостей відновлення (капіталу відновлення), які визначаються як загальна сума всіх особистісних, соціальних та громадських ресурсів, які пацієнт може зібрати для подолання проблем, пов'язаних з алкоголем та наркотиками. На жаль, багато пацієнтів прагнуть прискорити процес лікування. Навіть у разі ретельно спланованої стратегії припинення лікування дуже важливо бути готовим до проявів дестабілізації | **К** |.

Розуміння факторів, які сприяють успішному припиненню опіоїдної замісної терапії, може стати у нагоді для пацієнтів та медичних працівників при плануванні цього процесу. Такими факторами є:

- яким чином планується припинення вживання опіоїдів:
  - поступове, а не швидке зменшення дози (протягом місяців, а не кількох тижнів чи днів);
  - розуміння процесу пацієнтом та його участь у прийнятті рішень;

– участь у психосоціальних заходах, спрямованих на зміцнення стратегії подолання труднощів, припинення ризикованої поведінки, а також у системах підтримки;

- регулярний аналіз прогресу та перегляд планів;відсутність нестабільного або проблемного вживання алкоголю та інших психоактивних речовин;
- стабільний фізичний та психічний стан:

– необхідно звертати увагу на те, що проблеми з психічним здоров'ям (прояви депресії, тривожності) або прояви хронічного больового синдрому при припиненні вживання опіоїдів можуть загостритися;

- стабільні соціальні умови:

– зокрема, підтримка для ведення способу життя, вільного від наркотиків;

- тривалість лікування

Для стабілізації на замісній терапії більшість пацієнтів потребують від одного до двох років, але одні можуть досягти цього швидше, а інші взагалі не досягти оптимального стану.

Детоксикація після замісної терапії відрізняється від детоксикації, необхідної для початку лікування, спрямованого на запобігання рецидивам.

Найбільш поширений спосіб припинення ПТАО полягає в тому, щоб протягом декількох місяців в амбулаторних умовах поступово скорочувати дозу препарату, що дає пацієнтам час для того, аби адаптуватися до необхідних фізіологічних, соціальних змін та змін поведінки, що відбуваються упродовж цього процесу. Із зменшенням дози до нульової тяжкість синдрому відміни має тенденцію до зростання, при цьому пікові прояви зазвичай спостерігаються через 1–4 тижні після припинення прийому препарату, а помірні симптоми (проблеми зі сном, розлади настрою, тяга до наркотиків) можуть зберігатися ще протягом кількох місяців.

Більшість пацієнтів комфортно переносить зниження дози метадону на 5–10% кожні 1–4 тижні, причому показник зменшення дози відрізняється залежно від показань та термінів припинення прийому опіоїдів | **К** |.

Пацієнти, які припиняють приймати бупренорфін, зазвичай комфортніше переносять поступове скорочення дози препарату, ніж пацієнти, що проходять терапію метадоном. Так, за умови підтримання стабільності вони можуть переносити зменшення своєї дози бупренорфіну на 25% або менше кожні 1–4 тижні.

Найменшою дозою бупренорфіну-налоксону, яку пацієнти можуть прийняти за один раз, є 2 мг бупренорфіну та 0,5 мг налоксону. Більшості пацієнтів важко перенести подальше зменшення цієї дози. Відповідно до законодавства Австралії щодо призначення та видачі медичних препаратів, лікарі мають чітко визначати дозу препарату, яку має бути видано пацієнту, і тому призначення «половини дози» є проблематичним, оскільки воно не передбачене відповідними інструкціями та ліцензіями. Якщо пацієнт приймає таку дозу, зменшити її можна таким чином:

видавати цю дозу один раз у два дні (хоча тривалість дії меншої дози може бути коротшою за 48 годин) або

- перевести пацієнта на бупренорфін у таблетках та ділити їх навпіл (таблетки мають риску для поділу).

Який би спосіб не було обрано, важливо проводити моніторинг рівня комфорту та стабільності пацієнта.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| 2.3.8 Завершення замісної терапії |

*А4.6.1 Примусове виключення із програми лікування*

Обставини, за яких пацієнтам можуть припинити видавати препарати проти їхньої волі, мають бути визначені у домовленостях, що укладаються з ними на початку лікування. Крім того, необхідно регулярно переглядати ці обставини упродовж кожного повного епізоду лікування. Рішення про примусове виключення пацієнтів з програми лікування має прийматися лише після ретельного аналізу. При цьому слід брати до уваги, що таке припинення лікування підвищує ризик смерті.

Іноді необхідність припинення видачі препаратів може бути пов'язана із безпекою або самопочуттям пацієнта, інших пацієнтів чи медичного персоналу. Такі ситуації можуть мати місце внаслідок:

- акту насильства або погрози насильством проти медичного працівника або інших пацієнтів;
- пошкодження або крадіжки майна установи, яка проводить лікування або видає препарат;
- торгівлі наркотиками в установі, яка проводить лікування або видає препарат, чи поблизу неї;
- неодноразової передачі препарату стороннім особам.

У деяких випадках проблему можна вирішити не виключенням пацієнта з програми замісної терапії, а шляхом переведення його до іншої установи (програми лікування). Таким чином, необхідно розглянути всі можливі варіанти дій у таких ситуаціях.

Швидкість та розмір зниження дози у разі примусового припинення прийому препарату залежать від різних обставин. Зазвичай у випадках насильства або торгівлі наркотиками це можуть зробити негайно (така вимога може бути встановлена в законодавстві). Водночас, за можливості, слід віддавати перевагу поступовому скороченню дози. Пацієнта, якому припиняють видавати препарат, потрібно попередити про ризики вживання опіоїдів, можливе зниження толерантності до героїну та пов’язаний з цим ризик передозування. Його також слід поінформувати про інші варіанти лікування. Такі консультації мають бути належним чином задокументовані в історії хвороби.

Для кожного пацієнта, який примусово був виключений з програми лікування, необхідно розробити план дій для подальшого повернення в програму. Цей план слід записати в історії хвороби. Щоб оцінити вірогідні результати подальших спроб пацієнта повернутися до лікування, доцільно проаналізувати його попередню поведінку. Такий аналіз також може допомогти запобігти ситуаціям, в яких примусове виключення з програми лікування буде єдиним можливим заходом.

## А5 Запобігання рецидивам: підтримувальна терапія налтрексоном

Налтрексон затверджений для використання в допоміжній терапії для підтримання пацієнтів, які раніше мали залежність від опіоїдів та припинили їх вживання, а саме героїну чи морфію. Відтак надання психосоціальної підтримки з акцентом на запобіганні рецидивам є невід'ємною складовою підтримувальної терапії налтрексоном.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Див. інформацію про препарат: https://www.ebs.tga.gov.au/ |
| 2.5 Допоміжна терапія |

***Коментар робочої групи:*** *на момента розробки даної клінічної настанови лікарський засіб за міжнародною непатентованою назвою налтрексон в Україні зареєстрований тільки як субстанція для фармацевтичного застосування* **.**

### А5.1 Фармакологія

Налтрексон є антагоністом мю-опіатних рецепторів. Вживання добової дози 50 мг налтрексону орально пом'якшує ефекти опіоїдних препаратів. Під час підтримувальної терапії налтрексоном це є важливим фактором підтримки лікування, спрямованого на запобігання рецидивам.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Наявність (див. 2.1.3) |

### А5.2 Ефективність

Докази ефективності підтримувальної терапії налтрексоном є обмеженими через низький показник дотримання курсу лікування у дослідженнях та невелику кількість досліджень, результати яких можна порівнювати. Факти, зібрані станом на сьогодні, не свідчать про наявність значних відмінностей у дотриманні курсу лікування та проявів абстинентного синдрому в пацієнтів, які проходять терапію налтрексоном (з допоміжною психосоціальною терапією або без неї), у порівнянні з пацієнтами, які отримують плацебо або тільки психосоціальну терапію [**].

### А5.3 Фактори, що впливають на вибір схеми лікування

Налтрексон призначається для допоміжного лікування, спрямованого на запобігання рецидивам, для пацієнтів, які припинили вживання опіоїдів, намагаються утриматися від їх вживання та можуть дати інформовану згоду на терапію налтрексоном.

Враховуючи можливість передозування після рецидиву, терапія налтрексоном буде найбільш ефективною тоді, коли її проходять пацієнти із сильною мотивацією до утримання від вживання наркотиків, зокрема:

- люди які мають залишатися тверезими для збереження свого робочого місця;
- люди, які вживали наркотики недовго;
- люди, у яких є «інша важлива особа» (член сім'ї, близький друг), який може допомагати та здійснювати нагляд за прийомом препаратів;
- пацієнти, за лікуванням яких проводиться моніторинг за допомогою суду, що розглядає справи про наркотики, або іншої правової програми, альтернативної покаранню (наприклад, програми реабілітації)

Протипоказаннями до призначення терапії налтрексоном є:

- фізіологічна залежність від опіоїдів на момент прийняття рішення про призначення терапії – пацієнтам, які мають таку залежність, слід запропонувати пройти

детоксикацію або направити їх до профільних спеціалістів;

- гострий синдром відміни опіоїдів – перед початком терапії налтрексоном має пройти певний час, упродовж якого пацієнт не вживатиме наркотики;
- вживання опіоїдів для подолання хронічного больового синдрому – для цього потрібно провести огляд профільним спеціалістом;
- гострий гепатит або печінкова недостатність – налтрексон у великих дозах може бути гепатотоксичним. Доза налтрексону, яка, вірогідно, є безпечною, лише у п'ять або навіть менше разів нижча за дозу, що спричиняє ураження печінки;
- інформація про побічні реакції або чутливість пацієнта до налтрексону.

Перед тим як розглядати можливість призначення терапії налтрексоном пацієнтам з ознаками гострих або декомпенсованих хронічних захворювань печінки (жовтяниця, енцефалопатія) необхідно пройти всі тести і проби функцій печінки. Упродовж лікування тести варто регулярно повторювати.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.4.6 Небажані ефекти та наслідки |

Якщо йдеться про таких пацієнтів, рекомендується дуже обережно призначати налтрексон та проводити консультації з наркологом:

- вагітні жінки та жінки, які годують груддю – оскільки налтрексон визначається як препарат групи ризику B3[7] під час вагітності;
- пацієнти, які мають залежність одночасно від декількох наркотиків;
- пацієнти із порушеннями функцій нирок або печінки – оскільки налтрексон і його активний метаболіт виділяються із сечею;
- пацієнти із психічними захворюваннями, у тому числі з серйозними афективними та психотичними розладами;
- діти та підлітки – оскільки дія налтрексону при лікуванні залежності від опіоїдів у цих категорій пацієнтів ще невідома.

### A5.4 Початок лікування

Найкращий варіант початку опіоїдної терапії налтрексоном передбачає, що перед початком цієї терапії необхідно подолати симптоми абстинентного синдрому від опіоїдів за допомогою малих доз бупренорфіну.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| A3.5 Методи медикаментозного лікування при абстинентному синдромі |
| 2.2.3 Препарати для подолання абстинентного синдрому |

Якщо немає точної інформації про дату останнього вживання пацієнтом опіоїдів, починати терапію налтрексоном варто дуже обережно | **К** |. Загалом між останнім прийомом бупренорфіну та першим прийомом налтрексону має пройти не менше п'яти днів. Якщо останнім опіоїдом, який вживав пацієнт, був героїн, рекомендується інтервал тривалістю сім днів. Якщо це був метадон, то це 10–14 днів. Якщо є бажання або потреба більш швидкого початку терапії налтрексоном, необхідно звернутися за порадою або направити пацієнта до профільного спеціаліста. ✦

При індукції налтрексону аналіз сечі на вміст наркотиків дає мало користі. Найкращий варіант – повідомити пацієнту, що якщо він недавно вживав опіоїди, перша доза налтрексону може викликати абстинентний синдром. Якщо через відсутність точної інформації про дату

[7] Відповідно до підходів, прийнятих Австралійським комітетом з оцінки лікарських засобів, категорія препаратів при вагітності B3 включає в себе препарати, які приймала тільки обмежена кількість вагітних жінок та жінок дітородного віку, і при цьому не спостерігалося підвищення частоти пороків розвитку або інших прямих чи непрямих шкідливих впливів на плод. Дослідження на тваринах показали підвищення частоти пошкодження плоду, значення якої для організму людини залишається невідомим. Більш докладну інформацію див. за посиланням http://www.tga.gov.au/, де шукайте у базі даних препарати, які можна приймати під час вагітності. Перевірено 9 квітня 2013 року.

останнього вживання пацієнтом опіоїдів є ризик розвитку викликаного абстинентного синдрому, слід звернутися за порадою до профільного фахівця | **К** |.

Починати прийом налтрексону варто з добової дози 25 мг (перші три дні), потім переходити на 50 мг у день, якщо пацієнт нормально це сприймає | **К** |. Зверніть увагу, що у пацієнтів, які проходили терапію бупренорфіном, абстинентний синдром після прийому налтрексону може розвиватися із затримкою.

### А5.5 Проведення безпечної та ефективної терапії налтрексоном

Пацієнтів потрібно попередити про ризики, пов'язані з припиненням терапії налтрексоном та поверненням до вживання опіоїдів, зокрема про ризик передозування. Деякі пацієнти можуть висловити бажання приймати налтрексон з перервами.

Наприклад:

- пацієнт може утримуватися від вживання опіоїдів, але у ризикованій ситуації прийняти одну таблетку;
- пацієнт може прагнути уникати вживання опіоїдів у робочі дні, але хотіти вживати їх у вихідні.

Такі ситуації можуть створювати серйозні потенційні ризики, у тому числі:

- передозування опіоїдами через ризик неправильної оцінки рівня толерантності;
- викликаний абстинентний синдром через переривання прийому налтрексону після відновлення залежності від опіоїдів.

Тому доцільно попереджувати пацієнтів про те, що нерегулярний прийом налтрексону є небажаним. Більше того, у деяких ситуаціях припинення терапії налтрексоном може бути виправдане, якщо рівень ризику в поведінці пацієнта є вищим за очікувану користь від неї.

Багато пацієнтів, які повернулися до вживання наркотиків, можуть мати намір повернутися до терапії налтрексоном. Цих пацієнтів слід попередити, що залежність від опіоїдів відновлюється швидко – всього за кілька днів регулярного вживання, – тому повернення до терапії налтрексоном може викликати абстинентний синдром у тяжкій формі (певною мірою неочікувано).

- Якщо з дати останнього прийому налтрексону пройшло більше п'яти днів і після цього пацієнт кожного дня вживав героїн або інші опіоїди, поновлення прийому налтрексону має відбуватися за такою ж схемою, яка застосовується до нових пацієнтів, які спочатку потребують детоксикації.
- Якщо з дати останнього прийому налтрексону пройшло п'ять днів або менше, поновлювати прийом налтрексону слід під наглядом – пацієнти можуть переживати абстинентний синдром, але, як правило, у помірній формі.
- Якщо після останнього епізоду вживання героїну чи іншого опіоїда короткої дії пройшло щонайменше 24 години, прийом налтрексону слід починати зранку.
- Варто починати з половини таблетки (25 мг).
- Пацієнти можуть потребувати інших медичних препаратів за симптоматикою.

| **ОСИЛАННЯ** |
|---|
| 4.1 Ефективність лікування налтрексоном |

Відповідно до наявного клінічного досвіду, пацієнти з рецидивами, які повертаються до прийому налтрексону, досить швидко припиняють дотримуватися курсу лікування. Якщо пацієнти мали численні рецидиви, медичні працівники

повинні ретельно проаналізувати, чи доцільно продовжувати терапію налтрексоном, оскільки у таких пацієнтів значно підвищується вірогідність того, що вони знову припинять лікування. При цьому перевагу слід надавати тому, щоб припинити лікування за активної участі медичного працівника, а не тому, щоб пацієнт вибув з лікування та не отримував терапії. Слід також проаналізувати доцільність застосування альтернативних підходів, а саме переведення пацієнта в стаціонар або проведення підтримувальної терапії метадоном чи бупренорфіном.

### А5.6 Моніторинг та огляд

Пацієнти, які отримують терапію налтрексоном, мають проходити регулярний огляд. Упродовж першого місяця терапії рекомендовано проводити клінічні огляди щотижня, а потім – один раз у два тижні або один раз на місяць (залежно від потреби).

Під час кожного клінічного огляду необхідно проводити моніторинг дотримання курсу лікування та його прогресу. Зокрема:

- оцінити факт і масштаби вживання наркотиків, у тому числі героїну та інших наркотиків;
- оцінити дотримання пацієнтом курсу терапії налтрексоном;
- оцінити зміни у соціальному функціонуванні пацієнта та його стосунках з оточуючими;
- визначити, чи проходить пацієнт консультування;
- проводити моніторинг побічних ефектів, особливо тих, що стосуються настрою.

Проходження терапії налтрексоном або (можливо) утримання від вживання героїну можуть загострити або оголити у чутливих пацієнтів психічні проблеми, особливо депресію. Бажано проводити визначення та моніторинг симптомів депресії. Якщо є занепокоєння щодо настрою пацієнта, корисним може бути психіатричне обстеження.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.5 Допоміжна терапія |

## А6 Психосоціальна підтримка

Психосоціальна підтримка – невід'ємна складова медикаментозного лікування. Люди із залежністю від опіоїдів часто страждають ще й від інших проблем – соціальних, правових, проблем із житлом, зайнятістю, психічним здоров'ям тощо. Перше завдання лікування – досягти стабілізації. Тому краще відкласти інтервенції, спрямовані на запобігання рецидивам, та структурну поведінкову терапію до того моменту, коли будуть задоволені невідкладні потреби пацієнта.

Індивідуальні та групові психосоціальні інтервенції, у тому числі когнітивна та поведінкова терапія і заходи, спрямовані на запобігання зривам, можуть підвищити ефективність ПТАО. Психосоціальна допомога має бути доступною для всіх пацієнтів, але тим, хто не користується цією допомогою, не можна відмовляти в ефективному медикаментозному лікуванні.

Психосоціальна підтримка має враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та має включати такі питання, як допомога у фінансових справах | **К** |. Психосоціальна підтримка також має охоплювати заходи зі сприяння дотриманню пацієнтом курсу лікування.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| 2.5.4 Психосоціальна підтримка |

Усім пацієнтам варто радити брати участь у групах взаємодопомоги (наприклад, програма «Анонімні наркомани», реабілітаційна програма «SMART Recovery» тощо). Але відвідування цих груп не має бути обов'язковим | **К** |. Ефективність груп взаємодопомоги залежить не просто від відвідування, а від залучення в їх роботу. Відтак встановлення обов'язку щодо відвідування таких груп може бути контпродуктивним.

## А7 Питання, які можуть впливати на лікування

Люди із залежністю від опіоїдів часто мають низку інших проблем зі здоров'ям (у т.ч. зі здоров'ям ротової порожнини, контрацепцією та сексуальним здоров'ям). Інтегрований та скоординований підхід до лікування може забезпечити комплексну допомогу та розв'язання проблем пацієнта на індивідуальній основі | **С** |.

При лікуванні пацієнтів важливо бути обізнаним і брати до уваги питання культурної та мовної різноманітності.

Жінки є більш уразливими до ризиків домашнього та сексуального насильства. Крім того, вони з більшою вірогідністю можуть працювати у сфері комерційного сексу. Вони можуть потребувати консультацій щодо підтримання сексуального здоров'я, контрацепції та батьківських навичок. Загалом вони більш вразливі, ніж чоловіки. Мотивуючим фактором для них може бути страх позбавлення батьківських прав, але цей же фактор може і утримувати жінок від того, щоб звертатися за медичною допомогою. Корисним може бути налагодження зв'язку зі службами захисту прав дітей.

### А7.1 Вагітність і годування груддю

Найбільш оптимальним підходом до лікування залежності від опіоїдів у вагітних жінок є початок або продовження замісної терапії. Опіоїдна замісна терапія метадоном або бупренорфіном пов'язана з поліпшенням материнських і неонатальних наслідків та є основним методом забезпечення того, що вагітні жінки із залежністю від опіоїдів звертаються за дородовою медичною допомогою та отримують її. І бупренорфін, і метадон включені до препаратів категорії С[8], і опіоїдна замісна терапія метадоном чи бупренорфіном є оптимальним варіантом лікування для вагітних жінок. Відповідно до наявних даних, ні метадон, ні бупренорфін не пов'язані із тератогенністю або вадами розвитку.

Упродовж першого триместру детоксикація підвищує ризик викидня, а упродовж третього – ризик дистресу плоду і передчасних пологів. При визначенні потенційної користі від детоксикації або зниження дози метадону необхідно проаналізувати, наскільки співставним є ризик рецидиву – повернення до неконтрольованого вживання наркотиків | **К** |.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Зменшення дози та детоксикація під час вагітності (див. 2.6.3) |
| Національні клінічні настанови щодо лікування наркоманії під час вагітності, пологів та перших років життя новонародженого, див. http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/ncg_druguse.html |
| 2.6.3 Вагітність і годування груддю |

Метадон є безпечним та ефективним для досягнення послідовних і кращих акушерських та пренатальних наслідків у вагітних жінок із залежністю від опіоїдів (у порівнянні з відсутністю опіоїдної замісної терапії для таких жінок) [****]. Загалом для вагітних пацієнток ефективними є і метадон, і бупренорфін [***]; обирати препарат варто у консультаціях з конкретними пацієнтками. Якщо під час вагітності пацієнтка приймає бупренорфін, перевагу слід віддавати монопрепарату (Subutex®). Хоча під час прийому комбінованого препарату (Suboxone®) під язик всмоктування налоксону є мінімальним, довгостроковий ефект від його прийому в малих дозах на плода ще не з'ясовано.

[8] Відповідно до підходів, прийнятих Австралійським комітетом з оцінки лікарських засобів, категорія препаратів при вагітності С включає препарати, які за своїми фармакологічними ефектами мають або, як здається, можуть мати шкідливий вплив на плод або на новонародженого, але при цьому не викликають вад розвитку. Ці ефекти можуть бути зворотніми. Більш докладну інформацію див. за посиланням http://www.tga.gov.au/, де шукайте у базі даних препарати, які можна приймати під час вагітності. Перевірено 9 квітня 2013 року.

Рекомендується утримуватися від спроб переводити вагітних пацієнток з метадону на бупренорфін через ризик викликаного абстинентного синдрому | **К** |.

Якщо вагітній пацієнтці необхідно призначити детоксикацію або зменшити її дозу, це варто робити упродовж другого триместру.

- Зменшувати дозу можна лише тоді, коли вагітність протікає нормально; рекомендується налагодити партнерство з акушерським персоналом, який веде пацієнтку.
- Обсяг та темп зменшення дози має бути гнучким і відповідати симптомам, які проявляються у пацієнтки.
- За можливості, симптомів абстинентного синдрому слід уникати, оскільки вони загрожують значним дистресом плоду.
- Під час зменшення дози необхідно здійснювати пильний моніторинг за перебігом вагітності та станом плоду.
- У більшості випадків безпечним вважається зниження дози метадону на 2,5–5 мг кожного тижня, а бупренорфіну – на 2 мг.
- Після припинення прийому метадону чи бупренорфіну моніторинг варто продовжувати. Якщо трапляється рецидив, потрібно швидко призначати повторну індукцію метадону чи бупренорфіну.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Вагітність і опіоїдна замісна терапія (див. 2.6.3) |
| Неонатальний моніторинг (див. 2.6.3) |
| Національні клінічні настанови щодо лікування наркоманії під час вагітності, пологів та перших років життя новонародженого, див. http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/ncg_druguse.html |

Полінаркоманія, особливо вживання тютюну, алкоголю та бензодіазепінів, ускладнює наслідки для матері та новонародженого. Опіоїдна замісна терапія пов’язана із неонатальним абстинентним синдромом, але його можна подолати за допомогою стандартної схеми лікування, підтримки та догляду. За необхідності для подолання неонатального абстинентного синдрому без довгострокових наслідків можна використовувати такі препарати, як морфін для перорального прийому.

Підтвердженої інформації про безпечність та ефективність прийому налтрексону під час вагітності немає. Якщо пацієнтка планує вагітність, прийом цього препарату варто припинити заздалегідь. Для жінок, які вагітніють під час прийому налтрексону, необхідно порівняти ризики переривання прийому та ризики продовження. Рекомендується звернутися за порадою до профільного фахівця. ✦

За можливості, дополоогова допомога має надаватися у співпраці з акушерським персоналом, який спеціалізується на веденні пацієнток, які вживають наркотики. Деякі жінки спочатку можуть не бажати повідомляти іншим медичним працівникам, що вони проходять опіоїдну програму фармакотерапії. Лікування залежності від опіоїдів під час вагітності краще проводити у партнерстві акушерського персоналу з працівниками програми фармакотерапії.

Якщо пацієнтка є вагітною, це робить ще більш важливим проведення оцінки низки інших факторів ризику, у тому числі проблем із психічним здоров’ям, харчуванням, насильства з боку партнера, з житлом та батьківськими навичками.

## А7.2 Вікові фактори

*А7.2.1 Пацієнти-підлітки*

Під час лікування підлітків (як правило, підлітками вважаються особи віком до 18 років) необхідно зважати на стан їхнього здоров'я та самопочуття. Особливу увагу варто приділяти психосоціальному реагуванню, інтервенціям на рівні сім'ї, питанням професійної підготовки та зменшення шкоди, у тому числі запобіганню інфікуванню захворюваннями, що передаються статевим шляхом або через кров. Водночас для окремих молодих людей важливою складовою лікування може бути фармакотерапія | **К** |.

Фармакотерапію можна призначати лише після ретельної оцінки ризиків та переваг, пов'язаних з нею, та як складову комплексного плану лікування, що також включає психосоціальні інтервенції | **К** |. Перед призначенням метадону або бупренорфіну пацієнту молодше 18 років необхідно перевірити положення відповідних нормативно-правових актів.

Якщо пацієнту призначена фармакотерапія, слід віддавати перевагу бупренорфіну (а не метадону) через те, що його прийом легше припиняти. Дозування може бути іншим, ніж зазвичай призначається дорослим пацієнтам.

Залежно від досвіду вживання наркотиків та соціальних умов, підлітки можуть швидко стабілізуватися на замісній терапії, що дозволяє швидше приймати рішення про припинення фармакотерапії, ніж у випадку дорослих пацієнтів | **К** |. Водночас необхідно проводити моніторинг підлітків (так само, як і для дорослих пацієнтів) на ознаки дестабілізації та за необхідності поновлювати замісну терапію.

*А7.2.2 Пацієнти похилого віку*

Середній вік пацієнтів, які проходять опіоїдну замісну терапію, поступово підвищується. Відтак варто звернути увагу на питання лікування залежності від опіоїдів у пацієнтів похилого віку. Попередній досвід вживання наркотиків в цій групі пацієнтів, травми та інші фактори, викликані типовим для вживання наркотиків способом життя, підвищують вірогідність пов'язаних з цим проблем. Питання, пов'язані з довготривалим вживанням опіоїдів у великих дозах, включають вплив на загальний процес старіння (остеопороз та недостатність гормонів, особливо андрогенів у чоловіків), зниження когнітивної функції внаслідок неодноразових епізодів гіпоксії, ризик падінь, зміни у фармакокінетиці та надлишковий прийом лікарських засобів. Серед цієї категорії населення достатньо поширеними також є хронічний гепатит С, ожиріння та проблеми, пов'язані з палінням. Для подолання цих множинних проблем необхідно забезпечити належну координацію медичної допомоги.

Немає безпосередніх свідчень щодо схеми дозування метадону для підтримувальної терапії пацієнтів похилого віку. Водночас більш вірогідно, що у споживачів наркотиків похилого віку опіоїди метаболізуються повільніше. Відтак для них рекомендовано призначення менших доз опіоїдів та повільнішу титрацію метадону. Великі дози метадону (150 мг у день і більше) можуть не дуже добре підходити для цієї категорії пацієнтів; обсяг дози варто визначати у консультаціях з пацієнтом | **К** |.

## А7.3 Супутні психічні розлади

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| 2.6.6 Супутні психічні розлади |

Лікарі, які проводять лікування, мають володіти навичками оцінки, ведення та направлення пацієнтів із супутніми психічними розладами до профільних спеціалістів. Якщо у пацієнта, який має супутні розлади, лікувати тільки один стан, це може підвищити вірогідність рецидивів за обома розладами. Якщо є підозра на серйозні розлади, зокрема, якщо мають місце психотичні прояви, необхідно звернутися за порадою до лікаря-психіатра.

Оптимальним варіантом допомоги пацієнтам із серйозними супутніми психічними розладами є лікування в профільних установах та забезпечення взаємодії в наданні психіатричної та наркологічної допомоги.

### А7.4 Ув'язнені

Ця категорія пацієнтів потребує особливої уваги. Лікування має полягати у поліпшенні самопочуття та соціального функціонування після звільнення з-під варти, а також зниження ризиків для громадської безпеки і здоров'я.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Для поточної клінічної інформації див. www.ashm.org.ua |
| 2.6.8 Інфекційні захворювання у споживачів ін'єкційних наркотиків |
| А4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |

Опіоїдна замісна терапія метадоном або бупренорфіном підходить для ув'язнених, які:

- на момент поміщення під варту проходять ПТАО;
- на момент поміщення під варту мають залежність від опіоїдів та не отримують відповідного лікування;
- під час перебування під вартою продовжують вживати заборонені опіоїди у спосіб, пов'язаний із значним ризиком завдання шкоди

Особливу увагу слід приділяти питанням дотримання конфіденційності у медичній документації ув'язнених, які проходять програму фармакотерапії. Так, інформація, яка міститься в цій документації, має використовуватися лише для клінічного лікування і ведення ув'язнених пацієнтів, а не у пенітенціарних цілях. Примушування ув'язнених до початку або припинення фармакотерапії з дисциплінарних причин не допускається.

Для забезпечення безперервності лікування після звільнення пацієнтів з-під варти необхідно налагоджувати та підтримувати належний зв'язок між виправними та медичними установами.

### А7.5 Інфекційні захворювання

Рекомендується проводити вакцинацію від гепатиту В та правцю. Щеплення від гепатиту В слід робити після народження та у віці одного і шести місяців відповідно до національних настанов.

Лікування ВІЛ-інфекції, гепатиту С та хронічного гепатиту В ефективно проходить у пацієнтів, які мають залежність від опіоїдів в анамнезі та нині проходять опіоїдну замісну терапію, а також серед інших категорій пацієнтів. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, гепатитом С або В у більш тяжкій формі, які мають залежність від опіоїдів, рекомендовано проводити замісну терапію спільно з антиретровірусною. Це сприяє кращому дотриманню курсу лікування [****] та поліпшує наслідки для обох станів.

Необхідно здійснювати моніторинг з приводу взаємодії між антиретровірусними препаратами та метадоном і меншою мірою бупренорфіном. За результатами моніторингу може виникнути потреба корегування схем терапії.

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| 2.6.10 Лікування больового синдрому |

### А7.6 Лікування больового синдрому

www.racgp.org.ua/your-practice/guidelines/silverbook/common-clinical-conditions/pain-management/#1

При лікуванні больового синдрому в легкій чи помірній формі у пацієнтів, які проходять замісну терапію метадоном або бупренорфіном, важливо враховувати, що для подолання болю підтримуючої дози препарату замісної терапії не завжди може бути достатньо. І метадон, і бупренорфін мають аналгетичні властивості, але тривалість їхньої анальгетичної дії менша, ніж спеціальних препаратів (аналгетична дія метадону триває лише 8–12 годин). Для аналгетичних цілей необхідно спочатку розглянути варіанти лікування, які не передбачають прийому опіоїдів. Якщо ж потреба в опіоїдах все-таки існує, слід або додати опіоїдний препарат до основної схеми замісної терапії (з урахуванням вимог законодавства щодо призначення опіоїдних препаратів пацієнтам, які проходять опіоїдну замісну терапію), або збільшити дозу замісного препарату на 10–15% упродовж обмеженого часу (1–2 тижні) та давати пацієнту добову дозу в кілька прийомів. Якщо йдеться про больовий синдром у тяжкій формі або гострий больовий синдром, може виникнути потреба збільшити дозу. Для подолання гострого больового синдрому може бути доцільним збільшення дози замісного препарату в межах 30%. Якщо пацієнт неналежним чином реагує на терапію, рекомендується звернутися за порадою до профільного фахівця | **К** |. ✦

Пацієнтів з хронічним больовим синдромом, які проходять замісну терапію метадоном або бупренорфіном, потрібно лікувати такими ж методами, як й усіх інших пацієнтів (тобто без опіоїдних препаратів). Водночас є певні важливі відмінності | **К** |:

- толерантність до опіоїдів означає, що звичайна доза, вірогідно, буде менш ефективною;
- при призначенні лікування варто брати до уваги можливість девіантної поведінки та застосовувати відповідні стратегії (моніторинг та видачу доз препарату з визначеною періодичністю);
- слід уникати прийому пацієнтом інших психоактивних препаратів, щодо яких немає свідчень їхньої ефективності при лікуванні больового синдрому (наприклад, бензодіазепінів, антидепресантів тощо);
- за необхідності слід звертатися або направляти пацієнта до профільного спеціаліста; ✦
- при призначенні опіоїдів варто брати до уваги відповідні вимоги законодавства та наявні ресурси, що можуть стати у нагоді лікарям.

Необхідно продовжувати заходи з подолання больового синдрому при виписці пацієнта із лікарні та не призначати кількох опіоїдних препаратів одночасно | **К** |.

Гострий та хронічний больовий синдром може призвести до дестабілізації пацієнта, який проходить опіоїдну замісну терапію, тому слід бути обережними | **К** |. Для пацієнтів з таким синдромом необхідно старанно розраховувати дозу метадону або бупренорфіну, а також дози усіх інших препаратів | **К** |. Для пацієнтів з хронічним больовим синдромом доцільніше розподілити добову дозу на декілька прийомів.

Пацієнтам з хронічним больовим синдромом, які страждають від проблем, пов’язаних із залежністю, може бути корисною підтримуюча терапія метадоном або бупренорфіном. Зокрема, цю терапію можна призначати:

- пацієнтам, які вживають заборонені наркотики (героїн) на додачу до призначених їм анальгетиків;

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| А4.2.1 Метадон |
| Хронічний больовий синдром (див. 2.6.10) |

- пацієнтам, які приймають у заборонений спосіб (у т.ч. шляхом ін’єкції) великі дози анальгетиків, які вони отримують з різних джерел;
- пацієнтам, які не можуть контролювати прийом анальгетиків (тобто приймають все більшу й більшу дозу), незважаючи на наявність стратегії недопущення цього (наприклад, призначення препаратів лише одним лікарем, видачу опіоїдних препаратів у малих дозах кожного разу, а також часту видачу препаратів, наприклад щодня або раз у два дні).

Для лікування таких пацієнтів варто застосовувати комплексні підходи, у тому числі забезпечення співпраці та направлення пацієнтів клінік лікування болю до установ, які надають наркологічну допомогу.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Хронічний больовий синдром (див. 2.6.10) |

Подолання больового синдрому є важливим і для пацієнтів, які проходять замісну терапію та мають невиліковні хвороби. Необхідну інтегровану допомогу можна надавати шляхом налагодження співпраці із установами/спеціалістами паліативної допомоги та профільними установами/спеціалістами | **К** |.

### А7.7 Припинення паління

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Лікування для припинення паління (див. 2.6.7) |

Інтервенції для припинення паління, що застосовуються до загального населення, підходять і для пацієнтів із залежністю від опіоїдів, які проходять замісну терапію. Проте такі пацієнти можуть потребувати більш інтенсивного лікування. Показник поширеності паління серед людей, які вживають опіоїди, є вищим за показник для загального населення, і багато пацієнтів стверджують, що їм дуже важко кинути палити. Водночас такі інтервенції є бажаними з огляду на довгострокові побічні ефекти. Питання припинення паління варто обговорити з пацієнтом перед початком лікування, а потім регулярно повертатися до цього | **К** |.

## А8 Інформація для споживача і бачення споживача

Дієздатні пацієнти мають загальновизнане право на самостійне прийняття рішень щодо лікування, а також право надавати, призупиняти або відкликати свою згоду на лікування до його початку та під час його проведення.

При цьому необхідно застосовувати такі принципи:

- перед початком лікування отримувати від кожного пацієнта вільну та інформовану згоду на лікування у письмовій формі;
- на початку лікування надати пацієнту повну інформацію про його права та обов'язки, а також про роль та обов'язки медичних працівників

Пацієнтам потрібно надавати інформацію про всі аспекти лікування, а також про їхні права та обов'язки, у тому числі про:

- вартість лікування;
- частоту візитів до медичних установ;
- наявність служб підтримки та допомоги;
- загальну інформацію про стратегію та конкретні заходи програми лікування;
- процедури, що застосовуються для захисту персональної інформації пацієнта (та, зокрема, про обставини, за яких медичні працівники будуть зобов'язані розкрити цю інформацію);
- механізми подолання протиріч між пацієнтами та медичними працівниками, відповідальними за їхнє лікування;
- характер лікування;
- усі потенційні ризики та проблеми, а саме ризик передозування та зниження спроможності керувати транспортним засобом, якщо пацієнти одночасно приймають метадон або бупренорфін та інші депресанти;
- ризики, пов'язані з припиненням лікування;
- інші актуальні питання щодо здоров'я, наприклад, про вагітність та годування груддю, ВІЛ-інфекцію, гепатит С тощо;
- безпечні практики зберігання фармацевтичних препаратів, зокрема у місцях, недоступних для дітей;
- альтернативні варіанти лікування.

Кожному пацієнту слід надавати цю інформацію у письмовому вигляді та в такій формі, щоб він міг взяти її з собою. Неписьменним пацієнтам перед початком програми потрібно прочитати вголос інформацію про їхні права та обов'язки. Пацієнтам, які недостатньо добре говорять англійською, слід забезпечити фахового перекладача. За можливості, ця інформація має бути доступна іншими мовами.

Для пацієнтів, психічний стан яких не дозволяє їм надавати свою інформовану згоду (з гострим психотичним або тяжким афективним розладом), потрібно забезпечити належне лікування, щоб перед початком замісної терапії вони мали змогу надати свою інформовану згоду.

Під час надання інформації потенційним пацієнтам медичні працівники мають забезпечити баланс між отриманням належної інформованої згоди та тим, щоб не перевантажити пацієнта інформацією та щоб це не стало фактором утримання від початку лікування. Упродовж курсу лікування необхідно періодично повторювати відповідну інформацію. Зауважте, що у законодавстві може бути передбачена вимога щодо того, аби пацієнт з певною періодичністю поновлював свою згоду. Вірогідно, що упродовж лікування

характер інформації, яка надається пацієнту, та залучення його до прийняття рішень буде змінюватися.

Лікар, який призначає лікування, та медичні працівники, які видають препарати, а також інші члени терапевтичної команди мають зобов'язання щодо надання допомоги пацієнту. Це зобов'язання може означати, що їм потрібно буде поділитися інформацією про пацієнта з іншим медичним персоналом. Водночас при цьому необхідно забезпечувати баланс з правом пацієнта на конфіденційність. Слід також звернути увагу на положення законодавства щодо розголошення персональної інформації для пом'якшення чи запобігання нанесенню шкоди особі або серйозної загрози громадському здоров'ю та безпеці.

Клінічним лікарям необхідно підтримувати комунікацію з фармацевтами та іншими медичними працівниками щодо опіоїдної замісної терапії для конкретних пацієнтів (наприклад, для перевірки рецепта). Перед тим як передавати будь-якій третій стороні інформацію про лікування залежності, за якою можна встановити особу пацієнта, необхідно отримати від нього письмову згоду. Пацієнти можуть заборонити розголошення такої інформації.

Медичні працівники мають бути обізнаними з вимогами законодавства щодо захисту приватності та конфіденційності, а також із запобіжними засобами стосовно доступу до електронної системи рецептів. Крім того, медичні працівники та пацієнти мають знати, що в деяких юрисдикціях у ситуації, коли лікар має підозру щодо завдання серйозної шкоди дитині, правила конфіденційності клієнта не застосовуються. У такій ситуації на лікаря, який призначає лікування, закон покладає зобов'язання щодо повідомлення відповідної установи із захисту прав дітей. Крім того, лікар має розповісти пацієнту про таке своє зобов'язання.

## А9 Належні клінічні практики

### А9.1 Зв’язки між лікарем, який призначає лікування, медичним персоналом, який видає препарат, та медичними працівниками, які надають допоміжну допомогу

Зв’язки між лікарем, який призначає лікування, та медичним персоналом, який видає препарат для замісної терапії, передбачають постійну комунікацію для забезпечення узгодженості та послідовності всієї програми лікування. Цю комунікацію можна налагоджувати та підтримувати шляхом розробки планів координованого надання допомоги.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 3.4 Ведення пацієнта або координація допомоги |

### А9.2 Дії у випадку прийому пацієнтом неправильної дози препарату

Якщо має місце випадкове передозування метадоном, клінічному лікареві варто зважати на такі критичні питання, як рівень толерантності пацієнта та обсяг дози метадону, помилково ним прийнятої.

- Якщо під час перших двох тижнів терапії пацієнт прийняв більшу дозу препарату, ніж йому була призначена (незалежно від її обсягу), протягом чотирьох годин потрібно спостерігати за його станом. Якщо ознаки інтоксикації проявляються довше, спостереження слід продовжити. Може виникнути необхідність направити пацієнта до відділення інтенсивної терапії.

- Пацієнт, який протягом двох місяців приймав щодня більше 40 мг метадону, зазвичай нормально та без особливих симптомів переносить прийом дози, удвічі більшої за стандартну. Якщо пацієнт прийняв дозу, яка більш ніж удвічі вища за стандарту, за його станом треба спостерігати протягом щонайменше чотирьох годин. Якщо з’являються ознаки інтоксикації, спостереження слід продовжити.

- Якщо пацієнту регулярно видається доза препарату на руки, або якщо він не приходить за новою дозою щодня, не можна бути абсолютно впевненим, що він постійно приймає добову дозу та має необхідний рівень толерантності до опіоїдів. Відтак, якщо такий пацієнт прийняв дозу, більш ніж на 50% вищу за стандартну, варто спостерігати за його станом.

- Якщо пацієнт, рівень толерантності якого не відомий (наприклад, якщо його добова доза метадону менша 40 мг або якщо він проходить терапію менше 2-х місяців), прийняв дозу, більше ніж на 50% вищу за стандартну, за його станом слід спостерігати протягом щонайменше чотирьох годин.

У всіх випадках прийому пацієнтом неправильної дози препарату слід діяти так:

- Якщо пацієнт прийняв дозу, менш ніж на 50% вищу за стандартну:
  - повідомити пацієнта про цю помилку та детально пояснити її можливі наслідки;
  - розповісти пацієнту про ознаки та симптоми передозування та порадити йому звернутися до відділення інтенсивної терапії у разі появи таких симптомів;
  - медичний персонал, який видає препарат, має повідомити лікаря, що призначив лікування, про прийом пацієнтом помилкової дози та відповідним чином зафіксувати цю помилку.
- Якщо пацієнт прийняв дозу, більше ніж на 50% вищу за стандартну:
  - повідомити пацієнта про помилку та детально пояснити її можливі наслідки;

- медичний персонал, який видає препарат, має негайно повідомити про це лікаря, який призначив лікування. Якщо немає можливості зв'язатися з ним, необхідно звернутися за порадою до лікаря-нарколога;
- якщо лікар, який призначив лікування, або лікар-нарколог приймають рішення про необхідність госпіталізації пацієнта, пацієнту потрібно пояснити причини такого рішення. Крім того, його слід супроводити до лікарні, аби переконатися, що персонал, який його прийняв, отримав точну та докладну інформацію про ситуацію;
- якщо пацієнт пішов ще до того, як стало відомо про помилку дозування, необхідно вжити всіх зусиль, щоб зв'язатися з ним.

● Застереження щодо викликання блювоти:

- викликання блювоти може бути небезпечним. Його не слід призначати, якщо у пацієнта наявні будь-які ознаки пригнічення ЦНС;
- якщо після прийому занадто високої дози метадону пройшло більше 10 хвилин, викликання блювоти є неефективним методом, оскільки немає можливості точно визначити, чи вдалося повністю вивести прийняту дозу з організму;
- якщо немає можливості надати пацієнту невідкладну медичну допомогу або він відмовляється від неї, а після прийому дози пройшло 5–10 хвилин, викликання блювоти (шляхом механічного стимулювання глотки) може бути прийнятним лише як засіб першої допомоги. Сироп іпекакуани призначати не варто, оскільки його дія може починатися із затримкою.

Якщо пацієнт прийняв неправильну дозу бупренорфіну, відповідні ризики є не такими серйозними, як при передозуванні препаратами, що мають властивості повних агоністів опіоїдів. У випадках передозування бупренорфіном слід вжити таких заходів:

1. Медичний персонал (фармацевт або медсестра), який видає препарат, має негайно повідомити про це пацієнта та лікаря, який призначив лікування.

2. Пацієнту потрібно розповісти про вірогідні наслідки (підвищення седативного ефекту та млявості протягом кількох годин після прийому) та наказати не приймати жодних інших наркотиків, не керувати транспортним засобом та не працювати із технологічними приладами до кінця дня.

3. Якщо пацієнт прийняв занадто велику дозу і мають місце нижче перераховані наслідки, за його станом має спостерігати медичний працівник з відповідною кваліфікацією (протягом щонайменше шести годин), або пацієнта слід покласти у відділення інтенсивної терапії:

    a) пацієнт переживає седативний ефект після прийому дози або засинає (з будь-якої причини);
    b) пацієнт щойно (не більше двох тижнів тому) розпочав замісну терапію;
    c) пацієнт помилково прийняв 64 мг бупренорфіну або більше (незалежно від того, якою є його стандартна доза)

Перед прийомом наступної дози бупренорфіну пацієнта має оглянути лікар, який призначив лікування. Можливо, наступного дня варто буде дати пацієнту меншу дозу або не давати взагалі (фактично він вже прийняв дводенну дозу препарату).

## A10 Правові питання

### A10.1 Переведення пацієнта з одного лікувального закладу до іншого, який належить до іншої юрисдикції

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Додаток 11: Додаткова література та джерела |

Переведення пацієнта, який приймає метадон або бупренорфін, з лікувального закладу однієї юрисдикції (міста або області) до іншої має здійснюватися відповідно до правил та процедур, визначених у Наказі МОЗ №200 пп.13 та 14. Зазвичай таке переведення відбувається лише після узгодження всіх формальностей, а це може займати кілька днів. Перед тим як пацієнт приходить/прибуває до нової установи, де він проходитиме лікування, туди має надійти лист з такими даними:

- інформація, що дозволяє встановити особу пацієнта (у т.ч. фотографія);
- інформація про дозу метадону або бупренорфіну;
- контактна інформація про попередню установу, яка видавала препарат;
- точна дата переведення пацієнта;
- інформація про видання пацієнту дози на руки (якщо таке мало місце);
- відповідна клінічна інформація, якої може потребувати кожна юрисдикція.

### A10.2 Поїздки за кордон з метадоном, бупренорфіном або налтрексоном

Препарати, що використовуються для лікування залежності від опіоїдів, не можуть перевозитися за кордон, якщо тільки митні органи країни, куди вони ввозяться, не видають відповідного дозволу.

Див. докладніше: http://www.tga.gov/au/consumers/travellers-leaving.htm.

Необхідно також враховувати положення законодавства щодо видачі доз препарату для пацієнтів, які збираються подорожувати.

При видачі пацієнту препарату для самостійного прийому наполегливо рекомендується зв'язатися з посольствами або консульствами країн, які пацієнт збирається відвідати протягом поїздки, щоб перевірити наявність особливих законодавчих вимог щодо ввезення метадону або бупренорфіну для особистого прийому (наприклад, щодо кількості доз, які можна ввозити). Зазвичай достатньо показати на митниці рецепт, з якого видно, що ці препарати потрібні пацієнту для лікування його медичного стану і що він володіє ними відповідно до норм законодавства.

Як і з іншими препаратами зі Списку 4, при перетині митного кордону пацієнтам, які приймають налтрексон, рекомендується показати відповідний лист від свого лікаря. У цьому листі має бути зазначено, що препарат потрібен пацієнту для лікування його медичного стану. Також рекомендується зв'язатися з посольствами або консульствами країн, які пацієнт збирається відвідати протягом поїздки, щоб перевірити, чи можна ввозити такий препарат.

### A10.3 Акредитація, підготовка та підтримка лікарів, які призначають лікування, та медичного персоналу, який видає препарати

У законодавстві мають бути передбачені механізми для моніторингу та постійного підвищення якості фармакотерапії. Ці механізми мають забезпечувати проходження лікарями та медичними працівниками відповідної акредитації або інших формальних програм підвищення кваліфікації.

Всі медичні працівники, які беруть участь у процесі лікування залежності від опіоїдів, мають проходити відповідну підготовку, отримувати підтримку, а за їхньою роботою має

здійснюватися контроль. Це стосується медсестер, медичного персоналу, який видає препарат (фармацевтів), та лікарів, які проводять консультації.

Призначення лікарями замісної терапії (метадоном чи бупренорфіном) не має бути самодостатнім видом лікування. Велике значення для лікування залежності від наркотиків має різносторонній підхід. Призначення терапії має бути засобом підсилення психологічних, медичних та соціальних інтервенцій.

Лікар, який призначає контрольовані препарати для лікування залежності від наркотиків, має володіти загальним уявленням про фармакологію, токсикологію та клінічні показання для використання відповідного препарату, його дозування, схеми лікування та стратегію моніторингу за ходом терапії.

Необхідно розробити та затвердити шляхом ухвалення відповідних нормативно-правових документів програми професійної підготовки для лікарів, які призначають лікування, щодо призначення терапії метадоном і бупренорфіном, та оцінки рівня кваліфікації медичних працівників, які хочуть отримати акредитацію на призначення такої терапії.

Метадон і бупренорфін зареєстровані як препарати Списку 8. Кожна юрисдикція несе відповідальність за налагодження та функціонування системи акредитації медичних працівників для призначення пацієнтам метадону або бупренорфіну для лікування залежності. Докладну інформацію про порядок акредитації можна отримати у правилах кожної відповідної юрисдикції.

**ПОСИЛАННЯ**

Додаток 11: Додаткова література та джерела

Медичний працівник, який хоче отримати акредитацію для призначення фармакотерапії для лікування залежності від опіоїдів, має володіти знаннями та навичками для оцінки і лікування залежності від наркотичних речовин.

Кількість пацієнтів, яких лікар має право лікувати, визначається залежно від таких факторів:

- досвід та кваліфікація лікаря у лікуванні залежності від наркотиків;
- доступність лікаря до пацієнта;
- чи лікар виконує функції лікування залежності від опіоїдів повний або неповний робочий день;
- категорія пацієнтів та вид установи, в якій лікар проводить лікування (у т.ч., наприклад, наявність інших клінічних лікарів та допоміжних послуг).

Обмеження щодо кількості пацієнтів, яких лікар має право лікувати, може змінюватися відповідно до його досвіду та можливостей професійної підтримки. У різних юрисдикціях ці обмеження можуть відрізнятися, так само як і порядок їх затвердження. Докладну інформацію про це можна отримати у кожній відповідній юрисдикції.

***Коментар робочої групи**: в Україні відсутні обмеження щодо кількості пацієнтів, яких може вести лікар. Призначати препарати метадону та бупренорфіну може лише лікар-нарколог або лікар-психіатр на основі встановленого діагнозу відповідно до МКХ-10. Після призначення лікування вести пацієнта може будь- який лікар, який пройшов відповідне навчання (наказ МОЗ України від 27.03.2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворим з опіоїдною залежністю»).*

**ПОСИЛАННЯ**

Медичний працівник, який видає препарат, зобов'язаний перевірити правильність дози. Крім того, за необхідності він має право відмовити пацієнту в його видачі.

Додаток 11: Додаткова література та джерела

Можуть бути встановлені обмеження щодо кількості пацієнтів, які отримуватимуть метадон або бупренорфін у конкретному пункті (місці видачі). Такі обмеження можуть відрізнятися залежно від рівня спроможності пункту видачі препаратів та досвіду і кваліфікації його співробітників, а також від місцевих особливостей. Докладну інформацію про це можна отримати у кожній відповідній юрисдикції.

### A10.4 Критерії для видачі дози на руки та прийому без нагляду

Доказова база щодо видачі пацієнту препарату на руки є дуже обмеженою, причому переважна більшість досліджень щодо проведення замісної терапії
стосувалася ситуацій, коли пацієнти приймали препарати під наглядом.

**ПОСИЛАННЯ**

Видача препарату на руки та прийом без нагляду (див. A4.3.1)

2.3.6 Дозування підтримуючих препаратів

Глосарій термінів

У правилах щодо прийому препаратів без нагляду та видачі дози пацієнтам на руки має бути забезпечено баланс між визнанням принципу поваги автономності пацієнта та виконанням обов'язку медичних працівників щодо надання допомоги, принципами захисту прав дітей та соціально значимим питанням передачі препаратів стороннім особам.

На додачу до питань прийому препаратів без нагляду та правил щодо дозволу на видачу їх на руки можуть розроблятися окремі стратегії для пом'якшення відповідних ризиків, у тому числі розведення доз метадону, що видаються на руки, та видача бупренорфіну у вигляді препарату-мазка, а не таблеток.

Розведення дози метадону, що видається на руки, зменшує вірогідність того, що хтось сторонній (наприклад, дитина) випадково проковтне всю дозу. Це також знижує вірогідність того, що пацієнт спробує прийняти препарат ін'єкційним шляхом або передати його сторонній особі, оскільки розведений метадон має меншу вартість. Рекомендується розводити більшу ніж 25 мг дозу метадону в 100 мл рідини, а меншу 25 мг – у 50 мл рідини (залежно від відповідних нормативів, якими може регулюватися об'єм рідини для розведення). Метадон марки Biodone Forte можна розводити очищеною водою, але метадон у формі сиропу потрібно розводити у консервуючому розчині. Це дозволяє зберігати дози, видані на руки, у шафі, а не в холодильнику, де діти можуть переплутати його з напоєм.

***Коментар робочої групи**: в Інструкції для медичного застосування метадону, затвердженою МОЗ Україн, не передбачена можливість подрібнення таблетованих форм метадону з подальшим розведенням їх у рідині.*

Препарат з бупренорфіну та налоксону в формі мазка щільніше прилипає до слизової оболонки ротової порожнини, ніж у формі таблетки, тому його важче передати стороннім особам.

Можливість видачі препаратів на руки та прийому без нагляду залежить від правил відповідних штатів та територій, а конкретні аспекти цього регулюються нормативними актами.

Оцінка того, чи можна видавати препарат на руки конкретному пацієнту, має здійснюватися лікарем, який призначає лікування. При цьому він проводить консультації з медичним персоналом, який видає препарат, регулярно оглядає пацієнта та оцінює вживання ним наркотичних речовин, медичні та соціальні обставини, причини для видачі доз препарату

на руки, а також безпеку для оточуючих, особливо для дітей. Під час такої оцінки необхідно також проаналізувати, чи може пацієнт дотримуватися нормативно затверджених вимог щодо безпечного зберігання доз, виданих йому на руки. Лікар, який призначає лікування, перед наданням дозволу на видачу препарату на руки має з'ясувати, чи доглядає пацієнт за дітьми (особливо за дітьми молодше п'яти років). Він повинен зазначити у рецепті умови видачі та прийому доз (кількість доз, що видаються на руки, кількість доз для прийому без нагляду).

У контексті замісної терапії для лікування залежності від опіоїдів про низькі ризики видачі пацієнту препарату на руки свідчать такі фактори:

- пацієнт регулярно відвідує медичні установи (за призначенням лікаря або для отримання нової дози препарату);
- пацієнт надає зразки сечі для аналізу на вміст наркотиків, коли це необхідно;
- пацієнт не вживає або не часто вживає інші опіоїди;
- пацієнт не вживає бензодіазепіни або вживає їх лише за призначенням лікаря, стабільно та у малих дозах;
- пацієнт не вживає алкоголю або вживає алкоголь на рівні, що не становить небезпеки;
- пацієнт не вживає заборонених стимуляторів;
- протягом останнього часу (наприклад, останніх три місяці) пацієнт не приходить до медичних установ у стані інтоксикації або передозування;
- протягом останнього часу пацієнт приймає медичні препарати відповідно до рецепта (не пропускає дози).

Важливо, щоб кожного разу при розгляді рішення про дозвіл на видачу препарату пацієнту на руки клінічні лікарі аналізували баланс між потенційними перевагами та ризиками.

У цьому зв'язку можна звернути увагу на декілька варіантів організації видачі препарату пацієнту на руки (водночас прийнятність цих варіантів залежатиме від наявності відповідних систем підтримки та правил кожної юрисдикції):

(1) Пацієнт приймає препарат переважно під наглядом, але можна видавати йому добову дозу (наприклад, через те, що пункт видачі працює з вихідними днями, через сімейні обставини, через причини, пов'язані з роботою чи навчанням, або поганий стан здоров'я, через який пацієнту важко приходити до пункту видачі препарату). При прийнятті рішення про видачу добових доз на руки лікарі, які призначають лікування, мають звертати особливу увагу на безпеку пацієнта та членів його сім'ї.

(2) Змішаний варіант – пацієнт регулярно приймає препарат і під наглядом у медичній установі/пункті видачі препарату, і самостійно (дози, які видаються йому на руки). Пацієнти можуть отримувати до 6-ти доз препарату на тиждень. Кількість днів поспіль, протягом яких пацієнт може приймати препарат самостійно, визначається правилами кожної юрисдикції. Доцільно буде поступово збільшувати кількість таких днів, якщо лікарі вважають це клінічно безпечним. Кількість добових доз на тиждень, які видаються пацієнту на руки, має визначатися відповідно до оцінки його стану та моніторингу того, як він дотримується схеми лікування при самостійному прийомі. Схема, при якій пацієнту на руки видається більше чотирьох добових доз на тиждень, дозволяється лише для бупренорфіну-налоксону. Для пацієнтів, які лікуються метадоном, така схема підходить менше через більш високий ризик неналежного використання препарату та передозування у пацієнта або інших осіб. Така схема може застосовуватися лише тоді, коли переваги для пацієнта є більш значними, ніж можливі ризики. Також можна розглянути варіант, коли пацієнт приймає препарат під наглядом відповідальної дорослої особи поза межами пункту видачі.

(3) Пацієнт приймає препарат самостійно – препарат видається пацієнту на руки без регулярного або частого нагляду за прийомом дози (тобто рідше ніж один раз на тиждень). Така схема підходить для пацієнтів, стан яких протягом тривалого часу є стабільним, але які не можуть підтримувати цей стабільний стан без медикаментозного лікування. Вона може застосовуватися лише до терапії бупренорфіном-налоксоном та використовуватися в деяких юрисдикціях.

У всіх трьох схемах видачі препарату на руки лікарі, які призначають лікування, мають регулярно (не рідше одного разу на три місяці) оцінювати, наскільки пацієнт може дотримуватися схеми отримання препарату на руки, та записувати результати оцінки до його історії хвороби.

Зважаючи на те, що доказова база про видачу препарату на руки та прийом без нагляду є обмеженою, бажано проводити оцінку наслідків такого виду лікування для пацієнта та побічних ефектів.

***Коментар робочої групи:*** *видача препаратів метадону та бупренорфіну на руки для їх самостійного прийому регулюється Постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю».*

***UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, 2020***

## Організаційні та регуляторні питання

### Принцип 6. Забезпечення належного клінічного управління послугами та програмами з лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків

*Опис:*

Методи клінічного управління високоякісними та ефективними послугами з лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків, мають бути чіткими та організованими. Програма лікування, політика, процедури та механізми координації повинні бути визначені заздалегідь та мають бути зрозумілими для всього лікарського, адміністративного та управлінського персоналу та пацієнтів. Під час організації послуг необхідно враховувати поточні доказові дані досліджень та потреби користувачів послуг. Лікування людей з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків (які часто мають множинні потреби у сфері психосоціального, психіатричного, фізичного та соціального здоров'я), є складним завданням як для персоналу, так і для організацій. Плинність кадрів у цій галузі є визнаним фактом, тож організації повинні вживати різноманітних заходів для того, щоб підтримувати своїх працівників та заохочувати їх надавати послуги належної якості.

*Стандарти:*

6.1 Політика та плани лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків, повинні розроблятися відповідними урядовими органами влади та іншими уповноваженими органами згідно з встановленим порядком і мають базуватися на принципах всебічного охоплення медико-санітарними послугами, узгоджуватися з найкращими доступними доказовими даними та розроблятися при активному залученні ключових стейкхолдерів, включаючи цільові групи населення, пацієнтів, членів родини та громади, включно з неурядовими організаціями;

6.2 необхідно забезпечити, щоб політика надання послуг та протоколи лікування були

наявні у письмовій формі, відомі всьому персоналу та слугували керівництвом під час надання послуг з лікування та проведення інтервенцій;

6.3 персонал, який працює у спеціалізованих службах з лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків, повинен мати належну кваліфікацію та проходити постійне навчання, розроблене на основі доказових даних, сертифікацію, бути під клінічним наглядом та отримувати підтримку. Клінічний нагляд, наставництво, заходи безпеки та інші форми підтримки є необхідними для запобігання «вигорання» співробітників;

6.4 політика та процедури набору персоналу та моніторингу ефективності повинні бути чітко визначені та відомі всім працівникам.

6.5 Слід забезпечити стабільне джерело відповідного фінансування та створити належні механізми управління фінансами та підзвітності. За можливості, до відповідного бюджету мають бути включені ресурси для забезпечення безперервної освіти працівників та оцінки якості та ефективності послуг;

6.6 служби з лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків, повинні об'єднуватися у мережу та мати зв'язок із закладами на усіх рівнях охорони здоров'я, включаючи заклади, які надають первинні та спеціалізовані медичні послуги, соціальні послуги та інші, за необхідності, для того, щоб пацієнти могли отримувати комплексну допомогу;

6.7 необхідно створити системи обліку та збору даних про пацієнтів відповідно до

міжнародних показників для забезпечення підзвітності та безперервності лікування та догляду, із забезпеченням конфіденційності персональної інформації пацієнта;

6.8 важливо періодично переглядати програми, правила та процедури, пов'язані з наданням послуг, та розробляти механізми постійного зворотного зв'язку, аудиту, моніторингу та оцінки (включаючи відгуки пацієнтів);

6.9 необхідно регулярно відстежувати шаблони вживання наркотиків та пов'язані з цим наслідки для здоров'я та соціального життя, супутні психіатричні та фізичні захворювання, та надавати результати з метою планування та управління послугами з лікування.

**Принцип 7. Послуги з лікування, політика та процедури лікування повинні підтримувати комплексний підхід до лікування. Необхідно проводити постійний моніторинг та оцінку постановки пацієнтів на облік для отримання ними додаткових послуг.**

*Опис:*

У відповідь на складну та багатогранну проблему зі здоров'ям слід розробити комплексні системи лікування для полегшення ефективного управління розладами, пов'язаними із вживанням наркотиків та пов'язаними з ними проблемами для здоров'я та соціальними проблемами. Немає способу лікування, який міг би самостійно задовольнити потреби усіх пацієнтів, тому заходи з лікування мають бути цілісними та підібраними відповідно до потреб кожної окремої людини. За можливості, до надання послуг слід залучати різні служби та забезпечувати координацію їх роботи, включаючи: служби надання психіатричної, психологічної, соціальної допомоги та інші служби (у тому числі служби, які надають житло, професійне навчання/працевлаштування та юридичну допомогу за необхідності) та інші служби надання спеціалізованої медичної допомоги (наприклад, послуг з лікування ВІЛ, ВГС, туберкульозу та інших супутніх захворювань). Важливо проводити постійний контроль, оцінку та адаптацію системи лікування. Для цього потрібне багатопрофільне планування та впровадження послуг у логічній поетапній послідовності для забезпечення якісного взаємозв'язку між такими компонентами як: політика, оцінка потреб, планування систем лікування, впровадження та моніторинг послуг, оцінка результатів та покращення якості.

*Стандарти:*

7.1 Політика та плани щодо розробки систем лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків, повинні підтримувати індивідуалізований, цілісний та комплексний підхід до лікування та мати налагоджений зв'язок із службами, які надають додаткові послуги в секторі охорони здоров'я та поза його межами;

7.2слід встановити та налагодити функціонуючі зв'язки між заходами щодо запобігання вживання наркотиків, лікуванням розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків та зменшенням шкоди для здоров'я та соціального життя, пов'язаної із вживанням наркотиків;

7.3 необхідно створити та налагодити зв'язки між громадами (за участю родин, опікунів, груп взаємодопомоги та самодопомоги, відповідних релігійних та громадських установ), соціальними службами (які надають послуги у навчальних, спортивних та рекреаційних закладах), системою кримінального правосуддя та закладами первинної медичної допомоги та спеціалізованими медичними службами, де забезпечуватиметься повна конфіденційність персональних даних пацієнтів;

7.4 планування та розробка системи лікування повинні базуватися на оцінках та описах характеру та масштабів проблеми, яка виникла в зв'язку з вживанням наркотиків, та особливостях груп населення, які потребують допомоги;

7.5 мають бути визначені ролі національних, обласних та місцевих відомств у різних секторах, відповідальних за лікування та реабілітацію пацієнтів із розладами, пов'язаними

з вживанням наркотиків, та мають бути розроблені механізми для ефективної координації їх роботи;

7.6 мають бути розроблені стандарти якості для послуг з лікування наркотичної залежності з належними механізмами забезпечення відповідності, якості або акредитації;

7.7 кожна служба повинна мати механізми клінічного управління, моніторингу та оцінки, включаючи клінічної підзвітності, проводити постійний моніторинг стану здоров'я та самопочуття пацієнта та періодичну зовнішню оцінку;

7.8 інформація про кількість, тип та розподіл доступних послуг та використання системи лікування повинна контролюватися з метою планування та розвитку.

# ЧАСТИНА В. Довідкова інформація

## *National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence 2014*

## 1. Контекст для застосування Національного керівництва

### 1.1 Ситуація із вживанням опіоїдів в Австралії

*1.1.1 Тенденції щодо вживання опіоїдів*

Показники вживання та залежності від опіоїдів в Австралії залишаються невисокими. Відповідно до результатів Національного стратегічного обстеження домогосподарств стосовно вживання наркотиків (2010 р.)[9], 1,4% населення Австралії віком 14 років і старше вживало героїн хоча б раз у житті і лише 0,2% робили це протягом останніх 12 місяців перед опитуванням. Суттєвої різниці між показниками вживання героїну в 2010 та 2001 роках немає.

Серед тих респондентів Національного обстеження 2010 року, які вживали героїн, 63,2% повідомили, що вживали його щонайменше один раз на місяць. Найвищий показник вживання героїну незадовго до участі в обстеженні спостерігається серед вікової групи 30–39 років.

Споживачі ін'єкційних наркотиків продовжують віддавати перевагу героїну. 54% осіб, які брали участь у дослідженні про вживання заборонених наркотичних речовин у 2012 році[10], зазначили, що пріоритетним наркотичним засобом для них є саме героїн. Водночас спостерігаються регіональні відмінності: так, у Тасманії найбільш популярним серед споживачів ін'єкційних наркотиків є метамфетамін, а у Північній території – морфін.

Все більша кількість людей відчуває шкоду через вживання фармацевтичних опіоїдів (у т.ч. таких, що продаються за рецептом або без рецепта) у зв'язку зі своїми медичними станами – як правило, хронічним больовим синдромом. Значне зростання кількості випадків, коли пацієнтам призначають фармацевтичні опіоїди, протягом останніх 20 років призводить до того, що у все більшої кількості людей розвивається залежність і вони потребують допомоги для подолання цієї залежності одночасно із лікуванням супутніх медичних станів.

*1.1.2 Наслідки несанкціонованого вживання наркотиків*

Вживання заборонених наркотиків, у тому числі опіоїдів, призводить до серйозних медичних, соціальних та економічних наслідків для людини та суспільства. Ці наслідки проявляються у:

- підвищенні показників передчасної смерті;
- зниженні якості життя та продуктивності;
- злочинності, пов'язаної з наркотиками.

Люди, які мають залежність від опіоїдів, найбільш уразливі до ризику передозування та іншої шкоди для здоров'я. Крім того, вони більш схильні до злочинної поведінки.

**Смертність**

---

[9] Австралійський інститут здоров'я та благополуччя, 2011. Звіт за результатами Національного стратегічного обстеження домогосподарств стосовно вживання наркотиків (2010 р.). [*2010 National Drug Strategy Household Survey report. Drug statistics series no 25. Cat. No. PHE 145*]. Канберра, www.aihw.gov.au. Перевірено 4 квітня 2012 р.

[10] Stafford J & Burns L (2013). Тенденції щодо вживання наркотиків в Австралії, 2012 р. Результати системи звітування про вживання заборонених наркотичних речовин *[Australian Drug Trends 2012. Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS). Australian Drug Trends Series No. 91]*, Сідней, Національний центр досліджень алкоголю та наркотиків, Університет Нового Південного Уельсу, www.ndarc.med.nsw.edu.au.

На глобальному рівні саме вживання опіоїдів є основною причиною смертності, пов'язаної із вживанням різних заборонених наркотиків. Зазвичай щорічна смертність серед споживачів опіоїдів оцінюється на рівні 1% (Darke, Mills, Ross, & Teesson, 2011). Найбільш поширеними причинами смертності є передозування, захворювання (як правило, СНІД), самогубства та травми. У країнах з високим рівнем розповсюдження ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків основним фактором смертності є СНІД, а в країнах з низькими показниками поширення ВІЛ на першому місці передозування, самогубства та травми (Darke, et al., 2011).

Смертність серед споживачів опіоїдів зазвичай стається раніше, ніж смертність, пов'язана із вживанням алкоголю або тютюну. Відповідно до дослідження результатів лікування в Австралії, середній вік, в якому помирають споживачі опіоїдів, складає 34,5 року (Darke, et al., 2011). Серед цієї когорти смертність у 4,5 рази вища, ніж серед загального населення. Як правило, безпосередньою причиною смерті є передозування.

**Злочинність**

Зв'язки між вживанням заборонених наркотиків та злочинністю є складними. Вживання фармацевтичних або заборонених наркотичних речовин не завжди і не обов'язково призводить до злочинної поведінки. Більшість споживачів наркотиків жодним чином не беруть участі у злочинній діяльності. Свідчення про те, що вживання наркотиків саме по собі змушує людей вчиняти злочини або сприяє злочинній поведінці, є дуже обмеженими. Так само обмеженими є свідчення, що участь у злочинній діяльності сама по собі призводить до вживання наркотиків. Тим не менш, вживання наркотиків є важливим фактором скоєння насильницьких дій або злочинів проти власності (W. Hall, 1996; Jan Keene, 2005).

Видається, що найсильнішим є зв'язок між вживанням наркотиків та скоєнням злочинів проти власності (пограбування; крадіжка, поєднана з проникненням у житло; шахрайство, крадіжка у магазині). За деякими оцінками, люди з наркотичною залежністю скоюють злочини проти власності приблизно у 10 разів частіше, ніж люди, які не мають такої залежності (Egli, Pina, Christensen, Aebi, & K illias, 2009).

**Вірусні інфекції, що передаються через кров**

Спільне використання забруднених голок, шприців та іншого ін'єкційного обладнання з високою вірогідністю може призводити до епідемічного розповсюдження вірусів, які передаються через кров. Враховуючи, що через спільне використання такого обладнання достатньо легко розповсюджується ВІЛ, він може дуже швидко поширюватися серед споживачів ін'єкційних наркотиків (Des Jarlais, Friedman, Woods, & Milliken, 1992; Stimson, 1995).

Але актуальною проблемою є не лише розповсюдження ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Через споживачів ін'єкційних наркотиків, інфікованих ВІЛ, вірус може передаватися до загального населення, оскільки СІН вступають у відносини з людьми, які не вживають наркотики. Крім того, віруси можуть передаватися від інфікованих матерів новонародженим дітям. Крім вживання ін'єкційних наркотиків, важливим фактором розповсюдження ВІЛ є зв'язок між вживанням наркотиків та роботою у сфері комерційного сексу. Дійсно, за даними ЮНЕЙДС, епідемія ВІЛ продовжує поширюватися. У країнах Східної Європи та Центральної Азії, де раніше основним шляхом розповсюдження ВІЛ було вживання ін'єкційних наркотиків, зростає питома вага такого шляху, як статеві контакти (у т.ч. в окремих країнах Азії підвищуються показники передачі ВІЛ серед гетеросексуальних пар) (ЮНЕЙДС, 2010).

Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Австралії залишається невисоким (менше 2%), але географічна її близькість до країн Південно-Східної Азії, де цей показник є значно вищим, означає, що існує ризик розвитку епідемії ВІЛ і в цій країні.

Вірус гепатиту С (ВГС) є більш стійким, ніж ВІЛ, і легше поширюється. Відповідно, він є набагато поширенішим, ніж ВІЛ. Основним шляхом його передачі є небезпечні способи ін'єкцій – саме так ВГС інфікуються до 90% осіб. Приблизно 25–40% осіб, які захворіли на гепатит С, можуть повністю вилікуватися, але у більшості розвивається хронічна інфекція. За останніми даними, у 7% пацієнтів з хронічним ВГС, які не проходять лікування, протягом 20 років розвивається цироз печінки[11]. Значна кількість інфікованих на гепатит С та серйозні наслідки, що зберігаються протягом тривалого часу, означають, що розповсюдження ВГС через вживання ін'єкційних наркотиків спричиняє навіть більшу шкоду для громадського здоров'я, ніж ВІЛ. Гепатит С є значно поширеним серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Австралії – відповідно, це є важливим фактором смертності серед цієї категорії населення.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Гепатит С (див. 2.6.8) |

Залежно від генотипу вірусу та інших супутніх факторів, 30–70% пацієнтів позитивно реагують на методи лікування гепатиту С, які використовуються нині[12]. Під час лікування опіоїдної залежності важливо брати до уваги необхідність лікування і гепатиту С – як правило, шляхом направлення пацієнта до профільного фахівця.

## 1.2 Реакція на лікування

### *1.2.1 Цілі лікування*

Більшість людей, які намагаються змінити свою поведінку щодо вживання наркотиків, не досягають своїх цілей з першої спроби. Наприклад, курці, які намагаються самостійно припинити вживання тютюну, зазвичай роблять 3–4 спроби перед тим, як досягають тривалого ефекту. Рецидиви є звичним явищем. Дослідження результатів лікування демонструють наявність подібної ситуації і серед осіб, які намагаються припинити вживання опіоїдів. Люди, які мають залежність, можуть продовжувати вживати опіоїди десятиліттями. Періоди щоденного вживання наркотиків можуть перериватися через проходження пацієнтами програм детоксикації та лікування або через поміщення під варту за злочини, пов'язані з наркотиками. Саме через таку схему вживання наркотиків, переривання та повернення до нього залежність від опіоїдів вважається хронічним рецидивуючим захворюванням (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000).

Частка пацієнтів, які досягають сталого утримання від вживання опіоїдів після лікування, є незначною, але з часом та віком вона зростає (Gossop, 2011). У рамках дослідження результатів лікування в Австралії проводилися спостереження за трьома когортами споживачів героїну з моменту початку лікування (опіоїдної замісної терапії метадоном або бупренорфіном, програми детоксикації або реабілітації у стаціонарі) та референтною групою споживачів героїну, які на момент залучення до дослідження не проходили лікування. Протягом трьох років 99,3% учасників дослідження проходили той чи інший вид лікування (у т.ч. 92,9% учасників з референтної групи, що не отримували лікування на момент початку своєї участі у дослідженні). На початку дослідження 99% з них повідомили, що вживали героїн протягом останніх 30 днів перед цим. Через 24 та 36 місяців частка таких осіб знизилася до 35%. Утримання від вживання героїну протягом одного місяця

[11] ВІЛ, вірусні гепатити та ЗПСШ: Керівництво для надання первинної допомоги [*HIV, viral hepatitis and STIs: A guide for primary care*]. Австралійсько-Азійське товариство ВІЛ-медицини, http://www.ashm.org.au, перевірено 9 квітня 2013 р.

[12] Там само.

пов’язується з тим, що пацієнти проводили більше часу в програмах опіоїдної замісної терапії та реабілітації у стаціонарі, але зв’язку з їх участю у програмах детоксикації виявлено не було (Teesson et al., 2008).

Більш докладну та довгострокову перспективу щодо реагування на лікування залежності від опіоїдів демонструє дослідження, проведене в США наприкінці 1970-х років, для якого було відібрано когорту осіб, що мали залежність від опіоїдів та проходили програму підтримуючої терапії метадоном у Каліфорнії. Дослідники спостерігали за цією когортою протягом 30 років. За цей час приблизно половина від початкової вибірки пацієнтів померла, але серед тих, хто вижив, можна було помітити чотири різні види реакції на лікування (Grella & Lovinger, 2011):

- близько 25% пацієнтів досить швидко змогли скоротити вживання героїну і за 10–20 років повністю припинили його вживання;
- 15% пацієнтів скорочували вживання героїну повільніше, але також змогли припинити вживати його упродовж 10–20 років;
- 25% пацієнтів протягом 30 років поступово скоротили вживання героїну;
- 25% продовжили вживати героїн на такому ж рівні і через 30 років після початку дослідження.

Загальна мета лікування залежності від опіоїдів полягає у зменшенні медичної, соціальної та економічної шкоди для людей та суспільства, яка виникає внаслідок вживання заборонених опіоїдів.

Як правило, очікування суспільства від лікування наркотичної залежності полягають у тому, щоб споживачі наркотиків почали жити вільним від наркотиків життям. Утримання (абстиненція) є важливою довгостроковою ціллю, але такий погляд на лікування не повністю відображає всю складність явища наркотичної залежності та не завжди узгоджується з тим, що окремі пацієнти потребують тривалого лікування.

Зосередження уваги на досягненні абстиненції певною мірою знецінює інші позитивні результати, до яких може привести лікування. Для більшості пацієнтів, які починають лікування, важливими є такі короткострокові цілі:

- збереження життя;
- скорочення вживання заборонених наркотиків;
- зменшення ризиків захворювання інфекційними хворобами;
- поліпшення фізичного та психологічного здоров’я і самопочуття;
- зменшення/припинення злочинної діяльності;
- повернення до роботи та навчання;
- поліпшення соціального функціонування.

При цьому повна відмова від вживання наркотиків не є обов’язковою умовою.

Такі цілі є кроками в тривалому процесі: від хаотичного (неконтрольованого) вживання наркотиків до зменшення обсягів та використання більш безпечних практик вживання, а згодом повної відмови. Скорочення вживання наркотиків або їх контрольоване вживання, підтримання сталих стосунків, працевлаштування та поліпшення здоров’я є важливими змінами, які можуть заохотити пацієнта до підтримання абстиненції у майбутньому.

Помилки та невдачі є звичайною складовою поведінки будь-якої людини. Кожного разу, коли вони трапляються, людина має робити висновки зі свого досвіду та знаходити більш ефективні шляхи розв’язання подібної проблеми у майбутньому. Пацієнт може поставити собі за мету повністю відмовитися від вживання наркотиків лише після того, як декілька разів спробує досягти їх контрольованого вживання.

*1.2.2 Перспектива пацієнта: маршрут пацієнта*

Особи, які мають залежність від алкоголю або інших речовин, можуть відчувати сильне бажання досягти тверезості, але при цьому неоднозначно ставитися до лікування та припинення вживання наркотичних речовин. Із посиленням негативних наслідків вживання алкоголю або наркотиків особа може почуватися все більш суперечливо щодо продовження їх вживання (Fiorentine & Hillhouse, 2000). Через цю суперечливість деякі споживачі наркотиків можуть почати розмірковувати та вживати заходів для зміни своєї поведінки.

Враховуючи постійні рецидиви, які характерні для наркотичної залежності, та різницю у ситуації й обставинах різних пацієнтів, послуги для лікування залежності теж мають бути різноманітними й гнучкими, щоб задовольняти потреби усіх пацієнтів, у тому числі в контексті тяжкості залежності, особистої ситуації, мотивації та реагування на інтервенції. Крім того, такі послуги мають сприяти тому, щоб пацієнти проходили всі необхідні етапи на шляху зміни поведінки (L. Gowing, Proudfoot, Henry-Edwards, & Teesson, 2001).

На різних етапах лікування потреби пацієнта змінюються, тому необхідно постійно здійснювати оцінку та вносити зміни до індивідуального плану лікування. Крім того, маршрут пацієнта не завжди є лінійним, але зазвичай він проходить певні його етапи (з можливими повтореннями).

**Рис. 1. Маршрут пацієнта**

«Найкращого методу» лікування для всіх пацієнтів не існує. Не всі види лікування однаково добре підходять усім пацієнтам. Люди, які потребують лікування наркозалежності, відрізняються один від одного своїми ризиками та факторами захисту, психологічними та соціальними проблемами, а також культурним рівнем. Одним потрібно спробувати декілька варіантів лікування перед тим, як вони знайдуть оптимальний для себе. Нарешті, певний вид лікування може добре підходити для одного пацієнта на певному етапі його життя, але виявиться неефективним на іншому.

Важливим фактором, що впливає на рішення пацієнта розпочати лікування та дотримуватися розробленого плану, є надання йому на вибір різних пропозицій щодо методів, які можуть йому підійти. У свою чергу, утримання в лікуванні пов’язане з тим, що пацієнт отримує такі переваги, як скорочення вживання наркотиків, менше залучення до злочинної діяльності, поліпшення стану здоров’я та соціального благополуччя.

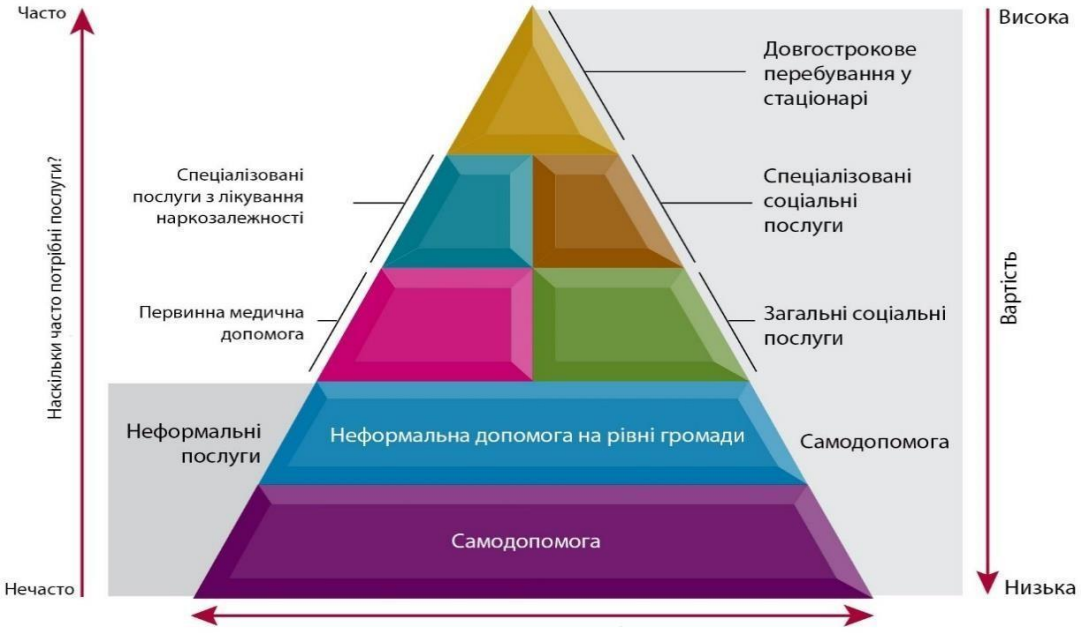
Зазвичай споживачі наркотиків звертаються за лікуванням тоді, коли перебувають у кризовому стані. Це може бути пов’язано з тим, що вони вже не можуть контролювати вживання опіоїдів, або із змінами обставин (наприклад, коли члени сім’ї у категоричній формі вимагають почати лікування, або коли споживача наркотиків звинувачують у скоєнні кримінального злочину і початок лікування може відтермінувати покарання). Саме ці фактори можуть сприяти залученню до лікування. У таких кризових ситуаціях пацієнти часто приймають рішення припинити вживання наркотиків та змінити спосіб життя. Але багато з них звертаються лише за короткостроковим лікуванням та не розглядають інші можливі

варіанти, просто «сподіваючись», що спроби лікування синдрому відміни та короткотермінової абстиненції буде достатньо для повного припинення вживання. Ефективна система лікування наркозалежності має пропонувати низку варіантів лікування, причому принаймні декілька з них мають бути доступними у різних місцях/на різних рівнях.

Клінічні дослідження та досвід неодноразово демонстрували, що пацієнти недовго зберігають мотивацію до підтримання тверезості. Є переконливі свідчення, що більш довгострокове лікування пов'язане із підвищенням вірогідності підтримання абстиненції протягом тривалого часу порівняно з короткими інтервенціями. Як правило, достатньо високий рівень стабілізації та відповідні поліпшення практик вживання наркотиків, а також соціально-психологічна стабілізація досягаються після трьох і більше місяців проходження опіоїдної замісної терапії, а основні переваги лікування досягаються через рік (якщо лікування продовжується, ці переваги можуть ставати сталими). Втім це не те, що пацієнти та члени їхніх сімей хочуть почути на початку лікування.

Актуальною в даному випадку є концепція поетапного призначення лікування. Тобто перший етап починається з інтервенцій низької інтенсивності, і залежно від того, як пацієнт реагує на цей етап, медичні працівники можуть приймати рішення про підвищення інтенсивності інтервенцій. Упродовж проходження програми лікування та відновлення пацієнт може потребувати різної комбінації послуг та компонентів терапії.

**Рис. 2. Піраміда організації допомоги для оптимального поєднання послуг для споживачів алкоголю та наркотичних речовин**




*1.2.3 Важливість надання інтегрованої допомоги*

Активну участь у роботі комплексної системи лікування залежності від алкоголю та інших ПАР мають брати провайдери спеціальних та загальних послуг з охорони здоров'я (див. Рис. 2). Такий вид інтегрованої системи надання допомоги має включати потужну ланку первинної допомоги, через яку пацієнти можуть отримати доступ до таких послуг, як швидке обстеження та короткострокові інтервенції. У свою чергу, наявність подібних послуг сприяє переходу пацієнтів до більш структурованих інтервенцій для споживачів алкоголю та інших речовин. Цей підхід також передбачає інтеграцію різних медичних і соціальних послуг, які є важливими для задоволення потреб споживачів алкоголю та інших ПАР.

Система планування лікування створює більше можливостей для налагодження зв'язків із провайдерами спеціальних і загальних послуг та пропонує більш структурований підхід до надання послуг. Ця система дозволяє пацієнтам та провайдерам послуг досягати оптимальних результатів лікування. Для створення і діяльності такої системи необхідно, щоб провайдери первинної допомоги та медичні і соціальні служби в цілому були добре обізнані щодо питань, які стосуються вживання алкоголю та інших наркотичних речовин. У свою чергу, для цього необхідно забезпечити включення цих питань до програм підготовки медичних і соціальних працівників різних спеціалізацій.

Вживання наркотиків може бути комплексною проблемою, пов'язаною з багатьма іншими проблемами, у тому числі соціальним виключенням. Важливими складовими інтегрованої допомоги є зв'язки із системою освіти, соціальними службами та установами у сфері зайнятості, а також з органами кримінального судочинства (UNODC, 2003). У довгостроковій перспективі пацієнтам необхідно надавати допомогу для соціального залучення. Тривалий досвід вживання наркотиків та участі в злочинній діяльності зменшує можливості особи вести «нормальне» життя, у тому числі підтримувати стосунки з іншими людьми, працювати та проживати в нормальних умовах (J. Keene, Stenner, Connor, & Fenley, 2007). Відтак важливо забезпечити цілісність системи лікування наркозалежності, щоб вона сприяла налагодженню дієвого партнерства між ключовими установами для максимальної ефективності й відповідності послуг/допомоги потребам пацієнта (UNODC, 2003).

Система лікування наркозалежності має бути добре інтегрованою з іншими системами надання допомоги та соціальної підтримки, що дозволяє пацієнтам програм лікування залежності від алкоголю та інших наркотичних речовин також отримувати належні послуги щодо забезпечення житлом, соціальну підтримку, освіту та сприяння зайнятості. Це допомагає підвищити користь від лікування та забезпечити реінтеграцію пацієнтів до місцевих громад (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

Важливими факторами для визначення оптимального виду та інтенсивності лікування є тяжкість залежності, характер та гострота супутніх психіатричних станів, а також особливості соціальних обставин пацієнта. Воно обов'язково має відповідати його індивідуальним потребам та визнавати його право на вибір й активну участь у процесі прийняття усіх рішень щодо призначення та схеми прийому препаратів.

Пацієнти можуть потребувати декількох видів допомоги та послуг у процесі лікування (тобто безперервності допомоги). Досить часто пацієнтам, які отримують послуги одного провайдера, інші установи надають додаткову соціальну підтримку або послуги із соціального залучення. Також часто трапляється так, що різні провайдери надають медичні послуги почергово (наприклад, спочатку проводиться детоксикація, потім лікування у стаціонарі, а далі амбулаторне консультування) (UNODC, 2003).

Крім того, для пацієнтів програм лікування залежності від алкоголю та інших наркотичних речовин організовуються комплексні послуги з направлення до інших спеціалістів та проходження обстежень. Обстеження та надання пацієнту додаткових послуг є вкрай важливим. В основі цих заходів мають бути потреби, які він має на момент залучення до лікування та які з'являються у ході лікування й надання подальшого догляду (UNODC, 2003). Для пацієнтів, які планують досягти тверезості, програми лікування мають передбачати планові варіанти припинення лікування, у тому числі послуги з подальшої допомоги та підтримки у зв'язку із вживанням наркотиків (UNODC, 2003).

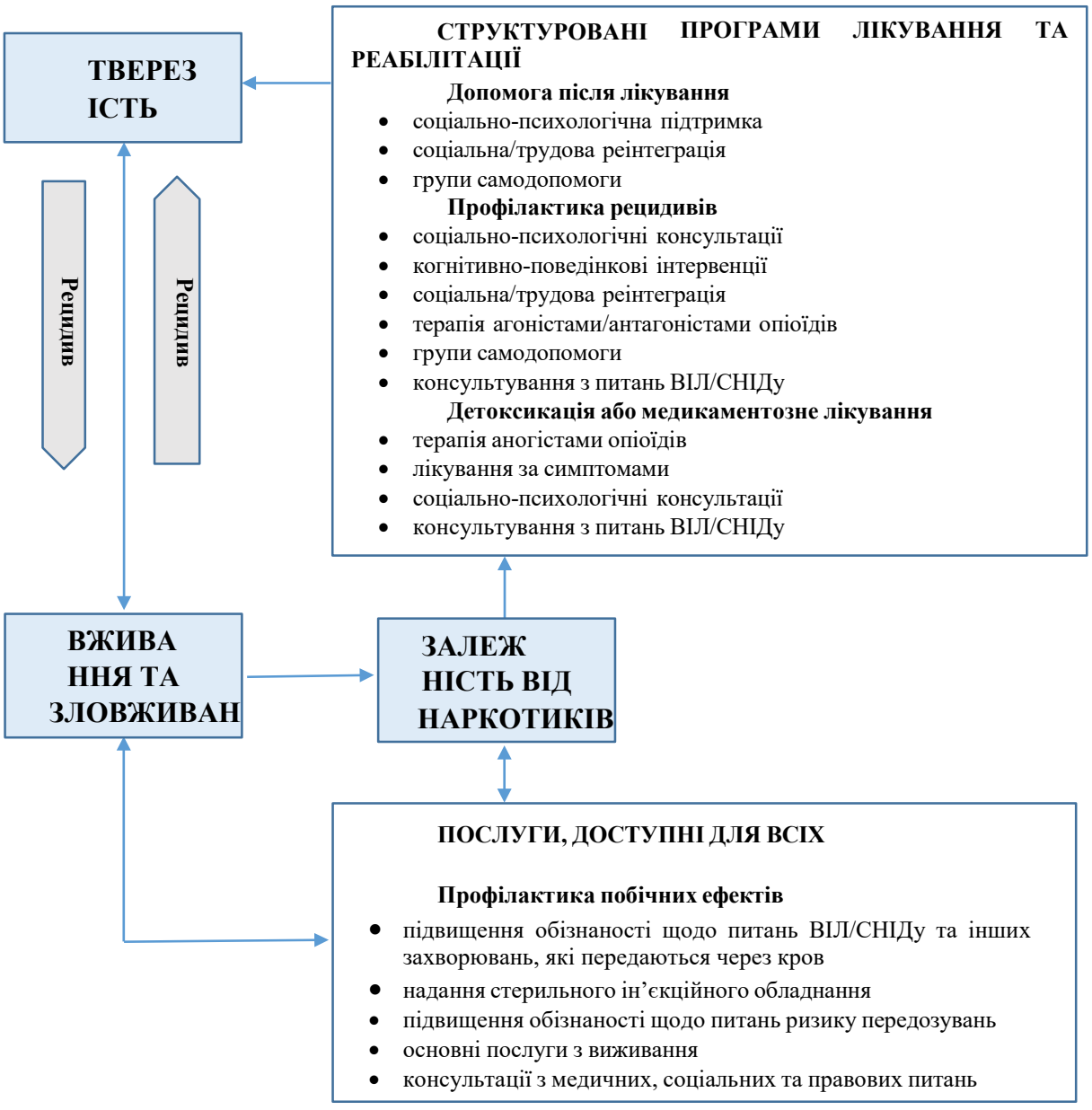
Для цього бажано забезпечити узгодженість процесів перенаправлення та комунікації між різними службами. Комплекс послідовних, паралельних та інтегрованих підходів до лікування є основою дієвої та практичної системи надання наркологічної і психологічної

допомоги, орієнтованої на пацієнта – системи, що включає послуги спеціалістів різних галузей (Holt, Treloar, McMillan, Schultz, & Bath, 2007).

*1.2.4 Види лікування*

На Рис. 3 представлено різні варіанти лікування (залежно від характеру залежності). Ці варіанти коротко описані нижче.

**Рис. 3. Варіанти та маршрути лікування**




*Скринінг та короткострокові інтервенції*

Споживачі наркотиків часто не мають бажання розпочинати лікування. Причиною може бути те, що вони не усвідомлюють негативних наслідків вживання наркотиків або відмовляються визнавати, що дійсно вживають багато наркотиків. Налагодження взаємодії зі службами надання первинної медичної допомоги, системою кримінального судочинства та установами, що проводять інформаційно-просвітницьку роботу серед уразливих груп,

створює можливості для проведення короткострокових інтервенцій для цієї категорії споживачів наркотиків.

Короткострокові інтервенції – це структурована терапія, яка проводиться протягом декількох сесій (як правило, від однієї до чотирьох). Іноді сесії тривають не більше п'яти хвилин, а іноді – до двох годин. Під час таких інтервенцій пацієнтам може надаватися інформація про вживання наркотиків, особливо у контексті зниження пов'язаних з цим ризиків для самої особи та для суспільства. Крім цього, вони мають на меті підвищити обізнаність пацієнтів щодо негативних проявів вживання наркотиків та вагомих причин для припинення вживання, мотивувати до зміни поведінки та заохочувати до лікування.

Короткострокові інтервенції самі по собі можуть сприяти змінам поведінки, особливо у людей, споживання алкоголю та інших наркотичних речовин у яких пов'язане з низьким або помірним рівнем ризиків (Dunn, Deroo, & Rivara, 2001; McCambridge & Strang, 2004). Вони також можуть бути першим етапом більш інтенсивних програм лікування. Короткострокові інтервенції добре підходять для осіб різного походження та з різного культурного середовища (Rachel Humeniuk et al., 2012). Їх можна проводити в різних умовах: як додатково до іншого лікування, так і для цілей спеціального лікування залежності від алкоголю або наркотиків.

Послуги, доступні для всіх, є важливою складовою інтервенцій на цьому рівні. Вони включають короткострокові відвідування, роботу з громадою, телефонні «гарячі» лінії, групи підтримки та загальні служби підтримки і допомоги. Такі послуги можуть заохочувати пацієнтів робити спроби щодо скорочення вживання наркотиків без проходження формального лікування. Це можуть бути такі послуги, як видача стерильного ін'єкційного обладнання або заходи просвіти, що проводяться людьми рівного статусу. Вони спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків та ризиків передозування. Нарешті, через ці послуги споживачі наркотиків можуть перейти до більш формалізованих видів лікування.

*Детоксикація*

Постійне вживання алкоголю та інших наркотичних речовин пов'язане з фізіологічними змінами, у тому числі розвитком фізичної залежності. Для досягнення тверезості споживачі наркотиків, які мають залежність, повинні пройти детоксикацію.

Коли наркотична речовина, що викликала залежність, виводиться з організму, це викликає абстинентний синдром, і всі фізіологічні зміни, що відбулися внаслідок вживання цієї наркотичної речовини, починають проходити у зворотному порядку. Перебіг та складність абстинентного синдрому в конкретного пацієнта залежить від тривалості та інших особливостей вживання ним наркотиків й їхніх фармакологічних властивостей.

Люди можуть відчувати абстинентний синдром в різних умовах: у загальних лікарнях, у спеціалізованих наркологічних відділеннях/палатах, в амбулаторних установах або вдома. Детоксикація передбачає проведення інтервенцій, мета яких – забезпечити перебіг абстиненції з мінімальним дискомфортом для пацієнта. Багато споживачів наркотиків припиняють їх вживати без допомоги служб детоксикації; інші можуть отримувати підтримку від інших служб або членів сім'ї.

Враховуючи, що детоксикація стосується лише фізіологічних процесів в організмі, а не соціальних аспектів залежності, сама по собі вона не є лікуванням наркозалежності. Натомість детоксикація є необхідною сходинкою для проходження лікування, спрямованого на вільне від наркотиків життя.

Як правило, показник рецидивів після проходження детоксикації є високим. Зважаючи на те, що детоксикація знижує толерантність пацієнта до наркотичних речовин, вона також

підвищує ризик передозування, пов'язаний з рецидивами. Тим не менш, детоксикація створює обмежені можливості для проведення інтервенцій, які б заохочували пацієнтів переходити до наступного етапу змін та продовження лікування. Крім того, вона як мінімум є періодом, коли особа не вживає наркотики та не несе пов'язані з цим ризики.

*Замісне лікування (підтримувальна терапія агоністами опіоїдів)*

Замісна терапія – це призначення лікарем препарату, який має подібні властивості до наркотичної речовини, від якої пацієнт має залежність, але ризик від прийому якого менший. Цінність замісної терапії полягає у тому, що вона дає споживачам наркотиків можливість скоротити ризиковану поведінку та досягти стабілізації стану здоров'я і життєдіяльності перед тим, як починати позбавлятися фізичної залежності.

Основні форми замісної терапії – це призначення метадону або бупренорфіну для пацієнтів із залежністю від опіоїдів або нікотинозамісних продуктів (нікотинових пластирів, гумок, льодяників, інгаляторів) для осіб, які хочуть позбутися залежності від тютюну. Невід'ємною складовою програм опіоїдної замісної терапії є соціально-психологічна підтримка, яка має надаватися на різних рівнях.

Підтримувальна терапія метадоном вперше була затверджена органами влади штатів, територій та національним урядом як належний і дієвий спосіб лікування залежності від героїну в 1985 році, коли розпочалася реалізація Національної кампанії протидії зловживанню наркотиками (нині вона називається Національною стратегією у сфері наркотиків). Відповідно до Національних стратегічних рамок у сфері наркотиків, наявність програм такої терапії є обов'язковою. В Австралії визнається, що проведення такого лікування для наркозалежних осіб скорочує вживання наркотиків та сприяє запобіганню шкоди, пов'язаної з їх вживанням.

У 2011 році в Австралії налічувалося 46 446 пацієнтів (65% – чоловіки) програм опіоїдної замісної терапії та 1444 спеціалісти, які її призначали[13]. У період з 1998 по 2011 рік показник участі у програмах опіоїдної замісної терапії зріс майже вдвічі – з 1,3 до 2,1 пацієнта на тисячу загального населення. Протягом 2009–2011 років цей показник в цілому залишався стабільним. Середній вік пацієнтів цих програм – 38 років, і він поступово підвищується. У 2006 році 72% пацієнтів були віком 30 років і старше, а в 2011 році їх було вже 85%. Препаратом, який призначається найчастіше, залишається метадон. У 2011 році 69% пацієнтів отримували метадон, 14% – бупренорфін, 17% – комбінований препарат, який містить бупренорфін і налоксон (при цьому слід враховувати, що у Новому Південному Уельсі для цілей статистики не проводиться розрізнення між бупренорфіном та бупренорфіном- налоксоном, все рахується як бупренорфін), що певною мірою спотворює національні дані.

У різних юрисдикціях правила та тенденції щодо призначення замісних препаратів відрізняються, але загалом в Австралії спостерігається зростання ролі приватних фахівців/установ, які призначають фармакотерапію. У 2011 році 65% пацієнтів призначали замісну терапію саме приватні спеціалісти, у той час як 27% – державні, а 7% пацієнтів отримували рецепти у пенітенціарних установах.

Загалом в Австралії співвідношення кількості пацієнтів та фахівців, які призначають лікування, зберігається на одному рівні з 2005 року і становить приблизно 30–33 пацієнти до одного фахівця. Водночас існують значні відмінності залежно від типу фахівця/установи. У 2011 році один державний фахівець/установа, що призначає лікування, в середньому

[13] Австралійський інститут здоров'я та благополуччя, 2012. Національні статистичні дані про опіоїдну фармакотерапію: звіт за 2011 р. [*National Opioid Pharmacotherapy Statistics Annual Data collection: 2011 report. Cat. No. HSE 121*], Канберра, www.aihw.gov.au, перевірено 13 грудня 2012 р.

працювали з 61 пацієнтом (це найбільше співвідношення). На другому місці були фахівці з пенітенціарних установ: 51 пацієнт до одного фахівця. Найменше пацієнтів у приватних фахівців – 26 до одного.

У 2011 році в Австралії працювали 2264 пункти видачі замісних препаратів (на 64 більше, ніж у 2009–2010 рр.). 87,5% з них знаходилися в аптеках. Загалом в Австралії співвідношення кількості пацієнтів та пунктів видачі препаратів становило 20,5 до одного. Найвищою була частка пацієнтів, яким видавалися препарати в аптечних пунктах, серед тих, хто отримував бупренорфін-налоксон (84%). Серед тих, хто отримував метадон або тільки бупренорфін, така частка була меншою – 69% та 55% відповідно.

***Коментар робочої групи**: в Україні станом на 01.01.2025 року послуги ПТАО надають 404 заклади охорони здоров'я різного профілю, а саме заклади з надання послуг психічного здоров'я (раніше наркологічні заклади), центри профілактики та боротьби зі СНІДом, протитуберкульозні диспансери, центри надання первинної медико-санітарної допомоги, заклади охорони здоров'я загального профілю міського, районного та обласного підпорядкування.*

*Профілактика рецидивів*

Програми профілактики рецидивів та реабілітації мають на меті досягти змін поведінки пацієнтів, аби вони мали змогу відновити контроль за своєю тягою до вживання наркотичних речовин.

Важливими складовими програм профілактики рецидивів є консультування та соціально-психологічна підтримка, яка надається у тому числі через групи самодопомоги. Психологічні інтервенції дозволяють визначати та протидіяти причинам, через які особа вживає наркотики, негативним наслідкам вживання, а також досягти переваг, пов'язаних із зміною поведінки споживачів наркотиків. Програми профілактики рецидивів розвивають у пацієнтів навички розпізнавання стимулів та факторів ризику щодо вживання наркотиків і розробки стратегій протидії вживанню.

Профілактика рецидивів є важливим компонентом опіоїдної замісної терапії та невід'ємною складовою терапії налтрексоном.

*Розвиток життєвих навичок*

Проблемне вживання наркотиків є складним станом, який поєднує соціальний, психологічний, поведінковий та фізіологічний виміри. Часто це є симптомом більш глибинних соціальних, психологічних або поведінкових проблем, які необхідно розв'язати, щоб лікування та відновлення пацієнта було успішним.

Психологічні інтервенції та надання соціальної підтримки сприяють змінам поведінки споживачів наркотиків та розв'язанню різноманітних емоційних проблем, задоволенню практичних потреб (забезпечення житлом, працевлаштування, керування фінансами) та налагодженню соціальних зв'язків (поліпшення відносин у сім'ї, налагодження контактів, не пов'язаних з наркотиками). Кінцева мета цих заходів – сприяти лікуванню й відновленню функціонування споживачів наркотиків. Крім того, психологічні інтервенції є важливою складовою медикаментозного лікування, оскільки вони сприяють дотриманню режиму фармакотерапії та мінімізують вживання заборонених наркотиків. Існує багато підходів та визначень терміну «відновлення», але спільним є те, що він розглядається як процес, що триває роками, а не місяцями чи тижнями, і включає зміну особистості, поліпшення стану її здоров'я і благополуччя та участь у соціальному житті (Groshkova, Best, & White, 2013). Таке

розуміння відновлення дозволяє застосовувати різні підходи, у тому числі ПТАО (el-Guebaly, 2012).

Зокрема, відновлення включає такі аспекти, пов'язані з розвитком життєвих навичок:

- розвиток або відновлення персональних цінностей, наприклад чесності, впевненості у власних силах та відповідальності за себе й інших;
- засвоєння або відновлення поведінкових навичок, ставлення та цінностей, пов'язаних із життям у громаді;
- особистий розвиток та зміни в способі життя, який би відповідав спільним цінностям громади.

З цими аспектами відновлення найчастіше працюють програми реабілітації у стаціонарі. Така реабілітація заснована на принципі, що структуроване і вільне від наркотиків середовище створює належні умови для протидії глибинним причинам поведінки, яка призводить до виникнення залежності. Ці програми допомагають пацієнтам розвинути належні навички та здійснити позитивні зміни, аби досягти способу життя, вільного від залежності. Окремим видом програм реабілітації у стаціонарі є терапевтичні спільноти, основна особливість яких – прийняття особистої відповідальності за власні рішення та дії, а також визначення для пацієнтів завдань щодо «повсякденного життя», виконання яких є частиною їхнього лікування (Swindle, Peterson, Paradise, & Moos, 1995).

## 2. Підходи до лікування, які застосовуються в Австралії

Споживачі можуть отримати інформацію про медикаменти у Реєстрі терапевтичних засобів Австралії, див. https://www.ebs.tga.gov.au/.

***Коментар робочої групи:*** *інформацію щодо лікарських засобів можна отримати в Державному реєстрі лікарських засобів України http://www.drlz.com.ua/ та в Державному формулярі лікарських засобів https://www.dec.gov.ua/materials/chynnyj-vypusk-derzhavnogo-formulyara-likarskyh-zasobiv/.*

### 2.1 Медикаменти: опис та фармакологічна дія

*2.1.1 Метадон*

Метадон розроблено у Німеччині в 1941 році для подолання больового синдрому. Застосовувати в лікуванні залежності від героїну почали в 1959 році у Ванкувері та в 1964 році у Нью-Йорку. З цією ж метою у 1969 році його використання запроваджено в Австралії. Нині саме цей препарат, ефективність якого визнана на національному та міжнародному рівні, найчастіше застосовується в лікуванні залежності від опіоїдів.

Метадон є синтетичним агоністом опіоїдів. В Австралії цей препарат використовується в першу чергу для замісної терапії, але його можуть призначати і як засіб для виведення опіоїдів із організму пацієнта, який страждає на залежність. Прийом метадону зменшує обсяги вживання героїну та інших опіоїдів, тому що має місце крос-толерантність між ним та іншими опіоїдами, яка призводить до пом'якшення синдрому відміни, зменшення потягу до інших опіоїдів та скорочення ефекту ейфорії від їх вживання. Пацієнти мають приймати метадон щодня у пероральній формі.

Як правило, для лікування залежності від опіоїдів метадон приймається перорально у вигляді рідини, що містить 5 мг речовини на 1 мл. Його також можна приймати у вигляді таблеток або ін'єкцій, але зазвичай ці форми використовуються для анальгетичних цілей, а не для лікування залежності.

Метадон терапевтично замінює інші опіоїди та пом’якшує проблеми за рахунок таких факторів:

- має тривалий період напіввиведення: прийом однієї добової дози дозволяє пацієнту перебувати у стабільному стані та нормально функціонувати;
- є орально активним і повільно засвоюється, що дозволяє запобігти інтоксикації та симптомам відміни;
- є крос-толерантним з іншими опіоїдами, що сприяє зниженню тяги до наркотиків у людей, які мають залежність від опіоїдів, а також формуванню нормальних інтересів та прагненню до здорового і продуктивного способу життя.

*Засвоєння і тривалість дії*

Метадон добре засвоюється після перорального прийому (середня біодоступність становить приблизно 75%). Метадон можна виявити у крові вже через 15–45 хвилин після перорального прийому, а пікова концентрація настає за 2,5–4 години (Eap, Buclin, & Baumann, 2002).

В оцінці тривалості періоду напіввиведення метадону спостерігаються серйозні розбіжності (Eap, et al., 2002), причому середнє значення складає 22 години, а у більшості випадків – від 20 до 36 годин (Eap, et al., 2002; R. Humeniuk, Ali, White, Hall, & Farrell, 2000). Такий тривалий період напіввиведення призводить до поступового підвищення рівня метадону в крові протягом першого тижня прийому щоденної дози та достатньо повільного зниження цього рівня у проміжках між прийомами дози.

Якщо період напіввиведення речовини є коротким, це може призводити до проявів синдрому відміни. Наслідком цього може стати негативний результат лікування, самостійний прийом інших препаратів із потенційною інтоксикацією або те, що пацієнт кине лікування. І навпаки, тривалий період напіввиведення означає, що у крові протягом більшого терміну зберігатиметься вища концентрація метадону, і за великий проміжок часу в організмі буде накопичено більше речовини. Це також може призвести до інтоксикації, особливо за великої кількості доз.

**Початок дії та тривалість реакції на прийом метадону**

| | |
|---|---|
| Початок дії | 15–45 хвилин |
| Піковий клінічний ефект | 2,5–4 години |
| Тривалість ефекту | 20–36 годин |

Метадон добре зв’язується із білками плазми, зокрема з альфа-1 глікопротеїном, його вільна фракція у середньому складає 13% із чотирикратною варіацією між різними пацієнтами (Eap et al., 2002).

Після прийому однакової дози у різних пацієнтів концентрація метадону в крові може значно відрізнятися – до 17 разів. Основною причиною такої відмінності є різний темп метаболізму цієї речовини у різних суб’єктів (Eap et al., 2002).

*Метаболізм*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.6.3. Вагітність та годування груддю |

Метадон метаболізується переважно у печінці ферментативною системою цитохрому P450 за участі цитохрому P3A4 та меншою мірою цитохрому P2D6 в основних ізоформах (Eap et al., 2002). Приблизно 10% препарату, що приймається перорально, не метаболізується та виводиться з організму. Решта 90% метаболізуються, і метаболіти (переважно активні) виводяться з організму із сечею та калом. Метадон також виділяється з потом, слиною та (у малих дозах) грудним молоком (Lauren M. Jansson et al., 2008).

Рівень метадону досягає сталого стану в організмі (якщо кількість препарату, яка виводиться з організму, дорівнює тій кількості, яку пацієнт приймає) через 3–10 днів, що еквівалентно 4–5 періодам напіввиведення. Після досягнення стабілізації коливання рівня метадону в крові є відносно незначними, а симптоми СВО вдається пригнічувати на достатньому рівні. Близько третини пацієнтів, які приймають метадон щодня у дозуванні 60 мг, можуть відчувати симптоми відміни ближче до часу, коли дія дози закінчується і потрібно приймати нову. На ці коливання може впливати такий фактор, як менший розмір дози (тобто скорочений період напіввиведення) та більше зв'язування з альфа-1 кислим глікопротеїном (Dyer, 2005). Якщо при збільшенні дози або прийомі кількох доз протягом доби симптоми відміни не проходять, слід розглянути варіант переведення пацієнта на бупренорфін.

*Безпека та побічні ефекти*

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.7. Побічні ефекти |
| Інформація про товари та інформація для споживача доступна за посиланням: http://www.ebs.tga.gov.ua |

Прийом метадону перорально та у контрольованих дозах призводить до відносно незначних довгострокових побічних ефектів. Водночас наслідки хронічного вживання опіоїдів для зубів, виникнення запорів, розладів сну та сексуальності можуть викликати серйозні незручності, і пацієнти потребуватимуть їх подолання. Одним із побічних ефектів терапії метадоном може бути апное уві сні центрального типу (Teichtahl, Prodromidis, Miller, Cherry, & Kronborg, 2001; Zutler & Holty, 2011). Прийом метадону не викликає жодної шкоди для основних органів або систем організму. Ті побічні ефекти, які виникають, є набагато слабшими, ніж ризики, пов'язані із вживанням алкоголю, тютюну та заборонених опіоїдів.

Основним ризиком, пов'язаним з прийомом метадону, є передозування. Цей ризик особливо високий на початку підтримувальної терапії, а також тоді, коли метадон приймається одночасно з іншими седативними препаратами. Відносно повільний початок дії та тривалий період напіввиведення означають, що передозування метадоном може бути прихованим, а токсичні ефекти досягають рівня, коли вони загрожують життю пацієнта, через багато годин після його прийому (R. Humeniuk et al., 2000). Оскільки під час індукції рівень метадону в крові поступово зростає, смертність у цей період частіше за все настає на третій чи четвертий день терапії.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Передозування (див. 2.3.7) |

**Доступність**

У Реєстрі терапевтичних засобів Австралії метадон зареєстрований як препарат у формі сиропу (5 мг/мл діючої речовини), призначений для лікування залежності від опіоїдів, а також як препарат *Biodone Forte* у формі розчину (5 мг/мл діючої речовини) для детоксикації та підтримувальної терапії пацієнтів, які мають залежність від опіоїдів. Метадон у вигляді таблеток та засобу для ін'єкцій зареєстрований як анальгетичний препарат, він не призначений для лікування залежності від опіоїдів.

Для програм опіоїдної замісної терапії в Австралії метадон доступний у двох препаратах:

- Methadone Syrup®, який містить 5 мг/мл метадону, сорбітол, глікероль, етанол (4,75%), карамель, ароматизатор та бензоат натрію;
- Biodone Forte®, який містить 5 мг/мл метадону та червоний барвник пермікол.

Метадон може видаватися пацієнтам у формі сиропу чи розчину та має прийматися перорально під наглядом. Метадон у таблетках (Physeptone®) зареєстрований в Австралії як анальгетичний препарат та не призначений для лікування залежності від опіоїдів. Також слід звернути увагу, що видача Physeptone® у таблетках не покривається статтею 100 Програми субсидування окремих категорій рецептурних лікарських засобів для населення (Pharmaceutical Benefits Scheme). Для призначення пацієнтам Physeptone® у таблетках необхідно отримувати дозвіл згідно з правилами відповідної юрисдикції.

### *2.1.2 Бупренорфін*

Бупренорфін отримують із тебаїну – алкалоїда морфіну. Бупренорфін використовується у багатьох країнах (включаючи Австралію) як препарат для лікування больового синдрому ще з 1980-х років. Тоді ж він почав застосовуватися в лікуванні залежності від опіоїдів. Після цього більше 40 країн дозволили використовувати бупренорфін для цих цілей у формі таблеток під язик (Carrieri et al., 2006). У 2012 році в Австралії було випущено препарат-мазок, що містить бупренорфін та налоксон.

Бупренорфін часто називають змішаним препаратом (агоністом/антагоністом), але більш точно буде визначити його як часткового агоніста опіоїдів з високим рівнем зв’язування із рецепторами. Його дія є такою самою, як у повного агоніста опіоїдів, але з меншою здатністю досягати ефекту (Walsh, Preston, Bigelow, & Stitzer, 1995; Walsh, Preston, Stitzer, Cone, & Bigelow, 1994). Тобто збільшення дози бупренорфіну пов’язане з прогресивно нижчим посиленням ефекту. Збільшення дози на рівень вищий, ніж це необхідно для насичення усіх ділянок рецепторів (зазвичай це 16 мг), спричиняє більш тривалу дію, причому вживання інших опіоїдів у цей час не має або майже не має додаткових ефектів.

Бупренорфін краще зв’язується з опіоїдними мю-рецепторами, ніж повні агоністи опіоїдів. Відтак він може блокувати ефекти від вживання інших агоністів опіоїдів за наявності залежності від дози. Маючи подвійну дію – зменшуючи тягу до наркотиків та знижуючи реагування на опіоїди – бупренорфін дозволяє скоротити самостійне вживання пацієнтом опіоїдів. Метадон як повний агоніст опіоїдів також знижує ефект від вживання додаткових опіоїдів, але його дія в першу чергу пов’язана із формуванням крос-толерантності, що вимагає регулярного його прийому. На відміну від цього, бупренорфін досягає ефекту за рахунок більш тривалого захоплення високої частки опіоїдних рецепторів та пом’якшення дії додаткових опіоїдів.

Бупренорфін також проявляє властивості антагоніста опіоїдів при взаємодії з каппа-опіоїдними рецепторами. Функція цих рецепторів в організмі людини вивчена ще недостатньо.

#### *Засвоєння і тривалість дії*

Бупренорфін є препаратом тривалої дії, період напіввиведення якого складає від 24 до 32 годин (Chiang & Hawks, 2003). Піковий ефект досягається через 1–4 години після прийому препарату під язик. Як правило, при прийомі малої дози (2 мг) ефект триває до 12 годин, а

більш високої (16 чи 32 мг) – до 48–72 годин. Більша тривалість ефекту при прийомі більш високої дози дозволяє пацієнтам приймати препарат через день або навіть тричі на тиждень.

**Початок дії та тривалість реакції на прийом метадону**

| | |
|---|---|
| Початок дії | 30–60 хвилин |
| Піковий клінічний ефект | 1–4 години |
| Тривалість ефекту (мала доза) | 8–12 годин після прийому малої дози (напр., 2 мг) |
| Тривалість ефекту (велика доза) | 24–72 години після прийому великої дози (напр., більше 16 мг) |

Результати досліджень біодоступності бупренорфіну, який приймається під язик, підтверджують наявність значних відмінностей ефекту від його прийому в різних пацієнтів, а також відмінностей між хронічним та короткостроковим прийомом (Chiang & Hawks, 2003; Strain, Moody, Stoller, Walsh, & Bigelow, 2004). На біодоступність бупренорфіну, який приймається під язик, серйозно впливають такі фактори, як час, упродовж якого препарат контактує із слизовою оболонкою ротової порожнини. Видається, що вона підвищується у разі регулярного прийому.

У крові жінок, які приймають бупренорфін у таких само дозах, як чоловіки, спостерігається вищий рівень препарату та його метаболітів. Ця різниця, вірогідно, пов'язана з відмінностями у композиції тіла, але при цьому вважається, що для нормальної терапії це не має серйозного значення (Moody, Fang, Morrison, & McCance-Katz, 2011).

*Метаболізм*

Пікова концентрація бупренорфіну в плазмі крові настає через 1–2 години після прийому препарату під язик. При пероральному прийомі виникає значний ефект першого проходження. Основним метаболітом є норбупренорфін, який має певну опіоїдну дію, але ступінь його впливу на ефект від прийому бупренорфіну залишається невідомим.

Бупренорфін переважно метаболізується у печінці двома основними шляхами: шляхом кон'югації з глюкуроновою кислотою або N-деалкілируванням під дією системи цитохрому Р450 за участі цитохрому Р3А4. Метаболіти потрапляють у жовчну систему, після чого відбувається ентерогепатична циркуляція препарату та його метаболітів. Більша його частина виводиться з організму з калом та меншою мірою сечею.

*Безпека та побічні ефекти*

На відміну від метадону, ефект бупренорфіну для пригнічення дихання має певне обмеження – з підвищенням дози препарату цей ефект суттєво не посилюється. Через це бупренорфін є безпечнішим у контексті передозування, ніж метадон. Водночас навіть невелика доза бупренорфіну може бути токсичною, якщо одночасно пацієнт приймає седативні речовини, наприклад бензодіазепіни чи алкоголь (Faroqui, Cole, & Curran, 1 983; Forrest, 1983; Papworth, 1983; Sekar & Mimpriss, 1987).

**ПОСИЛАННЯ**

Передозування (див. 2.3.7)

Дослідження реакції пацієнтів на прийом препарату свідчать, що великі дози бупренорфіну (16 мг у день і більше) не мають суттєво більшого пікового ефекту дії опіоїдів, ніж менші дози (8 або 12 мг) (Walsh et al., 1995). Більшість пацієнтів нормально реагують на прийом дози, що у багато разів перевищує нормальні терапевтичні показники. В окремих випадках це призводить до клінічно значимого пригнічення дихання (крім осіб, які не мають толерантності до опіоїдів).

Якщо бупренорфін приймається одночасно з інгібіторами цитохрому P3A4 (інгібіторами протеази, деякими протигрибковими засобами класу азолів (кетоконазолом), блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипіном) та деякими противірусними препаратами (атазанавіром)), необхідно вживати запобіжних заходів, оскільки таке поєднання може призводити до підвищення рівня бупренорфіну в плазмі крові.


| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| A4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |
| Додаток 3 |


Побічні ефекти від прийому бупренорфіну подібні до інших опіоїдів (Lofwall, Stitzer, Bigelow, & Strain, 2005). Найчастіше це запор, розлади сну, сонливість, пітливість, головний біль, нудота і зниження лібідо.

Багато пацієнтів повідомляють, що бупренорфін має менший седативний ефект, ніж метадон. Зокрема, він сприяє «більш нормальній» повсякденній життєдіяльності – пацієнти мають ясну свідомість та кращу спроможність приймати рішення (Fischer et al., 1999; Holt, et al., 2007). Водночас це характерно не для всіх пацієнтів, оскільки для деяких перевагою є сильніший седативний та заспокійливий ефект метадону (наприклад, для пацієнтів, які відчувають симптоми посттравматичного стресового розладу).

Результати досліджень свідчать, що бупренорфін здійснює мінімальний ефект на психомоторну активність (Lenne, Dietze, Rumbold, Redman, & Triggs, 2003; Mintzer, Correia, & Strain, 2004) – зокрема, він менш виражений, ніж у метадону (Soyka et al., 2005) та перорального морфіну з уповільненим вивільненням (Giacomuzzi, Haaser, Pilsz, & Riemer, 2005). Вірогідність ефектів, пов'язаних з прийомом бупренорфіну, є вищою на початкових етапах лікування, а також після підвищення дози. У цей час пацієнтам рекомендовано бути особливо обережними при керуванні транспортним засобом або роботі з обладнанням і технікою.


| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Керування транспортним засобом (див. 2.6.11) |


Існують окремі свідчення про розвиток у пацієнтів гострого гепатиту після прийому бупренорфіну (Herve et al., 2004; Saxon et al., 2013). Водночас, за результатами останнього рандомізованого контрольованого дослідження, в якому порівнюється ефективність бупренорфіну/налоксону та метадону в лікуванні залежності від опіоїдів, не знайдено жодних свідчень шкоди для печінки протягом перших шести місяців лікування будь-яким з цих препаратів (Saxon et al., 2013). Єдиним фактором, який спричиняє підвищення рівня ферментів трансамінази, є наявність у пацієнта на початку опіоїдної замісної тепарії гепатиту B або C.

*Викликаний синдром відміни*

За певних обставин бупренорфін може викликати синдром відміни, що настає за 1–4 години після прийому першої дози препарату (Rosado, Walsh, Bigelow, & Strain, 2007). Він має вищий рівень зв'язування з цільовими рецепторами та нижчу внутрішню активність (здатність комплексу препарату та рецептора до максимальної реакції), ніж метадон, морфін або героїн. Відтак, бупренорфін заміщає агоністів на опіоїдних рецепторах і упродовж короткого проміжку часу не може створювати достатнього ефекту агоністів для того, щоб компенсувати дію опіоїду, який він замістив. Саме тому при досягненні пікового ефекту бупренорфіну – тобто приблизно за 1–4 години після прийому препарату – пацієнт відчуває синдром відміни (Clark, Lintzeris, & Muhleisen, 2002; Gourarier et al., 1996; Jacobs & Bickel, 1999; Johnson, Strain, & Amass, 2003). Проблема викликаного синдрому відміни є особливо актуальною для індукції терапії бупренорфіном. Її значною


| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.5 Індукція замісної терапії |

мірою можна уникнути, якщо дотримуватися необхідної процедури індукції препарату (Rosado et al., 2007).

*Доступність*

Бупренорфін (під назвою Subutex®) було включено до Реєстру терапевтичних засобів Австралії у жовтні 2000 року. Другий препарат, який приймається під язик – Suboxone®, що є комбінованим препаратом з бупренорфіну та налоксону, затверджено Управлінням з контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення Австралії (Therapeutic Goods Administration) 27 липня 2005 року. Бупренорфін включений до Списку 8 Єдиного реєстру медичних препаратів та лікарських засобів як препарат, призначений для лікування залежності від опіоїдів у контексті медичної, соціальної та психологічної терапії. Бупренорфін може призначатися для підтримувальної терапії та детоксикації пацієнтів, які мають залежність від опіоїдів.

Нині в Австралії бупренорфін доступний у формі двох препаратів, що приймаються під язик: монопрепарату Subutex®, який містить бупренорфіну із вмістом 0,4, 2 та 8 мг активної речовини, та комбінованого препарату Suboxone®, який містить бупренорфіну та налоксону в пропорції 4:1. Suboxone® наявний у двох дозуваннях: 2 мг бупренорфіну та 0,5 мг налоксону або 8 мг бупренорфіну та 2 мг налоксону. Комбінований препарат-плівка з бупренорфіну та налоксону став доступним в Австралії у 2012 році та з 2013 року є єдиним доступним препаратом, що містить бупренорфін та налоксон (у 2013 р. бупренорфін-налоксон у формі таблеток було виведено з ринку). Перевагою препарату-плівки є те, що за його прийомом легше здійснювати спостереження, ніж за прийомом таблеток (Lintzeris et al., 2013), що дає змогу запобігати нецільовому використанню препарату.

Загальна хімічна назва «бупренорфін» застосовується до обох препаратів. Якщо їх треба розрізнити, для препарату Subutex® використовуються назви «бупренорфін» або «монопрепарат», а для Suboxone® – «бупренорфін-налоксон» або «комбінований препарат».

Властивості бупренорфіну та налоксону є такими, що якщо приймати їх під язик, ефект буде таким самим, як і від монопрепарату бупренорфіну. Водночас якщо комбінований препарат приймається ін'єкційно, налоксон, вірогідно, матиме клінічно значимий ефект, який у короткостроковій перспективі пом'якшує дію бупренорфіну. Також вірогідно, що у такому випадку пацієнти з опіоїдною залежністю, які вживають інші опіоїди, відчуватимуть симптоми викликаного синдрому відміни. Ці властивості комбінованого препарату використовують, щоб обмежити нецільове вживання бупренорфіну, оскільки вірогідність ін'єкції комбінованого препарату є нижчою, ніж монопрепарату, який містить лише бупренорфін (Degenhardt, Larance et al., 2009; Larance et al., 2011).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А7.1 Вагітність та годування груддю |
| 2.6.3 Вагітність та годування груддю |

Згідно з результатами досліджень, монопрепарат та комбінований препарат, що містить бупренорфін, значною мірою можуть бути взаємозамінними (Chiang & Hawks, 2003; A. Elkader & Sproule, 2005; Mendelson & Jones, 2003).

Комбінований препарат не можна призначати вагітним жінкам і жінкам, які годують груддю, а також пацієнтам, які мають підтверджену алергію на налоксон.

Крім того, бупренорфін зареєстрований в Австралії під торговою маркою Temgesic® у формі таблеток, які приймаються під язик, та ампул для внутрішньом'язових та підшкірних

ін’єкцій. Цей препарат призначають для короткострокового (не більше одного тижня) подолання помірного та сильного болю, у тому числі післяопераційного, хронічного болю та болю при термінальних станах. Нарешті, бупренорфін також доступний у формі трансдермальних пластирів для подолання болю. Вони не затверджені для використання в лікуванні залежності від опіоїдів, оскільки їхнє дозування є занадто малим (5, 10 або 20 мкг за годину дії) для ефективної замісної терапії.

*2.1.3 Налтрексон*

Налтрексон вперше було використано для лікування залежності від опіоїдів у США в 1970-х роках. Оскільки попит на цей препарат був незначним, він не був зареєстрований для використання в Австралії. Упродовж 1990-х років рівень розповсюдженості залежності від опіоїдів зріс, відтак підвищилася зацікавленість у налтрексоні. Медичні працівники, які використовували схему спеціального доступу (Special Access Scheme) – схему, яка за певних обставин дозволяє призначати незареєстровані препарати – почали використовувати налтрексон у своїй практиці. У 1998 році опубліковано результати перших клінічних досліджень використання налтрексону в лікуванні залежності від опіоїдів. Відтак, у 1999 році цей препарат було зареєстровано для використання в Австралії.

Налтрексон є антагоністом опіоїдів. Антагоністи опіоїдів зв’язуються з опіоїдними рецепторами без створення опіоїдного ефекту та блокують анальгетичну й ейфоричну дію агоністів опіоїдів, зокрема героїну, на ділянках рецепторів. Налтрексон є дуже особливим антагоністом опіоїдів, оскільки добре зв’язується з опіоїдними рецепторами. Він заміняє агоністи опіоїдів, якщо вони є (метадон, героїн та морфін з уповільненим вивільненням). Водночас налтрексон справляє менший ефект на так звані «супра-агоністи» – тобто опіоїди з дуже високим рівнем зв’язування із опіоїдними рецепторами (це, зокрема, бупренорфін та похідні з фентанілу).

Крім властивостей з блокування опіоїдів, налтрексон має обмежену внутрішню активність. Цей препарат викликає звуження зіниць, але механізм цього досі невідомий. Прийом налтрексону не призводить до розвитку фізіологічної толерантності або залежності. Про його здатність блокувати інші види наркотиків (крім опіоїдів) нічого не відомо, однак він справляє певну дію на суб’єктивні ефекти від вживання алкоголю. Вважається, що налтрексон знижує задоволення (позитивне підсилення) від вживання алкоголю таким саме чином, як і від вживання опіоїдів. Саме тому цей препарат також використовується для профілактики рецидивів при лікуванні залежності від алкоголю (Heinz, Beck, Grusser, Grace, & Wrase, 2008).

Налтрексон засвоюється швидко: піковий рівень препарату в крові досягається приблизно за годину після його перорального прийому (Gonzalez & Brogden, 1988). Налтрексон має відносно короткий період напіввиведення з плазми крові – лише чотири години. Він метаболізується у печінці в 6-бета-налтрексол, який також є антагоністом опіоїдів і період напіввиведення якого складає близько 10 годин. Приблизно 20% активних метаболітів зв’язуються з білками плазми та поширюються в організмі, причому відносно велика їх кількість опиняється у мозку, жировій тканині, селезенці, серці, сім’яниках, нирках і сечі (Gonzalez & Brogden, 1988). Налтрексон та 6-бета-налтрексол проходять ентерогепатичну циркуляцію та виводяться з організму переважно через нирки. Менше 1% налтрексону, який виводиться з організму, залишається без змін (не метаболізованим). Незважаючи на те, що обидва комплекси мають достатньо короткий період напіввиведення, блокуючий ефект налтрексону триває набагато довше. Як свідчать результати досліджень, прийом 50 мг цього препарату перорально забезпечує блокування опіоїдних рецепторів з періодом напіввиведення до 72–108 годин (Lee et al., 1988).

*Доступність*

Налтрексон включений до Списку 4 Єдиного реєстру медичних препаратів та лікарських засобів. У Реєстрі терапевтичних засобів Австралії налтрексон був зареєстрований в січні 1999 року у формі препарату ReVia® у вигляді таблеток (50 мг), вкритих плівкою. Препарат ReVia® використовується в комплексних програмах лікування залежності від алкоголю та як допоміжний терапевтичний засіб для підтримання пацієнтів, які мали залежність від опіоїдів, але припинили їх вживання (пройшли детоксикацію).

Програма субсидування окремих категорій рецептурних лікарських засобів для населення може покривати лише одне призначення налтрексону, яке роблять медичні працівники для профілактики під час лікування залежності від алкоголю. Проте у Програмі зазначається, що протипоказанням для призначення налтрексону є вживання пацієнтом опіоїдів. Результати численних досліджень довели, що в лікуванні залежності від алкоголю ефективність цього препарату, за найбільш оптимістичними оцінками, є доволі скромною (Rosner et al., 2010).

Налтрексон можна отримати за призначенням медичного працівника для профілактики рецидивів при лікуванні залежності від опіоїдів. Його використовують для лікування пацієнтів, які раніше вживали опіоїди, але пройшов детоксикацію, аби допомогти їм і надалі утримуватися від їх вживання.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| A3 Детоксикація |
| 2.2.3 Медичні препарати для подолання абстинентного синдрому |

Налтрексон також використовується для прискорення процесу відміни опіоїдів, проте таке його застосування здійснюється «не за інструкцією» – так, в офіційно затвердженій в Австралії інформації про препарат є протипоказання до використання налтрексону для «пацієнтів з гострим синдромом відміни опіоїдів».

Оскільки основним обмеженням налтрексону є необхідність неухильного дотримання пацієнтом графіка прийому (кожного дня), спостерігається значна зацікавленість у використанні цього препарату у вигляді імплантів, що вживляються в організм людини, та ін'єкцій речовини уповільненого засвоєння. Вони поступово вивільняють налтрексон в організм протягом тижнів або навіть місяців. Медичні працівники Австралії та інших країн світу проводять експерименти з такими імплантами та ін'єкціями.

Налтрексон у вигляді імплантів ще не пройшов реєстрацію в Австралії. Використання ін'єкцій з уповільненим вивільненням препарату для лікування залежності від опіоїдів було дозволено в США у жовтні 2010 року, проте в Австралії така форма ще не затверджена.

У 2011 році Національна рада з питань охорони здоров'я та медичних досліджень[14] дійшла висновку, що достатньо свідчень ефективності імплантів налтрексону для лікування залежності від опіоїдів ще не отримано, тому вони можуть використовуватися лише з метою досліджень. Офіційна позиція щодо використання налтрексону у вигляді препаратів (ін'єкцій та імплантів) з уповільненим вивільненням Австралійської національної ради з питань наркотичних речовин була видана у березні 2012 року, а Королівського коледжу терапевтів Австралазії – у квітні 2013 року. Ці документи містять такі основні висновки:

- для широкого використання дозволяються лише такі фармакологічні засоби, які були зареєстровані як безпечні та дієві;

[14] www.nhmrc.gov.au/your-health/naltrexone-implants, перевірено 8 лютого 2013 р.

- фармакологічні засоби, які не були затверджені Управлінням з контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення Австралії, мають пройти формальний процес реєстрації шляхом проведення клінічних досліджень у встановленому порядку;
- використання схеми спеціального доступу (Special Access Scheme) Управління з контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення Австралії для призначення препаратів налтрексону з уповільненим вивільненням, яке нині практикується, є спробою обійти формальну процедуру підтвердження якості, безпечності та ефективності фармакологічних засобів і, відтак, є неналежною практикою;
- зважаючи на те, що дані та свідчення про ефективність і безпечність препаратів налтрексону з уповільненим вивільненням в Австралії є дуже обмеженими, дозвіл на їх використання через схему спеціального доступу є проблематичним з етичної точки зору, оскільки це піддає пацієнтів ризику зазнати шкоди, гострота якої є невідомою, заради вигоди, розмір якої також є невідомим.

Враховуючи, що ефект препаратів налтрексону з уповільненим вивільненням не підтверджено, особливо актуальним питанням є отримання повної інформованої згоди пацієнтів перед початком такого лікування: медичні працівники мають повідомляти пацієнтів про те, що такий вид лікування є експериментальним і його безпечніть та ефективність не підтверджені.

## 2.2 Детоксикація

*2.2.1 Характер перебігу відміни опіоїдів*

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Додаток 2: Оцінка тяжкості абстинентного синдрому від опіоїдів |
| Додаток 5: Синдром відміни найбільш розповсюджених наркотиків |

Синдром відміни (СВ) настає тоді, коли речовина, від якої пацієнт має залежність, виводиться з його організму і всі фізіологічні зміни, що сталися внаслідок її вживання, починають відбуватися у зворотному порядку. Ознаки та симптоми СВ зазвичай спостерігаються через два–три періоди напіввиведення після останнього епізоду вживання опіоїдів, тобто через 36–48 годин для опіоїдів з тривалим періодом напіввиведення, таких як метадон, і через 6–12 годин – для речовин з коротким періодом, таких як героїн та морфін. На характер перебігу і тривалість синдрому відміни впливають такі фактори, як наркотична речовина, від якої пацієнт мав залежність, та тяжкість цієї залежності. Відміна наркотичних речовин спричиняє клінічно значущий дискомфорт та порушення у соціальній, професійній та інших важливих сферах функціонування людини.

У пацієнтів, які мають залежність від опіоїдів, зазвичай спостерігаються такі добре визначені прояви синдрому відміни:

| **Час, що пройшов з моменту останнього вживання героїну** | **Найбільш поширені симптоми** |
|---|---|
| Від 6 до 12 годин | ● сльозотеча, нежить, чхання, позіхання<br>● потіння |
| Від 12 до 24 годин | ● збудження і дратівливість<br>● пілоерекція («гусяча шкіра»)<br>● пітливість, лихоманка<br>● втрата апетиту |

| | |
|---|---|
| Більш ніж 24 години | ● сильне бажання (потяг) до героїну<br>● спазми шлунка, діарея<br>● поганий апетит, нудота, блювота<br>● біль у спині, суглобах, руках або ногах, головний біль<br>● розлади сну<br>● млявість, втома<br>● занепокоєння, дратівливість, збудження<br>● погана концентрація уваги<br>● лихоманка, підвищена пітливість |
| Від 2 до 4 днів | Симптоми досягають свого піку |
| Від 5 до 7 днів | Прояви більшості фізичних симптомів починають зменшуватися, повертається апетит |
| Другий тиждень | Відчуття «фізичного» дискомфорту пом'якшується, пацієнти можуть мати постійні проблеми зі сном (розлади сну), почувати втому, дратівливість, потяг до наркотиків та поганий настрій |
| Від тижнів до місяців | Поліпшення сну та настрою, підвищення активності, поліпшення загального стану здоров'я та зниження потягу до наркотиків |

Тривалість відміни метадону є більшою (від 5 до 21 дня), ніж героїну або інших опіоїдів короткої дії.

Після першої, або гострої, стадії відміни може настати більш тривалий період, який характеризується загальним погіршенням самопочуття. Пацієнти можуть періодично відчувати сильний потяг до опіоїдів.

Відміна опіоїдів є неприємним явищем, але зазвичай вона не загрожує життю фізично здорових людей (за умови, якщо у них підтримується належний рівень гідратації та електролітів). Водночас вона може стати серйозним ускладненням існуючих медичних або психічних розладів. Для більшості людей важко перенести синдром відміни. Симптоми синдрому відміни метадону, якщо їх не лікувати, можуть вважатися важчими, ніж при відміні героїну, оскільки тривалість першого є більшою. Було визначено такі фактори, що можуть впливати на тяжкість синдрому відміни: тривалість вживання опіоїдів, загальний стан здоров'я та психологічні фактори, наприклад, причини, через які людина намагається припинити вживання наркотиків, і побоювання щодо виникнення і перебігу синдрому відміни.

Зважаючи на те, що бупренорфін має часткові властивості агоніста опіоїдів та повільну дисоціацію від опіоїдних рецепторів, синдром його відміни настає із затримкою і проходить м'якше, ніж у випадку героїну, морфіну або метадону (Horgan, 1989; Jasinski, 1981; Jasinski et al., 1982; Mello & Mendelson, 1980; Mudric, Strain, Stitzer, & Bigelow, 1998; San et al., 1992).

### *2.2.2 Мета детоксикації*

Багато споживачів наркотиків, їхні батьків, а також широка громадськість переконані, що для подолання залежності від наркотичних речовин достатньо просто припинити їх вживання та провести детоксикацію організму. Відтак вони вважають детоксикацію повноцінним лікуванням. Проте досвід багатьох країн свідчить, що незалежно від виду наркотиків у дуже багатьох пацієнтів після детоксикації виникають рецидиви, якщо тільки

вони не проходять лікування, завданням якого є досягнення тверезості (утримання від вживання наркотиків). Крім того, багатьом споживачам із залежністю від наркотиків важко повністю пройти курс детоксикації.

Детоксикація – це терапевтичне втручання, яке спрямоване на подолання фізичних проявів залежності, але не має на меті впливати на соціально-психологічні аспекти. Сама по собі детоксикація є лише першим етапом лікування, але це важлива точка контакту між споживачами, які мають залежність від опіоїдів, та установами/службами, що проводять лікування. Вона є кроком у напрямку від залежності до лікування, орієнтованого на досягнення тверезості.

Споживачі наркотиків починають детоксикацію з різних причин і можуть перебувати на різних етапах змін. Вони можуть звертатися за детоксикацією для того, щоб на певний час припинити вживання наркотиків або зробити таке вживання контрольованим, при цьому не маючи серйозних намірів щодо довгострокових змін. Інші споживачі – особливо ті, хто перед детоксикацією певний час проходив замісну терапію або соціально-психологічні програми лікування, можуть досягти певного прогресу щодо поведінки (L. Gowing et al., 2001).

Зважаючи на таку варіативність причин для початку детоксикації та хронічні рецидиви, характерні для залежності від наркотиків, не дивно, що показник рецидивів після проходження детоксикації є таким високим. Водночас детоксикація також створює обмежені можливості для проведення інтервенцій, які можуть заохочувати споживачів наркотиків переходити до наступного етапу змін та щонайменше надавати їм час для перепочинку від ризиків, пов’язаних з регулярним вживанням наркотиків. Крім того, вона спонукає продовжувати лікування залежності.

Деякі люди вважають, що відчуття дискомфорту під час синдрому відміни допоможе споживачам наркотиків більше не повертатися до регулярного їх вживання. Але жодних свідчень, які б доводили правильність такого підходу, немає. Дійсно, багато хронічних споживачів наркотиків неодноразово відчувають прояви стану відміни, але це не відвертає їх від вживання наркотиків – знаючи, що вживання наступної дози пом’якшує симптоми цього синдрому, вони тільки посилюють свою практику постійного вживання наркотиків.

### *2.2.3 Лікарські засоби, що використовуються для припинення вживання опіоїдів*

Існує чотири основних види інтервенцій для припинення вживання опіоїдів:

- різке припинення та пом’якшення симптомів за допомогою лікарських засобів, що не містять опіоїдів (зазвичай це альфа-2-адренергічні агоністи, наприклад клонідин);
- пом’якшення симптомів за допомогою бупренорфіну;
- зменшення дози метадону;
- індукція припинення вживання опіоїдів за допомогою антагоністів опіоїдів (налтрексону або налоксону), також відома як синдром відміни, викликаний антагоністами опіоїдів, або швидка детоксикація (L. R. Gowing & Ali, 2006).

Підходи із застосуванням клонідину або зменшення доз метадону вже багато років визнаються як стандартні види детоксикації в різних країнах світу. Метод із застосуванням бупренорфіну став розвиватися упродовж останніх 10 років, оскільки доступність цього препарату зросла. Зважаючи на наявність підтверджень, що бупренорфін є ефективнішим за клонідин (L. Gowing, R. Ali, & J. White, 2009a), цей метод став одним із способів припинення вживання опіоїдів в Австралії.

У комбінації з цими основними препаратами для подолання симптомів, які відчуває пацієнт, часто застосовуються додаткові лікарські засоби, такі як бензодіазепіни (для

подолання розладів сну і тривожності), протинудотні та антидіарейні препарати, міорелаксанти і анальгетики, що не містять опіоїдів.

*Адренергічні агоністи*

Альфа-2-адренергічні агоністи, такі як клонідин, допомагають контролювати збудження та занепокоєння. Водночас доза цього препарату, яку можна застосовувати, обмежена через можливі побічні ефекти. У більшості пацієнтів може знижуватися артеріальний тиск, і їх потрібно попереджатипро цей ризик.

Якщо для припинення вживання опіоїдів використовується клонідин, показник такого припинення є таким самим або нижчим, ніж коли для цього застосовується зменшення дози метадону протягом 21 доби або менше [***] (L. Gowing, et al., 2009a). Тяжкість синдрому відміни також є однаковою для обох цих інтервенцій, але перебіг його є різним: при використанні клонідину симптоми з'являються раніше, а при прийомі метадону серйозні симптоми не проявляються до того, як доза препарату не знижується до 10 мг/день або менше (Cushman, 1974; Gossop, Griffiths, Bradley, & Strang, 1989). Випадків, коли пацієнт припиняє участь в інтервенції з припинення вживання опіоїдів з використанням клонідину, більше, оскільки у такій інтервенції раніше виявляються прояви синдрому відміни, одночасно з цим досягають піку побічні ефекти, і пацієнти віддають перевагу препаратам, що містять опіоїди (L. Gowing, et al., 2009a).

Як правило, для припинення вживання опіоїдів клонідин приймається перорально 2–4 рази на день. Загальна добова доза визначається відповідно до характеру симптомів та побічних ефектів (зокрема, артеріального тиску). Для перевірки гіпотензивного ефекту пацієнтам часто дається тестова доза 0,15 мг. Якщо пацієнт має толерантність до неї, для продовження лікування йому дають добову дозу в розмірі 0,1–0,30 мг тричі на добу під контролем артеріального тиску та частоти пульсу. Максимальну дозу зазвичай варто приймати лише протягом кількох днів, коли симптоми синдрому відміни є найсерйознішими – як правило, 2–4 дні після припинення вживання опіоїдів. Після цього доза має зменшуватися, а через 7–10 днів після припинення вживання опіоїдів лікування завершується (L. Gowing et al., 2009a).

*Бупренорфін*

Бупренорфін можна використовувати для припинення вживання героїну, метадону або інших опіоїдів.

Якщо використовувати бупренорфін, інтенсивність синдрому відміни буде значно нижчою, ніж при застосуванні клонідину [****]. Крім того, використання бупренорфіну пов'язане з більш високими показниками дотримання курсу лікування, про що свідчить більша тривалість середнього терміну лікування. Пацієнти, які приймають бупренорфін, продовжують лікування в середньому на 1–2 дні на кожний тиждень планового лікування довше, ніж у випадку клонідину. Показник припинення вживання опіоїдів при лікуванні бупренорфіном також є набагато вищим, ніж при використанні клонідину. Це характерно і для амбулаторного, і для стаціонарного лікування [****]. У порівнянні з клонідином, бупренорфін пов'язаний з меншими побічними ефектами. Крім того, показник передчасного припинення лікування через такі ефекти при використанні бупренорфіну також є нижчим (L. Gowing et al., 2009a).

Бупренорфін має такий само ефект для пом'якшення симптомів синдрому відміни, які і метадон, але його використання дозволяє швидше подолати цей синдром [**]. У порівнянні з метадоном, показник припинення вживання опіоїдів при лікуванні бупренорфіном є вищим (L. Gowing, et al., 2009a). Бупренорфін також має кращі у порівнянні з метадоном показники

полегшення симптомів синдрому відміни опіоїдів, коли це відбувається одночасно з відміною бензодіазепінів (A. R. Lingford-Hughes, Welch, Peters, & Nutt, 2012).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.4.2 Початок терапії налтрексоном |

Бупренорфін є особливо корисним для припинення вживання опіоїдів, причому він ефективний не лише безпосередньо протягом власне періоду відміни, але й для переходу до подальшого лікування. Використання бупренорфіну протягом декількох днів приводить до загального пом'якшення симптомів синдрому відміни та не чинить при цьому значного седативного ефекту, що дозволяє пацієнтам і клінічному персоналу відносно швидко починати працювати з питаннями, які стають актуальними після подолання синдрому відміни. Пацієнти, які не мають бажання проходити тривале медикаментозне лікування, можуть припинити свою участь в інтервенції після короткого курсу детоксикації бупренорфіном, причому ефект відновлення симптомів буде мінімальним. Ті пацієнти, які хочуть збільшити тривалість програми детоксикації або які переглянули своє ставлення до програми опіоїдної замісної терапії, можуть продовжити лікування бупренорфіном протягом більшого терміну. Ще однією перевагою використання бупренорфіну (у порівнянні з метадоном) є те, що після нього швидше і з менш тяжким синдромом відміни можна почати приймати налтрексон.

*Зменшення дози метадону*

Зменшення дози метадону є ефективним для пом'якшення синдрому відміни [*******], але симптоми у різних пацієнтів можуть відрізнятися залежно від того, які лікарські засоби вони приймали та які програми детоксикації проходили до цього (Laura Amato et al., 2013). Припинення вживання опіоїдів шляхом зменшення дози метадону дозволяє досягти пом'якшення проявів синдрому відміни до прийнятного рівня та мінімальними побічними ефектами. Такий спосіб детоксикації має вищі шанси на успіх, якщо припинити вживання опіоїдів потрібно протягом короткого терміну (21 день або менше). Якщо контроль за темпом зменшення дози метадону здійснює медичний працівник, а не пацієнт, ця доза у середньому зменшується швидше. Якщо контроль за рівнем дози при проходженні підтримувальної терапії метадоном здійснює пацієнт, це може бути позитивним фактором для зміцнення довіри й відповідальності пацієнта. Такий варіант може бути менш актуальним для епізоду короткострокового призначення метадону для припинення вживання опіоїдів. Водночас є інші фактори, що впливають на успішність інтервенції, якщо зменшення дози метадону контролює пацієнт: це, зокрема, тривога стосовно симптомів відміни та небажання припинити вживання опіоїдів.

Для припинення вживання опіоїдів пацієнтам зазвичай призначають по 10–20 мг метадону в день (залежно від тяжкості синдрому та ступеня толерантності до опіоїдів). Після цього доза кожного дня зменшується на 1–2 мг, і приблизно через 10 днів детоксикація метадоном припиняється. Така схема дозволяє пом'якшити симптоми відміни, але не повністю усунути їх, і протягом одного тижня після припинення прийому метадону пацієнти можуть відчувати окремі симптоми (WHO, 2009).

***Коментар робочої групи:*** *на момент розробки даної клінічної настанови в Україні найменшим зареєстрованим дозуванням метадону у таблетованій формі є 5 мг, зміна дози при використанні таблетованих форм можлива лише з кроком у 5 мг. Таким чином, доцільним та ефективним з найменшим ризиком при детоксикації на таблетованій формі з початковою дозою 10-20 мг, рекомендується зменшувати дозу на 5 мг один раз у 2-4 дні. Альтернативою є використання зареєстрованих рідких форм метадону, які дають можливість змінювати дозування з кроком у 1 та 2 мг.*

Для припинення вживання опіоїдів можна також використовувати таку схему, як зменшення дози морфіну з уповільненим вивільненням, що приймається перорально. Ця схема діє так само та має однакову ефективність зі схемою, що полягає у зменшенні дози метадону (Madlung-Kratzer, Spitzer, Brosch, Dunkel, & Haring, 2009).

*Використання антагоністів опіоїдів для детоксикації*

Відміна опіоїдів, викликана антагоністами опіоїдів, практикується як спосіб лікування залежності від опіоїдів з 1990-х років (Bearn, Gossop, & Strang, 1999; Gossop & Strang, 1997; Simon, 1997). У літературі про програми швидкої детоксикації спостерігаються значні варіації щодо підходів, які використовуються, досягнутих результатів, тяжкості симптомів, пов'язаних з детоксикацією, та середньострокових результатів. Загалом було розроблено два основні підходи до швидкої детоксикації:

- швидка детоксикація під анестезією;
- швидка детоксикація з мінімальним використанням седативних препаратів (коли пацієнт зберігає свідомість).

Якщо пацієнт, який має фізіологічну залежність від опіоїдів, приймає антагоністи опіоїдів (наприклад, налоксон або налтрексон), це одразу викликає синдром відміни, часто значної тяжкості.

Гостра фаза викликаного синдрому відміни пов'язана з двома основними групами симптомів:

- симптоми з боку шлунково-кишкового тракту: блювота і діарея, часто зі спазмоподібним болем в животі, що тривають протягом багатьох годин:
  - якщо пацієнти не отримують підтримувальної терапії, в результаті сильної блювоти у них може розвиватися дегідратація та порушення електролітного балансу;
- психологічні симптоми, у т.ч. збудження, дисфорія і делірій:
  - делірій може тривати до 12 годин;
  - серйозні фізіологічні розлади, у т.ч. значне підвищення циркуляції катехоламінів.

Перевагою є те, що окремі симптоми синдрому відміни, викликаного антагоністами опіоїдів, можуть тривати менше, ніж при спонтанному синдромі відміни. Водночас, хоча гострі прояви синдрому відміни проходять за 4–6 годин, багато пацієнтів мають погане самопочуття ще довго після цього.

В одному із Кокранівських систематичних оглядів (L. Gowing, Ali, & White, 2010) було визначено, що при викликаному антагоністами опіоїдів синдромі відміни з серйозним седативним ефектом (порівняно з легким седативним ефектом) немає додаткових переваг, як-от менш тяжких симптомів синдрому відміни або збільшення кількості пацієнтів, які починають проходити підтримувальну терапію налтрексоном. Зважаючи на те, що побічні ефекти потенційно можуть бути загрозливими для життя, підтверджень цінності викликаного антагоністами опіоїдів синдрому відміни з серйозним седативним ефектом або під анестезією немає [****]. Враховуючи високу вартість анестезії (і у фінансовому вираженні, і в контексті необхідності використання обмежених ресурсів інтенсивного догляду), такий вид терапії не є пріоритетним.

В іншому Кокранівському систематичному огляді (L. Gowing, R. Ali, & J. M. White, 2009b) автори дійшли висновку, що використання антагоністів опіоїдів у поєднанні з альфа-2-адренергічними агоністами (наприклад, клонідином) при мінімальній седації є дієвим способом припинення вживання опіоїдів та може добре підходити для пацієнтів, які чітко налаштувалися на досягнення тверезості, мають добру підтримку та збираються почати підтримувальну терапію антагоністами опіоїдів. Такий спосіб, вірогідно, пов'язаний з більш

високим показником початку підтримувальної терапії налтрексоном, але даних для визначення обсягу та тривалості переваг для інших видів лікування синдрому відміни недостатньо [**]. Після того як пацієнт прийняв антагоністи опіоїдів бажано забезпечити підтримку та моніторинг його стану, оскільки є вірогідність блювоти, діареї та делірію (L. Gowing, et al., 2009b).

*2.2.4 Умови, за яких можуть проводитися програми детоксикації*

Інтервенції з припинення вживання наркотичних речовин можуть проводитися у різноманітних клінічних та громадських закладах (умовах) залежно від індивідуальних потреб та обставин пацієнта, ризиків для здоров'я та тяжкості симптомів. Не всі заклади (умови) обов'язково підходять для усіх категорій пацієнтів, тому в кожному випадку потрібно шукати баланс між індивідуальними потребами і пріоритетами пацієнтів, доступністю та економічною ефективністю тих чи інших видів лікування. Такі інтервенції можуть проходити в домашніх умовах, в амбулаторних або стаціонарних програмах. Лікування у стаціонарі є дорожчим, але й вірогідність його завершення вища.

Амбулаторне лікування зазвичай передбачає необхідність кожного дня відвідувати медичний заклад для оцінки стану та отримання дози препарату. Такий вид лікування є прийнятним, коли вдома у пацієнта є підтримка і коли вірогідність виникнення медичних ускладнень при відміні опіоїдів є незначною. Лікування в домашніх умовах зазвичай передбачає, що до пацієнта додому приходить медсестра або інший медичний працівник. Але вартість робочого часу працівника та витрати на проїзд роблять такий вид лікування економічно менш ефективним.

Умови, в яких проходить лікування, є важливим фактором, що впливає на результати детоксикації, але поки що було проведено небагато прямих порівнянь ефективності різних умов проведення інтервенцій з припинення вживання опіоїдів. В одному з Кокранівських оглядів (Day, Ison, & Strang, 2008) визначено, що лише одне дослідження (від 1975 р.) відповідає критеріям для включення до огляду. Якщо розглядати результати різних досліджень, можна дійти висновку, що показники проходження детоксикації в амбулаторних умовах є систематично вищими, ніж у стаціонарі. Водночас залишається незрозумілим, упродовж якого часу зберігається ця відмінність у показниках підтримання тверезості. Високий показник рецидивів у перші тижні після завершення детоксикації свідчить про те, що для досягнення максимальної користі стаціонарних програм детоксикації необхідно, щоб пацієнт продовжував лікування (L. Gowing et al., 2001). Клінічний досвід показує, що для успішного проходження амбулаторних програм пацієнт повинен мати сильну мотивацію, середовище має бути сприятливим, а також має надаватися необхідна підтримка. Для пацієнтів, які мають серйозну залежність від опіоїдів і обмежену підтримку сім'ї (або не мають її взагалі), більш пріоритетними будуть стаціонарні програми.

На результати епізоду детоксикації можуть впливати такі фактори, як стабільна ситуація вдома, підтримка сім'ї та часті контакти з клінічним персоналом. Як свідчить дослідження, проведене в Ізраїлі (Lerner, Gelkopf, Oyffe, & Sigal, 1995), в якому для програм детоксикації в домашніх умовах використовувався клонідин, 96% учасникам вдалося припинити вживання опіоїдів. Лише 8% учасників кинули подальше лікування протягом 12 місяців після завершення детоксикації, що також є хорошим показником. Учасники цього дослідження мали стабільну ситуацію вдома, отримували значну підтримку від своїх сімей та щодня контактували з клінічним персоналом. В іншому дослідженні, учасники якого отримували лофексідин (аналог клонідину), показник проходження пацієнтами програми детоксикації в домашніх умовах склав 39% (A. S. Brown & Fleming, 1998). Лише 19 із 28

учасників цього дослідження мали підтримку вдома, причому 11 осіб, які надавали таку підтримку, також були споживачами наркотиків. Крім того, пацієнти рідше контактували з медичним персоналом (3-4 рази на тиждень).

У програмах припинення вживання метадону показник завершення є вищим, ніж у випадку героїну. Водночас є свідчення, що відміна метадону є більш тривалим та тяжким процесом. Вірогідно, що стабілізація медичного та соціального стану при проходженні підтримувальної терапії метадоном забезпечує кращу підготовку для припинення вживання опіоїдів та, відповідно, підвищує вірогідність утримання в лікуванні (L. Gowing et al., 2001).

Для початку амбулаторної програми лікування необхідно провести планування та мобілізацію підтримки і послуг. Для підвищення шансів на «успіх» пацієнти мають підготуватися самі та підготувати своє середовище заздалегідь. Наприклад, дуже важко припинити вживання наркотиків, якщо пацієнт знаходиться у компанії осіб, які продовжують вживати героїн. «Безпечним» є таке місце, де у пацієнта не буде легкого доступу до наркотиків і де він не буде постійно контактувати з іншими споживачами. Важливо, щоб про пацієнта піклувалися та надавали йому підтримку під час проходження лікування. Люди, які будуть надавати таку підтримку і піклування, також потребують порад та інформації про цей процес і про те, як вони можуть допомогти.

*2.2.5 Допоміжна терапія при детоксикації*

Багато пацієнтів намагаються впродовж періоду лікування вирішити низку своїх особистих і емоційних проблем та поліпшити відносини з іншими людьми. Спроби розв'язати такі проблеми скоріше за все будуть емоційно виснажливими та викликатимуть у пацієнтів тривогу, що лише посилюватиме потяг до наркотиків та поставить всю програму припинення вживання наркотиків під ризик. Крім того, пацієнти, які проходять цю програму, відчувають дратівливість, збудження, втому та виснаження, у них часто змінюється настрій, вони можуть мати розлади сну та складнощі з концентрацією уваги. Очевидно, що це не найкращий стан для того, щоб пробувати розв'язати складні життєві проблеми. Необхідно переконувати пацієнтів рухатися поступово та не намагатися робити два чи більше кроків одночасно. Вони ще матимуть можливість розв'язати свої проблеми пізніше, після того, як припинять вживати наркотики. Водночас під час лікування пацієнти можуть мати потребу кризових інтервенцій, наприклад, для вирішення проблем з житлом, продуктами харчування або розв'язання інших термінових соціальних проблем.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.5 Допоміжна терапія |

В одному із Кокранівських оглядів (L. Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011a) було визначено, що проведення будь-яких соціально-психологічних інтервенцій одночасно з програмою детоксикації може бути ефективним, оскільки це зменшує вірогідність передчасного припинення лікування, скорочує вживання опіоїдів протягом лікування та після нього, а також зменшує кількість пропусків різних терапевтичних заходів. Водночас у дослідженнях, що були включені до цього огляду, соціально-психологічні інтервенції проводилися одночасно з терапією метадоном або бупренорфіном упродовж відносно тривалих періодів (від 16 днів до 26 тижнів). Якщо йдеться про короткострокові програми детоксикації (10 днів або менше), підтримка є важливою, але спроможність таких соціально- психологічних інтервенцій ефективно впливати на результати лікування є спірною.

*2.2.6 Вибір варіантів лікування*

Вибір варіанту лікування залежить від комбінації таких факторів:

- оцінка стану пацієнта;
- оцінка доступних варіантів лікування та вірогідних результатів;

- домовленість з пацієнтом щодо варіанту лікування, який підходить у конкретному випадку.

Аналізуючи можливі варіанти лікування, важливо пам’ятати, що багато людей, які звертаються за лікуванням, мають хибні уявлення та/або неточну інформацію щодо цього. Загалом програми, орієнтовані на припинення вживання наркотиків, підходять для тих, хто планує продовжити лікування для підтримання тверезості (наприклад, лікування налтрексоном, реабілітація у стаціонарі, консультації або програми «12 кроків»), або для тих, хто не зацікавлений у тривалому лікуванні, а просто хоче припинити проблемне вживання наркотиків (тобто таке, яке характеризується залежністю).

При виборі варіанту лікування також варто зважати на такий фактор, як залежність від декількох наркотичних речовин, оскільки пацієнт буде одночасно відчувати синдром відміни декількох речовин. Відтак необхідно зважати на ризики, пов’язані з цим фактором. У таких обставинах можна прийняти рішення про те, щоб припинення вживання різних речовин відбувалося поступово, а не одночасно. Доцільним буде звернутися за порадою до профільного фахівця.

Важливими факторами, які також впливають на вірогідність успішного лікування, є проблеми та обмеження, пов’язані із вживанням наркотиків, ключові життєві події («поворотні точки») та наявність соціальної підтримки. Те, який саме вид детоксикації використовується при цьому, має менше значення (Day, 2012).

Водночас опіоїдна замісна терапія (метадоном або бупренорфіном) може бути кращим варіантом для тих, хто має серйозну залежність від героїну, не може пройти курс реабілітації у стаціонарі або терапію налтрексоном, але все одно хоче припинити або скоротити вживання героїну та зменшити шкоду, пов’язану з цим.

При ухваленні клінічних рішень необхідно покладатися на підтверджені дані. Такі дані, зокрема інформацію про переваги, можливі результати та обмеження різних варіантів лікування, потрібно надавати і пацієнтам. У контексті такого підходу існують широко розповсюджені свідчення, що опіоїдна замісна терапія є «золотим стандартом» для більшості людей, які мають хронічну залежність від героїну, оскільки для неї характерний високий рівень дотримання курсу лікування та зменшення шкоди, пов’язаної із вживанням наркотиків.

Незалежно від того, в яких умовах проходить інтервенція та який варіант лікування застосовується, рецидиви є поширеним явищем. Тому важливо забезпечити подальше лікування та підтримку пацієнтів. Добрим результатом для тих, хто не може одразу досягти тверезості (утримання від вживання наркотиків), є переведення їх на програми замісної терапії. Цьому має сприяти інтегрована система надання медичної допомоги.

### 2.3 Фармакотерапія агоністами опіоїдів (опіоїдна замісна терапія)

Найбільш розповсюдженим та найбільш дослідженим препаратом для опіоїдної замісної терапії є метадон. Бупренорфін почав використовуватися пізніше, але нині він теж широко застосовується як альтернатива метадону. Дослідження ефективності та безпечності перорального морфіну з уповільненим вивільненням поки що тривають: він може мати окремі переваги у порівнянні з метадоном і бупренорфіном, проте його ефективність ще не встановлена. Лево-альфа-ацетил-метадол (LAAM) використовувався як альтернатива метадону з більш тривалою дією, однак через занепокоєння щодо можливих побічних ефектів для серцевого ритму цей препарат було виведено з ринку.

Замісна терапія загалом призначається для пацієнтів, які мають залежність та яким важко припинити вживати наркотики.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Замісна терапія (див. 1.2.4) |

Якщо пацієнти не мають синдрому залежності, слід розглянути інші варіанти лікування.

*2.3.1 Цілі замісної терапії*

Цінність замісної терапії полягає у тому, що вона дає наркозалежним пацієнтам можливість стабілізувати стан свого здоров'я, підвищити соціальне функціонування та знизити ризиковану поведінку перед тим, як переходити до подолання фізичних аспектів залежності.

Відповідно до цього цілями фармакотерапії є:

- скорочення або припинення вживання заборонених опіоїдів та інших наркотичних речовин;
- поліпшення стану здоров'я та самопочуття;
- зменшення розповсюдження інфекцій, що передаються через кров та шляхом ін'єкцій;
- зниження ризику смерті, пов'язаної із вживанням опіоїдів;
- зниження рівня злочинності, пов'язаної із вживанням наркотиків.

Як і в усіх інших видах лікування, конкретні цілі кожного епізоду замісної терапії мають встановлюватися відповідно до сильних та слабких сторін кожного окремого пацієнта. Для деяких пацієнтів із серйозною залежністю та порушеннями функціонування можна встановити доволі скромні цілі: наприклад, спробувати скоротити вживання ін'єкційних наркотиків або принаймні забезпечити доступ до чистих голок та шприців. Для пацієнтів, які зберегли певні навички та мають підтримку, більш актуальними цілями може бути досягнення тверезості та повернення до продуктивної зайнятості.

*2.3.2 Ефективність замісної терапії*

Існують систематичні свідчення контрольованих досліджень, лонгітюдних досліджень та оцінки інтервенцій, що замісна терапія метадоном пов'язана із скороченням вживання опіоїдів та кримінальної діяльності (Oliver et al., 2010), смертності через передозування та ризику передачі ВІЛ серед людей, які мають залежність від опіоїдів (Bukten et al., 2012; Cousins et al., 2011; Degenhardt, Randall et al., 2009; L. Gowing, Farrell, Bornemann, Sullivan, & Ali, 2011; MacArthur et al., 2012; Teesson, Havard, Ross, & Darke, 2006).

В одному із Кокранівських систематичних оглядів визначено, що підтримувальна терапія метадоном (у порівнянні з відсутністю замісної терапії) є значно ефективнішою в таких аспектах:

- дотримання пацієнтами курсу лікування [***];
- скорочення вживання героїну [****] (Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009).

Рандомізовані контрольовані дослідження не дуже добре підходять для вимірювання результатів такої терапії у контексті скорочення злочинності, захворюваності та смертності, оскільки ці результати не піддаються кількісній оцінці.

Підтримувальна терапія метадоном не може не призвести до повної відмови від вживання нелегальних опіоїдів, але дозволяє суттєво скоротити вживання наркотиків. У дослідженні результатів лікування в Австралії (Australian Treatment Outcomes Study) було сформовано чотири когорти споживачів героїну. Три з них складалися із пацієнтів, які починали лікування (опіоїдну замісну терапію, детоксикацію або реабілітацію у стаціонарі), а одна – із людей, які станом на початок дослідження не проходили жодного лікування. За результатами оцінки, проведеної через один рік після початку дослідження, 57% осіб не вживали героїн. У чотирьох когортах цей показник є таким: серед тих, хто проходив опіоїдну замісну терапію, – 65%, детоксикацію – 52%, реабілітацію у стаціонарі – 63%, і тих, хто не проходив жодного лікування, – 25% (Teesson et al., 2006). Згідно з результатами оцінки, через

три роки після початку дослідження 10% пацієнтів, які на початку дослідження проходили опіоїдну замісну терапію, та 15% тих, хто проходив реабілітацію у стаціонарі, досягли трирічного періоду утримання від вживання героїну. Серед тих, хто проходив програму детоксикації, цей показник складав лише 4% (Darke et al., 2007). Слід звернути увагу на те, що порівняння результатів за різними видами лікування не є достовірним, оскільки учасники дослідження проходили різну кількість епізодів лікування та використовували різні інтервенції протягом усього курсу лікування. Відповідно до іншої оцінки, заснованої на результатах досліджень та досвіді США, якщо перед початком опіоїдної замісної терапії пацієнти вживають декілька доз героїну в день, після одного року такої терапії рівень вживання заборонених опіоїдів знижується до того, що героїн (з різною частотою) вживає лише 20% пацієнтів (Kreek, 2000).

Згідно з висновками перспективного дослідження результатів лікування у Великій Британії (Treatment Outcomes Prospective Study), показник дотримання пацієнтами курсу лікування через три місяці після його початку був найвищим для пацієнтів підтримувальної терапії метадоном (65%). Трохи нижчим він був серед пацієнтів терапевтичних спільнот (44%) та амбулаторних програм без використання опіоїдів (40%). І підтримувальна терапія метадоном, і терапевтичні спільноти пов’язані зі скороченням вживання наркотиків та злочинної поведінки (W. Hall, Ward, & Mattick, 1998). Так само серед 1503 споживачів героїну, які відвідували державні медичні заклади в Італії, показник дотримання курсу лікування через один рік після його початку становив 40% для пацієнтів підтримувальної терапії метадоном, 18% – для терапії налтрексоном та 15% – для терапії без використання опіоїдів. Серед учасників дослідження, які отримували 60 мг або більше метадону в день, частка тих, хто дотримувався режиму лікування, була на 70% вище, ніж серед пацієнтів, яким видавали 30 мг або менше. Серед тих, хто отримував від 40 до 59 мг метадону в день, цей показник був вище на 50% (у порівнянні з пацієнтами, яким видавали 30 мг або менше) (D’Ippoliti, Davoli, Perucci, Pasqualini, & Bargagli, 1998). Відповідно до висновків дослідження результатів лікування в Австралії, через один рік після початку дослідження 79% пацієнтів, які на початку дослідження проходили підтримувальну терапію, продовжували проходити лікування у тій чи іншій формі. Серед тих, хто на початку дослідження проходив детоксикацію, цей показник становив 49%, серед пацієнтів програм реабілітації у стаціонарі – теж 49% (Teesson, Ross et al., 2006).

Протягом індукції підтримувальної терапії метадоном спостерігається підвищений ризик смертності пацієнтів (Cornish, Macleod, Strang, Vickerman, & Hickman, 2010; Cousins et al., 2011; Degenhardt, Randall, et al., 2009) – приблизно до семи разів вище, ніж до початку терапії. Водночас після досягнення стабілізації (орієнтовно за два тижні) ризик смерті від передозування значно скорочується та є набагато нижчим, ніж до початку лікування (Cornish et al., 2010; Degenhardt, Randall et al., 2009; R. Humeniuk, et al., 2000). Ризик смертності знову зростає одразу після закінчення терапії або тоді, коли пацієнт її припиняє (Cousins et al., 2011).

Якщо доза метадону підвищується, показник дотримання пацієнтами курсу лікування зростає, вживання героїну скорочується. Поліпшення дотримання курсу лікування також пов’язане із можливістю пацієнтів отримувати дозу препарату на руки (для самостійного прийому) та рідше відвідувати пункт видачі препарату/медичний заклад, проте при прийнятті такого рішення варто враховувати ризик нецільового використання метадону – зокрема, його потрапляння на «чорний ринок». Найбільш ефективними є ті програми підтримувальної терапії метадоном, в яких пацієнтам видається 60 мг або більше препарату в день (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, & Lemma, 2003) та які орієнтовані на підтримання пацієнтів, а не досягнення тверезості (L. Gowing et al., 2001).

У порівнянні з відсутністю опіоїдної замісної терапії, підтримуюча терапія бупренорфіном має такі показники:

- вона більш ефективна для дотримання пацієнтами із залежністю від опіоїдів курсу лікування [****];
- ефективними для припинення вживання героїну є лише середні (8–15 мг) та великі (більше 15 мг) дози [****] (Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008).

У порівнянні з підтримувальною терапією метадоном:

- бупренорфін у гнучких дозах є менш ефективним для дотримання пацієнтами із залежністю від опіоїдів курсу лікування, ніж метадон у середніх та великих дозах [***] (Burns et al., 2009; Mattick et al., 2008), проте ці дані засновані на дослідженнях, в яких використовувалися відносно повільні темпи індукції бупренорфіну;
- бупренорфін у гнучких дозах є таким само ефективним для скорочення вживання героїну, як і метадон, про що свідчать результати аналізу сечі та повідомлення самих пацієнтів [****] (Mattick et al., 2008).

Незважаючи на те, що підтримувальна терапія метадоном пов'язана з поліпшенням стану здоров'я, а вірогідність побічних ефектів є незначною, вона не підходить для всіх людей, які мають залежність від опіоїдів. За оцінками, приблизно кожний четвертий пацієнт не отримує від такої терапії бажаних результатів (Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 2000). Причини цього можуть бути пов'язані як із самим пацієнтом, так і з конкретною програмою терапії (Gerstein et al., 1994).

У дослідженнях було визначено певні відмінності між пацієнтами, пов'язані з результатами підтримувальної терапії метадоном. Як правило, коротші строки дотримання курсу лікування спостерігаються серед пацієнтів молодого віку; тих, хто активніше був залучений до злочинної діяльності перед початком лікування; тих, хто має більш серйозну залежність від наркотичних речовин, та тих, хто вживає алкоголь у великій кількості. І навпаки, довше дотримуються курсу лікування пацієнти, які мали роботу до початку лікування; ті, хто живе з дружиною/чоловіком або сім'єю, та ті, хто має мотивацію та реалістичні очікування від лікування (Ward, Mattick, & Hall, 1998). У деяких дослідженнях також було встановлено, що пацієнти, які раніше робили спроби пройти підтримувальну терапію метадоном, досягають кращих результатів (Rhoades, Creson, Elk, Schmitz, & Grabowski, 1998).

Існують серйозні науково обґрунтовані дані, що люди, які мають залежність від опіоїдів, але яким не допомагає замісна терапія метадоном, можуть досягти кращих результатів лікування, якщо їм на додачу до цього призначати героїн [***] (Egli et al., 2009; Ferri et al., 2011). Але такий варіант лікування в Австралії недоступний.

Існують також переконливі свідчення, що більш тривале лікування пов'язане з підвищенням вірогідності утримання від вживання опіоїдів протягом більшого терміну (порівняно з короткостроковим лікуванням) (Gossop, 2011). Як правило, результати у контексті стабілізації пацієнта та відповідного скорочення вживання ним наркотиків і поліпшення його соціально-писхологічного стану стають значущими після того, як він проходить програму опіоїдної замісної терапії упродовж трьох місяців, а більшості переваг вдається досягти через рік після початку лікування (якщо лікування продовжується, ці переваги стають сталими).

### *2.3.3 Вибір між метадоном і бупренорфіном*

Як свідчать дані, ефективними для лікування залежності від опіоїдів є і метадон, і бупренорфін (WHO, 2009). Метадон має більшу опіоїдну дію та пов'язаний із кращим

дотриманням курсу лікування, але для багатьох пацієнтів хорошим варіантом є бупренорфін, і вони можуть віддавати йому перевагу. При виборі препарату має враховуватися думка пацієнта, а також загальні його очікування від лікування та організаційні можливості програм терапії.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.2 Ефективність замісної терапії |

Про те, як пацієнт реагуватиме на препарат, може свідчити попередній досвід проходження ним терапії. Спостерігаються суттєві індивідуальні відмінності щодо засвоєння, метаболізму та виведення препарату з організму. Відповідно, це впливає на відмінності у реагуванні на препарат та побічних ефектах. Для пацієнтів, які відчувають серйозні побічні ефекти від одного препарату, корисним може бути альтернативний препарат.

Підтримувальна терапія метадоном може бути ефективнішою для підтримки пацієнта, який намагається припинити вживання опіоїдів. Крім того, за необхідності з бупренорфіну достатньо легко перейти на метадон, а перехід з бупренорфіну на налтрексон може бути легшим, ніж перехід з метадону (Sigmon et al., 2012). Клінічно значимою є взаємодія між метадоном, бупренорфіном та іншими медичними препаратами.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.3.7. Побічні ефекти |
| A4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Клінічно значима взаємодія між метадоном, бупренорфіном та іншими медичними препаратами |

Деякі довгострокові побічні ефекти (наприклад, вплив на статеві гормони, апное уві сні, подовжений інтервал QTc) є характерними для пацієнтів, які приймають метадон. Взаємодія з іншими лікарськими засобами може бути клінічно більш вираженою для терапії метадоном – особливо якщо йдеться про пацієнтів, які приймають препарати для лікування туберкульозу або ВІЛ-інфекції.

Метадон має сильніший седативний ефект, і деякі пацієнти говорять про те, що їхня свідомість є більш «ясною», а спосіб мислення – «ближче до реальності», коли вони приймають бупренорфін (у порівнянні з метадоном) (Fischer et al., 1999). Згідно з дослідженнями когнітивної поведінки, пацієнти, які приймають метадон або бупренорфін, демонструють гірші когнітивні можливості, ніж колишні споживачі наркотиків, які вже їх не приймають, та ті, хто ніколи їх не приймав (контрольні групи) (Darke, McDonald, Kaye, & Torok, 2012). Проте при цьому розлади когнітивної функції більш характерні для пацієнтів, які приймають метадон, на початку програми лікування (Rapeli et al., 2007; Rapeli, Fabritius, Kalska, & Alho, 2011). Знов-таки, значимість цих відмінностей залежить від кожного конкретного пацієнта.

### *2.3.4 Соціально-психологічна підтримка*

Існують свідчення, що на результати лікування позитивно впливає не тільки правильно підібрана доза препарату, а й інші фактори. Зокрема, важливою є якість терапевтичних відносин між провайдерами послуг та пацієнтом. Якщо до пацієнтів ставляться належним чином, поважають їхню гідність, самостійність та приватність, зростає вірогідність того, що результати лікування будуть кращими (Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen, 2010). Крім того, важливе значення мають певні формальні процеси.

Люди, які мають досвід вживання опіоїдів в анамнезі, можуть мати різноманітні соціальні проблеми (фінансові, правові, житлові, відсутність роботи, виховання і утримання своїх дітей тощо) та фізіологічні труднощі (депресія, тривожність та ін.). Багато людей із залежністю від опіоїдів, особливо жінок, були жертвами фізичного, сексуального та емоційного насильства (Kreek, Borg, Ducat, & Ray, 2010; Mills, Lynskey, Teesson, Ross, &

Darke, 2005). Подолання наслідків такого насильства є важливою складовою програми лікування та реабілітації. Стабілізація, яка досягається шляхом тривалої замісної терапії, створює можливості для розв'язання цих проблем.

Для проведення опіоїдної замісної терапії як комплексної програми лікування й підтримки необхідні провайдери послуг, які мають необхідні медичні та консультативні навички. Цього можна досягти шляхом налагодження і підтримання співпраці з різними службами. Доступ та співпраця з медичними, психіатричними, соціальними установами та програмами зменшення шкоди є важливим фактором успішності терапії. Водночас соціально-психологічні інтервенції, у тому числі консультації, не обов'язково мають надаватися за місцем проведення замісної терапії (WHO, 2009).

Результати досліджень програм замісної терапії метадоном свідчать, що консультації мають бути доступні для всіх пацієнтів, і їх необхідно активно заохочувати звертатися за такими консультаціями. Водночас надання консультацій не пов'язане з кращими результатами лікування (навіть навпаки, показник дотримання пацієнтами курсу лікування знижується). Пацієнти сприймають участь в таких консультаціях як необхідну умову для того, щоб продовжувати отримувати замісні препарати.

Проходження підтримувальної терапії метадоном (з консультуванням або без нього) сприяє змінам поведінки (Schwartz et al., 2012; Yancovitz et al., 1991). Але терапія лише метадоном пов'язана з меншим скороченням вживання опіоїдів (у порівнянні з тим, коли така терапія доповнюється соціально-психологічною підтримкою). Водночас між цими варіантами немає особливої різниці у тому, що стосується дотримання пацієнтами курсу лікування (L. Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011b). Так само надання більш інтенсивних консультацій для пацієнтів підтримувальної терапії бупренорфіном не пов'язане зі значним поліпшенням результатів лікування (Mitchell et al., 2013). За даними одного із нещодавно проведених досліджень, структурована підтримка, що надається по телефону, може підвищувати показник дотримання пацієнтами курсу лікування та, відповідно, його результати (Ruetsch, Tkacz, McPherson, & Cacciola, 2012).

Вірогідно, не всім пацієнтам опіоїдної замісної терапії будуть корисні соціально-психологічні інтервенції і що найбільше користі вони можуть дати тим, кому потрібна психологічна підтримка, щоб упорядкувати своє життя. Це є ще одним аргументом на користь ідеї, що лікування кожного пацієнта має плануватися на індивідуальній основі (Bell, 1998). Водночас консультаційні навички провайдерів послуг також мають значення, особливо якщо йдеться не про цільове формальне консультування, а щоденну підтримку й лікування пацієнтів, які проходять терапію метадоном.

Ці навички можуть бути корисними для запобігання і подолання криз. Споживачі наркотиків, які проходять терапію метадоном, часто приходять до медичних закладів або пунктів видачі препарату з проблемами, які не пов'язані з цією терапією. Провайдери мають володіти необхідними навичками, щоб допомагати пацієнтам впоратися з цими проблемами.

Як правило, джерелом таких проблем є суперечки щодо правил участі в програмі, поведінка пацієнтів та дотримання ними курсу лікування. Для їх розв'язання необхідно мати відповідні навички та стриманість. У всіх програмах терапії обов'язково слід забезпечити постійну взаємодію між клінічним персоналом і пацієнтами. Якість цієї взаємодії може стати одним із вирішальних факторів, що впливають на результати лікування.

*2.3.5 Індукція при замісній терапії*

*Метадон*

Свідченнями рівня толерантності пацієнта до опіоїдів можуть бути його досвід вживання цих речовин, у тому числі кількість, частота та спосіб, результати обстежень, аналізів сечі та поведінка щодо вживання наркотиків. Водночас такі фактори не дозволяють передбачити цей рівень із 100%-ною точністю.

Більш точним методом оцінки рівня толератності до опіоїдів є спостереження за проявами та симптомами дії опіоїдів на пацієнта та за симптомами їх відміни. У ситуаціях, коли існують сумніви щодо цього рівня, необхідно провести огляд пацієнта у момент, коли він переживає симптоми синдрому відміни. Результати такого огляду можуть допомогти вирішити сумніви щодо безпечного розміру першої дози препарату.

Якщо перша дозу метадону є занадто високою, це може призвести до отруєння або смерті. Якщо вона є замалою, у пацієнтів, які відчувають синдром відміни, може виникнути бажання самостійно «збільшити дозу» – тобто прийняти на додачу до метадону певну кількість бензодіазепінів або інших опіоїдних речовин. Це також потенційно може призводити до летальних наслідків.

Ризик передозування є особливо високим упродовж перших двох тижнів після початку терапії метадоном (Cornish et al., 2010; Degenhardt, Randall et al., 2009).

Смертність у перші два тижні пов’язана з дозами від 25 до 100 мг у день – найчастіше це 40–60 мг (R. Humeniuk et al., 2000).

Загалом смертність протягом індукції замісної терапії метадоном може бути пов’язана з такими факторами:

- одночасне вживання інших наркотиків (особливо седативних речовин, а саме алкоголю абобензодіазепінів); неправильна оцінка рівня толерантності до опіоїдів;
- призначення дози, яка є вищою за граничний рівень толерантності пацієнта;
- відсутність розуміння того, що метадон має кумулятивну (накопичувальну) дію;
- неналежне спостереження та нагляд за прийомом дози препарату;
- індивідуальні відмінності у метаболізмі метадону.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А4.2.1 Рекомендована схема індукції метадону |

*Бупренорфін*

При призначенні бупренорфіну необхідно намагатися якомога скоріше стабілізувати пацієнта на ефективній дозі цього препарату. Більш швидка індукція (зокрема, якщо на третій день доза бупренорфіну досягає 12–16 мг) може бути пов’язана з вищим показником дотримання пацієнтами курсу лікування (Amass et al., 2011; Doran, Holmes, Ladewig & Ling, 2005). Але при цьому також варто зважати на індивідуальну реакцію пацієнта, початковий розмір дози та безпеку.

Ризик передозування при індукції бупренорфіну є невисоким (Degenhardt, Randall, et al., 2009), але у пацієнтів з більш високим показником нейроадаптації до опіоїдів початкова доза препарату може викликати абстинентний синдром (Clark et al., 2002; Johnson et al., 2003).

Викликаний бупренорфіном синдром відміни зазвичай починається через 1–4 години після прийому першої дози, його тяжкість, як правило, є незначною або середньою, і триває він до 12 годин. Прийом першої дози бупренорфіну на початку дня є

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А4.2.2 Рекомендована схема індукції бупренорфіну |

більш бажаним, оскільки це дає можливість подолати викликаний абстинентний синдром, якщо він має місце.

### *2.3.6 Підтримуючі дози*

*Метадон*

Як правило, пацієнти, які отримували щоденну дозу в розмірі 60 мг або більше, мали кращі результати лікування, ніж ті, хто отримував менше 60 мг (Faggiano et al., 2003). Це стосується таких показників:

- дотримання пацієнтами курсу лікування;
- скорочення вживання заборонених наркотиків;
- ризикована поведінка у зв'язку з ВІЛ/СНІДом;
- злочинна діяльність.

Із збільшенням дози метадону крос-толерантність пацієнта до героїну або інших опіоїдів підвищується. Як наслідок, це блокує ейфоричний ефект від одночасного вживання інших опіоїдів (якщо таке має місце). Щоденної дози метадону в розмірі 60 мг або більше має бути достатньо для забезпечення належного рівня толерантності більшості пацієнтів до дії героїну або інших опіоїдів.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А4.3.1 Оптимізація графіка прийому та дозування препаратів |

*Бупренорфін*

Ефективна доза бупренорфіну, яка призводить до скорочення вживання героїну та поліпшення дотримання курсу лікування, може складати від 8 до 24 мг у день. Добові дози 4 мг або менше скоріше за все не будуть такими ж ефективними для забезпечення прихильності до лікування та скорочення вживання опіоїдів (як свідчать дослідження, прийом таких доз призводить до таких само результатів, якщо не гірших, як і 20 мг метадону). Щоб підтримувальна терапія бупренорфіном була ефективною, багатьом пацієнтам потрібна добова доза 12 мг. Більшість пацієнтів може продовжувати дотримуватися курсу лікування, якщо вони приймають приблизно 16 мг бупренорфіну в день.

У рандомізованих контрольованих дослідженнях, в яких порівнювалася ефективність різних доз бупренорфіну, було встановлено, що добова доза 8 мг є значно ефективнішою, ніж 1 мг, а доза 12 мг є суттєво ефективнішою за 4 мг у контексті скорочення вживання героїну (Ahmadi, 2002; Ahmadi & Ahmadi, 2003; Kosten, Schottenfeld, Ziedonis, & Falcioni, 1993; Schottenfeld, Pakes, Oliveto, Ziedonis, & Kosten, 1997; Seow et al., 1986). У низці досліджень стверджується, що добова доза 16 мг є ефективнішою за 8 мг (W. Ling et al., 1998; Montoya et al., 2004). Це підтверджується й висновком, що більші дози бупренорфіну (до 32 мг/день) мають кращу здатність блокувати ефекти від інших опіоїдів (Comer, Collins, & Fischman, 2001; Greenwald, 2002; Schottenfeld, Pakes, Ziedonis, & Kosten, 1993; Walsh et al., 1995). Поки що проведено недостатньо досліджень щодо ефективності добової дози, більшої за 12 мг (у порівнянні з меншими дозами). Так само мало відомо про характер побічних ефектів при прийомі добової дози більше 32 мг. Збільшення дози бупренорфіну не обов'язково призводить до пропорційного підвищення рівня бупренорфіну в плазмі крові (Harris et al., 2004).

Результати рандомізованих контрольованих досліджень (Amass, Bickel, Crean, Blake, & Higgins, 1998; Amass, Bickel, Higgins, & Badger, 1994; Amass, Kamien, & Mikulich, 2000, 2001; Fudala, Jaffe, Dax, & Johnson, 1990; Johnson et al., 1995; Kuhlman, Levine, Johnson, Fudala & Cone, 1998; Perez de los Cobos et al., 2000; Petry, Bickel, & Badger, 1999; Schottenfeld et al., 2000)

свідчать, що прийом препарату щодня, через день або три дні на тиждень є однаково ефективним, якщо розмір дози розрахований правильно; але автори декількох досліджень дійшли висновків, що щоденний прийом препарату має незначну перевагу в тому, що він призводить до менших симптомів синдрому відміни у період між прийомами бупренорфіну та сприяє скороченню вживання героїну (Amass et al., 2000, 2001; Fudala et al., 1990; Johnson et al., 1995; Kuhlman et al., 1998; Perez de los Cobos et al., 2000; Petry, Bickel, & Badger, 2000; Schottenfeld et al., 2000).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Видача препарату на руки та прийом без нагляду (див. А4.3.1) |
| А.10.4 Критерії для видачі препарату на руки та прийому без нагляду |

*Видача препарату на руки та його прийом без нагляду*

Загалом лікування залежності від опіоїдів за допомогою метадону чи бупренорфіну передбачає, що пацієнт щодня приходить до аптеки, медичного закладу чи іншого пункту, де йому видається препарат, та приймає його під наглядом. При цьому рішення про видачу дози препарату пацієнту на руки має прийматися з урахуванням його індивідуальних обставин.

Видача препарату на руки може поліпшувати участь пацієнта у лікуванні та сприяти його самостійності у поводженні з препаратами і лікуванні взагалі (відповідно до принципів лікування хронічних захворювань). Водночас існує потенційна шкода, пов’язана з прийомом препарату без нагляду або отриманням пацієнтом дози метадону чи бупренорфіну на руки. Це може бути шкода і для пацієнта, і для інших осіб, і для всієї програми опіоїдної замісної терапії. Тому під час прийняття рішення про видачу препарату на руки варто зважати на необхідність запобігання та пом’якшення ризиків такої шкоди.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Глосарій термінів та абревіатур |

У більшості досліджень опіоїдної замісної терапії, присвячених питанням видачі препарату на руки, йдеться про те, що свідчень ефективності видачі препарату на руки та його прийому без нагляду дуже небагато. Водночас можна зібрати інформацію про потенційну шкоду, яка може бути пов’язана з нецільовим використанням виданої на руки дози (див. таблицю нижче).

| **Дія** | **Питання, пов’язані з безпекою** | **М** | **Б** | **Б-Н** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пацієнт приймає дозу препарату, видану на руки, знаходячись під дією інших наркотиків | Ще сильніша інтоксикація, седація, передозування | +++ | ++ | ++ |
| Пацієнт приймає дозу після того, як пропустив кілька доз поспіль | Інтоксикація або передозування (якщо толерантність знижена) після поновлення прийому препарату | ++ | + | + |
| | Викликаний синдром відміни, якщо прийом бупренорфіну/бупренорфіну-налоксону поновлюється після нещодавнього вживання агоніста опіоїдів (наприклад, героїну) | – | ++ | ++ |
| Погане дотримання курсу лікування (прийом більшої або меншої дози, ніж було призначено) | Інтоксикація та передозування<br>Підвищена толерантність | ++ | + | + |
| | Зниження ефективності лікування (наприклад, передчасне закінчення дози препарату, рецидив вживання наркотиків, дестабілізація інших станів) | ++ | ++ | ++ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Прийом препарату способами, які не були призначені (ін'єкційно, інтраназально) | Інтоксикація, передозування (більш висока пікова концентрація препарату в плазмі крові) | +++ | ++ | + |
| | Пошкодження вен, інфекції, зараження вірусами, що передаються через кров | ++ | +++ | ++ |
| Умисний або випадковий прийом опіоїдного препарату особою, якій він не був призначений | Ризик інтоксикації та передозування. Особливо це стосується дітей та інших людей з низькою толерантністю до опіоїдів | +++ | ++ | ++ |
| | Шкода, пов'язана з опіоїдами, у т.ч. з побічними ефектами, способами прийому, економічні, правові та соціально-психологічні наслідки | ++ | ++ | ++ |
| Регулярний прийом опіоїдного препарату особою, якій він не був призначений | Розвиток залежності | ++ | ++ | ++ |
| Незаконна діяльність, пов'язана з продажею, нецільовим використанням або володінням препаратами, що не були виписані пацієнту | Правові наслідки | ++ | ++ | ++ |
| Погана репутація програми опіоїдної терапії, пов'язана з нецільовим використанням препарату, що мав прийматися пацієнтом без нагляду | Стигма стосовно пацієнта та програм терапії | ++ | ++ | ++ |
| | Зниження привабливості лікування для цільових категорій населення, провайдерів послуг та суспільства | ++ | ++ | ++ |

М – метадон
Б – бупренорфін
Б-Н – бупренорфін-налоксон

**ПОСИЛАННЯ**

А.10.4 Критерії для видачі препарату на руки та прийому без нагляду

Зменшення дози метадону, яка видається пацієнту на руки, може допомогти знизити ризики, пов'язані з ін'єкційним вживання метадону у формі сиропу, та випадковим прийомом людьми, яким він не був призначений (Humeniuk et al., 2003).

*2.3.7 Побічні ефекти*

Побічними ефектами при прийомі медичних препаратів є усі небажані або незаплановані ефекти лікування. Побічні ефекти фармакологічного лікування можна передбачити на основі наявної інформації про дію препаратів, але вони також можуть бути непередбачуваними (наприклад, алергічні або ідіосинкратичні реакції на препарати). В окремих випадках може бути важко встановити, який препарат став причиною алергічної реакції. Необхідно уважно ставитися до повідомлень про алергію, оскільки алергічні реакції можуть мати серйозні наслідки.

Відомі побічні ефекти від прийому метадону та бупренорфіну є якісно подібними до побічних ефектів від вживання інших опіоїдних речовин (див. таблицю нижче). Більшість людей, які раніше вживали героїн або інші опіоїди, як відомо з практики, не відчуватимуть побічних ефектів.

| Побічні ефекти | Найбільш поширені причини | Як діяти |
|---|---|---|
| Відчуття сонливості після прийому препарату | Занадто велика доза | Зменшення підтримуючої дози та перегляд інших препаратів, які пацієнт може приймати |
| | Одночасне вживання інших наркотиків чи депресантів ЦНС (заборонених або легальних) | Перегляд прийому седативних та інших препаратів, що впливають на когнітивні функції |
| Максимальні симптоми синдрому відміни перед прийомом наступної дози | Занадто мала доза | Збільшення підтримуючої дози |
| | Зміни у вживанні заборонених чи легальних наркотиків (якщо пацієнт їх вживає) | Перегляд інших препаратів, які пацієнт може приймати |
| СВО, викликаний прийомом бупренорфіну | Проявляється на початку лікування (або після пропуску доз), коли доза бупренорфіну приймається достатньо швидко після вживання опіоїдів (героїну, метадону, морфіну тощо) | Перехідний (непостійний) ефект. Спробуйте запобігти йому шляхом проведення просвітницької роботи з пацієнтом. Не давайте йому дозу бупренорфіну, поки він не почне відчувати синдром відміни. Заохочуйте пацієнта не приймати героїн «додатково» |
| Головний біль | Зазвичай спостерігається протягом першого тижня терапії бупренорфіном | Цей побічний ефект є перехідним та зазвичай не тяжким. Можна призначити пацієнту аспірин або парацетамол |
| | Інші причини головного болю | Залежно від причини |
| Нудота | Зазвичай спостерігається на початку лікування, особливо якщо доза бупренорфіну є високою | Цей побічний ефект є перехідним (триває декілька днів). Не допускайте різкого збільшення дози. Якщо ефект зберігається, можна спробувати зменшити дозу |
| Закрепи | Можуть наставати внаслідок вживання всіх опіоїдів. Можуть загострюватися, якщо пацієнт не вживає достатньо харчових волокон чи рідини та не займається фізичними вправами | Заохочуйте пацієнта вживати в їжу більше продуктів, що містять харчові волокна (фрукти, крупи, овочі), рідини та регулярно займатися фізичними вправами. За необхідності призначайте стимулюючі проносні засоби |
| Набір ваги, особливо у жінок | Затримка рідини в організмі через вживання опіоїдів – особливо у великих дозах | Зниження дози препарату |
| | Споживання більшої кількості їжі під час лікування, споживання великої кількості солі | Скорочення вживання жирної їжі та солі, фізичні вправи |
| Поганий сон | Доза є занадто малою та призводить до відчуття синдрому відміни в нічні години | Перегляд розміру підтримуючої дози та інших медичних препаратів |
| | Прийом дози дуже пізно ввечері, що спричиняє збудження під час пікового ефекту | Дотримання рекомендацій щодо гігієни сну |

| | | |
|---|---|---|
| | Вживання інших речовин (особливо стимуляторів, а саме кави, нікотину, амфетамінів) ввечері | |
| | Загальна тривожність або нерегулярний сон | Дотримання рекомендацій щодо гігієни сну |
| | Депресія | |
| | Апное уві сні центрального типу | Проведення оцінки та прийняття рішення направити пацієнта до профільного фахівця (у разі необхідності) |
| Аменорея або олігоменорея | Може наставати внаслідок вживання всіх опіоїдів | Менструація може повернутися після припинення вживання героїну або після відміни опіоїдів |
| | Може бути пов'язана зі способом життя, наявністю стресових факторів, поганим харчуванням та загальним станом здоров'я | Залежно від причини |
| Знижений статевий потяг | Частіше спостерігається при вживанні великих доз опіоїдів за рахунок їх ефекту на секрецію статевих гормонів | Перегляд дози |
| | Може бути наслідком багатьох інших психологічних факторів (наприклад, тривожності, поганих відносин з партнером тощо) | Спробуйте визначити наявність гіпогонадизму, викликаного вживанням опіоїдів |
| Проблеми із зубами | Всі опіоїди зменшують слиновиділення | Заохочуйте пацієнта підтримувати гігієну ротової порожними, використовувати флос та жувальну гумку без цукру, а також регулярно проходити огляд у стоматолога, зменшувати споживання солодкої їжі та напоїв |
| | Погане харчування, погана гігієна ротової порожнини | |

*Таблиця: Найбільш поширені побічні ефекти при проходженні опіоїдної замісної терапії*[15]

Після стабілізації дози у пацієнта розвивається толерантність до того рівня, на якому можуть розвиватися порушення когнітивних навичок та уваги.

За даними досліджень, найчастіше пацієнти програм підтримувальної терапії метадоном скаржаться на безсоння, пітливість, біль у суглобах та кістках, закрепи та потяг до наркотиків. Ці ефекти у тій чи іншій формі відчувають 40–50% пацієнтів, а в тяжкій формі – близько 20%. Приблизно кожний третій пацієнт може відчувати симптоми СВО, оскільки добова доза метадону не діє всі 24 години (Dyer & White, 1997). Результати трирічного перспективного дослідження осіб, які починали лікування метадоном в США, показали, що єдиним постійним побічним ефектом пацієнти називали пітливість (Kreek, 2000). У цьому дослідженні також було встановлено, що серед пацієнтів програм підтримувальної терапії метадоном (у порівнянні зі споживачами наркотиків аналогічного віку та тривалості

[15] Адаптовано з Dunlop et al., (1996). Getting through methadone withdrawal. Turning Point Alcohol & Drug Centre: Fitzroy, Melbourne.

залежності, які не проходили жодного лікування) більш розповсюдженими були діабет II типу, ожиріння та грижа стравохідного отвору діафрагми. І навпаки, серед споживачів героїну більш поширеними були шкірні виразки, шкірні інфекції, бактеріальний ендокардит, опіки і вогнепальні поранення. У осіб, які мали залежність від героїну, спостерігалися серйозні порушення різних компонентів імунної функції. У пацієнтів замісної терапії настають стабільні та тривалі поліпшення й у кінцевому підсумку їх нормалізація (Kreek, 2000).

Упродовж періоду проходження замісної терапії метадоном дискомфорт можуть викликати симптоми закрепу, сексуальної дисфункції та (іноді) підвищеної пітливості (Kreek et al., 2010). У людей рідко формується толерантність до таких побічних ефектів вживання опіоїдів, як закрепи, і пацієнти замісної терапії можуть відчувати хронічний закреп. Слід заохочувати їх вживати більше фруктів, овочів та безалкогольних напоїв кожного дня та за необхідності призначати стимулюючі проносні засоби. Апное центрального типу уві сні може бути побічним ефектом прийому метадону та загострюватися від вживання седативних препаратів пізно ввечері (Teichtahl et al., 2001; Zutler & Holty, 2011).

За даними великих багатоцентрових досліджень підтримувальної терапії бупренорфіном, найбільш частими побічними ефектами є симптоми СВО (про це повідомляють більше 30% пацієнтів). Особливо це характерно для пацієнтів, які отримують малі дози бупренорфіну (наприклад, 1 мг у день). Іншими поширеними побічними ефектами, про які повідомляють виробники, є головний біль, закрепи, безсоння, астенія, сонливість, нудота, запаморочення і пітливість. Такі ефекти спостерігаються у менш ніж 10% пацієнтів, здебільшого в тих, у кого добова доза бупренорфіну перевищує 8 мг.

У випадках серйозної летаргії (нарколепсії) необхідно вживати заходів для визначення її причини. Можливо, потрібно буде зменшити дозу препарату, особливо якщо йдеться про метадон.

У випадку надмірної пітливості пацієнта спробуйте зменшити дозу, але це може не спрацювати. Пітливість також може бути одним із основних симптомів абстинентного синдрому. Відповідно, для з'ясування справжньої причини необхідно уважно вивчати анамнез пацієнта та проводити спостереження за його станом перед призначенням дози замісного препарату.

Для пацієнтів програм підтримувальної терапії з нирковою дисфункцією оптимальним варіантом є призначення бупренорфіну (A. R. Lingford-Hughes et al., 2012).

*Передозування*

Основним ризиком, що пов'язаний із замісною терапією, є передозування, особливо якщо йдеться про метадон. Індукція при замісній терапії метадоном має більше ризиків, ніж у випадку бупренорфіну [**]. За результатами аналізу 42 676 пацієнтів, які починали опіоїдну фармакотерапію у Новому Південному Уельсі у період з 1985 по 2006 рік, було виявлено лише одну смерть протягом індукції бупренорфіну. Це означає, що смертність у цьому випадку приблизно складає 2,5 на 1000 людино-років. Для порівняння: протягом цього ж періоду смертність від метадону на етапі індукції становила 26,3 на 1000 людино-років (Degenhardt, Randall et al., 2009).

*Метадон*

Ризик передозування метадоном є особливо високим на етапі індукції підтримувальної терапії метадоном і тоді, коли пацієнт одночасно з метадоном вживає інші седативні препарати. Відносно повільний початок дії та тривалий період

**ПОСИЛАННЯ**

2.3.5 Індукція замісної терапії

напіввиведення означають, що передозування метадоном може бути прихованим і що токсичні ефекти можуть бути загрозливими для життя через багато годин після прийому препарату. Оскільки на етапі індукції рівень метадону в плазмі крові зростає поступово, з прийомом кожної наступної дози, більшість смертей у цей період стаються на третій чи четвертий день лікування.

**Ознаки та симптоми передозування метадоном**

| | |
|---|---|
| Звуження зіниць ока | Нудота |
| Запаморочення | Відчуття отруєння |
| Седація/дрімота | Нестійка хода, невиразна мова |
| Хропіння | Гіпотензія |
| Уповільнений пульс (брадикардія) | Поверхневе дихання (гіповентиляція) |
| Піна з рота (набряк легенів) | Кома |

*Примітка: Симптоми можуть тривати 24 години і довше. Смерть зазвичай настає від пригнічення дихання*.

Серед пацієнтів, які досягли стабілізації, смертність найчастіше пов'язана із вживанням інших наркотиків, зокрема алкоголю, бензодіазепінів та антидепресантів. Пацієнтів необхідно попереджувати про ризики, пов'язані із вживанням інших наркотиків одночасно з метадоном.

Як правило, смертність на етапі індукції метадону стається вдома під час сну, через багато годин після пікової концентрації препарату в крові. Найчастіше передозування відбувається на третій або четвертий день індукції метадону.

Зважаючи на те, що багато смертей стаються під час сну, метадон варто приймати зранку, відтак пікова концентрація препарату в крові настає тоді, коли пацієнт не спить й інші люди можуть помітити ознаки передозування (якщо воно має місце).

Швидко вивести пацієнта із коми, спричиненої опіоїдами, дозволяє налоксон. Водночас одна доза налоксону припиняє дію за годину, через що у пацієнта залишається ризик рецидиву коми, оскільки дія метадону є набагато тривалішою (Kreek et al., 2010). Важливо проводити моніторинг за клінічним станом пацієнта. Для визначення потреби у більш тривалому прийомі налоксону можна шляхом переведення пацієнта до лікарні.

За пацієнтами, щодо яких є підозра у передозуванні метадоном, необхідно спостерігати упродовж більш тривалого часу.

Членів сім'ї варто попереджувати про те, що глибоке хропіння під час індукції метадону може бути ознакою небезпечного пригнічення дихання – якщо вони помічають таке хропіння, їм слід повідомляти про це медичного працівника, який призначив лікування. Важке хропіння упродовж підтримувальної терапії може бути пов'язане з апное уві сні, про нього також потрібно повідомляти медичних працівників.

*Бупренорфін*

Ризик смертельного передозування бупренорфіном у пацієнта з толерантністю до опіоїдів є набагато нижчим, ніж для інших опіоїдних препаратів, а саме метадону (Gaulier, Charvier, Monceaux, Marquet, & Lachatre, 2004; Walsh et al., 1995). Це пов'язано з тим, що реакція на бупренорфін має межу.

Хоча передозування бупренорфіном є відносно рідкісним явищем, ризик підвищується, якщо пацієнт одночасно з бупренорфіном вживає інші седативні препарати, як-

от алкоголь, бензодіазепіни, барбітурати, трициклічні антидепресанти та сильні транквілізатори. У науковій літературі повідомляється про смертність, пов'язану з одночасним вживання бупренорфіну та інших седативних речовин (Faroqui et al., 1983; Forrest, 1983; Papworth, 1983; Sekar & Mimpriss, 1987).

Передозування від високої дози бупренорфіну може статися і з людьми, «наївними» щодо опіоїдів. Низька біодоступність цього препарату при пероральному прийомі (бупренорфін випускається у таблетках для сублінгвального розсмоктування) знижує ризик серйозних ефектів у випадках, коли цей препарат випадково вживають діти.

Бупренорфін добре зв'язується з мю-опіоїдними рецепторами і не дуже легко заміщується антагоністом опіоїдів налоксоном. Якщо пацієнт має передозування бупренорфіном, для часткового пом'якшення ефектів потрібна дуже велика доза налоксону. В літературі повідомляється про випадки, коли для цього потрібно було від 10 до 35 мг налоксону (Eissenberg et al., 1996; Gal, 1989; Knape, 1986; Quigley, Bredemeyer, & Seow, 1984; T. S. Rosen & Johnson, 1982; Thorn, Rawal, & Wennhager, 1988). В інших випадках (героїн, морфін) для подолання пригнічення дихання достатньо було 2 мг налоксону або навіть менше (Boyd, Randell, Luurila, & Kuisma, 2003).

Враховуючи, що реакцію на налоксон дуже важко передбачити, при передозуванні бупренорфіном пацієнт може потребувати тривалої дихальної підтримки апаратом штучної вентиляції легенів. У випадку пригнічення дихальної чи серцевої функції необхідно вжити таких заходів:

1. Відновити прохідність дихальних шляхів.
2. Надати допомогу або забезпечити контроль за потраплянням кисню до легень пацієнта, вводити внутрішньовенні рідини, вазопресори та вживати інших заходів підтримки, які можуть бути необхідними.
3. Під час визначення методу лікування для подолання ефектів передозування варто брати до уваги, що тривалість дії бупренорфіну є великою (24–36 годин).

*Сексуальна дисфункція*

За наявною інформацією, сексуальна дисфункція у чоловіків пов'язана із зниженням рівня сироваткового рівня тестостерону. У жінок вона пов'язана із втручанням у нормальний цикл секреції фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) та лютеїнізуючого гормону (ЛГ) – можливо, внаслідок підвищення секреції пролактину (R.T. Brown & Zueldorff, 2007; Kreek et al., 2010). Клінічна значимість сексуальної дисфункції полягає у тому, що вона потенційно може призводити до погіршення прихильності та заважати досягати очікуваних переваг опіоїдної замісної терапії. У такому випадку може допомогти перехід на бупренорфін, оскільки в одному із досліджень встановлено, що цей препарат менше впливає на рівень тестостерону в чоловіків та пов'язаний з меншою вірогідністю розвитку сексуальної дисфункції, ніж метадон (R. T. Brown & Zueldorff, 2007).

Якщо у пацієнта спостерігається зниження лібідо, крім проведення гормональних аналізів необхідно проаналізувати питання його психічного та емоційного стану. Також слід переглянути призначення інших препаратів, крім опіоїдів. Більш вірогідно, що еректильна дисфункція має органічну, або ятрогенну, етіологію. Іншими причинами можуть бути психічний та емоційний стан, прийом інших препаратів та паління (R.T. Brown & Zueldorff, 2007).

Приблизно 50% жінок під час проходження підтримувальної терапії метадоном можуть відчувати нерегулярність менструального циклу. За наявною інформацією, цей ефект пов'язаний з розміром дози та з часом проходить (R. T. Brown & Zueldorff, 2007).

Терапевтичними варіантами при сексуальній дисфункції є підвищення аномально низького рівня тестостерону, переведення пацієнта на бупренорфін або зменшення дози метадону (але при цьому варто зважати на ризик повернення до неконтрольованого вживання опіоїдів).

*Подовження інтервалу QTc на ЕКГ*

Як правило, інтервал QTc може відрізнятися залежно від частоти серцевих скорочень, віку та статі пацієнта. На цей інтервал також можуть впливати такі фактори, як електролітний баланс, прийом медичних препаратів та ішемія. Є свідчення, що подовжений інтервал QTc пов'язаний з підвищеним ризиком супутніх серцево-судинних захворювань, у тому числі раптової серцевої смерті, причому цей ризик зростає з віком (Moss, 2006; Straus et al., 2006). Також він може бути пов'язаний з різними іншими факторами ризику (Martin et al., 2011).

Подовження інтервалу QTc спостерігається у 10–15% пацієнтів програм підтримувальної терапії метадоном, але у разі прийомі бупренорфіну цього ефекту немає (Anchersen, Clausen, Gossop, Hansteen, & Waal, 2009; Roy et al., 2012; Stallvik et al., 2013). Хоча найбільше подовження інтервалу QTc було виявлено (Martell, Arnsten, Ray, & Gourevitch, 2003) у чоловіків, які отримували більші дози метадону (від 110 до 150 мг), немає чітких свідчень наявності зв'язку між розміром дози та інтервалом QTc.

Крім прийому метадону, на подовження інтервалу QTc серед людей, що мають залежність від опіоїдів, впливає також низка інших факторів, у тому числі:

- вроджений синдром подовженого інтервалу QTc (наявність цього синдрому в членів сім'ї, у т.ч. раптова смерть з незрозумілих причин в анамнезі);
- порушення серцевої діяльності (інфекційний ендокардит, клапанні ураження, кардіоміопатія, ішемія);
- прийом інших речовин, у тому числі медичних препаратів (атипових нейролептиків, трициклічних антидепресантів, антиретровірусних препаратів, див. посилання на розділ про взаємодію з іншими лікарськими засобами та Додаток 3), вживання речовин, які пацієнту були заборонені (алкоголь, кофеїн, амфетаміни, кокаїн та інші стимулятори, тютюн);
- електролітні або метаболічні порушення (у т.ч. системні інфекції, гіпокаліємія, які можуть наставати у зв'язку з нудотою та діареєю, спричиненою синдромом відміни алкоголю або опіоїдів).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А.4.4.4 Рекомендовані дії при подовженні інтервалу QTc під час лікування |

*Взаємодія з іншими лікарськими засобами*

Метадон та бупренорфін здійснюють додатковий седативний ефект, коли одночасно з ними пацієнт приймає інші седативні препарати, у тому числі інші опіоїди, бензодіазепіни, алкоголь, трициклічні антидепресанти, антигістамінні препарати з седативною дією та сильні транквілізатори.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А.4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Передозування (див. 2.3.7) |

Враховуючи, що метадон має сильніший ефект на пригнічення дихання, взаємодія між метадоном та седативними препаратами також є більш значною. В той же час одночасне вживання бупренорфіну з бензодіазепінами, алкоголем або іншими седативними речовинами також може призводити до фатальних наслідків.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами може бути викликана дією препаратів на ферменти печінки та призводити до прискорення або уповільнення метаболізму метадону чи

бупренорфіну або іншого препарату, який пацієнт приймає у поєднанні з метадоном чи бупренорфіном.

Найбільш значима взаємодія досягається з препаратами, які пригнічують активність системи цитохрому (зокрема, цитохрому p450-3A), що призводить до уповільнення метаболізму метадону або бупренорфіну та, відповідно, підвищення рівня концентрації цього препарату в крові

(Eap et al., 2002). Особливо слід звертати увагу на таку взаємодію при прийомі метадону, оскільки вона потенційно може призводити до передозування.

| |
|---|
| Подовження інтервалу QTc (див. вище) |

І навпаки, препарати, які прискорюють метаболізм метадону та бупренорфіну, можуть викликати зниження рівня концентрації в крові та синдром відміни.

Препарати, які мають потенціал викликати подовження інтервалу QTc, протипоказані для призначення у поєднанні з метадоном або бупренорфіном.

| **ПОСИЛАННЯ** |
|---|
| Додаток 3: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

Більш докладну інформацію про взаємодію рецептурних препаратів з метадоном чи бупренорфіном можна знайти за посиланням: www.opioiddruginteractions.com/. Перелік препаратів, про які відомо, що вони мають або можуть мати клінічно значиму взаємодію з метадоном та бупренорфіном, наводиться у Додатку 3.

### *2.3.8 Завершення замісної терапії*

*Коли припиняти лікування?*

Як свідчать результати досліджень, програми лікування із чітко визначеними строками та вимогами щодо досягнення тверезості є менш ефективними, ніж ті, що мають гнучкіші умови (Bell, Chan, & Kuk, 1995; Sees et al., 2000). Важливо забезпечити призначення правильної дози метадону чи бупренорфіну, оскільки неправильна доза збільшує ризик того, що пацієнт припинить лікування та повернеться до неконтрольованого вживання наркотиків (Faggiano et al., 2003), з усіма шкідливими наслідками, які з цього витікають.

Опіоїдна замісна терапія є підтримувальною інтервенцією. Це не лікування, обмежене в часі. У літературі немає жодних свідчень того, що опіоїдна замісна терапія може бути ефективною, якщо вона обмежена в часі та спрямована виключно на те, щоб «вилікувати» пацієнта (Kreek, 2000). Навпаки, результати досліджень свідчать, що чим довше пацієнт проходить опіоїдну замісну терапію, тим вірогідніше, що у довгостроковій перспективі він матиме кращий стан здоров'я після припинення замісної терапії (Ball, Lange, Myers, & Friedman, 1988; Gossop, 2011; Hubbard, Craddock, & Anderson, 2003; Kakko, Svanborg, Kreek, & Heilig, 2003). Важливо зазначити, що серед пацієнтів, які припиняють лікування, особливо протягом першого року, спостерігається дуже високий показник рецидивів вживання героїну або інших опіоїдів (Magura & Rosenblum, 2001).

Згідно з висновками численних обсерваційних досліджень, запорукою позитивних результатів лікування є поєднання таких факторів, як тривалість лікування та зміна поведінки (припинення вживання героїну, підтримання стабільних відносин, зайнятість) (WHO, 2009).

В одному із крос-секторальних досліджень за участі 145 учасників (61% з них приймали метадон, 39% – бупренорфін) було встановлено, що 71% пацієнтів у минулому робили спроби кинути лікування і тільки 23% утримувалися від вживання наркотиків

протягом як мінімум трьох місяців (Winstock, Lintzeris & Lea, 2011). Зосередження уваги на тому, щоб пацієнти продовжували дотримуватися курсу лікування, розходиться із сильним бажанням багатьох з них припинити лікування, яке посилюється поширеними суспільними уявленнями про те, що прийом метадону посилює залежність (Winstock et al., 2011). Питання припинення лікування є важливим для багатьох пацієнтів, і медичні працівники мають регулярно обговорювати його з ними протягом курсу терапії. Побоювання щодо появи залежності від метадону та неспроможність медичних служб подолати проблеми, пов'язані з синдромом відміни, можуть спричиняти те, що пацієнти будуть віддавати перевагу короткостроковим епізодам лікування та утримуватимуться від прийому великих доз метадону. Це, у свою чергу, може зашкодити досягненню цілей опіоїдної замісної терапії (Winstock et al., 2011).

*Процес припинення лікування*

Більшість випадків припинення лікування стається за запитом пацієнта. Це може бути пов'язано з різноманітними причинами, у тому числі способом життя, фінансовими та часовими ресурсами, необхідними для участі у програмі опіоїдної замісної терапії, уявленнями та ставленням щодо цієї терапії тощо.

Водночас прийняття остаточного рішення щодо припинення опіоїдної замісної терапії є відповідальністю медичного працівника, який призначає лікування, і він має приймати його у консультації з пацієнтом. Рішення про зменшення дози також має прийматися на основі консультацій з пацієнтом. Загалом чим повільніше зменшується доза, тим менш тяжкими є симптоми абстинентного синдрому. Темп зменшення дози, який викликає фізичний чи психологічний дискомфорт для пацієнта, зазвичай є контрпродуктивним.

Вірогідність дострокового припинення замісної терапії можна знизити, якщо забезпечити інформування пацієнтів щодо обізнаності про те, як діє підтримуюче лікування.

Зменшення дози замісного препарату під час проходження опіоїдної замісної терапії, спрямоване на досягнення періоду тверезості (утримання від вживання опіоїдів), має бути добре спланованим та проводитися у період, коли стан пацієнта стабільний і він має сталу мотивацію. Протягом цього періоду корисною для пацієнта може бути соціально-психологічна підтримка, у тому числі психологічне консультування.

Перед початком зменшення дози препарату клінічний працівник має оцінити стан пацієнта та визначити його мотивацію, соціально-психологічну стабільність, поточну ситуацію із вживанням алкоголю та інших наркотичних речовин, очікування, джерела підтримки, проблеми, занепокоєння та плани після лікування. Необхідно скласти план лікування для припинення вживання опіоїдів, у тому числі графік зменшення дози замісного препарату, а також план підготовки до припинення вживання опіоїдів (у т.ч. вилучити обладнання для вживання наркотиків, повідомити осіб, які регулярно контактують з пацієнтом, нейтралізувати фактори стресу тощо). Крім того, пацієнту необхідно надати інформацію про характер та тяжкість синдрому відміни замісного препарату та про можливість повернення до ПТАО у випадку, якщо йому здається, що продовження синдрому відміни може підвищити ризик рецидиву вживання наркотиків.

Пацієнтам, які припиняють замісну терапію, необхідно забезпечити підтримку, консультації, надання відповідної інформації та просвіту. Існує вірогідність того, що у цей період пацієнту потрібно буде призначити інші препарати, як-от клонідин, нестероїдні протизапальні засоби, протинудотні препарати або антидіарейні засоби для полегшення симптомів.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А4.6 Припинення замісної терапії |

*Метадон*

Під час добровільного припинення вживання метадону рекомендується застосовувати гнучкий підхід до зменшення дози. Рішення про це варто приймати у консультації з пацієнтом. Загалом шанси на успішне припинення підтримувальної терапії метадоном підвищуються, якщо для цього виділено більше часу. В одному з нещодавніх досліджень когорти пацієнтів, які проходили замісну терапію метадоном у провінції Британська Колумбія (Канада), було встановлено, що ті, хто успішно завершив цю терапію, зазвичай мали довший період зменшення дози – 12–52 тижні (у порівнянні з тими, у кого цей період тривав менше 12 тижнів), а також більш поступовий графік зменшення дози: зокрема, протягом цього періоду їхня доза знижувалася лише на 25–50% за декілька тижнів (Nosyk et al., 2012).

*Бупренорфін*

Досліджень стосовно характеру та тяжкості синдрому відміни після припинення підтримувальної терапії бупренорфіном поки що проведено небагато. Крім того, у багатьох ранніх дослідженнях з цього питання висновки були засновані на результатах спостережень авторів за об'єктивними ознаками синдрому відміни, які можуть серйозно відрізнятися від суб'єктивних відчуттів та оцінки пацієнтами тяжкості цього синдрому (Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1985). Симптоми та ознаки синдрому відміни бупренорфіну є якісно подібними до ознак синдрому відміни інших опіоїдів. Як правило, синдром відміни після різкого припинення довгострокової терапії бупренорфіном з'являється через 3–5 днів після прийому останньої дози препарату, і помірні прояви цього синдрому можуть зберігатися до декількох тижнів. Синдром відміни після припинення прийому бупренорфіну може бути не таким тяжким, як у випадку героїну, метадону чи морфіну (Amass, Bickel, Higgins, & Hughes, 1994; Cami, Gilabert, San, & de la Torre, 1992; Horgan, 1989; Jasinski, 1981; Jasinski et al., 1982; Mello & Mendelson, 1980; Mudric et al., 1998; Resnick et al., 1992; San et al., 1992).

Як і у випадку метадону, результати досліджень свідчать, що поступове зменшення дози є ефективнішим для припинення підтримувальної терапії метадоном, ніж більш швидкі схеми зменшення дози (Amass, Bickel, Higgins, & Hughes, 1994; Becker, Strain, Bigelow, Stitzer, & Johnson, 2001). Швидке зменшення дози може краще підходити для пацієнтів, які проходили терапію упродовж короткого терміну, або в обставинах, коли таке швидке зменшення дози є пріоритетним з якихось причин (наприклад, ув'язнення). Схему швидкого зменшення дози можна застосовувати до амбулаторних пацієнтів лише тоді, коли вони мають добру підтримку та можливість переглянути це рішення.

*Догляд та спостереження після лікування*

Після припинення замісної терапії необхідно забезпечити тривалу подальшу допомогу (подальший догляд). Такий догляд може проводитися у вигляді занять з підкріплення (т.зв. «бустерні сесії») для збереження навичок пацієнта, набутих під час лікування, або ж це може бути проста психологічна підтримка та моніторинг прогресу того, як пацієнт реінтегрується в суспільство.

Пацієнт має усвідомлювати важливість продовження контактів з консультантами або медичними працівниками та має відчувати, що такі контакти є не лише допустимими, але й бажаними для нього.

Більша тривалість та інтенсивність вживання опіоїдів до початку лікування пов'язана із підвищенням вірогідності рецидивів вживання опіоїдів після його припинення.

Вірогідність того, що пацієнт залишатиметься тверезим після припинення лікування, вище у тих, хто має соціальну підтримку людей, які не вживають наркотики, має сталу

ситуацію у сім'ї, роботу та хороші психологічні навички і стійкість (Simpson, Joe, Greener, & Rowan-Szal, 2000).

Згідно з висновками, зробленими на підставі рандомізованих контрольованих досліджень, структурований подальший догляд (у порівнянні з підтримкою, яка надається тільки за запитом пацієнта) знижує ризик рецидивів, участь у злочинній діяльності (про яку повідомляє сам пацієнт) та допомагає безробітним знайти роботу.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| 2.5.4 Психосоціальна підтримка |

Підтримку та догляд слід пропонувати пацієнту протягом як мінімум шести місяців після припинення замісної терапії. Корисними можуть бути такі групи взаємодопомоги, як програма «Анонімні наркомани», реабілітаційна програма «SMART Recovery» тощо.

## 2.4 Профілактика рецидивів: підтримувальна терапія налтрексоном

Відповідно до поширених підходів, важливу роль у початку та продовженні вживання наркотиків відіграє психологічний стан та умови особи, а ефект ейфорії від вживання наркотиків стає сильним чинником, що закріплює поведінку/практику вживання наркотиків. Цьому певною мірою протидіють негативні наслідки вживання наркотиків, але подібні чинники (зокрема, проблеми зі здоров'ям, безробіття, фінансові труднощі та проблеми із законом) зазвичай є менш прив'язаними у часі до епізоду вживання наркотиків та менш очевидними (L. Gowing, et al., 2001; T. K. Tucker & Ritter, 2000).

Програми профілактики рецидивів та реабілітації мають на меті змінити поведінку пацієнтів та дати їм можливість відновити контроль за своїм бажанням вживати алкоголь або інші наркотичні речовини. Деякі лікарські засоби допомагають підтримувати інтервенції з профілактики рецидивів. Такі препарати дозволяють контролювати потяг до наркотиків та симптоми абстинентного синдрому, а також блокують або модифікують реакцію організму на вживання наркотиків. У випадку залежності від опіоїдів основним препаратом, що використовується для профілактики рецидивів, є налтрексон. Це антагоніст опіоїдів, які зменшують дію героїну та більшості інших опіоїдів приблизно на 24 години після прийому дози 50 мг (WHO, 2009). Блокуючи ейфоричний ефект, налтрексон допомагає запобігати тязі до наркотиків та спробам отримати нову дозу.

Обґрунтування використання налтрексону для профілактики рецидивів таке: пацієнт знає, що прийом налтрексону блокує ефекти опіоїдів. Споживачі опіоїдів, які пройшли детоксикацію, описують налтрексон як певний вид «страховки» або захисту від раптового бажання вжити опіоїди. Клінічний досвід показує, що пацієнти, які приймають налтрексон, сподіваючись, що він допоможе їм побороти бажання вживати опіоїди або підтримуватиме їхню мотивацію залишатися тверезими, зазвичай залишаються розчарованими. Налтрексон варто розглядати як препарат, який може допомогти мотивованим пацієнтам підтримувати тверезість, а не як засіб, що знижує бажання вжити героїн чи інший опіоїд. Крім того, слід пам'ятати, що «мотивація» залишатися тверезим з часом може змінюватися. Досить часто буває так, що споживачі наркотиків під час особистої кризи відчувають сильне бажання припинити вживання наркотиків і далі підтримувати тверезість, але через відносно короткий проміжок часу такий намір зникає.

### *2.4.1 Ефективність лікування налтрексоном*

В одному із Кокранівських систематичних оглядів не встановлено наявності великої різниці для дотримання курсу лікування або підтримання тверезості між пацієнтами, що проходили лікування налтрексоном з допоміжними соціально-психологічними інтервенціями або без них, та тими, хто отримував плацебо або тільки психосоціальну терапію (Minozzi et

al., 2011) [**]. Водночас результати огляду були обмеженими низьким показником дотримання пацієнтами курсу лікування в обраних дослідженнях та незначною кількістю порівняльних досліджень. Як свідчить досвід Австралії, терапія налтрексоном є прийнятною для обмеженої кількості пацієнтів, а ситуації, коли пацієнти її припиняють, є відносно частими. Відповідно до дослідження, проведеного у Мельбурні (T. Tucker, Ritter, Maher, & Jackson, 2004), лише 30% учасників, направлених на цю терапію, насправді розпочали її, і лише 30% з них продовжували лікування протягом усіх 12 тижнів, поки тривало дослідження.

Згідно з наявними обмеженими даними, серед споживачів, які мають залежність від опіоїдів, припинили їх вживання та проходять терапію налтрексоном, вірогідність вживання героїну або участі у злочинній діяльності нижча, ніж серед тих споживачів, які не проходять такої терапії. Показник дотримання пацієнтами курсу терапії налтрексоном зазвичай є нижчим, ніж підтримувальної терапії агоністами опіоїдів. Тим не менш, серед тих пацієнтів, які припинили вживання опіоїдів та мають мотивацію до підтримання тверезості, інтервенції з профілактики рецидивів з використанням налтрексону мають більшу вірогідність бути успішними, ніж серед пацієнтів, які не отримують налтрексон (WHO, 2009).

Налтрексон може бути ефективнішим, якщо члени сім'ї пацієнта залучені до лікування або безпосереднього спостереження за тим, як він приймає дози препарату. У різних країнах спостерігаються значні відмінності у клінічному досвіді використання налтрексону: в деяких показник дотримання пацієнтами курсу терапії налтрексоном є таким само високим, як у терапії агоністами опіоїдів, у той час як в інших цей показник дуже низький. На відмінності ефективності та прийнятності терапії налтрексоном можуть впливати такі фактори, як соціальна та культурна різниця. Як свідчить клінічний досвід, налтрексон може бути ефективнішим для пацієнтів, які мають сильні зовнішні фактори, що мотивують їх зберігати тверезість, наприклад, працівники, які ризикують втратити роботу (Merlo, Greene, & Pomm, 2011), або пацієнти, щодо яких ведеться судове провадження і які ризикують бути взят ими під варту (WHO, 2009). Пацієнти, які зберегли сімейні зв'язки або мають члена сім'ї чи іншу близьку людину, яка може здійснювати нагляд за тим, як вони приймають препарат, також мають більші шанси на успішне проходження підтримувальної терапії налтрексоном.

Початкові дослідження свідчать, що використання налтрексону-імпланту (у порівнянні зі звичайним подальшим доглядом після завершення стаціонарного лікування) пов'язане із суттєво меншою кількістю днів, коли пацієнт вживав опіоїди: протягом шести місяців після завершення лікування (Kunoe et al., 2009). Усього було проведено оцінку 667 осіб на предмет можливості їх включення до цього дослідження: 480 з них не відповідали критеріям для включення, а 131 відмовився брати участь у ньому. Тому дослідження засноване на спостереженні за 56 пацієнтами, які були розподілені на звичайний подальший догляд або використання налтрексону-імпланту в рандомізованому порядку. Його результати свідчать, що налтрексон-імплант підходить лише для меншості споживачів, які мають залежність від опіоїдів. В іншому дослідженні було встановлено, що серед пацієнтів, які приймали налтрексон з уповільненим вивільненням ін'єкційно (у порівнянні з тими, хто приймав плацебо), показник дотримання курсу лікування є вищим, причому чим більша доза препарату, тим цей показник вищий. Але у контексті підтримання тверезості відмінностей між цими двома групами пацієнтів не помічено (Comer et al., 2006). Водночас в Австралії для терапевтичного використання не зареєстровано ні налтрексон-імплант, ні налтрексон у формі ін'єкцій.

Пацієнтам, які проходять підтримувальну терапію налтрексоном, необхідно надавати доступ до всього комплексу соціально-психологічних інтервенцій та підтримки. Вважається, що із збільшенням інтенсивності підтримувальної терапії та розробкою нових способів

прийому налтрексону ефективність терапії цим препаратом може підвищуватися. Водночас наявна на сьогодні інформація свідчить, що налтрексон має дуже обмежену ефективність для профілактики рецидивів у лікуванні залежності від опіоїдів (Adi et al., 2007; Minozzi et al., 2011).

### *2.4.2 Початок терапії налтрексоном*

*Початок терапії налтрексоном після підтримувальної терапії бупренорфіном*

З огляду на фармакологічні властивості бупренорфіну (Sigmon et al., 2012), перехід з бупренорфіну на налтрексон проходить легше, ніж з повних агоністів опіоїдів (метадону, героїну або морфіну).

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А5.4 Рекомендовані дії на початку підтримувальної терапії налтрексоном |

Якщо пацієнту призначено терапію налтрексоном після завершення підтримувальної терапії бупренорфіном, слід зачекати 5–7 днів після прийому останньої дози і починати давати налтрексон тільки після цього. Це допоможе знизити ризик появи симптомів СВО. Якщо пацієнт прийме налтрексон раніше, це може спричинити появу деяких симптомів абстинентного синдрому, характер та тяжкість яких залежатимуть від розміру дози бупренорфіну, яку пацієнт приймав в останні тижні, та часу початку прийому налтрексону (Eissenberg et al., 1996; Kosten, Morgan, & Kleber, 1991; M. Rosen & Kosten, 1995; Umbricht et al., 1999).

Як правило, симптоми абстинентного синдрому, пов’язані з прийомом першої дози налтрексону, тривають від 90 хвилин – до 4 годин після прийому цієї дози. Піковий ефект настає за 3–8 годин після прийому. Дія препарату зазвичай припиняється за 12–24 години. Пацієнти в основному відчувають помірний синдром відміни, а під час пікового ефекту дії налтрексону ці відчуття можуть бути сильними. Прийом наступних доз препарату створює набагато менший дискомфорт. Медичні працівники мають заздалегідь готувати пацієнтів до того, що відчуття синдрому відміни може бути сильним. Також їм варто пояснювати, як діє препарат та які ризики постають перед пацієнтами, якщо вони вживають героїн або інші опіоїди для подолання проявів абстинентного синдрому.

### *2.4.3 Дозування та тривалість терапії*

Зазвичай підтримуюча доза налтрексону становить 50 мг на день. Водночас якщо пацієнт прийматиме щодня 25 мг препарату, це також буде належним чином блокувати опіоїдні рецептори. Така доза може бути достатньою для пацієнтів, які відчувають побічні ефекти при прийомі 50 мг налтрексону.

Інформації про оптимальну тривалість терапії налтрексоном немає. Водночас відомо, що лікування залежності від наркотичних речовин є тривалим процесом, і навіть після 2–3 років після останнього епізоду вживання героїну пацієнти мають значний ризик рецидиву та повернення до залежності. Для різних пацієнтів оптимальна тривалість терапії налтрексоном є різною, тому, плануючи терміни лікування, варто зважати на такі чинники, як зміна способу життя, ризики, пов’язані з середовищем пацієнта, та інтенсивність потягу до наркотиків.

### *2.4.4 Підтримуючий догляд за пацієнтами, які приймають налтрексон*

Для підвищення ефективності терапії налтрексоном вкрай важливим є інтенсивний подальший догляд за пацієнтом. Медичний працівник, який проводить індукцію налтрексоном, має провести огляд пацієнта (або направити його на огляд до іншого медичного працівника, що має відповідну кваліфікацію) двічі протягом першого тижня після початку

терапії. Подальші клінічні огляди упродовж першого місяця лікування мають проводитися кожного тижня.

Існує багато підходів, як здійснювати підтримуючий догляд, у тому числі:

**ПОСИЛАННЯ**

2.5.4 Психосоціальна підтримка

- медичний моніторинг – проведення регулярних оглядів, протягом яких необхідно проводити моніторинг дотримання пацієнтом курсу лікування, визначати, чи вживає він наркотики, та іноді робити аналіз сечі для підтвердження його слів;
- консультування – регулярні планові сеанси консультацій;
- прийом препарату під наглядом – член сім'ї або знайомий кожного дня здійснює нагляд за тим, як пацієнт приймає налтрексон, іноді необхідно давати пацієнту розтерту таблетку, щоб знизити ризик, що він її виплюне;
- добрим допоміжним фактором для пацієнтів, які намагаються зберегти тверезість, можуть бути групи взаємодопомоги.

Важливо пам'ятати, що хоча члени сім'ї, як правило, намагаються бути залученими до здійснення догляду за пацієнтом, який приймає налтрексон, медичні працівники мають отримувати згоду пацієнта на їхнє залучення та обговорення з ними схеми лікування. Зверніть увагу, ситуація у сім'ї може впливати на вживання пацієнтом наркотиків як позитивно, так і негативно. У той час як більшість сімей намагаються підтримувати своїх родичів, факт вживання членом родини наркотику іноді може призводити до значного напруження та конфліктів. Відтак важливим фактором для зниження ризику рецидивів може стати обережна робота з такими ситуаціями, у тому числі забезпечення того, щоб пацієнт та члени його сім'ї мали реалістичні очікування від терапії.

Багато пацієнтів, які приймають налтрексон, бажають отримувати психологічне консультування у тій чи іншій формі. Тому медичні працівники, які, як їм здається, не мають необхідних навичок або часу для надання таких послуг, повинні направляти пацієнтів, зацікавлених у консультуванні, до профільних фахівців.

### *2.4.5 Допоміжна фармакотерапія*

Нині не існує даних, які б свідчили про ефективність прийому інших препаратів (у т.ч. нейролептиків, бензодіазепінів і протисудомних препаратів) під час терапії налтрексоном (Bisaga et al., 2011).

#### *Антидепресанти*

Багато споживачів опіоїдів відчувають дисфорію, коли приходять до медичних закладів для лікування, після припинення вживання наркотиків та протягом індукції налтрексону.

- Дисфорія зазвичай проходить впродовж декількох тижнів.
- Антидепресанти мають призначатися, якщо у пацієнта діагностовано депресію. Але такий діагноз не може встановлюватися лише на основі наявності ознак дисфорії: для цього пацієнт також повинен мати думки про самогубство, ангедонію, розлади сну та зміну маси тіла.
- Хоча існує інформація, що використання антидепресантів (інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, ІЗЗС) поліпшує результати терапії налтрексоном, немає достатніх свідчень на користь рутинного використання ІЗЗС одночасно з налтрексоном.

*Симптоматичні препарати*

Протягом перших днів терапії налтрексоном може виникнути необхідність використання симптоматичних препаратів для подолання поточних симптомів абстинентного синдрому. Зокрема, рекомендується призначати такі препарати: метоклопрамід (для подолання нудоти та блювоти), гіосцину бутилбромід (у випадках спазмів черевної порожнини), нестероїдні протизапальні засоби (для подолання болю у суглобах), бензодіазепіни (у разі збудження/безсоння) та неопіоїдні протидіарейні засоби (за наявності діареї).

*2.4.6 Небажані ефекти та наслідки*

Хоча серйозні побічні ефекти спостерігаються дуже рідко, загалом у помірній та перехідній формі їх відчувають досить багато пацієнтів, які приймають налтрексон. З часом ці ефекти зникають.

Побічні ефекти, про які повідомляють більше 10% пацієнтів, включають:

- проблеми зі сном;
- втрату енергії;
- тривожність, збудження;
- біль у черевній порожнині;
- блювоту і нудоту;
- біль у суглобах та м’язах;
- головний біль.

Найбільшою проблемою, що пов’язана з терапією налтрексоном, є підвищений ризик смерті від передозування у пацієнтів, які після цієї терапії починають знову вживати опіоїди.

Пацієнти часто припиняють приймати налтрексон, щоб повернутися до вживання наркотиків. При цьому їм важко визначити дозу опіоїдів. Оскільки ефект від налтрексону відбувається лише через певний час після прийому останньої дози (протягом 12 годин), одна й та сама доза опіоїду в одних випадках може бути заблокованою, а в інших – призвести до фатальних наслідків. Це може спричинити підвищення показника випадкового передозування опіоїдами серед пацієнтів, які припиняють лікування налтрексоном (WHO, 2009).

Вважається, що підвищення ризику смерті серед пацієнтів, які повертаються до вживання опіоїдів після терапії налтрексоном, пов’язане зі зниженням толерантності до опіоїдів. Більший ризик смертності від передозування спостерігається серед пацієнтів, які раніше мали залежність від опіоїдів та щойно пройшли детоксикацію, у тому числі серед тих, хто упродовж останнього року припинив терапію метадоном (Zanis & Woody, 1998). У пацієнтів, які припинили прийом налтрексону, доза героїну або іншого опіоїдного наркотику, до якої вони звикли протягом останнього періоду залежності, може виявитися смертельною.

Як свідчить досвід, прийом налтрексону практично не призводить до серйозних побічних ефектів – крім викликаного синдрому відміни, який настає на фоні прийому препарату людьми, які продовжують вживати опіоїди.

Хоча декілька років тому було встановлено, що прийом великих доз налтрексону пацієнтами, які мають патологічне ожиріння, призводить до підвищення рівня трансаміназ, подальший досвід прийому цього препарату пацієнтами, які мають залежність від алкоголю, свідчить, що гепатотоксичні ефекти виникають рідко (Croop, Faulkner, & Labriola, 1997).

*2.4.7 Дотримання режиму терапії*

Налтрексон не викликає залежності, і у більшості пацієнтів побічні ефекти від його прийому є мінімальними. Після різкого припинення його прийому в пацієнтів не спостерігається жодних симптомів. Відповідно, забезпечити дотримання режиму терапії налтрексоном може бути складно.

За наявною інформацією, налтрексон є більш ефективним для пацієнтів, які мають хорошу мотивацію та соціальну підтримку і які приймають цей препарат у контексті проходження комплексної програми професійної реабілітації, поведінкового контракту або іншої програми забезпечення/підтримки пацієнта для дотримання ним курсу лікування.

Для деяких пацієнтів корисним елементом підтримки у контексті дотримання курсу терапії налтрексоном може бути нагляд за прийомом препарату з боку батьків, партнера або знайомого.

На дотримання пацієнтом курсу лікування у разі прийому налтрексону можуть позитивно впливати інтервенції з кризового управління. Також є зацікавленість у прийомі препарату такої хімічної формули, яка має , більш тривалу дію, ніж налтрексон для перорального прийому, у тому числі у вигляді ін'єкцій уповільненого засвоєння та налтрексону-імпланту. На сьогодні існують дуже обмежені свідчення стосовно ефективності таких форм налтрексону для лікування залежності від опіоїдів.

Медичним працівникам необхідно чітко визначати, чи має пацієнт намір приймати налтрексон під наглядом. Це може забезпечити дотримання курсу лікування. Нині є декілька програм, які заохочують пацієнта залучати близьку особу (того, хто здійснює догляд) до нагляду за тим, як пацієнт щодня приймає налтрексон, і це може поліпшувати прихильність до лікування та його результати. Як свідчать дослідження, терапія налтрексоном є ефективнішою, якщо прийом препарату здійснюється під пильним наглядом – наприклад, коли його приймають умовно звільнені ув'язнені (Brahen, Henderson, Capone, & Kordal, 1984) або медичні працівники під наглядом медичних рад (Merlo et al., 2011; Washton, Pottash, & Gold, 1984). Визначення того, чи можна екстраполювати ці висновки на ситуації, коли пацієнт приймає препарат під наглядом членів сім'ї або знайомих, є завданням подальших досліджень.

## 2.5 Психосоціальні інтервенції

Оцінка ефективності допоміжних до фармакотерапії психосоціальних інтервенцій ускладнюється різноманітністю подібних інтервенцій. Чітких доказів підвищення ефективності лікування агоністами опіатів у поєднанні зі структурованою психосоціальною терапією немає (L. Amato et al., 2011b), і лікування метадоном, навіть без регулярного консультування, значно знижує ризиковану поведінку протягом перших кількох місяців (Gruber, Delucchi, Kielstein, & Batki, 2008; S.M. Kelly, Schwartz, O'Grady, Gandhi, & Jaffe, 2012). Проте припинення вживання алкоголю або подолання залежності від інших наркотиків тягне за собою істотні соціальні зміни. Надання психологічних та допоміжних заходів, спрямованих на заохочення поведінкових і емоційних змін, має важливе значення для загального процесу лікування (L.Gowing et al., 2001). Психологічні інтервенції пропонують формальні структуровані підходи консультування з оцінкою, чітко визначеними планами лікування і цілями, а також регулярний їх перегляд. Неформальні підходи можуть включати рекомендації та надання інформації, підтримку на початку лікування і неформальне консультування (UNODC, 2003).

Психологічні інтервенції можуть здійснюватися як основний компонент в лікуванні залежності від алкоголю та інших наркотиків, або у поєднанні із замісною чи іншими видами терапії. Психологічні інтервенції допомагають пацієнтам виявляти і усувати причини

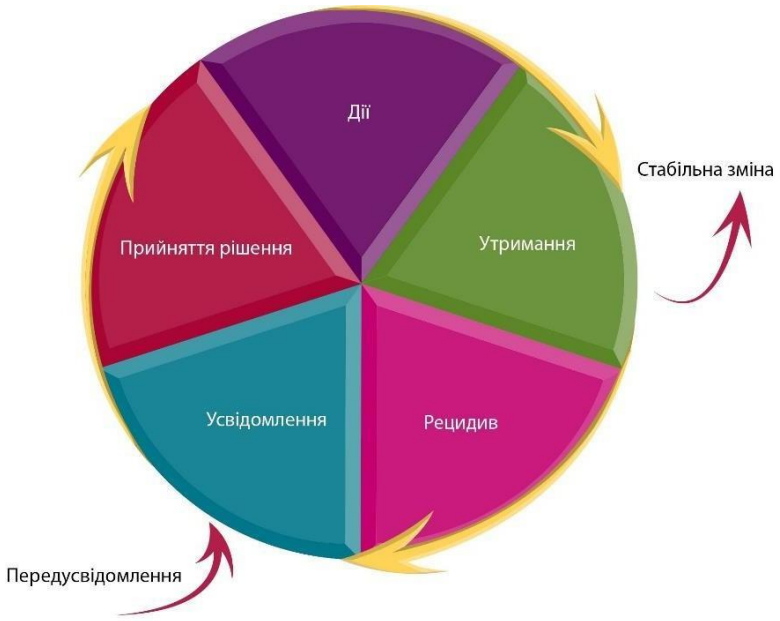
вживання наркотиків, розуміти негативні наслідки їх вживання і вигоди, пов'язані з припиненням вживання. Виявлення і розвиток навичок для запобігання рецидивам також знаходиться в центрі уваги психологічних інтервенцій.

У рамках цих підходів психологічні інтервенції підтримують процес коригування способу життя, допомагають зменшити ризиковану поведінку, а також сприяють розвитку навичок, що дають змогу впоратися з факторами, які можуть спровокувати вживання наркотиків, або запобігти випадковому рецидиву регулярного вживання алкоголю чи інших наркотиків (L. Gowing et al., 2001).

### *2.5.1 Психологічні чинники в лікуванні Стадії готовності до змін*

Модель «Стадії готовності до змін» (Miller & Rollnick, 1991; J. O. Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1997) є корисною для розуміння процесів зміни поведінки. Ця модель заснована на концепції, що люди можуть проходити через низку стадій в процесі поведінкових змін (див. Рис.4).

**Рис. 4. Стадії готовності до змін**




Мотивація до змін не є «фіксованим» станом у людини, але вона піддається багатьом впливам, включаючи втручання медичних працівників. Медичний працівник може допомогти пацієнтам перейти від однієї стадії до іншої і навчити їх, як перейти від невдалих спроб до контролю над вживанням наркотиків.

*Стадія передусвідомлення*

На стадії передусвідомлення споживачі наркотиків сприймать переваги вживання, які є сильнішими за недоліки, а недоліки сильнішими за переваги змін. Сім'я, друзі, медичні та соціальні працівники занепокоєні деякими наслідками того, що особа вживає наркотики, але сам споживач сприймає це як побічний ефект.

Як правило, існує опір інтервенціям, які орієнтовані на конкретні дії та пояснення того, як «припинити вживання наркотиків». Проте пацієнти можуть добре сприймати відповідну інформацію про ризики, а також як уникнути або звести їх до мінімуму. Наприклад, споживач

героїну може бути зацікавлений у тому, щоб отримати поради, як уникнути передозування чи зараження вірусами, які передаються через кров.

Мотиваційне інтерв'ю є саме тим методом, який може допомогти споживачам наркотиків, які не готові до змін, оцінити переваги і недоліки нинішніх способів вживання наркотиків.

*Стадія усвідомлення*

Особа зрозуміла, що вживання наркотиків завдає їй шкоди, і порівнює переваги та недоліки продовження їх вживання. Баланс переваг і недоліків починає зміщуватися, хоча особа досі може мати амбівалентне ставлення до змін.

Цю амбівалентність найкраще визначати за допомогою мотиваційного інтерв'ю.

*Стадія прийняття рішення (підготовча стадія)*

Баланс змістився. Особа готується до прийняття рішення і має впевненість у своїй здатності до змін. Зміни розглядаються як бажані. Це часто є етапом планування. Постановка цілей, виявлення внутрішніх і зовнішніх факторів підтримки і ресурсів, а також визначення стратегій для підтримки змін можуть допомогти перейти до наступної стадії.

*Стадія дії*

Людина робить перші кроки, щоб змінитися. На цій стадії може бути надана підтримка для розвитку відповідних навичок пацієнта.

Аналізуються причини, які призвели до рішення про зміни. Пацієнти реалізують стратегії зміни способу вживання наркотиків. Як правило, вони найменше затримуються на цій стадії, оскільки або чекають на лікування, рецидивують і повертаються до думки про припинення вживання наркотиків, або переходять на стадію підтримання тверезості.

*Стадія підтримання змін*

Пацієнту вдалося припинити шкідливе вживання наркотиків і він концентрується на продовженні прогресу. Метод інтервенції, що відомий як профілактика рецидивів, навчає пацієнтів стратегіям боротьби з факторами, які сприяють рецидивам. Заохочуйте їх формулювати позитивні причини для збереження змін, щоб посилити свої рішення.

Зміни в поведінці, які підтримуються протягом шести місяців або більше, як правило, пов'язані із суттєвим поліпшенням якості життя. Без таких змін спроби пацієнта можуть виявитися неефективними, і вірогідність рецидиву підвищується. Якість життя включає такі чинники, як наявність роботи, якість відносин, фінансове забезпечення, забезпечення житлом і наявність духовної підтримки (визначається по-різному). Не варто очікувати, що наркологічні інтервенції дозволять поліпшити всі ці чинники, але вони можуть полегшити доступ до широкого спектру консультаційних та допоміжних послуг. Такі послуги можуть включати допомогу щодо забезпечення житлом, фінансову підтримку, юридичні консультації, послуги у сфері зайнятості, освіти і професійної підготовки.

*Рецидив*

Рецидив має декілька причин. Це може бути вибір, мотивований перевагами повернення до вживання наркотиків. Він може бути пов'язаний з низкою емоційних або соціальних тригерів. Рецидив може статися у споживача в будь-якій з інших стадій готовності до змін поведінки.

У моделі стадій готовності до змін на перший план висувається усвідомлення того, що залежність зазвичай проходить з рецидивами та ремісіями. Рецидив не слід розглядати як невдалий результат лікування, а як загальну характеристику терапії. Більшість споживачів будуть проходити через цей цикл кілька разів під час споживання наркотиків.

*Пристрасне бажання (потяг до наркотиків)*

Потяг є частиною залежності від усіх речовин. Це явище отримало визначення в нещодавно опублікованому п'ятому виданні Діагностичного і статистичного посібника Американської психіатричної асоціації (DSM-5), де воно виокремлюється як один із основних критеріїв розладів, спричинених вживанням наркотичних речовин, а також як ознака, яка може зберігатися в період ремісії, коли інші симптоми не проявляються. Хоча іноді потяг здається простим явищем, насправді воно є складним і багатогранним (Drummond, 2001; Tiffany, Carter, & Singleton, 2000). Потяг до наркотиків є психологічним процесом, окремим від вживання наркотичних речовин. Потяг може відбуватися без вживання наркотичних речовин, а вживання наркотичних речовин може відбуватися без наявності потягу до них (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013).

Моделі потягу до наркотиків можна розділити на дві категорії: потяг до наркотиків, викликаний наркотиком або стимулом, пов'язаним із його вживанням, та потяг до наркотиків, викликаний гострим фактором стресу або залишковим негативним емоційним станом, часто у стані стресу (Koob & Volkow, 2010). Для деяких людей потяг означає бажання вживати наркотики, для інших це прагнення до чогось, чого їм не вистачає, а треті хочуть знову відчути те, що вони відчували, коли вживали наркотики, без фактичного прийому препарату.

Потяг є природним наслідком ситуації, коли людина не вживає наркотики після того, як упродовж тривалого часу вживала їх. Він є найбільш інтенсивним, коли споживач вперше припиняє їх вживання, особливо якщо наркотики легко доступні. Люди, як правило, не мають потягу до наркотиків, коли знають напевно, що вони не є доступними. Потяг завжди має тимчасовий характер і часто хвилеподібний (Drummond, 2001). Він може бути викликаний зовнішніми факторами: людьми, місцями та подіями, що пов'язані із вживанням наркотиків, а також обладнанням для вживання наркотиків. Потяг також може бути викликаний внутрішніми факторами: почуттями, особливо такими як гнів, депресія, тривожність і нудьга. Коли люди почуваються погано, вони, як правило, прагнуть знову відчути спокій або забуття, яке відчували, коли вживали наркотики. Потяг також можуть викликати хороші події у людей, які зазвичай вживають наркотики як спосіб заохочення себе.

Лікування полягає в тому, щоб допомогти пацієнтам визначити тригери, що запускають механізм потягу, і розробити конкретні стратегії його розпізнавання і припинення. Водночас їх слід заохочувати не концентруватися на потягу, оскільки це збільшує ймовірність рецидиву.

Стратегії подолання тригерів, які можуть провокувати вживання наркотиків, включають:

- відмову від вживання будь-яких наркотиків;
- припинення контактів з дилерами і друзями, які вживають наркотики;
- знищення будь-яких предметів, які можуть бути пов'язані із вживанням наркотиків;
- використання інших маршрутів руху, щоб не потрапляти у місця, які можуть викликати потяг.

Крім того, потяг можна подолати методами, які порушують асоціацію між тригером і потягом у свідомості людини. Важливо бути зайнятим чимось – якщо розум людини зайнятий чимось позитивним, вона не думатиме про вживання наркотиків.

Прогулянка, розмова по телефону, фізичні вправи, душ – все це може допомогти відволіктися. Вживання інших речовин, як-от алкоголю, може збільшити потяг і знизити стійкість до наркотиків. Корисними є підходи до подолання стресів і депресії без вживання наркотиків. Важливе значення також має підтримання мотивації і самодостатність. Допомогти можуть і бесіди з партнером, родичами, друзями.

Є й інші конкретні стратегії, які можуть бути використані: наприклад, можна спробувати зупинити думки або просто дозволити розуму бути разом з почуттями. Перевіреною методикою зупинення думки є візуалізація, яка передбачає, що людина уявляє перемикач, а потім, як вона вимикає його. Деякі люди носять вільно облягаючий гумовий браслет або резинку на зап'ясті – їм допомагає, якщо вони відтягнули резинку, дали їй вдарити себе по руці і в цю мить сказали «ні». Інші можуть зупиняти думки шляхом релаксації. Ще інші вважають корисним зателефонувати другу або поговорити з кимось зі схожим життєвим досвідом.

### *2.5.2 Види консультування*

*Когнітивно-поведінкові підходи*

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) досліджує взаємозв'язок між думками, поведінкою і навколишнім середовищем (Copeland, Gerber, & Swift, 2006).

Когнітивно-поведінковий підхід до подолання зловживання наркотичними речовинами включає багато терапевтичних інтервенцій. Він розглядає етіологію і збереження проблемного вживання наркотичних речовин як неналежний спосіб впоратися з проблемами, який може бути змінений шляхом застосування комбінованих когнітивних і поведінкових втручань.

Як правило, інтервенції зосереджені на підвищенні мотивації пацієнта, наданні нових знань про вживання наркотиків і його наслідки, а також на подоланні проблемних уявлень про наркотичні речовини та більш загальні уявлення.

*Мотиваційні інтерв'ю*

Мотиваційні інтерв'ю (МІ) – це метод роботи з невизначеністю, який допомагає пацієнтам визначити, навіщо їм потрібно змінювати свою поведінку щодо вживання наркотиків. Основними елементами мотиваційного інтерв'ю є (K. Hall, Gibbie, & Lubman, 2012):

- експрес-емпатія;
- визначення невідповідності;
- уникнення суперечок;
- уникнення опору з боку пацієнта;
- підтримання самоефективності

Основною метою МІ є підвищення мотивації до змін (Copeland et al., 2006).

*Зміцнення спільноти і заохочувальний менеджмент*

Ці поведінкові підходи спрямовані на зміну поведінки та підкріплюються розвитком умовного рефлексу.

Заохочувальний менеджемнт є методом, що передбачає винагороду або покарання за певний вид поведінки на основі структурованого, прозорого підходу. Воно сприяє засвоєнню пацієнтами бажаних способів поведінки (WHO, 2009). Більшість програм зосереджені на позитивній поведінці, підкріпленні та утвердженні бажаної поведінки. Складовими кризового управління є:

- чітке визначення бажаної поведінки (наприклад, утримання від вживання нелегальних опіоїдів);
- регулярний моніторинг наявності чи відсутності бажаної поведінки (наприклад, регулярні аналізи сечі);
- винагорода за бажану поведінку (наприклад, гроші, ваучери, можливість отримати дозу препарату замісної терапії додому, лотерейні квитки тощо);
- позитивний персональний зворотний зв'язок від персоналу у випадку, коли поведінка пацієнта є бажаною

Існує багато досліджень, що підтверджують ефективність заохочувального менеджменту, проте на практиці воно запроваджується рідко (Hartzler, Lash, & Roll, 2012).

Зміцнення спільноти є більш комплексним підходом, що передбачає використання соціальних, оздоровчих, сімейних та професійних стимулів для надання пацієнту допомоги у процесі лікування (Abbott, 2009; Roozen et al., 2004). Цей підхід складається з декількох терапевтичних компонентів, у тому числі розвитку мотивації щодо припинення вживання наркотиків, допомоги для припинення їх вживання, аналізу способів вживання, позитивне підкріплення, засвоєння нових способів поведінки для подолання проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків, та залучення важливих для пацієнта осіб (членів сім'ї та друзів) до процесу лікування.

Складовими методу зміцнення спільноти[16] є мотиваційна індукція, моніторинг за дією фармакотерапії, аналіз функціонування пацієнта, розвиток навичок, допомога в пошуку роботи, сімейне та соціально-оздоровче консультування. Цей метод може ефективно поєднуватися з заохочувальним менеджментом як допоміжний вид лікування при замісній терапії метадоном. Крім того, на основі інтеграції цього методу та односторонньої сімейної терапії було розроблено підхід, що називається «зміцнення спільноти та навчання членів сім'ї».

*Терапія соціальної поведінки та мережі контактів*

Цей підхід був розроблений у Великій Британії. Спочатку він призначався для лікування залежності від алкоголю (Copello, Orford, Hodgson, Tober, & Barrett, 2002), але останнім часом його було адаптовано і для лікування споживачів наркотиків (Copello, Williamson, Orford, & Day, 2006). Основним принципом цього підходу є заохочення пацієнта до зміни соціального середовища/мережі (з того, яке сприяє вживанню наркотиків, на те, яке сприятиме підтриманню тверезості).

*Профілактика рецидивів*

Профілактика рецидивів передбачає запобігання поверненню до проблемного вживання наркотиків та формування більш здорової особистості шляхом залучення до діяльності, не пов'язаної із вживанням.

Як правило, в профілактиці рецидивів можуть використовуватися техніки когнітивно-поведінкових підходів та мотиваційних інтерв'ю.

[16] Див. також http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/116-121.pdf.

Психологічні інтервенції, які включають профілактику рецидивів, спрямовані на підтримання тверезості або помірного вживання наркотиків протягом тривалого часу та на зменшення тяжкості рецидиву, якщо він все-таки стається. Концептуальна модель профілактики рецидивів розглядає рецидив як природну складову процесу змін: помилки та рецидиви є можливостями для пацієнта усвідомити свою поведінку та розвинути нові навички, що можуть бути корисними у ситуаціях підвищеного ризику (Shand, Gates, Fawcett, & Mattick, 2003).

Лікарі-консультанти можуть використовувати навчальні заходи і техніки з профілактики рецидивів для розвитку у споживачів наркотиків навичок та впевненості для недопущення помилок і повернення до вживання наркотиків, а також для того, щоб зупиняти рецидиви (якщо вони таки мають місце) перед тим, як вони стали тяжкими. Значна частина цих технік спрямована на те, щоб навчити пацієнта визначати ситуації підвищеного ризику, уникати або долати їх.

Для запобігання і подолання рецидивів корисними можуть бути такі стратегії:

- зміцнення готовності до змін (наприклад, за допомогою мотиваційного інтерв'ю);
- визначення ситуацій підвищеного ризику, наприклад:
  - коли вживання наркотиків є тяжким?
  - які ситуації були пов'язані з рецидивами у минулому?
- розвиток навичок, що допомагають впоратися з такими ситуаціями, наприклад навичок розв'язання проблем, соціальних навичок, навичок самоконтролю, самостійного моніторингу за вживанням наркотиків та шкоди, пов'язаної з цим;
- розробка підходів, що допомагають пацієнту підготуватися до можливих рецидивів:
  - що має робити пацієнт у випадку рецидиву?
  - де він може отримати допомогу?
  - якою може бути роль членів сім'ї/друзів?
- коли (як швидко) потрібно призначати наступну консультацію/прийом пацієнта?

Рецидив означає повернення до такої моделі поведінки, яка характеризувалася залежністю. Це частіше за все стається ще до того, як відбулося безпосереднє поновлення вживання наркотиків. Якщо пацієнт навчиться розпізнавати рецидив одразу після того, як він стався, це може допомогти йому зупинити його ще до поновлення вживання наркотиків.

Якщо інтенсивність вживання наркотиків підвищується, пацієнту стає важче тримати своє життя під контролем. Втрата такого контролю може призводити до відчайдушних/крайніх дій для підтримання враження, що у пацієнта все нормально. Такі дії свідчать про аддиктивну поведінку та передбачають брехню; безвідповідальність (на роботі та вдома); ненадійність (запізнення на прийом/зустрічі, невиконання обіцянок); недбалість щодо власного здоров'я, недотримання гігієни; імпульсивність; одержимість та/або примушування до певних видів поведінки; погані робочі звички; втрату інтересу до сімейного життя, відпочинку та хобі; ізоляцію; вживання інших наркотиків, алкоголю або рецептурних препаратів; припинення прийому призначених препаратів; втрату самоконтролю і здатності впоратися із повсякденними проблемами.

Якщо пацієнти знатимуть про прояви адиктивної поведінки та вмітимуть вчасно розпізнавати їх, вони будуть спроможні визначати ситуації, коли їм потрібна підтримка для профілактики рецидивів.

Тригери, що спричиняють рецидиви, можуть бути зовнішніми і внутрішніми. Для їх профілактики важливо уникати певних негативних емоційних станів. Найчастіше тригерами для повернення до вживання наркотиків є (в англійській мові використовується абревіатура HALTS, що складається з перших літер назв цих тригерів):

- голод (hunger) – потреба в комфорті, увазі та їжі;
- злість (anger) – гостра дратівливість, що відчувається на перших етапах лікування, може призводити до сильної злості або гніву. Ці почуття пригнічують бачення перспективи та раціональне мислення і відтак можуть провокувати рецидиви;
- самотність (loneliness) – пацієнтам може бути дуже важко припинити спілкування з друзями та варіанти проведення часу, пов'язані із вживанням наркотиків. Члени сім'ї та друзі, які не вживають наркотиків, часто не хочуть контактувати із залежними;
- втома (tiredness) – упродовж лікування пацієнти часто мають проблеми зі сном. Відчуття втоми провокує рецидиви, але варто пам'ятати, що підвищена вразливість та виснаженість є тимчасовими.
- Погане самопочуття, стрес (sick or stressed) – пацієнти можуть відчувати одужання як негативний стан або щось, що необхідно пережити. Це підвищує уразливість щодо рецидивів.

Аби успішно пройти курс лікування, пацієнти із залежністю мають навчитися визначатися та працювати із своїми справжніми почуттями. Почуття часто проявляються назовні, наприклад, через фізичні симптоми (пацієнти можуть відчувати біль в животі, головний біль, гризти нігті, кричати). Важливо вміти визначати ці зовнішні прояви почуттів, щоб вони не продовжували формуватися всередині. В інших ситуаціях фізичні симптоми можуть бути причиною появи депресії або затяжного СВО. Вміння визначати такі ситуації важливо для пацієнтів, щоб своєчасно реагувати на них.

Під час консультування пацієнтів заохочують аналізувати свої почуття, визначати, як ці почуття впливають на них самих та на оточуючих. У процесі лікування пацієнти мають навчатися тому, коли та як проявляти почуття. Одним із способів роботи з почуттями є зміна поведінки та нові варіанти дозвілля.

Відповідно до основних теорій та даних досліджень, соціальні процеси та характеристика соціальних мереж є важливими, оскільки вони можуть мати кореляцію із вживанням алкоголю, процесом лікування та рецидивами. З точки зору лікування, під час планування заходів з профілактики рецидивів необхідно проводити оцінку того, як та з ким пацієнт зазвичай проводить своє дозвілля. Як правило, програми лікування спрямовані на те, щоб пацієнти могли визначати осіб, ситуації та види дозвілля, пов'язані з підвищеним ризиком у контексті перешкоджання лікуванню. Крім того, пацієнти мають навчитися відповідним діям (J. F. Kelly, Magill, & Stout, 2009).

### *2.5.3 Умови, за яких може проводитися консультування*

Психологічні інтервенції можуть бути індивідуальними та груповими. Варто пропонувати пацієнтам декілька різних терапевтичних послуг. Для деяких може бути більш пріоритетним участь у групових інтервенціях. Хоча такий варіант підходить не для всіх, для деяких він може бути корисним у контексті створення можливостей подолання ізоляції. Важливим фактором, що визначає цінність групового консультування для пацієнтів, є можливість вибору.

Споживачі наркотиків, які розповідали про свій досвід лікування, зазвичай не пробували групову терапію. Хоча вони в принципі не були проти такого варіанту, він не видавався їм привабливим (Holt et al., 2007). Основною перешкодою для участі у груповій

терапії вони називали необхідність говорити про себе (особливо про вживання заборонених наркотиків) перед іншими. Водночас деякі повідомили, що участь у групових інтервенціях пом'якшила їхнє відчуття ізоляції та стала першим важливим кроком для подолання проблем, що спричинили залежність від наркотиків. Вони також повідомляли, що важливим фактором, який визначив цінність групового консультування, була можливість вибору. Ті пацієнти, яких змушували брати участь у груповій терапії (наприклад, за рішенням суду), зазвичай нижче оцінювали її важливість та ефективність.

### *2.5.4 Психосоціальна підтримка*

Психосоціальна підтримка в лікуванні залежності від опіоїдів включає низку способів, які можуть використовувати медичні працівники та інші члени суспільства для підтримки психологічного здоров'я та соціального середовища споживачів наркотиків, а також сприяння у підвищенні якості та тривалості їхнього життя (WHO, 2009). Така допомога може бути як простою (надання їжі та притулку), так і комплексною (проведення структурованої психотерапії).

Надання допомоги в цьому процесі є однією із найважливіших функцій клінічних лікарів. Вони можуть діяти і як безпосередні провайдери послуг, і як спеціалісти з ведення пацієнтів, направляючи їх до профільних провайдерів для отримання послуг, що стосуються інших (немедичних) аспектів життя пацієнтів. Підтримка та направлення до провайдерів професійних, фінансових, житлових та сімейних послуг здійснює позитивний вплив на хід лікування.

Відповідно до досліджень, присвячених процесам самостійного лікування споживачів наркотиків, доступ до соціальних послуг у поєднанні з підтримкою та заохоченням з боку друзів, партнерів, дітей, батьків та інших важливих для пацієнтів осіб зазвичай допомагає їм стати на шлях подолання залежності (Groh, Jason, & Keys, 2008).

#### *Групи взаємодопомоги*

Найбільш відомими групами взаємодопомоги (за принципом «рівний рівному») є анонімні алкоголіки (АА) та анонімні наркомани (АН). Участь в них є безкоштовною та добровільною. Учасники збираються та разом працюють над подоланням спільної проблеми, самостійно керують роботою своїх груп та обмінюються досвідом (Groh et al., 2008).

Такі групи, як АА та АН, засновані на концепції, що залежність від алкоголю або наркотиків є захворюванням, яке можна лікувати, якщо дотримуватися відповідного режиму, але від якого неможливо вилікуватися. Основна ідея такої роботи полягає в тому, що при проходженні 12 необхідних кроків люди, які мають залежність, відчували особисте зростання та перебували у процесі «одужання» – постійному процесі розвитку почуття та готовності до змін (Cook, 1988).

У літературі (Kaskutas, 2009) наводяться такі висновки на користь ефективності програми АА:

- серед учасників програми показник підтримання тверезості приблизно удвічі вищий;
- вищий показник участі (відвідування зустрічей) пов'язаний з вищим показником підтримання тверезості;
- така кореляція підтверджується у пацієнтів різної вибірки та через різний період після участі у програмах;
- попередній досвід участі у програмі АА підвищує вірогідність дотримання тверезості у майбутньому;

- під час зустрічей і проходження кроків програми АА учасники чітко формулюють механізми дії, визначені теоріями зміни поведінки.

***Коментар робочої групи:*** *у контексті пацієнтів ЗПТ, важливо відмітити, що групи АА вимагають повного утримання від усіх речовин. Саме тому пацієнтам, які мають залежність від алкоголю чи інші проблеми, та одночасно перебувають на лікуванні ПТАО, доступ може бути утруднено.*

Серед пацієнтів, які почали участь у програмах АН та АА, переважна більшість (85% та 91% відповідно) припиняють її на місяць або більше. Хоча дані свідчать, що багато з них після цього повертаються у програми, з часом показники відвідування зустрічей та залучення до програм знижуються (Krentzman et al., 2011). За даними досліджень, зосередження уваги на підтриманні духу та визнання залежності захворюванням не є основними причинами, чому пацієнти не відвідують зустрічі АН. Важливішими факторами є ставлення до вживання наркотиків (Christo & Franey, 1995).

В одному із досліджень, проведених у Лондоні (Велика Британія) серед споживачів наркотиків, які відвідували програму АН, було визначено, що через півроку 46% пацієнтів підтримували тверезість, а 50% продовжували приходити на зустрічі. Серед тих, хто продовжував участь у програмі, середній показник участі складав 2,2 зустрічі на тиждень (Christo & Franey, 1995).

Факторами, що сприяють зміні поведінки, є такі аспекти програм АА та АН, як зосередження уваги на підтриманні духу, підвищення самоефективності, навички розв'язання проблем та соціальна підтримка (Groh et al., 2008). Досвід участі у програмі «12 кроків» свідчить про почуття солідарності серед учасників, а це надзвичайно важливо (Galanter, 2006). У деяких лонгітюдних дослідженнях визначено, що участь у програмі АА сприяє залученню соціальних ресурсів та поліпшенню стосунків з оточуючими, у тому числі з друзями. Дослідження свідчать, що вищий показник участі у програмах АА пов'язаний з позитивною та функціональною підтримкою, зокрема вищою якістю стосунків з друзями та можливістю отримання більшої кількості ресурсів від них (Groh et al., 2008).

Згідно з результатами досліджень, надання і отримання допомоги в рамках програми АА може сприяти процесу лікування. Надання допомоги іншим учасникам може бути не менш корисним для підтримання тверезості, ніж отримання такої допомоги. Навчити надавати допомогу є однією із основних переваг участі в програмі «12 кроків» (Groh et al., 2008). Але самого лише відвідування груп взаємодопомоги недостатньо – критично важливою є безпосередня участь у їхній роботі (Weiss et al., 1996).

Зростає інтерес і до інших (альтернативних) підходів до взаємодопомоги, наприклад до реабілітаційної програми «SMART Recovery» (Self-Management and Recovery Training). Це когнітивний підхід, який сприяє підтриманню тверезості, але не робить тверезість обов'язковою умовою. Цей підхід заснований на розвитку в пацієнтів необхідних навичок та наданні інструментів для підтримання лікування. Він є особливо корисним для учасників програм замісної терапії, для яких можуть бути ефективними програми взаємодопомоги та налагодження зв'язків з іншими пацієнтами, якщо вони не мають можливості взяти участь у програмах АА чи АН через те, що не дотримуються тверезості.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Див. www.smartrecovery.org |
| Див. www.smartrecoveryaustralia.com.au |

Споживачі наркотиків, які розповідали про свій досвід лікування та які брали активну участь в програмах допомоги за принципом «рівний рівному», дуже позитивно оцінювали їх результати для пацієнтів, широкої спільноти та для самих себе. Особи рівного статусу, які

працюють у програмах лікування або беруть в них участь на добровільних засадах, зазначали, яким цінним для них є сприяння створенню інклюзивного та недискримінаційного середовища. Один із учасників наголосив, що надання допомоги за принципом «рівний рівному» саме по собі є видом лікування (Holt et al., 2007).

***Коментар робочої групи:*** *наявні дані, що люди, які перебувають в умовах військових конфліктів та постраждали від втрат, стресових факторів та травматичних подій, піддаються ризику розвитку типових психічних розладів. В умовах війни в Україні, яка триває протягом останніх 10 років, та повномасштабного вторгнення, зокрема, велика частка громадян мають високий ризик розвитку таких розладів. З урахуванням того, що люди, які вживають опіоїди та пацієнти ЗПТ, зокрема, мають підвищений ризик розвитку коморбідних психічних розладів, важливим є своєчасне надання допомоги, зокрема, надання психологічних втручань, спрямованих на попередження/зменшення частоти розвитку психічних розладів та зміцнення здоров'я загалом.*

*У відповідь на значну потребу громад, які постраждали від несприятливих обставин у доступі до послуг психічного здоров'я в світі, ВООЗ розробила серію коротких трансдіагностичних психологічних втручань, зокрема, «Управління проблемами плюс і «Самодопомога плюс».*

*«Управління проблемами плюс» та «Самодопомога плюс» — інструменти коротких трансдіагностичних втручань низької інтенсивності. Ці втручання, які можуть надаватися неспеціалістами в сфері охорони здоров'я та немедичним персоналом у форматі групової та індивідуальної роботи, призначені для усунення наслідків психологічного стресу, а також найбільш поширених психічних розладів, таких як депресія, тривожність, ПТСР в громадах з обмеженим доступом до гуманітарних потреб, ефективної психологічної підтримки та базуються на одній з форм когнітивно-поведінкової терапії. Наявні доказові дані демонструють ефективність цих втручань, зокрема, в умовах роботи з населенням, яке постраждало від наслідків війни та військових конфліктів та були змушені покинути своє постійне місце проживання. З урахуванням поточних результатів ефективності, а також можливостей організації застосування інтервенції в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я, ці втручання рекомендуються, як потенційно корисні стратегії в галузі психічного здоров'я для профілактики, зменшення тягаря та наслідків найпоширеніших психічних розладів.*

*В межах Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки наявні програми «Управління проблемами плюс» та «Самодопомога плюс», а також у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської в Україні доступне навчання за обома програмами.*

*Подальший догляд*

Загальновизнано, що найвищий ризик рецидивів спостерігається у період безпосередньо після завершення лікування, відтак, саме в цей час важливо забезпечити належну підтримку для пацієнта. У деяких структурованих програмах терапії виділяється період менш інтенсивного лікування, що йде за основною програмою терапії. Він називається подальшим доглядом. Мета – забезпечення підтримки на рівні, необхідному для підтримання раніше досягнутих переваг та результатів. З огляду на високу вірогідність рецидивів після припинення лікування, їх профілактика є важливим компонентом подальшого догляду. Надання його створює можливості для закріплення результатів терапевтичних інтервенцій та зменшення кількості, тривалості й гостроти рецидивів (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

Програми подальшого догляду можуть передбачати проведення регулярних телефонних розмов та прийомів у лікаря за призначенням та без призначення. Крім того, пацієнтів можна заохочувати брати участь у групах взаємодопомоги і користуватися іншими загальними послугами з підтримки та консультаціями, які можуть бути їм необхідні. Очевидно, що корисним для пацієнтів програм лікування наркоманії є сприятливе середовище у сім'ї та громаді (UNODC, 2003).

### 2.6 Фактори, що можуть впливати на лікування

Окремі категорії пацієнтів можуть мати додаткові потреби. Крім того, додаткової

підтримки потребують і пацієнти, які мають особливі обставини. Так, для них може бути характерний вищий рівень розповсюдження наркоманії, ніж серед загального населення. Це можуть бути пацієнти, вживання наркотичних речовин якими супроводжується іншими проблемами зі здоров'ям. Вони можуть потребувати адаптації загальних наркологічних послуг, призначених для населення в цілому, які б відповідали їхнім особливим культурним та іншим характеристикам. Для задоволення потреб таких категорій пацієнтів особливо важливим є зв'язок між наркологічними послугами (послугами з лікування залежності від алкоголю та наркотиків) й іншими медичними та соціальними послугами, які надаються державними і недержавними провайдерами. У деяких випадках це може передбачати консультації або допомогу, що надається пацієнтам в рамках інших галузей охорони здоров'я (тобто якщо пацієнти медичних закладів іншої спеціалізації також мають проблеми із вживанням алкоголю чи наркотиків). Крім того, це направлення пацієнтів наркологічних служб до установ, які можуть задовольнити їхні додаткові послуги.

Людям, які мають проблеми із вживанням алкоголю чи наркотиків, зазвичай потрібно розв'язати низку медичних та соціальних проблем для досягнення повної реабілітації. Як правило, такі медичні і соціальні проблеми є причиною проблемного вживання наркотиків, або ж вони можуть з'являтися в результаті вживання цих речовин.

Супутніми проблемами при залежності від наркотиків зазвичай є відсутність житла, розумова відсталість, набуті ушкодження головного мозку, проблеми з психічним та фізичним здоров'ям. Інші життєві фактори (у т.ч. медичні проблеми, як-от гепатит С, погані умови життя, низькі доходи та наявність боргів, судимості, проблеми у сім'ї та відносинах з друзями) формують комплекс проблем, які негативно впливають на спроможність починати лікування та дотримуватися його (Holt et al., 2007).

### *2.6.1 Щодо аборигенів та населення островів Торресової протоки*

Враховуючи проблеми, з якими стикаються аборигени Австралії та населення островів Торресової протоки, ця група вимагає особливої уваги. Мета – забезпечити різноманітність варіантів лікування, що відображають особливості даної категорії населення, покращити рівень здоров'я, благополуччя та соціальне функціонування, а також зменшити ризики щодо безпеки і здоров'я громади, застосовуючи культурально чутливий підхід. Це особливо важливо, враховуючи суттєво вищі показники смертності та захворюваності в цій групі.

Існуючі моделі наркологічної допомоги були розвинуті перш за все в рамках західних систем знань і не можуть враховувати «світогляд» аборигенів. Застосування таких моделей в роботі з цією категорією населення може бути шкідливим, оскільки деякі з них можуть повністю нівелювати методи роботи, існуючі в культурі аборигенів, через що вони почуватимуться позбавленими прав, тому що їхні культурні переконання та сімейні цінності ігнорують, неправильно тлумачать або не поважають. Це може призвести до того, що аборигени залишаться без допомоги і лікування. У минулому вже були спроби застосування до аборигенів Австралії підходів, прийнятних для корінного населення інших країн. Це мало руйнівні наслідки, оскільки ці підходи ґрунтуються на західній ідеології хвороби, яка значно відрізняється від цілісної концепції аборигенів щодо здоров'я та благополуччя.

Моделі лікування залежності від наркотиків і алкоголю, які ґрунтуються на культурах аборигенів і розроблені аборигенами, скоріше за все, будуть більш ефективними, оскільки враховують законні права, цінності та очікування і визнають різноманіття всередині та між громадами аборигенів, які живуть у великих містах та поза ними. Ці моделі:

- включають цілісну концепцію аборигенів щодо здоров'я і благополуччя;
- ґрунтуються на розумінні аборигенами історичних факторів, у тому числі традиційного життя, впливу колонізації та її сучасних наслідків;

• мають на меті посилення родинних систем допомоги, контролю та відповідальності, які існують серед аборигенів;

• впливають на культурально безпечні підходи до зменшення шкоди;

• працюють, виходячи із принципів розширення прав і можливостей

Щодо ресурсів з охорони здоров'я для аборигенів і населення островів Торресової протоки, див. www.healthinfonet.ecu.edu.au.

*2.6.2 Жінки*

Жінки є більш вразливими до побічних соціальних та медичних ефектів вживання наркотичних речовин та залежності від них. У тому, що стосується розладів, викликаних вживанням наркотичних речовин, зокрема залежності від алкоголю, опіоїдів та канабіоїдів, жінки швидше переходять до регулярного їх вживання, а від нього – до першого епізоду лікування. Крім того, коли вони починають лікування, тяжкість їхніх симптомів зазвичай є аналогічною з чоловіками, хоча вони вживають менше наркотиків та мають коротшу історію їх вживання. Незважаючи на це, на початку лікування жінки, як правило, відчувають більше медичних, психічних та побічних соціальних ефектів від розладів, викликаних вживанням наркотиків, ніж чоловіки (Greenfield et al., 2007).

У порівнянні з чоловіками жінки, які зловживають алкоголем та іншими наркотичними речовинами, частіше мають досвід травм та насильства у дитинстві, з боку своїх партнерів у підлітковому та дорослому віці, участі у злочинній діяльності. Їхні діти частіше є клієнтами служб підтримки дітей. Нарешті, такі жінки частіше є бездомними та фінансово залежними від інших осіб (Prendergast, Messina, Hall, & Warda, 2011).

Дослідження, проведені у США та Австралії, підтверджують, що частка жінок, які проходять лікування залежності від алкоголю та наркотиків (серед загальної кількості наркологічних пацієнтів), є пропорційно меншою, ніж поширеність відповідних розладів серед жінок у складі загального населення. Перед жінками, які хочуть пройти лікування залежності, можуть поставати такі проблеми (Greenfield et al., 2007):

- пов'язані з вагітністю та доглядом за дітьми, у тому числі відсутність відповідних послуг, побоювання щодо позбавлення материнських прав та притягнення до відповідальності;
- економічні перешкоди, пов'язані з нижчим рівнем освіти та більшою вірогідністю безробіття;
- висока поширеність супутніх психічних та психологічних розладів, зокрема в контексті настрою, харчової поведінки, тривожності та посттравматичних стресових розладів, через які жінкам важко отримати лікування від залежності;
- через досвід травм, у тому числі сексуальних, фізичних нападів та насильства певні підходи до лікування або змішані терапевтичні групи (в яких беруть участь і жінки, і чоловіки) можуть бути неприйнятними для жінок;
- відсутність підтримки з боку сім'ї або партнера для початку лікування;
- більша соціальна стигма та дискримінація

Жінки й чоловіки можуть проходити лікування в одній установі, якщо при цьому враховані відповідні культурні та ґендерно-специфічні потреби обох груп.

Доволі поширеною є думка, що існує потреба ґендерно-чутливих програм (програм, створених для забезпечення безпечного середовища для жінок, аби вони могли вільно обговорювати свій досвід травм, насильства та залежності без страху осуду з боку оточуючих – програм, що реалізуються у спосіб, який сприяє психологічному розвитку та про-соціальній поведінці серед жінок) та ґендерно-специфічних програм (програм виключно для жінок, які не обов'язково можуть бути ґендерно-чутливими) лікування. Це пов'язано з тим, що потреби

жінок та чоловіків щодо лікування можуть відрізнятися відповідно до більш широких ґендерних відмінностей у суспільстві, у тому числі нижчого економічного статусу жінок та їх більшої відповідальності за догляд і виховання дітей (Prendergast et al., 2011).

Програми лікування, розроблені спеціально для жінок, зазвичай побудовані на більш підтримуючому та менш конфронтаційному підході. У деяких програмах тільки для жінок є заняття з підвищення самооцінки, впевненості у собі, побудови здорових стосунків (на противагу невпорядкованим), протидії фізичному/сексуальному насильству, подолання травматичного досвіду, розвитку батьківських навичок, а також питань, пов'язаних із статевою поведінкою та охороною здоров'я. Програми тільки для жінок також частіше містять компоненти з надання допомоги щодо забезпечення житлом, транспортом, професійною підготовкою, розвитку практичних навичок та догляду за дітьми на місці. Такі послуги, по суті, є комплексними. Як свідчать дослідження, надання таких послуг суттєво підвищує вірогідність успішного лікування для жінок (Prendergast et al., 2011).

Зазвичай жінки рідше готові входити до змішаних терапевтичних груп. Ґендерно-специфічні фактори, що пов'язані з дотриманням жінками курсу лікування, включають більшу поширеність депресії; наявність партнера, що має залежність від наркотиків; наявність досвіду сексуального чи фізичного насильства; затримання правоохоронними органами за участь у секс-бізнесі; сексуальні домагання з боку пацієнтів або консультантів-чоловіків, а також батьківські обов'язки (Prendergast et al., 2011).

Хоча послідовних підтверджень більшої ефективності програм тільки для жінок у порівнянні зі змішаними програмами немає, результати деяких досліджень свідчать, що жінки рідше залишають програми тільки для жінок, що, вірогідно, може приводити до кращих результатів їхнього лікування. Крім того, вищу ефективність також демонструють програми лікування, які сприяють розв'язанню проблем, поширених серед наркозалежних жінок (надання догляду за дітьми, послуги для вагітних і породіль, послуг для жінок, які мають досвід травм та/або домашнього насильства тощо) (Prendergast et al., 2011).

Хоча є свідчення, що спеціалізовані програми для жінок більш ефективні в контексті залучення жінок, які не готові починати лікування в інших умовах, необхідно провести рандомізовані дослідження медичної допомоги за участі достатньої кількості жінок з меншин (та жінок з дітьми). Це дозволить визначити, чи є такі програми ефективними для різних категорій жінок. Результати дослідження Kaskutas et al. (2005) свідчать, що змішані та денні спеціалізовані програми для жінок є однаково ефективними.

### *2.6.3 Вагітність та годування груддю*

*Вагітні споживачі опіоїдів, які не проходять лікування*

Вживання наркотичних речовин під час вагітності має побічні ефекти на самопочуття майбутньої матері, розвиток плоду, перинатальні наслідки та індивідуальний розвиток у довгостроковій перспективі. Зокрема, це призводить до підвищення ризику розвитку розладів, викликаних вживанням наркотиків (Bauer et al., 2002; McDonald, Vermeulen, & Ray, 2007). Вагітність зазвичай є періодом, коли у жінок, які мають проблеми із вживанням наркотиків, з'являється хороша мотивація до змін. Це створює можливості для скорочення вживання наркотичних речовин та початку лікування. Водночас деякі жінки можуть бути не готовими звернутися за наркологічною допомогою під час вагітності, побоюючись стигми та направлення до служб захисту дітей.

Запитання щодо вживання наркотиків мають рутинно ставитися всім жінкам, які звертаються за антенатальною допомогою.

**ПОСИЛАННЯ**

Більше інформації про тест ASSIST див. за посиланням:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

Зазвичай це має відбуватися під час
їхнього першого візиту до медичних працівників, а також періодично протягом ведення вагітності. Необхідно фіксувати відповіді жінок щодо вживання ними рецептурних, нерецептурних, законних та заборонених наркотичних речовин, у тому числі щодо їх кількості та частоти вживання. Ефективним для виявлення факту вживання наркотиків може бути тест на розлади, викликані вживанням алкоголю (Alcohol Use Disorders Test) або тест на алкоголь, паління та вживання психоактивних речовин (ASSIST).

Вагітних жінок, які мають розлади, викликані вживанням наркотиків, необхідно направляти до профільних фахівців та багатогалузевих наркологічних і антенатальних клінік (якщо такі існують). Такі жінки потребують міжгалузевого підходу до лікування, щоб забезпечити безперервність догляду та доступність необхідних для них послуг протягом післяпологового періоду і таким чином мінімізувати негативні наслідки для себе та для новонародженої дитини. До відповідних міжгалузевих бригад зазвичай мають входити акушери, педіатри, перинатальні психіатри, соціальні працівники, спеціалісти із захисту дітей і наркологи.

Для пацієнток, які упродовж вагітності хочуть утримуватися від вживання опіоїдів, варто забезпечити додатковий моніторинг та підтримку, оскільки під час вагітності вони можуть відчувати значний психологічний стрес. Хоча у цей період жінки бувають більш мотивованими до припинення вживання наркотиків, самої лише мотивації недостатньо для забезпечення сталої ремісії та відмови від вживання всіх наркотичних речовин.

Перед вагітними жінками, які мають залежність від опіоїдів, стоять високі ризики ускладнень, які зазвичай пов’язані з такими факторами:

- неналежна допологова допомога;
- погані житлові умови, погане харчування та насильство з боку партнера;
- інтоксикація та синдром відміни, які можуть завдати шкоди плоду або викликати передчасні пологи чи викидень;
- вживання різних наркотичних речовин (у т.ч. тютюну, канабіоїдів, алкоголю, бензодіазепінів та амфетамінів);
- проблеми із психічним здоров’ям (у т.ч. тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад)

Пріоритетним методом лікування вагітних жінок, які мають залежність від опіоїдів, є ПТАО (Binder & Vavrinková, 2008; Burns, Mattick, Lim, & Wallace, 2007; Fajemirokun-Odudeyi et al., 2006; Einat Peles, Schreiber, Bloch, Dollberg, & Adelson, 2012). Це пов’язано з тим, що така терапія може:

- поліпшити доступ пацієнток до антенатальної допомоги та результатів вагітності і пологів;
- скоротити вживання героїну та інших наркотиків і поліпшити здоров’я;
- зменшити материнську та дитячу смертність, пов’язану із вживанням героїну;
- обмежити розповсюдження інфекцій, що передаються через кров (внаслідок вживання ін’єкційних наркотиків);
- сприяти поліпшенню соціального функціонування майбутньої матері

***Коментар робочої групи:*** *Оскільки в Україні питання щодо ведення вагітних жінок із залежністю від ПАР є досить неоднозначним, робоча група вважає доцільним надати більш широку інформацію щодо роботи з вагітними жінками, які вживають ПАР, не обмежуючись наданням послуг в рамках ПТАО. З цією метою нижче наведено фрагмент настанови Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, WHO, 2014, запропонованою ВООЗ, яка є авторитетною експертною*

*організацією в даній сфері.*

***Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, WHO, 2014***

Виявлення та ведення вагітних жінок із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) та з розладами внаслідок їхнього вживання

| № | Рекомендація | Сила рекомендації | Рівень якості доказів |
|---|---|---|---|
| **Скринінг та короткотривалі інтервенції щодо вживання небезпечних та шкідливих речовин під час вагітності** | | | |
| 1 | Медичні працівники повинні запитувати всіх вагітних жінок про вживання алкоголю та інших ПАР (у минулому та зараз) на якомога ранніх строках вагітності та під час кожного відвідування протягом антенатального періоду. | Сильна | Низький |
| 2 | Медичні працівники повинні пропонувати короткотривалі інтервенції всім вагітним жінкам, які вживають алкоголь чи наркотики. | Сильна | Низький |
| **Психосоціальні інтервенції при розладах внаслідок вживання психоактивних речовин1 у вагітних жінок** | | | |
| 3 | Медичні працівники, які ведуть вагітних жінок або породіль з розладами внаслідок вживання алкоголю чи інших ПАР, повинні пропонувати комплексну оцінку та індивідуальну допомогу | Умовна (слабка) | Дуже низький |
| **Програми детоксикації або припинення вживання психоактивних речовин для вагітних жінок із залежністю** | | | |
| 4 | Медичні працівники повинні якомога раніше порадити вагітним жінкам, із залежністю від алкоголю чи наркотиків, припинити вживати алкоголь чи наркотики та запропонувати, або направити, пройти детоксикацію під медичним наглядом, у разі необхідності та доцільності | Сильна | Дуже низький |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Вагітних жінок із опіоїдною залежністю слід заохочувати до проходження замісної підтримувальної терапії5, в разі її доступності, замість проходження процедури опіоїдної детоксикації. | Сильна | Дуже низький |
| 6 | Вагітним жінкам із залежністю від бензодіазепіну слід поступово зменшувати дозу6, використовуючи бензодіазепіни тривалої дії. | Сильна | Дуже низький |
| 7 | Абстинентний синдром, що розвивається у вагітних жінок після припинення вживання алкоголю, слід усувати за допомогою короткотривалого застосування бензодіазепіну тривалої дії. | Сильна | Дуже низький |
| 8 | При веденні абстинентного синдрому (синдрому відміни) у вагітних жінок із залежністю від стимуляторів, можна застосовувати психофармакологічні препарати, що допоможуть при симптомах | Сильна | Дуже низький |
| | психічних розладів, але зазвичай це не потрібно. | | |
| **Фармакологічне лікування (підтримувальна терапія та профілактика рецидивів) вагітних жінок із залежністю від психоактивних речовини** | | | |
| 9 | Фармакотерапія не є рекомендованим способом лікування вагітних жінок із залежністю від стимуляторів амфетамінового ряду, канабісу, кокаїну або летючих речовин | Умовна (слабка) | Дуже низький |
| 10 | Зважаючи на те, що безпека та ефективність препаратів для лікування алкогольної залежності під час вагітності не встановлені, для кожної жінки слід проводити індивідуальний аналіз співвідношення ризиків та користі | Умовна (слабка) | Дуже низький |
| 11 | Вагітним жінкам із опіоїдною залежністю слід порадити продовжувати дотримуватися або розпочати замісну підтримувальну терапію метадоном або бупренорфіномом | Сильна | Дуже низький |
| **Грудне вигодовування в разі залежності матері від алкоголю та/або психоактивних речовин** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | А. Матерів з розладами внаслідок вживання ПАР слід заохочувати до грудного вигодовування, окрім випадків, коли ризики явно перевищують користь.<br><br>Б. Жінкам, які вживають алкоголь або наркотики, в період грудного вигодовування слід рекомендувати та надавати підтримку щодо припинення вживання алкоголю чи наркотиків; однак вживання ПАР не обов'язково є протипоказанням до | Умовна (слабка) | Низький |
| 13 | Тілесний контакт є важливим, незалежно від вибору способу годування, і до нього потрібно активно заохочувати матерів із розладами внаслідок вживання ПАР, які здатні реагувати на потреби дитини. | Сильна | Низький |
| 14 | Матерів, які стабільно дотримуються замісної підтримувальної терапії | Сильна | Низький |
| | метадоном або бупренорфіномом, слід заохочувати до грудного вигодовування, окрім випадків, коли ризики явно перевищують користь. | | |
| **Ведення немовлят, які підлягають впливу алкоголю та інших психоактивних речовин** | | | |
| 15 | У жіночих консультаціях повинен бути протокол виявлення, оцінки, моніторингу та інтервенційної терапії, за допомогою немедикаментозних та медикаментозних методів, для новонароджених з пренатальним впливом опіоїдів. | Сильна | Дуже низький |
| 16 | Опіоїди слід застосовувати на початку лікування немовляти з неонатальним абстинентним синдромом, за потреби. | Сильна | Дуже низький |
| 17 | Якщо в немовляти є ознаки неонатального абстинентного синдрому внаслідок відміни заспокійливих засобів або алкоголю, або невідомо, чи підлягала дитина впливу ПАР, найкращим може бути розпочати лікування фенобарбіталом. | Умовна (слабка) | Дуже низький |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18 | Усіх немовлят, народжених жінками із розладами внаслідок вживання алкоголю, слід перевірити на наявність ознак фетального алкогольного синдрому. | Умовна (слабка) | Дуже низький |

[1] Концепція «розладів внаслідок вживання психоактивних речовин» включає в себе синдром залежності та згубне вживання таких психоактивних речовин, як алкоголь, канабіс, стимулятори амфетамінового ряду (САР), кокаїн, бензодіазепіни тощо.

[2] Комплексна оцінка вагітних жінок та породіль, які вживають алкоголь чи наркотики, включає оцінку моделей вживання ПАР, фізичних чи психічних супутніх станів, сімейного контексту та соціальних проблем.

[3] Планування індивідуальної допомоги включає в себе вибір відповідних психосоціальних та фармакологічних інтервенцій на основі комплексної оцінки.

[4] Вагітним жінкам із залежністю від алкоголю чи наркотиків, які погоджуються пройти процедуру детоксикації, слід запропонувати пройти процедуру в стаціонарі чи лікарні, якщо для цього є медичні показання; здоров'ю матері та плоду слід приділяти однакову увагу та відповідно коригувати лікування.

[5] Замісна підтримувальна терапія метадоном або бупренорфіномом.

[6] На настільки короткий період часу, наскільки це доцільно з медичної точки зору.

[7] Усунення абстинентного синдрому зазвичай включає введення тіаміну.

[8] Ознаки фетального алкогольного синдрому (ФАС) включають порушення росту, дисморфічні риси обличчя (короткі очні щілини, гладкий або сплющений губний жолобок, тонка верхня губа) та порушення центральної нервової системи.

### *National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014*

*Вагітність та підтримувальна терапія агоністами опіоїдів*

Вагітних жінок, які є пацієнтками ПТАО, необхідно закликати продовжувати терапію упродовж усього періоду вагітності та після пологів, поки вони продовжують догляд з дитиною. Хоча багато жінок прагнуть припинити вживання наркотиків, коли дізнаються про свою вагітність, різке припинення вживання у такому випадку пов'язане із суттєвими загрозами, оскільки можливий рецидив ставить матір та дитину під ризики, що стосуються вживання заборонених опіоїдів, та впливає на спроможність матері доглядати за дитиною. Для таких жінок пріоритетнішою є участь у програмах ПТАО, оскільки вона має кращі результати в контексті доступу до допологової допомоги та підтримання стабільного стану вагітної, ніж припинення вживання наркотиків під час вагітності (H.E. Jones, O'Grady, Malfi, & Tuten, 2008; Ein at Peles et al., 2012).

Хоча переконливих свідчень цього немає, загальновизнано, що припинення вживання опіоїдів не рекомендовано до 14-го та після 32-го тижня вагітності (K. Kaltenbach, Berghella, & Finnegan, 1998; A. R. Lingford-Hughes et al., 2012). Це пов'язано з ризиком мимовільного аборту або передчасних пологів. Рецидив вживання опіоїдів під час вагітності також може призводити до поганих акушерських наслідків. Вважається, що ПТАО здійснює найменший довгостроковий вплив на розвиток дітей у порівнянні з неконтрольованим вживанням опіоїдів під час вагітності та шкоди, пов'язаної з ним (WHO, 2009).

Для лікування залежності від опіоїдів під час вагітності в першу чергу можна розглянути варіант призначення метадону або бупренорфіну. Обидва препарати є безпечними та ефективними під час вагітності і для матері, і для дитини (Dunlop et al., 2009; Gaalema et al., 2012; Hendrée E. Jones et al., 2012; H.E. Jones, Kaltenbach, Heil, & Stine, 2010). Водночас бупренорфін може бути пов'язаний з більш сприятливими параметрами розвитку та поведінки дитини, ніж метадон (Coyle et al., 2012; Kakko, Heilig, & Sarman, 2008; Welle-Strand et al., 2013). Участь жінок із залежністю від опіоїдів у програмах ПТАО пов'язана з кращими результатами

в контексті розвитку плоду та ваги дитини при народженні, а також зниженням ризику перинатальної та дитячої смертності. Існує вже більш ніж сорокарічний досвід використання метадону в лікуванні вагітних жінок. Переваги метадону були підтверджені в обсерваційних дослідженнях, оглядах та мета-аналізах (Dunlop et al., 2009). Одне із рандомізованих контрольованих досліджень, яке проводилося одночасно в різних місцях виконання програм терапії метадоном або бупренорфіном серед вагітних жінок, засвідчило, що хоча більша частка жінок припинила терапію бупренорфіном у порівнянні з метадоном (33% проти 18% відповідно), частка жінок з новонародженими, які мали СВО на момент пологів та потребували фармакотерапії, в обох групах була приблизно однаковою (57% у групі, яка приймала метадон, та 47% – яка приймала бупренорфін). Однак прояви синдрому відміни під час пологів були менш гострими серед тих новонароджених, матері яких приймали бупренорфін (порівняно із метадоном). Відповідно, таким новонародженим були потрібні менші дози морфіну, і вони перебували у лікарні менше (10 днів для бупренорфіну та 17,5 днів для метадону).

Зважаючи на позитивні результати використання бупренорфіну під час вагітності, про які свідчать висновки численних досліджень, у тому числі за участі 900 новонароджених, матері яких приймали бупренорфін під час вагітності (Hendrée E. Jones, et al., 2012), ПТАО бупренорфіном має бути найбільш пріоритетним варіантом лікування залежності від опіоїдів серед вагітних поряд із підтримувальною терапією метадоном. Враховуючи, що нині є достатньо даних за результатами порівняння ефективності й безпечності метадону та бупренорфіну під час вагітності, вірогідність розвитку серйозного побічного ефекту, про який ще не повідомлялося у літературі, є невисокою.

Використання бензодіазепінів або інших препаратів одночасно з метадоном та бупренорфіном пов’язане з більшою тривалістю синдрому відміни у новонароджених (Welle-Strand, et al., 2013) та більшою кількістю днів, які вони мають перебувати у лікарні (Wachman et al., 2011). Вживання матір’ю різних наркотиків одночасно може посилити ефекти метадону на плід і на новонародженого (L.M. Jansson et al., 2012).

*Терапія налтрексоном під час вагітності*

Безпечність терапії налтрексоном для вагітних жінок наразі не підтверджена.

Пацієнток, які отримують налтрексон, необхідно попереджувати про те, що вони можуть відчувати підвищений статевий потяг та вищу вірогідність завагітніти (у порівнянні з опіоїдами), тому їм слід використовувати надійні засоби контрацепції для запобігання вагітності. Зокрема, їм необхідно надавати консультації щодо способів уникнення вагітності під час прийому налтрексону, оскільки його безпечність для вагітних і годуючих жінок наразі не підтверджена. Перед прийняттям рішення про продовження терапії налтрексоном під час вагітності варто ретельно оцінити ризики для плоду та вірогідність рецидиву вживання опіоїдів.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А7.1 Вагітність та годування груддю |

*Ведення вагітності*

Необхідно регулярно проводити огляди вагітних пацієнток з метою:

- оцінки індивідуальної реакції на певну дозу препарату та її зміну, якщо це буде потрібно;
- обговорення ефектів метадону чи бупренорфіну під час вагітності;
- визначення факту вживання інших наркотиків та надання відповідних консультацій;
- обговорення вірогідних проявів синдрому відміни у новонародженого після пологів та способів їх подолання;

- обговорення усіх інших питань, які можуть бути актуальними, у тому числі пов'язаних з наслідками гепатитів С, В або серопозитивність до ВІЛ.

Необхідно підтримувати вагітних жінок на належній дозі метадону або бупренорфіну для досягнення стабільності, профілактики рецидивів та запобігання вживанню заборонених опіоїдів. Орієнтовні дози обох препаратів для вагітних є такими самими, як і для інших пацієнток (не вагітних).

Протягом другого та третього триместрів може з'явитися необхідність збільшення дози метадону, оскільки у жінки підвищується метаболізм та зростає об'єм циркулюючої крові. Під час цього періоду корисним буде ділити добову дозу на дві частини та приймати їх через кожні 12 годин (A.R. Lingford-Hughes et al., 2012). Після пологів дозу знову потрібно коригувати, оскільки деякі зміни в організмі відбуваються у зворотному напрямку (WHO, 2009). Так само упродовж вагітності може бути клінічно показано збільшення дози бупренорфіну, проте у розподілі добової дози зазвичай немає необхідності. Свідчень про те, що обмеження дози агоніста опіоїдів знижує ризик розвитку синдрому відміни у новонароджених, зібрано дуже мало. Медичні працівники мають радити вагітним жінкам ставити собі за пріоритет підтримання стабільності та уникнення ризику неконтрольованого вживання опіоїдів.

*Зменшення дози або детоксикація під час вагітності*

Для деяких жінок вагітність може бути значним мотиваційним фактором, щоб спробувати припинити вживання наркотиків. Водночас вважається, що синдром відміни опіоїдів упродовж першого триместру вагітності може бути пов'язаний з підвищеним ризиком викидня, а в третьому триместрі – з дистресом чи смертю плода (K. Kaltenbach et al., 1998; A.R. Lingford-Hughes et al., 2012). Відтак важливо, аби вагітні не відчували синдрому відміни упродовж першого та третього триместрів.

*Моніторинг за новонародженим*

За всіма дітьми, народженими жінками із залежністю від опіоїдів, має бути встановлено спостереження медичних працівників. Зокрема, вони мають звертати увагу на появу й розвиток симптомів СВО та інших побічних ефектів. Спостереження за цієї групою новонароджених мають здійснювати педіатри з досвідом догляду за дітьми, матері яких вживали наркотики під час вагітності. Спостереження має тривати від 12 до 24 місяців, аби відслідковувати усі можливі порушення розвитку дитини.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Додаток 2: Оцінка тяжкості синдрому відміни опіоїдів |

Симптоми СВО зазвичай проявляються протягом 48 годин після пологів, але у невеликій кількості випадків можуть наставати із запізненням – упродовж 7–14 днів. У більшості ситуацій моніторинг варто здійснювати упродовж як мінімум семи днів. Для оцінки наявності та тяжкості синдрому відміни у новонароджених рекомендується використовувати об'єктивні критерії, наприклад, модифіковану шкалу Фінегана (Finnegan) для новонароджених (див. Додаток 2). Хоча це доволі складний інструмент, він є найбільш комплексним з усіх доступних наборів показників і найбільш широко рекомендується у літературі (Lauren M. Jansson, Velez, & Harrow, 2009).

На появу та тяжкість синдрому відміни у новонароджених можуть впливати різні фактори, тому передбачити його вірогідність і тяжкість складно (Karol Kaltenbach et al., 2012). Водночас вважається, що тяжкість синдрому зазвичай не пов'язана з розміром дози опіоїдного замісного препарату, який приймає мати (Bakstad, Sarfi, Welle-Strand, & Ravndal, 2009; Berghella et al., 2003; B.J. Cleary et al., 2010; Brian J. Cleary et al., 2013; Seligman et al., 2010). Вірогідно, прояви цього синдрому можна пом'якшити, якщо новонароджений залишається з матір'ю, а не у відділенні інтенсивної терапії (Abrahams et al., 2007), оскільки це може бути стресовим та спричинити негативний стимулюючий ефект на його психіку.

Підтримуючий догляд передбачає мінімізацію стимулів з боку середовища та зміцнення комфорту дитини. Він може включати:

- заспокоєння новонародженого шляхом тримання його близько біля тіла матері або в її обіймах;
- тримання ніздрів та рота вільними від виділень;
- використання пустушки для задоволення смоктального рефлексу;
- часте годування невеликими порціями

Показання для початку терапії:

- напади;
- втрата ваги (погане годування, діарея та блювота, дегідратація);
- поганий сон;
- жар, лихоманка.

Лікування має відповідати тяжкості симптомів. Варто починати його, якщо за результатами двох послідовних спостережень медичний працівник оцінює тяжкість синдрому відміни у дев'ять або більше балів (за модифікованою шкалою Фінегана, див. Додаток 2). За полегшенням симптомів слід також спостерігати з використанням шкали Фінегана.

В одному із Кокранівських систематичних оглядів встановлено, що використання опіоїдних препаратів у порівнянні з підтримуючим доглядом може бути пов'язано з меншим часом, необхідним для набирання ваги, яку дитина мала при народженні, та меншою тривалістю підтримуючого догляду, але з більшою тривалістю перебування в лікарні. Якщо порівнювати із фенобарбіталом, то встановлено, що опіоїдні препарати можуть знижувати кількість нападів, проте свідчень про їх позитивний чи негативний вплив на невдалі результати лікування немає. Порівняно із діазепамом опіоїдні препарати знижують вірогідність невдалих результатів лікування. Автори пропонують проводити лікування опіоїдними препаратами тільки дітей, народжених матерями, які вживали опіоїди. Водночас вони звертають увагу на методологічні обмеження, які можуть знижувати актуальність цієї рекомендації (Osborn, Jeffery, & Cole, 2010a).

У другому Кокранівському систематичному огляді, проведеному тими ж авторами, встановлено, що новонароджені з СВО мають спочатку отримувати лікування з використанням опіоїдів. Якщо брати седативні препарати, то слід віддавати перевагу фенобарбіталу, а не діазепаму. Якщо новонародженим, яких лікують опіоїдними препаратами, також давати фенобарбітал або клонідин, це може знизити тяжкість СВО (Osborn, Jeffery, & Cole, 2010b).

Водночас, зважаючи на те, що лікування опіоїдними препаратами може призводити до пригнічення дихання, призначати додаткові седативні ліки потрібно вкрай обережно.

Рекомендовано, щоб до неонатального догляду залучалися фахівці акушерської та педіатричної служб, які мають досвід ведення/лікування дітей, народжених наркозалежними жінками.

*Грудне вигодовування*

Хоча метадон та бупренорфін виділяються з грудним молоком, кількість цих речовин у молоці незначна і, як вважається, не здійснює серйозного ефекту на новонародженого (Lauren M. Jansson et al., 2008). Враховуючи, що новонароджений ковтає молоко (а не тримає його під язиком), засвоєння бупренорфіну через грудне молоко має бути мінімальним. Однак надійних свідчень про безпеку та ефект бупренорфіну на розвиток дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні, немає. Зважаючи на відсутність належної інформації про дію бупренорфіну на таких дітей, жінкам, які проходять терапію бупренорфіном, слід уважно ставитися до грудного вигодовування. Рекомендується звернутися за консультацією до педіатра або нарколога.

З іншого боку, грудне вигодовування має низку переваг, у тому числі зміцнення зв'язку між матір'ю та дитиною, забезпечення отримання нею всіх необхідних харчових елементів, профілактика захворюваності. Воно також може зменшувати тяжкість СВО у новонароджених та бути економічно вигідним для матерів з низьким рівнем доходів. Матерів, які мають залежність від опіоїдів, необхідно заохочувати до грудного вигодовування (WHO, 2009). Винятком можуть бути жінки, які продовжують вживати наркотичні речовини, особливо якщо ці речовини пов'язані з ризиком надмірної седації або удушення новонародженого (зокрема, йдеться про бензодіазепіни, алкоголь тощо).

### *2.6.4 Батьківські навички та захист дітей*

Вживання батьками наркотичних речовин може бути як свідченням обмеженої здатності виконувати батьківські обов'язки, так і фактором, що сприяє цій обмеженості. Хоча саме по собі вживання наркотиків не обов'язково призводить до поганого поводження з дітьми (Doris, Meguid, Thomas, Blatt, & Eckenrode, 2006; Jaudes, Ekwo, & Van, 1995; Kroll, 2004; Smith, Johnson, Pears, Fisher, & DeGarmo, 2007; Street, Harrington, Chiang, Cairns, & Ellis, 2004; Velez et al., 2004), це найбільш розповсюджена причина, через яку в цих батьків можуть забирати дітей (Banyard et al., 2003; Kelley 1992; Smith & Testa 2002; Suchman et al., 2006). Крім того, саме через це проводиться найбільше розслідувань, пов'язаних зі смертю дітей[17] (Gibson & Vulliamy, 2010; Palmiere, Staub, La, & Mangin, 2010).

Численні фактори ризику на рівні батьків (у т.ч. супутні медичні проблеми, насильство з боку партнера, досвід травм у дитинстві, статус одинокої матері/батька або відсутність підтримки у виконанні батьківських обов'язків, бездомність, соціальна ізоляція та бідність), які поєднуються із вживанням наркотичних речовин, можуть негативно впливати на формування батьківських навичок та суттєво погіршувати стан здоров'я, благополуччя, безпеку, розвиток дитини та відчуття прив'язаності між батьками і дітьми. Батьки, які вживають наркотичні речовини, можуть також мати проблеми з усвідомленням та реагуванням на базові потреби їхніх новонароджених, пов'язані з розвитком (Cleaver, Unell, & Aldgate, 2011; Mayes & Bornstein, 1996), а це може збільшити ризики бездоглядності або іншої шкоди для дітей.

Наркологічні служби можуть бути єдиними провайдерами, з якими батьки підтримуватимуть регулярні контакти, особливо у період дошкілля їхніх дітей. Відтак вкрай важливо, щоб клінічні працівники запитували усіх пацієнтів, які звертаються за їхньою допомогою, про наявність у них дітей (або більш широко – про наявність дітей, за якими вони здійснюють догляд, наприклад дітей партнера). Також важливо запитувати про вік таких дітей, щоб краще розуміти, які ризики можуть стояти перед ними. Клінічні працівники повинні збирати якомога більше інформації про розвиток усіх дітей (у т.ч. про отримання ними щеплень, проходження медичних оглядів, відвідування навчальних закладів тощо), а також про всі складнощі, які стоять перед батьками у контексті забезпечення фізичних та психологічних потреб дітей. Це допоможе у прийнятті інформованих рішень про обов'язкове повідомлення або належне перенаправлення пацієнтів до профільних служб підтримки (зокрема, служб інтенсивної підтримки батьків, провайдерів послуг у сфері психічного та фізичного здоров'я батьків та дитини тощо).

### *2.6.5 Підлітки*

Молоді люди, які мають проблеми із вживанням/зловживанням наркотичних речовин,

[17] Уряд Нового Південного Уельсу. Щорічна доповідь про смертність серед дітей 2010. Матеріали для поліпшення послуг [NSW Government. Child deaths 2010 annual report. Learning to improve services]. Доступно за посиланням:http://www.facs.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0013/251320/Child_Deaths_2010_Annual_Report_final_online_version_141211.pdf, перевірено 29 травня 2013 р.

потребують спеціалізованої підтримки та допомоги для подолання цих проблем та переходу до повноцінного і продуктивного дорослого життя.

Загальновизнано, що залучення та утримання молодих людей у наркологічних програмах є складним завданням. Це має низку причин (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006). Так, за результатами аналізу наркологічних послуг для молодих людей, проведеного у Великій Британії, було визначено, що «дружні до молоді» служби мають відповідати таким критеріям:

- бути цікавими та відповідати потребам молодих людей;
- молоді люди мають відчувати довіру до таких послуг, а для цього до них слід ставитися з повагою, підтримкою та емоційною теплотою;
- повинні демонструвати піклування та прагнення їм допомагати, є гнучкими та враховують потреби молоді;
- мають надавати практичну підтримку, а контакти мають бути неформальними

Складні та взаємопов'язані фактори, що можуть впливати на наркологічне лікування молодих людей, свідчать про потребу спеціалізованих провайдерів послуг. Молоді люди можуть мати різні потреби, причому далеко не всі з них пов'язані з наркотиками. Відтак саме спеціалізовані провайдери послуг для молоді мають найкращі шанси сприяти пацієнтам у розв'язанні проблем, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також надавати інтегровану допомогу для подолання інших проблем. Крім того, вони повинні забезпечувати активне направлення пацієнтів до потрібних їм служб.

При плануванні послуг та схем їх надання варто зважати на такі питання, як необхідність отримання дозволу батьків на надання їхнім дітям послуг, а також які види лікування є найбільш прийнятними для молоді.

У більшості випадків молоді люди, які мають проблеми із вживанням алкоголю чи наркотиків, не потребують інтенсивної медичної допомоги, зокрема поміщення у стаціонар. Лікування молоді краще здійснювати в умовах громади. Якщо його розпочати на початковому етапі вживання наркотиків, це підвищить можливість запобігання супутнім розладам, які можуть бути пов'язані із вживанням наркотиків, у тому числі гострих та хронічних медичних станів, а також психічних та соціальних ускладнень (Levy, Vaughan, Angulo, & Knight, 2007). Молоді пацієнти, які звертаються за наркологічною допомогою, зазвичай мають коротший досвід вживання наркотиків, ніж дорослі (Levy et al., 2007). Оптимально, аби допомога для неповнолітніх надавалася окремо від послуг для дорослих споживачів наркотиків, щоб молоді пацієнти не контактували з дорослими, оскільки це може призвести до закріплення практик вживання наркотиків та антисоціальної поведінки серед молоді.В лікуванні підлітків необхідно використовувати психосоціальні інтервенції, зменшення шкоди та сімейні інтервенції.

Важливим фактором початку вживання молоддю алкоголю та наркотиків є їхній сімейний досвід. Він також впливає на хід та результати лікування. Відповідно, подолання сімейних проблем та залучення сім'ї є важливими складовими лікування. У літературі систематично наголошується, що вживання молодими людьми наркотиків визначають такі фактори, як якість та безперервність надання послуг з сімейної підтримки, спілкування з сім'єю, стосунки у сім'ї та наслідування прикладу батьків (Spooner, 1999).

Якщо сімейні проблеми сприяють вживанню підлітками наркотиків, то у тих, хто повертається в ті ж сімейні умови після курсу лікування, більш вірогідним є ризик рецидиву. І навпаки, сім'я може бути фактором захисту: родичі можуть підтримувати участь підлітка у програмі терапії та досягненні цілей лікування.

Залучення сім'ї може бути важким завданням. Якщо цього не намагатися зробити, шанси на успішне залучення є ще нижчими. У випадках, коли сім'ю підлітка залучити неможливо, необхідно все одно спрямовувати зусилля на розв'язання проблем пацієнта-

підлітка, пов’язаних із сім’єю. У деяких випадках краще розлучити підлітка з його сім’єю, а не залучати її (Spooner, 1999).

Хоча існують певні свідчення на користь ефективності лікування молодих пацієнтів у стаціонарі, це є дорогим та потенційно інвазивним варіантом. Поміщення підлітка, який має проблеми з наркотиками, на лікування або реабілітацію у стаціонар, є складним завданням, оскільки деякі пацієнти можуть бути бездомними, мати психічні розлади або бути не готовими проходити основне лікування у стаціонарі. Відтак такий вид лікування можна призначати лише за відсутності зовнішньої підтримки (з боку сім’ї, навчального закладу або місця роботи), наявності проблем із житлом та джерелами доходу, якщо середовище пацієнта має вороже ставлення до нього або якщо є серйозні проблеми з психічним здоров’ям чи поведінкою. Інші ризики, пов’язані з лікуванням у стаціонарі, включають переривання звичного функціонування пацієнта та контакти з іншими однолітками, які теж вживають наркотики (Stubbs, Hides, Howard, & Arcuri, 2004).

Амбулаторне лікування молодих пацієнтів пов’язане з нижчим показником дотримання ними курсу лікування та обмеженим впливом на вживання опіоїдів (у порівнянні з програмами ПТАО) (Kornor, Waal, & Ali, 2006). Відтак для молодих споживачів опіоїдів, яких не цікавлять виключно психосоціальні інтервенції (або для яких вони не є ефективними), мають бути доступними програми ПТАО. Водночас їх слід призначати лише після ретельної оцінки ризиків і переваг та у контексті складання комплексного плану лікування. У разі призначення ПТАО перевагу варто віддавати бупренорфіну, а не метадону, оскільки опіоїдні ефекти від бупренорфіну є слабшими, синдром його відміни легшим, а ризик передозування нижчим. Це підтверджено повідомленнями самих підлітків-пацієнтів, для яких програма ПТАО бупренорфіном виявилася ефективною (Levy et al., 2007; Moore, Marsch, Badger, Solhkah, & Hofstein, 2011; Smyth, Fagan, & Kernan, 2012; Woody et al., 2008). Тих пацієнтів, для яких терапія бупренорфіном не дає користі, можна переводити на метадон.

Хоча терапія бупренорфіном дає змогу більш швидкого та легкого припинення лікування (у порівнянні з метадоном), в одному рандомізованому контрольованому дослідженні (Woody et al., 2008) було визначено, що тривалий прийом бупренорфіну пов’язаний з кращими результатами для пацієнтів-підлітків, ніж короткостроковий курс. Це є свідченням того, що схему лікування для підлітків (як і для дорослих пацієнтів) варто підбирати індивідуально.

### *2.6.6 Супутні психіатричні стани*

Подвійний діагноз або наявність супутнього психічного стану означає, що у пацієнта одночасно з розладами, викликаними вживанням наркотичних речовин, є ще й психічні розлади. На практиці це поняття застосовується більш вузько та включає в себе конкретні психічні стани (психоз, шизофренія, біполярний афективний розлад), які пацієнт має одночасно з розладами, викликаними вживанням наркотичних речовин. Водночас досить розповсюдженими факторами, які призводять до початку та продовження вживання наркотиків, є розлади настрою та тривожні розлади.

Питанню, наскільки серед людей з психічними розладами поширеним є вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, присвячена велика кількість досліджень. Хоча деталі щодо поширеності цих явищ серед різних категорій населення відрізняються, є послідовні свідчення, що зловживання алкоголем та вживання наркотичних речовин більше поширене серед людей, які мають психічні розлади (у порівнянні із загальним населенням) (Flynn & Brown, 2008).

У різних систематичних дослідженнях автори доходять висновку, що психічні розлади більше поширені серед людей, які вживають алкоголь та інші наркотичні речовини. При цьому між результатами різних досліджень спостерігається певна відмінність залежно від

методології дослідження та категорії населення. Як правило, серед тих, хто відповідає критеріям наявності залежності, зв'язок з вірогідністю психічних розладів є вищим. Так само він є вищим серед тих, хто має розлади настрою (у порівнянні з тими, хто має тривожні розлади) (Conway, Compton, Stinson, & Grant, 2006).

Особливо високий показник поширеності психічних розладів спостерігається серед тих, хто має залежність від опіоїдів. Такі розлади можуть включати депресію, соціальні фобії та інші тривожні розлади (A. R. Lingford-Hughes et al., 2012). Багато споживачів опіоїдів (особливо жінки) у момент звернення за наркологічною допомогою мають симптоми тривожності та депресії (Gordon, 2008). Депресія може бути викликаною, сприяти чи загострювати проблеми, пов'язані із вживанням опіоїдів, а може бути і не пов'язаною з ними. У деяких випадках депресія проходить упродовж лікування залежності (Gordon, 2008). Водночас у деяких пацієнтів можуть спостерігатися стійкі девіації поведінки та характеру, що варто враховувати у подальшій діагностиці.

Більшість (але не всі) дослідження пов'язують наявність психічного дистресу з гіршими результатами лікування. Також було встановлено, що депресія може призводити до гіршого психосоціального функціонування та підвищення ризику рецидиву вживання опіоїдів у випадку життєвих криз.

Серед людей, які мають психічні захворювання та вживають наркотичні речовини (у порівнянні з тими, хто має психічні захворювання та не вживає цих речовин), спостерігається вищий показник повернення до лікування та більш активне використання стаціонарної допомоги. Вживання та залежність від наркотиків за наявності гострих психічних розладів призводить до погіршення соціального функціонування, активного використання психіатричної допомоги та загалом гірших прогнозів лікування (Bellack & Gearon, 1998; C. H. Brown, Bennett, Li, & Bellack, 2011; DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008).

Лікарі, які проводять лікування, повинні мати навички здійснення оцінки, ведення/лікування та направлення пацієнтів із супутніми психічними розладами до профільних фахівців (Gordon, 2008) (Baker, Gowing, Lee, & Proudfoot, 2004).

Для людей, які мають супутні стани, існує ризик того, що вони можуть не звертатися ні за психіатричною, ні за наркологічною допомогою, і, отже, залишатися неохопленими жодною з них. Для надання належної допомоги при супутніх розладах необхідно створити і підтримувати мережі співпраці та маршрути перенаправлення.

Пацієнтів, які мають більш тяжкі розлади, викликані вживанням наркотичних речовин, та менш тяжкі психічні розлади, краще лікувати у наркологічних закладах/службах, але при цьому важливо забезпечити інтеграцію послуг та підтримання зв'язків із закладами психіатричного профілю. І навпаки, якщо у пацієнтів переважають психічні розлади, більш оптимально проводити їхнє лікування у психіатричних закладах із забезпеченням зв'язків з наркологічною службою. Ідеально, якщо пацієнти з легкими психічними розладами та помірними розладами, викликаними вживанням наркотичних речовин, будуть проходити лікування поза цими спеціалізованими службами. Але для цього потрібно застосовувати інтегрований комплексний підхід до лікування для задоволення низки потреб таких пацієнтів. Пацієнти, розлади обох видів у яких є тяжкими, потребують найбільш інтенсивного інтегрованого лікування із залученням і наркологічної, і психіатричної служб.

При обстеженні пацієнтів з психічними розладами та зловживанням наркотичними речовинами складно отримати точні результати. Основна причина необхідності діагностувати супутні психіатричні розлади та зв'язок цих розладів із вживанням наркотичних речовин полягає у тому, щоб визначити правильну схему лікування (Harrison & Abou Saleh, 2002; Williams, 2002). У деяких випадках неможливо визначити, який розлад є первинним – очевидно лише, що у пацієнта є і психічні розлади, і розлади, викликані вживанням наркотичних речовин, і що вони взаємно загострюються. У таких випадках важливою

стратегією є втручання, стабілізація психічного стану пацієнта та поступове подолання причини і проявів розладів (Scott, Gilvarry, & Farrell, 1998).

У багатьох дослідженнях підтверджено, що ПТАО може знижувати рівень психічних розладів, причому поліпшення спостерігається впродовж декількох тижнів після початку лікування. Після стабілізації на ПТАО необхідно проводити повторний скринінг усіх пацієнтів на наявність психічних розладів. Як правило, для цього достатньо провести ретельне і детальне обстеження пацієнта.

*Депресія*

Деякі симптоми депресії та тривожність, зміни настрою, відчуття нездатності спілкуватися з іншими людьми і відсутність мотивації безпосередньо впливають на спроможність пацієнта проходити лікування залежності від наркотиків (Holt et al., 2007).

Чітких свідчень про ефективність одночасного прийому антидепресантів та ПТАО для подолання депресії немає (Pani, Vacca, Trogu, Amato, & Davoli, 2010). Самі по собі залучення до ПТАО та стабілізація на ній пов'язані з високою вірогідністю позитивного ефекту для подолання симптомів психічних розладів, але депресія залишається у 10–20% пацієнтів, які проходять лікування метадоном (Nunes & Levin, 2004). Інтервенції у пацієнтів, які проходять ПТАО, можуть пом'якшувати симптоми депресії, але, як правило, сталих ефектів на розлади настрою вони не здійснюють (A. R. Lingford-Hughes et al., 2012). Бупренорфін може мати певні переваги перед метадоном у тому, що стосується лікування залежності від опіоїдів у людей, які мають депресію. Це пов'язано з його властивостями антагоніста опіоїдів при взаємодії з каппа-опіоїдними рецепторами. Водночас прояв цього ефекту не є системним (Dean, Bell, Christie, & Mattick, 2004; Gerra et al., 2006).

Якщо пацієнту необхідно приймати антидепресанти одночасно з метадоном або бупренорфіном, перевагу слід віддавати неседативним препаратам (наприклад, інгібіторам зворотного захоплення серотоніну, ІЗЗС), оскільки це зменшує ризик передозування.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Додаток 3: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |

Когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з фармакотерапією може створювати додаткові переваги в лікуванні депресії у споживачів наркотиків (Gordon, 2008).

Існує теоретична вірогідність, що прийом налтрексону призводить до погіршення настрою, але останні дослідження доводять, що індукція налтрексону та/або продовження його прийому сприяють поліпшенню настрою, а не його погіршенню (Dean et al., 2006; Mysels, Cheng, Nunes, & Sullivan, 2011).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Передозування (див. 2.3.7) |
| Додаток 3: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |

*Тривожність*

Опіоїди не мають таких сильних анксіолітичних ефектів, як бензодіазепіни, але вони можуть сприяти тому, щоб пацієнт забув ті проблеми, через які відчуває тривожність. Таким чином, у людей з тривожними розладами короткострокове пом'якшення симптомів тривожності може стати потужним мотиваційним фактором для вживання опіоїдів (Gordon, 2008).

Зловживання бензодіазепінами має місце частіше, і одночасний їх прийом з іншими опіоїдними препаратами, у тому числі метадоном та бупренорфіном, є значним фактором ризику передозування. Відтак при призначенні бензодіазепінів пацієнтам, які приймають опіоїдні препарати, необхідно ретельно зважити всі фактори. Якщо у довгостроковій перспективі прийому бензодіазепінів уникнути неможливо, варто здійснювати пильний

моніторинг (Gordon, 2008).

Якщо лікування тривожних розладів з використанням антидепресантів має відбуватися одночасно з проходженням ПТАО, перевагу слід віддавати неседативним препаратам (наприклад, інгібіторам зворотного захоплення серотоніну), беручи до уваги при цьому можливу взаємодію цих препаратів з метадоном або бупренорфіном.

*Психоз*

Серед людей, які вживають наркотики, рівень розповсюдженості супутніх психотичних розладів зазвичай невисокий, але вони пов'язані з підвищеною смертністю. Залежність від опіоїдів та наявність психотичних розладів часто пов'язані з більш високим рівнем дисфункції (Gordon, 2008). Для пацієнтів з шизофренією зазвичай більш характерним є порушення соціального функціонування. Вони відчувають проблеми із налагодженням соціальних відносин та з тим, щоб здійснювати супротив соціальному тиску до вживання наркотиків. Також вони можуть мати труднощі з розбудовою системи соціальної підтримки, необхідної для скорочення вживання наркотиків (Bellack & Gearon, 1998).

Шизофренія пов'язана з низкою когнітивних порушень, через які людям з таким діагнозом важко успішно проходити програми лікування залежності від наркотиків (Bellack & Gearon, 1998). Через негативні симптоми та побічні ефекти медичних препаратів пацієнти з шизофренією мають складнощі з тим, щоб проявляти ініціативу та підтримувати мотивацію самих себе. Такі пацієнти, маючи проблеми із вживанням наркотиків, часто не спроможні брати на себе та дотримуватися зобов'язань щодо припинення вживання наркотиків. Їм потрібна постійна підтримка з боку програм, що толерантно ставляться до пацієнтів, які можуть періодично кидати лікування та повертатися до нього (Bellack & Gearon, 1998).

Прийом опіоїдів (у т.ч. метадону та бупренорфіну) загострює седативний ефект нейролептиків, а окремі препарати з психоактивною дією, наприклад карбамазепін, можуть прискорювати метаболізм метадону та бупренорфіну, що призводить до зниження рівня цих препаратів у плазмі крові. У той же час, як видається, жодної взаємодії між налтрексоном та нейролептиками немає (Gordon, 2008).

Відповідно до ранніх досліджень, прийом оланзапіну одночасно з метадоном чи бупренорфіном може мати позитивний ефект для контролю над вживанням опіоїдів та пом'якшення симптомів психозу (Gerra et al., 2007). Поєднання щоденного прийому психотропних препаратів та препаратів для лікування залежності від опіоїдів може приводити до кращого дотримання пацієнтами курсу лікування психотичних розладів (Gordon, 2008).

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Додаток 3: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

*Розлади особистості*

Люди з розладами особистості можуть мати сильніші проблеми до та після лікування, проте досягти таких само позитивних результатів лікування, як і пацієнти без таких розладів. Відтак для споживачів алкоголю і наркотиків з розладами особистості корисними можуть бути і стандартні схеми лікування розладів, викликаних вживанням наркотичних речовин (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay, & Boardman, 1998; Cacciola & Rutherford, 1996; Darke, Finlay-Jones, Kaye, & Blatt , 1996; A. R. Lingford-Hughes, et al., 2012).

*Посттравматичні стресові розлади (ПТСР)*

Відповідно до досліджень, проведених в Австралії, серед людей, які мають залежність від героїну, дуже поширеним є досвід травм, або посттравматичні стресові розлади (Mills, et al., 2005). Наркозалежні пацієнти з ПТСР мають більш складну клінічну ситуацію порівняно

з пацієнтами, які мають лише залежність від опіоїдів.

Зважаючи на те, що ПТСР та розлади, викликані вживанням наркотичних речовин, можуть бути функціонально взаємопов'язаними, окреме лікування ПТСР та наркоманії може бути проблематичним. За можливості слід віддавати перевагу інтегрованим схемам лікування (Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998).

### *2.6.7 Одночасне вживання декількох ПАР*

Одночасне вживання декількох ПАР є достатньо поширеним явищем, особливо серед пацієнтів наркологічних програм. Важливе значення мають способи поєднання наркотиків, оскільки знання про них може допомогти обрати ефективні схеми лікування. Як правило, це:

- комбіноване вживання наркотиків для досягнення конкретного ефекту (наприклад, сильнішого седативного ефекту від одночасного вживання опіоїдів та бензодіазепінів);
- вживання одного наркотика для пом'якшення побічних ефектів іншого (наприклад, вживання канабіоїдів або алкоголю для пом'якшення симптомів тривожності та інших побічних ефектів, викликаних метамфетаміном);
- вживання одного наркотика для пом'якшення синдрому відміни іншого (наприклад, вживання бензодіазепінів для пом'якшення синдрому відміни алкоголю або опіоїдів);
- невибіркове вживання різних наркотиків для досягнення інтоксикації (особливо часто спостерігається серед молодих споживачів наркотиків);
- залежність одночасно від двох або більше наркотиків (це може бути пов'язано із сильною схильністю до залежності від наркотиків, викликаною генетичними, психологічними або соціальними факторами).

Особливо високі ризики одночасного вживання декількох ПАР мають пацієнти:

- з інтоксикацією або ознаками/симптомами синдрому відміни бензодіазепінів чи алкоголю;
- які регулярно вживають препарати у дозах, що перевищують стандартну терапевтичну

Коли пацієнти починають лікування, медичні заклади (провайдери медичних послуг) мають бути обізнані щодо того, що під час проходження ПТАО у пацієнтів можуть розвинутися нові сильні звички у зв'язку із вживанням алкоголю та інших наркотичних речовин і що вони можуть бути шкідливими. Деякі пацієнти помилково вважають, що поки вони проходять терапію метадоном, бупренорфіном чи налтрексоном, у них не може розвинутися залежність від інших наркотичних речовин (не опіоїдів). Про хибність такого бачення з пацієнтами варто говорити під час індукції терапії. Провайдери медичних послуг мають слідкувати за можливою появою нової залежності в їхніх пацієнтів та здійснювати відповідні інтервенції. Медичні працівники мають застерігати пацієнтів від вживання таких наркотичних речовин та проводити моніторинг вживання наркотиків під час кожного прийому. Якщо пацієнти зловживають або мають залежність від інших наркотиків, необхідно оцінити ризики та переваги продовження терапії.

#### *Одночасне вживання декількох ПАР та ПТАО*

Особам, які вживають інші наркотики (не опіоїди), призначати та проводити ПТАО усіх видів варто з обережністю. Особливо це стосується ситуацій, коли пацієнти вживають інші седативні наркотичні речовини, як-от алкоголь, а також бензодіазепіни та антидепресанти у дозах, що перевищують стандартні терапевтичні. Особливу увагу слід звертати на оцінку рівня залежності від опіоїдів, супутньої залежності від інших наркотиків та ризики

передозування.

У наш час ще не зібрано достатньо свідчень того, який вид лікування є кращим для пацієнтів, які одночасно вживають опіоїди та інші наркотики – терапія метадоном чи бупренорфіном. Для лікування залежності від опіоїдів добре підходять обидва варіанти (A. Lingford-Hughes & Nutt, 2003).

Серед пацієнтів програм ПТАО поширеним є ризиковане вживання алкоголю. Медичним працівникам слід виявляти випадки такого вживання алкоголю та втручатися на ранніх етапах: або шляхом проведення відповідних інтервенцій самостійно, або направляючи пацієнта до спеціалізованих провайдерів.

Необхідно проводити моніторинг вживання алкоголю шляхом оцінки анамнезу пацієнта, оглядів, функціональних проб печінки та тестів на алкоголь за допомогою алкотестерів. Пацієнтам, які приходять до медичного працівника з явними ознаками алкогольного або іншого сп'яніння, не можна давати метадон.

Зважаючи на те, що лікування пацієнтів із супутньою залежністю від алкоголю пов'язане з серйозними проблемами, варто розглянути можливість одночасної терапії дисульфірамом чи акампрозатом. Якщо пацієнт приймає будь-який з цих препаратів, слід розглянути варіант призначення йому метадону в формі рідкого розчину, який не містить алкоголю. Це дасть змогу знизити ризики негативних реакцій.

При проведенні фармакотерапії варто зважати на можливу взаємодію препаратів з іншими лікарськими засобами, особливо у контексті одночасного прийому седативних препаратів та ПТАО. Пацієнтів, які станом на початок ПТАО продовжують вживати алкоголь або інші неопіоїдні наркотики небезпечним способом, варто попереджувати про потенційну загрозу інтоксикації, шкоду від одночасного вживання декількох ПАР, у тому числі підвищення ризику передозування, а також консультувати про шляхи зниження або припинення ризикованої поведінки. Пацієнтами, що піддаються високим ризикам одночасного вживання декількох ПАР, є особи, які часто приходять до пункту ПТАО з ознаками інтоксикації або симптомами синдрому відміни бензодіазепінів чи алкоголю, а також ті, хто регулярно вживає препарати у дозах, що перевищують стандартну терапевтичну.

***Коментар робочої групи:*** *Проблематика надмірного вживання алкоголю серед осіб, які вживають наркотики та, зокрема, перебувають на лікування препаратами ПТАО, широко описана в численних дослідженнях. Так, зокрема, окремі дані деяких доводять, що серед осіб із розладами вживання опіоїдів, розлади вживання алкоголю зустрічаються у 8,4 разів частіше, ніж у осіб із іншими порушеннями здоров'я [1]. Окрім дані, отримані в процесі аналізу медичних записів пацієнтів, які мали розлади внаслідок вживання опіоїдів, проведених в двох дослідженнях в США, вказують на схожі дані: від 23,4% до 38% пацієнтів також мали розлади, пов'язані з вживання плкоголю [2]. Дані з окремих країн, наводять схожі цифри: від 28 до 79% пацієнтів, які оримують лікування препаратами ПТАО також мають коморбідні розлади вживання алкоголю - вживають алкоголь у небезпечній або залежній формі [6;31]. Варто зауважити, що різні джерела даних подають відмінні цифри щодо поширеності зловживання алкоголем (у відповідності до стандартних визначень надмірного вживання алкоголю), висновки щодо негативних клінічних наслідків поєднаної залежності ознозначні. Дослідження, які вивчають вплив зловживання алкоголю в поєднанні з лікуванням ПТАО, надають дані щодо підвищення ризику передозування та, відповідно, підвищення ризику смертності, зниження прихильності до лікування, в тому числі, недотримання режиму лікування та пропуску прийому призначених доз препарату, підвищення ризику рецидиву, збільшення індивідуального ризику щодо прогресування цирозу або гепатотоксичності. Крім того, зловживання алкоголем можуть загострити супутні психіатричні стани, такі як тривожність, депресивні розлади, підвищити ризик скоєння самогубства. Окремі проаналізовані національні клінічні керівництва розглядають ступінь вживання алкоголю, як*

*фактор ризику під час оцінки готовності пацієнта отримувати препарати для самостійного прийому поза межами лікувального закладу. Загальною клінічною рекомендацією у проаналізованих джерелах є проведення щорічного скринінгу та короткого втручання щодо зловживання алкоголем серед учасників лікування ПТАО, враховуючи його поширеність, потенціал та негативні наслідки. Систематичне застосування таких доказових інструментів в рутинній клінічній практиці дозволяє попередити важкі наслідки, внаслідок поєднаного розладу та вчасно запропонувати спеціалізоване лікування у разі потреби та застосувати додаткові стратегії, які вплинуть на перебіг лікування препаратами ПТАО.*

*З огляду на поширеність проблематики, робоча група рекомендує застосовувати моніторинг вживання алкоголю із застосуванням доказових скринінгових інструментів, зокрема, скринінговий опитувальник, розроблений та рекомендований ВООЗ тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT) та короткі інтервенції для профілактики, зниження рівня або зупинки вживання алкоголю. Рекомендовано щоб зазначені методики використовувались лікарями, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу перед початком лікування та регулярно (з періодичністю раз на рік, пів року) для відслідковування прогресу в лікуванні. При цьому, застосування AUDIT в клінічній практиці для виявлення супутніх розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, рекомендовано саме для пацієнтів ПТАО, як частини загальної цільової стратегії виявлення та подолання негативних наслідків від вживання алкоголю. Рекомендовано використання лікарями, які супроводжують лікування пацієнтів ПТАО на регулярній основі (щонайменше 1 раз на рік) для відслідковування прогресу лікування.*

*Лікування одночасного вживання декількох ПАР*

Для пацієнтів може бути пріоритетнішим займатися розв'язанням своїх проблем, пов'язаних із вживанням наркотиків, по черзі (а не одночасно), особливо якщо вони відчувають синдром відміни внаслідок припинення вживання кожного наркотика. Водночас спроби подолання всіх цих проблем одночасно можуть давати кращі клінічні результати. Крім того, деякі способи лікування, зокрема стаціонарна терапія та реабілітація у стаціонарі, вимагають від пацієнта припинити вживання всіх наркотиків. Навіть у програмах амбулаторного лікування варто заохочувати одночасно долати всі прояви та види проблемного вживання наркотиків. Як свідчать дані, коли пацієнт намагається припинити вживання певного наркотику, вживання іншого може викликати рецидив щодо першого. Наприклад, якщо він має залежність від опіоїдів, вживання канабісу може підвищувати ризик рецидиву вживання опіоїдів.

Психологічні інтервенції та загальні консультації зазвичай є ефективнішими, якщо вони спрямовані на розв'язання різних проблем щодо вживання наркотиків одночасно. Якщо фокусуватися на подоланні проблем, пов'язаних із вживанням одного наркотику, ігноруючи проблеми, викликані іншими наркотиками, це може призводити лише до часткового поліпшення стану функціонування пацієнта, хоча рівень вживання може знизитися. Крім того, користь, яку пацієнт отримує від когнітивно-поведінкової терапії та інших інтервенцій, може одночасно застосовуватися і до розв'язання проблем, пов'язаних з одночасним вживанням різних наркотиків.

Одночасні інтервенції з розв'язання всіх проблем з наркотиками (якщо пацієнт готовий до них) може мати переваги в контексті економії коштів та часу, а також кращих результатів та позитивного впливу на здоров'я пацієнта.

*Лікування для припинення паління*

Вживання тютюну людьми із залежністю від опіоїдів є більш поширеним супутнім станом, ніж вживання алкоголю та всіх інших наркотичних речовин. Половина смертей

пацієнтів, які проходили лікування залежності від алкоголю, ставалася через захворювання, викликані палінням (тобто більше, ніж через захворювання, викликані власне алкоголем). Згідно із результатами 24-річного дослідження людей, які протягом тривалого часу вживали алкоголь, смертність серед курців була у чотири рази вищою, ніж серед тих, хто не палив. Хоча масштаби цієї проблеми серед людей, які мають залежність від опіоїдів, є очевидними, залишаються невирішеними питання щодо того, коли та як краще здійснювати відповідне втручання (Bowman et al., 2012; J.J. Prochaska, Delucchi, & Hall, 2004). Останні дослідження свідчать, що одночасне припинення вживання тютюну та інших наркотичних речовин знижує показник рецидивів – як мінімум це стосується деяких наркотичних речовин (Reid et al., 2008). Пояснити високий показник поширеності паління серед пацієнтів ПТАО допомагає взаємодія між опіоїдами та нікотином (A.K. Elkader, Brands, Selby, & Sproule, 2009). Це дає змогу визначити переваги подолання проблем, пов'язаних із вживанням обох речовин.

В одному із рандомізованих контрольованих досліджень (Reid et al., 2008) пацієнти програм підтримувальної терапії метадоном та амбулаторних програм лікування залежності від алкоголю і наркотиків проходили звичайне лікування, причому одна група при цьому ще й отримувала допоміжну терапію для припинення паління, а інша – ні. Терапія припинення паління складалася з 8-тижневого курсу групових консультацій та використання нікотинових замісних пластирів. Наслідком цієї терапії стало суттєве скорочення щоденного вживання тютюну та утримання від паління деякими пацієнтами (помірний рівень результату), причому жодних побічних ефектів на процес реабілітації не спостерігалося. Показники утримання від вживання тютюну, яких було досягнуто (10% протягом лікування та 5–6% – через три та шість місяців після його завершення), є значно нижчими за ті, які зазвичай спостерігаються серед загального населення (30–50% протягом лікування та 10–20% – через певний час по його завершенню). Багато пацієнтів, які брали участь у цьому дослідженні, проходили лікування вже протягом тривалого часу – відповідно, існує вірогідність, що більш агресивне лікування для припинення паління на початку курсу лікування залежності від алкоголю та наркотиків може призводити до негативних наслідків. Крім того, у цьому дослідженні використовувалася схема лікування залежності від нікотину, що передбачала групові консультації високого рівня. Автори зауважили, що негативним фактором для деяких потенційних учасників була значна тривалість програми. Це може стати перешкодою для широкого застосування програм такого типу.

У систематичному огляді ефективності інтервенцій з припинення паління серед пацієнтів програм лікування залежності або відновлення (J.J. Prochaska et al., 2004) було встановлено суттєве зростання показника утримання від паління серед учасників, які отримували ці інтервенції, причому нікотинова замісна терапія була пов'язана із сильнішими ефектами (у 14 із 15 досліджень, включених до огляду, проводилися психосоціальні інтервенції з припинення паління, а в 11 – пацієнти проходили нікотинову замісну терапію). Згідно із результатами оцінок, через півроку після припинення інтервенції або пізніше ефекти вже не були значимими. Це означає, що дослідження свідчать про хороші результати у контексті припинення паління, але існують проблеми щодо утримання від нього протягом тривалого часу.

Відносна різниця між учасниками інтервенцій та контрольною групою була однаковою і для пацієнтів програм лікування залежності, і для пацієнтів програм відновлення. В той же час показники припинення паління були послідовно вищими серед пацієнтів програм відновлення у порівнянні з пацієнтами програм лікування залежності (J.J. Prochaska et al., 2004).

Серед пацієнтів, які проходили лікування залежності, інтервенції з припинення паління були пов'язані зі значним підвищенням показника довгострокової тверезості порівняно із контрольною групою. На основі цього результату автори дійшли висновку, що інтервенції з

припинення паління можуть бути корисними для досягнення довгострокової тверезості, навіть якщо вони не утримуються від паління протягом тривалого часу (J. J. Prochaska et al., 2004).

Враховуючи, що всі види інтервенцій з припинення паління здаються однаково ефективними і лише деякі з них мають побічні ефекти, курців варто інформувати про переваги і недоліки різних видів лікування. Рекомендується проводити психосоціальні інтервенції та фармакотерапію одним або більшою кількістю препаратів. Якщо курець не може припинити вживання опіоїдів, необхідно оцінити причини рецидиву і після цього обрати більш інтенсивний вид або нову схему лікування (або й те, й інше). Поєднання психосоціальних інтервенцій та фармакотерапії підвищує показник припинення вживання наркотиків. Курці, які вживають тютюн не кожного дня, з меншою вірогідністю матимуть залежність від нікотину. Вірогідність того, що фармакотерапія буде корисною для них, також є нижчою. Пацієнти, які мають інші проблеми з наркотиками, навряд чи припинять їх вживання, якщо ці проблеми не будуть розв'язані до або під час того, як вони робитимуть спроби відмовитися від вживання. Ризик рецидиву для таких пацієнтів може бути вищим (Hughes, 2008).

*Бензодіазепіни*

Як правило, серед споживачів бензодіазепінів спостерігаються підвищені ризики та гірше психологічне функціонування у порівнянні з іншими пацієнтами.

Зв'язок між вживанням бензодіазепінів та підвищеними ризиками передозування і дорожньо-транспортних пригод (Bramness, Skurtveit, Morland, & Engeland, 2012; Leung, 2011) свідчить про важливість подолання проблем, які можуть бути пов'язані із зловживанням бензодіазепінами, особливо у комбінації з опіоїдними наркотиками.

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Передозування (див. 2.3.7) |

При призначенні бензодіазепінів пацієнтам програм ПТАО необхідно бути обережними. Клінічне спостереження за пацієнтами, які проходять підтримуюче лікування цими препаратами, має проводитися відповідно до таких же високих стандартів, як і за пацієнтами ПТАО.

*2.6.8 Інфекції при вживанні ін'єкційних наркотиків*

Перед споживачами ін'єкційних наркотиків стоять серйозні ризики інфікування, пов'язані з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію, особливо якщо до цього його використовували інші люди, а також із вживанням ін'єкційних наркотиків у нестерильних умовах. Інфекції можуть передаватися не лише через голки чи шприци, а й через тампони, фільтри, змішувальні ложки/воду і джгути. Найчастіше споживачі ін'єкційних наркотиків інфікуються вірусом гепатиту С, але також є ризик інфікування вірусом гепатиту В або ВІЛ.

Навіть якщо використовується стерильний ін'єкційний інструментарій, споживачі наркотиків можуть інфікуватися бактеріальними та/або грибковими інфекціями, особливо при ін'єкції препаратів, які поміщалися у ротову порожнину. Такі інфекції можуть призводити до запалення у місці ін'єкції або спровокувати таке серйозне захворювання, як ендокардит. Повторні ін'єкції в одне й те саме місце призводять до пошкодження вен.

Важливими заходами для зниження ризику інфікування є програми розповсюдження чистих голок і шприців та інші послуги з відкритим доступом. Проте терапевтичні служби все одно мають попереджувати пацієнтів про ризики вживання ін'єкційних наркотиків та способи їх зниження.

Необхідно заохочувати їх до проходження добровільного тестування на ВІЛ, віруси гепатитів В і С та інших поширених інфекцій під час індивідуальних оглядів. Перед такими

тестуваннями та після них варто здійснювати відповідне консультування. Зважаючи на географічну близькість Австралії та регіону Південно-Східної Азії, де серед споживачів ін'єкційних наркотиків спостерігається високий рівень розповсюдження ВІЛ, необхідно наполегливо закликати пацієнтів до проходження відповідних тестів. Також рекомендується проводити серологічне тестування та вакцинацію від гепатиту В. Крім того, під час огляду пацієнта слід робити тести на туберкульоз та захворювання, що передаються статевим шляхом (WHO, 2009). За можливості таке тестування здійснюється у наркологічних закладах, що дозволяє оптимізувати зв'язки та підвищити вірогідність направлення пацієнта на відповідні інтервенції у разі позитивних результатів тестів.

ПТАО довела свою ефективність у профілактиці інфекційних захворювань, особливо ВІЛ/СНІДу (L. Gowing et al., 2011). Також вона є ефективною у контексті дотримання пацієнтом курсу лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу (Batki, Gruber, Bradley, Bradley, & Delucchi, 2002; Malta, Strathdee, Magnanini, & Bastos, 2008; Spire, Lucas, & Carrieri, 2007). Нарешті, вона пов'язана з кращими результатами лікування цих станів (Antela et al., 1997; Moreno et al., 2001; Roux et al., 2009).

*ВІЛ/СНІД*

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Додаток З: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

Програми лікування залежності від опіоїдів мають надавати ВІЛ-позитивним пацієнтам спеціалізовані послуги або направляти їх до профільних фахівців/установ, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції/СНІДу, для належного моніторингу стану їхнього здоров'я. ВІЛ-позитивні пацієнти програм ПТАО можуть потребувати корегування схеми фармакотерапії, особливо у випадку метадону, оскільки метадон може вступати у взаємодію з антиретровірусними препаратами. Крім того, свій ефект на лікування можуть здійснювати супутні захворювання, а саме депресія чи туберкульоз.

Як правило, ВІЛ-позитивні пацієнти можуть справлятися з рутиною та умовами фармакотерапії залежності від опіоїдів, але медичні, психологічні та соціальні ускладнення, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, можуть передбачати певну гнучкість у поточному лікуванні опіоїдної залежності. Якщо партнери або особи, які здійснюють догляд за ВІЛ-позитивним пацієнтом, також мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків, їм може знадобитися додаткова підтримка.

*Гепатити А та В*

Вірус гепатиту А зазвичай передається фекально-оральним шляхом. Спалахи цього захворювання є більш вірогідними у густонаселених районах з поганими санітарними умовами. Також повідомляється про спалахи гепатиту А серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Основними факторами ризику інфікування гепатитом В є ризикована сексуальна поведінка та вживання ін'єкційних наркотиків.

Усім пацієнтам програм терапії метадоном, бупренорфіном або налтрексоном, які не мають імунітету до вірусів гепатиту А чи В, слід пропонувати вакцинацію. Пріоритетним заходом також є вакцинація серонегативним партнерам та близьким родичам пацієнтів, які є серопозитивними до гепатиту В та потенційно можуть переносити інфекцію. В Австралії нині зареєстровані та доступні для використання чотири вакцини від гепатиту А та дві комбіновані вакцини від гепатиту А і В. Пацієнтів, які мають хронічний гепатит В, необхідно направляти на обстеження до гастроентеролога. Близько 90% дорослих, інфікованих гепатитом В, можуть вивести з організму цей вірус, проте 5–10% стають хронічно інфікованими та потребують

активного лікування.

Ці тести не обов'язково мають робитися до початку лікування залежності від опіоїдів. Ефективнішим буде проходити їх протягом першого місяця лікування.

*Гепатит С*

Розповсюдження вірусу гепатиту С (ВГС) через вживання ін'єкційних наркотиків є однією з основних проблем, що стоять перед системою охорони громадського здоров'я. Під час тестування на ВГС доцільно визначати не лише наявність антитіл до цього вірусу, але й його генотип та вірусне навантаження, оскільки ця інформація є необхідною для планування схеми лікування та встановлення його цілей і результатів.

Приблизно у 75% пацієнтів з ВГС розвивається хронічна інфекція, яка може призвести до тривалих ушкоджень печінки. За нинішніми оцінками, у 7% пацієнтів з хронічною інфекцією гепатиту С протягом двадцяти років після інфікування розвивається цироз печінки, а у 20% – протягом сорока. Це свідчить про те, що повільний перебіг цього захворювання, а тому інтервенції на початковому етапі мають критично важливе значення. Щороку в 2–5% пацієнтів із цирозом печінки виникає печінкова недостатність, а у 1–2% – рак печінки[18]. З віком рівень смертності серед споживачів опіоїдів від хронічного гепатиту С та його ускладнень зростає.

Серед пацієнтів наркологічних служб спостерігається високий рівень поширеності гепатиту С. Вони складають значну частку інфікованих цим вірусом. Відтак підвищення рівня охопленості цих осіб програмами лікування гепатиту С матиме відчутні результати для охорони громадського здоров'я. Мета лікування полягає у профілактиці розвитку печінкової недостатності та раку печінки. Нині стандартною схемою лікування ВГС є поєднання пегільованого альфа-інтерферону та рибавірину. Ця схема дозволяє досягти приблизно 40%-ного показника стійкої вірусологічної ремісії для вірусу генотипу 1 і 80% – для вірусів генотипу 2 і 3. Водночас додавання боцепревіру або телапревіру до цієї схеми пов'язано з підвищенням вірогідності ремісії інфекції, викликаної вірусом генотипу 1 (Chou et al., 2013). Обидва ці препарати включені до Програми субсидування окремих категорій рецептурних лікарських засобів для населення (Pharmaceutical Benefits Scheme). Реакція на лікування у споживачів ін'єкційних наркотиків та осіб, які їх не споживають, є однаковою (Sullivan & Fiellin, 2004). Крім того, показники дотримання курсу лікування та результатів лікування можуть поліпшуватися, якщо терапія ВГС здійснюється одночасно з лікуванням залежності від алкоголю або наркотиків (Stein et al., 2012).

Заохочувати пацієнтів наркологічних служб починати лікування ВГС є складним завданням. Лікування, на яке пацієнт має погодитися, є тривалим (зазвичай 6 або 12 місяців) та може призводити до неприємних побічних ефектів і припинення звичного способу життя. Враховуючи, що у багатьох людей з ВГС протягом тривалого часу не проявляються жодні симптоми, їм важко прийняти таке рішення. Важливо, щоб пацієнтам надавалася правдива та об'єктивна інформація про переваги та можливі негативні (побічні) ефекти лікування. Крім того, людям, які проходять лікування гепатиту С, необхідно надавати належну підтримку та консультації для подолання побічних ефектів і сприяння дотриманню ними курсу лікування. Провайдери медичних послуг мають бути обізнаними з варіантами лікування гепатиту С та шляхами направлення пацієнтів до профільних фахівців.

[18] ВІЛ, вірусне навантаження і захворювання, що передаються статевим шляхом: Керівництво для надання первинної допомоги. Товариство ВІЛ-медицини Австралазії [HIV, viral hepatitis and STIs: A guide for primary care. Australasian Society for HIV Medicine], 2008. Доступно за посиланням: http://www.ashm.org.au.

Необхідно налагодити зв'язки між наркологічними клінічними службами та службами, які здійснюють лікування гепатитів.

Якщо особа має ВГС, необхідно визначити її статус інфікування ВГВ, оскільки ко-інфекція обома гепатитами може бути фактором більш агресивного перебігу захворювання. У випадку ко-інфекції до схеми лікування варто додати інтерферон та здійснювати пильний моніторинг стану пацієнта.

Потрібно також проводити консультації та інформаційну роботу для роз'яснення наслідків інфікування гепатитом С, скорочення ризикованої поведінки та мінімізації розповсюдження вірусу. Зокрема, пацієнтам необхідно надавати поради щодо скорочення ризикованого вживання всіх видів наркотичних речовин (у т.ч. алкоголю) та лікування усіх станів, пов'язаних з гепатитом С. Зокрема, пацієнтів слід переконувати не використовувати ін'єкційний інструментарій (у т.ч. джгути, ложки та розчини) спільно. Це стосується й бритв, зубних щіток та інших інструментів, які можуть контактувати з кров'ю.

Як правило, пацієнтам з хронічними захворюваннями печінки, які проходять тривалу ПТАО, не варто змінювати дозу замісного препарату, але якщо у функціонуванні печінки спостерігаються різкі зміни, таке коригування може бути необхідним.

***Коментар членів робочої групи**: на момент розробки даної клінічної настанови використання для лікування вірусного гепатиту С пігельованого альфа-інтерферону, боцепревіру або телапревіру вже не рекомендовано. В Україні лікування здійснюється із використанням сучасних схем лікування, а саме: софосбувір/даклатасвір, софосбувір/велпатасвір, софосбувір/ледіпасвір, омбітасвір/паритапревір/ритонавір та дасабувір. Зазначені схеми лікування є простими у використанні та майже не призводять до побічних ефектів, при цьому 95% осіб досягають стійкої вірусологічної відповіді на лікування, що означає виліковування. Тривалість лікування становить 12-24 тижні. Лікування не призводить до необхідності зміни звичного стилю життя. Лікарські засоби закуповуються за кошти державного бюджету централізовано.*

*2.6.9 Ув'язнені*

У багатьох випадках при потраплянні під варту люди припиняють або суттєво скорочують вживання наркотиків, але якщо вони все ж вживають їх, то роблять це більш ризикованим шляхом (Hedrich et al., 2012; Stallwitz & Stover, 2007). У пенітенціарних установах штату Південна Австралія приблизно 13–14% ув'язнених практикують вживання опіоїдів ризикованими способами. Більше 50% повідомляють про те, що вони вживали ін'єкційні наркотики хоча б один раз протягом трьох місяців перед потраплянням під варту (Holmwood, Marriott, & Humeniuk, 2008). Враховуючи, що у пенітенціарних закладах спостерігається високий рівень зміни контингенту та повторних ув'язнень, стан здоров'я ув'язнених серйозно впливає на охорону громадського здоров'я у громадах, куди вони повертаються. Повернення ув'язнених до своїх громад часто пов'язане із підвищенням ризиків для здоров'я, особливо у контексті статевих контактів та вживання наркотиків. Дуже поширеним явищем серед осіб з досвідом вживання наркотиків є рецидиви після звільнення з-під варти. Вони пов'язані з більш активною участю у кримінальній діяльності, ризиками інфікування ВІЛ та ВГС, передозуванням, смерті від передозування та повторного ув'язнення.

З огляду на це, дана категорія населення потребує особливої уваги. Робота з нею має бути спрямована на поліпшення благополуччя та соціального функціонування після звільнення, а також на зниження ризиків для громадського здоров'я і безпеки.

Особливий ризик, що постає перед споживачами опіоїдів, які звільняються із пенітенціарних установ – це ризик передозування, що пов'язано зі зниженням толерантності до опіоїдів протягом їхнього перебування під вартою (Stallwitz & Stover, 2007). Важливим

засобом зниження цього ризику є проведення ПТАО під час ув'язнення і перед звільненням, а також надання консультацій та попередження пацієнтів про високий ризик передозування (Cropsey et al., 2011; Hedrich et al., 2012).

Етап лікування після звільнення має критичне значення для скорочення ризику рецидивів та участі у кримінальній діяльності серед колишніх ув'язнених, які мали проблеми із залежністю від наркотиків. Результати деяких досліджень свідчать, що важливим фактором для підтримання результатів лікування залежності від наркотиків, проведеного під час перебування в ув'язненні, є ефективний подальший догляд. Крім потреб подолання залежності від опіоїдів, багато колишніх ув'язнених можуть мати проблеми з житлом та грошима, а в окремих випадках – із психічним здоров'ям. Після звільнення вони повертаються до своїх друзів або у сім'ї, де їм не завжди надаватиметься належна підтримка. Тому подальший догляд не повинен обмежуватися наданням наркологічної допомоги – він має включати також послуги із соціальної підтримки (Jurgens, 2007). Необхідно налагодити дієві зв'язки між пенітенціарними установами та медичними закладами для забезпечення безперервності медичної допомоги для осіб, звільнених з-під варти (Hedrich et al., 2012).

### *2.6.10 Лікування больового синдрому*

*Гострий больовий синдром у пацієнтів, які проходять фармакотерапію залежності від опіоїдів*

Для подолання помірного болю пацієнтам необхідно призначати неопіоїдні анальгетичні засоби (аспірин, парацетамол, нестероїдні протизапальні препарати). Для тих, хто приймає налтрексон або препарати, що містять опіоїди (наприклад, препарати від кашлю, застуди або діареї), не будуть ефективними.

Якщо для подолання больового синдрому середньої тяжкості потрібні додаткові опіоїдні анестезійні препарати, доцільним може бути підвищення на деякий час дози метадону або бупренорфіну.

Пацієнти програм ПТАО, які потрапляють до лікарні, за можливості мають продовжувати лікування метадоном чи бупренорфіном. Тим, кому тимчасово не дозволяють приймати його перорально (наприклад, після абдомінальної хірургії), мають давати парентеральні опіоїдні анальгетичні препарати – бажано шляхом безперервної інфузії в дозах, достатніх для полегшення болю та контролю за відміною. Згодом вони мають повернутися до прийому метадону перорально та продовжувати приймати парентеральні опіоїдні анальгетичні препарати, поступово зменшуючи їх дозу.

Маючи толерантність до опіоїдів, пацієнти програм ПТАО потребують більших доз анальгетичних препаратів для подолання больового синдрому. Розмір дози та спосіб прийому препарату повинні визначатися на основі консультацій з медичними працівниками, які мають відповідну кваліфікацію у сфері лікування больового синдрому. Пацієнтам програм підтримувальної терапії метадоном не можна призначати препарати із змішаними властивостями агоністів та антагоністів опіоїдів або часткові агоністи (наприклад, бупренорфін), оскільки вони можуть викликати синдром відміни у гострій формі.

Існують свідчення крос-толерантності між метадоном та анестетичними речовинами: так, пацієнтам програм терапії метадоном, можливо, будуть необхідні більші дози анестетичних препаратів під час стоматологічних або хірургічних процедур. Пацієнти, яким потрібне велике оперативне втручання, мають повідомляти своїх лікарів про прийом метадону чи бупренорфіну та обговорювати з ними варіанти подолання больового синдрому в післяопераційний період до проведення операції. Якщо під час планового оперативного втручання, у тому числі стоматологічної операції, планується

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| А7.6 Лікування больового синдрому |

використання опіоїдних анальгетичних препаратів, щонайменше за 72 години до операції варто припинити прийом налтрексону. Лікар має знати, що пацієнт приймає налтрексон. У подальшому пацієнт має утримуватися від прийому опіоїдів як мінімум 3–5 днів після операції перед тим, як повертатися до терапії налтрексоном. Точний строк утримання від опіоїдів залежить від тривалості їх вживання та періоду напіввиведення. За більш консервативним підходом – пацієнт має утримуватися від вживання опіоїдів упродовж семи днів.

*Хронічний біль*

Якщо пацієнт має одночасно залежність від фармацевтичних опіоїдів та гострий хронічний біль, це передбачає серйозні проблеми як для нього самого, так і для його сім'ї та осіб, які доглядають за ним, медичних працівників і відповідних служб. Лікування, яке надається багатьом пацієнтам, є неналежним та погано скоординованим. Крім того, такі пацієнти можуть відчувати стигму (з боку сім'ї, друзів, громади та медичних закладів), а це, своєю чергою, може призводити до подальшого погіршення результатів лікування та якості їхнього життя. Нижче наводиться огляд основних принципів лікування таких пацієнтів.

*Оцінка та постановка діагнозу*

Необхідно брати до уваги такі аспекти:

1. Характеристика больового синдрому: етіологія, тяжкість, місце прояву, фактори, які сприяють або пом'якшують його.
2. Вживання опіоїдів: досвід та способи вживання, нинішня ситуація, обсяг, частота, ситуація з відміною, толерантність, спроби припинити або скоротити вживання, психосоціальні критерії залежності, побічні ефекти вживання.
3. Вживання інших наркотичних речовин: досвід та нинішня ситуація.
4. Аберрантна поведінка щодо вживання наркотиків, у т.ч.:

- джерела отримання препаратів (кількість звернень до лікарів, вживання опіоїдних препаратів, які відпускаються без рецепта, отримання опіоїдів від друзів та членів сім'ї, на вулиці/на чорному ринку);
- способи вживання, у т.ч. досвід ін'єкційного вживання;
- частота, обсяг та фактори, що впливають на підвищення дози;
- цілі використання (зокрема, для інших цілей, крім подолання гострого больового синдрому, наприклад безсоння, тривожності тощо).

5. інші способи подолання больового синдрому, які використовувалися раніше: досвід та ефективність різних підходів, у т.ч.:

- фізична терапія (наприклад, заняття спортом, фізіотерапія, акупунктура, черезшкірна електрична стимуляція нервів тощо);
- психологічні підходи (когнітивно-поведінкова терапія, сприяння релаксації);
- прийом неопіоїдних препаратів

6. Стан психічного здоров'я, зокрема наявність розладів поведінки, досвід проходження лікування (фармакологічного або психосоціального) раніше або нині.
7. Стан фізичного здоров'я, у т.ч. стани, пов'язані з больовим синдромом, вживанням опіоїдів та інших наркотичних речовин (наприклад, побічні ефекти від вживання опіоїдів, шкода від ін'єкцій тощо). Необхідно проводити відповідні аналізи (у т.ч. аналіз на статеві гормони, полісомнографію, ЕКГ відповідно до показань).
8. Соціальні обставини, у т.ч. стосунки з оточуючими, зайнятість, юридичний та фінансовий стан.
9. Сімейна історія щодо больового синдрому та вживання наркотичних речовин.

10. Визначення проблем пацієнта та оточуючих (членів сім'ї, роботодавців, медичних працівників) щодо вживання опіоїдів. Систематичні огляди та аналіз:

- побічних ефектів, пов'язаних із вживанням опіоїдів;
- наслідків вживання опіоїдів (у контексті відміни, гіпералгезії, покладання надмірних сподівань на опіоїди без використання інших способів подолання больового синдрому);
- аберрантна поведінка (див. пункт 4 вище)

11. Оцінка мотивації пацієнта щодо подолання залежності від опіоїдів у контексті комлексного плану лікування больового синдрому

*План лікування*

Першим кроком при складанні плану лікування є встановлення терапевтичних цілей та умов вживання опіоїдів.

Необхідно спільно з пацієнтом визначити та зафіксувати реалістичні цілі щодо лікування хронічного болю та залежності від опіоїдів у рамках комплексного плану подолання болю (у т.ч. включаючи такі аспекти, як анальгезія, дієвість, побічні ефекти та аберрантну поведінку). Потрібно визначити способи оцінки та моніторингу цих аспектів, зокрема:

- самостійного моніторингу пацієнтом (наприклад, ведення щоденника);
- використання шкал для оцінки (наприклад, короткого опитувальника оцінки больового синдрому (Brief Pain Inventory) або шкали К-10);
- моніторинг аберрантної поведінки (підрахунок кількості таблеток, аналіз сечі на вміст наркотиків, система моніторингу за призначенням та видачею препаратів, огляд місць ін'єкцій тощо);
- інформація з інших джерел (від інших лікарів, медичних працівників, фармацевтів, членів сім'ї тощо)

До процесу постановки цілей та складання плану лікування слід залучати членів сім'ї та осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами.

Необхідно розробити так званий «контракт» пацієнта, в якому мають бути зазначені умови лікування залежності від опіоїдів, способи моніторингу лікування та наслідки повторюваної аберрантної поведінки.

*Раціональний вибір медичних препаратів*

Варто раціонально обирати медичні препарати, необхідні пацієнту в контексті комплексного плану лікування больового синдрому:

1. Визначення та забезпечення координації з провайдерами медичних послуг, які беруть участь у наданні допомоги пацієнту, у тому числі тих, хто відповідає за призначення лікування (рецепт), видачу препарату та моніторинг за прийомом опіоїдних, інших психоактивних та неопіоїдних ад'ювантних препаратів.
2. Раціоналізація та структурування лікування залежності від опіоїдів – визначення, які саме препарати мають бути призначені, розміру їх дози, частоти вживання та видачі.
3. Використання опіоїдних препаратів тривалої дії або з уповільненим вивільненням діючої речовини, або препаратів, ризик зловживання чи нецільового використання (передачі третім особам) яких є меншим. За можливості – уникнення опіоїдних препаратів швидкої дії та препаратів, які вживаються ін'єкційно.

4. Використання структурованих схем лікування та мінімізація прийому опіоїдних препаратів за потребою (на противагу прийому за графіком).

5. Пацієнти, які мають досвід вживання препаратів у збільшених дозах, передозування, нецільового використання, передачі третім особам або ін'єкційного прийому, мають приймати їх під наглядом та через визначені проміжки часу (наприклад, кожного дня, тричі або один раз на тиждень).

6. Пацієнти, яким потрібні більші дози опіоїдних препаратів (більш ніж еквівалент 120 мг морфіну для перорального прийому в день), мають пройти огляд у спеціаліста з питань лікування болю та/або нарколога.

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| А4.4.5 Взаємодія з іншими лікарськими засобами |
| Взаємодія з іншими лікарськими засобами (див. 2.3.7) |
| Додаток З: Взаємодія з іншими лікарськими засобами |

7. Якщо у пацієнта немає досвіду серйозної аберрантної поведінки (наприклад, прийому опіоїдних препаратів шляхом ін'єкції, передачі їх третім особам, передозування), можна розглянути варіант призначення звичайних опіоїдних анальгетичних препаратів (морфіну, оксикодону, фентанілу в пластирі, гідроморфіну або метадону в таблетках для перорального прийому), але при цьому варто забезпечити регулярний моніторинг його стану. Якщо у пацієнта є досвід такої поведінки протягом останнього часу або якщо є вірогідність, що він не зможе дотримуватися плану лікування звичайними опіоїдними анальгетичними препаратами, для нього слід обрати схему лікування з таких варіантів: метадон у формі рідини для перорального прийому або великі дози бупренорфіну чи бупренорфін-налоксону для прийому під язик (див. Рис. 5). І метадон у формі рідини, і бупренорфін у великих дозах під язик є дієвими опіоїдними анальгетиками. Крім того, вони мають додаткові переваги в контексті можливостей більш пильного спостереження, моніторингу та підтримання структури лікування залежності від опіоїдів. При виборі препарату та переведенні з одного опіоїдного препарату на інший рекомендується проводити консультації зі спеціалістом з питань лікування болю та/або наркологом. Для пацієнтів, для яких план лікування залежності від опіоїдів виявляється неефективним або які не можуть його дотримуватися, слід розглянути можливість припинити вживання/прийом опіоїдів.

8. Ротація опіоїдів: існують обмежені контрольовані свідчення про дієвість ротації опіоїдів. Водночас значний клінічний досвід підтверджує, що ротація опіоїдів може мати ефект для деяких пацієнтів, які приймають великі дози певного опіоїда (та мають толерантність до нього). Тобто саме такі пацієнти можуть отримати користь від переведення на інший опіоїдний препарат. Значення та корисність ротації опіоїдів для кожного конкретного пацієнта потрібно обговорювати зі спеціалістом з питань лікування болю.

9. Раціоналізація інших психоактивних препаратів. Зокрема, це стосується бензодіазепінів або інших седативних препаратів, які можуть знизити поріг безпечного вживання опіоїдів, а також препаратів, що взаємодіють з опіоїдами (наприклад, індукторів/інгібіторів цитохромів, які впливають на метаболізм метадону; препаратів, що викликають подовження інтервалу QTc тощо).

10. Забезпечення дотримання чинних нормативно-правових положень певної юрисдикції щодо призначення препаратів Списку 8 Єдиного реєстру медичних препаратів та лікарських засобів, у тому числі щодо повідомлення/отримання дозволу на використання опіоїдних препаратів.

*Ретельне ведення документації*

Документація має включати комплексний план лікування больового синдрому, спрямованого на подолання болю (фізична терапія, психологічні інтервенції, ад'ювантні

препарати) та інших супутніх станів (наприклад, проблем із психічним здоров’ям, вживанням інших наркотиків, медичних і соціальних супутніх станів). Необхідно також фіксувати у документах стратегії щодо подолання «проривів» або серйозних загострень больового синдрому.

**Рис. 5. Вибір опіоїдних препаратів для лікування пацієнтів, які мають залежність від фармацевтичних опіоїдів**

*2.6.11. Інші питання, що стосуються здоров'я*

*Розлади сну*

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Бензодіазепіни (див. 2.6.7) |
| Передозування (див. 2.3.7) |

Розлади сну є звичайним явищем для споживачів наркотиків, у тому числі у процесі відміни та одужання від залежності.

Пацієнти, які проходять терапію метадоном, мають підвищений ризик апное уві сні. Як не парадоксально, якщо приймати снодійні препарати, це призводить до погіршення сну за рахунок розвитку апное. Хронічний біль та зловживання бензодіазепінами пов'язані із погіршенням сну незалежно від дози метадону (E. Peles, Schreiber, & Adelson, 2009).

В одному дослідженні повідомляється, що при вживанні налтрексону побічні ефекти для сну спостерігаються рідше порівняно із вживанням метадону (Staedt et al., 1996). Незважаючи на це, багато пацієнтів скаржиться на безсоння, особливо на початкових етапах терапії налтрексоном.

За можливості слід уникати прийому додаткових препаратів, особливо бензодіазепінів, оскільки існує ризик зловживання ними, а також підвищується ризик передозування. Пацієнтам слід надавати інформацію про нефармакологічні способи поліпшення сну, у тому числі підтримання гігієни сну та прості методики релаксації.

*Керування транспортним засобом*

І метадон, і бупренорфін справляють певний ефект на центральну нервову систему в контексті здатності пацієнта безпечно керувати транспортним засобом (Corsenac et al., 2012; Soyka et al., 2008). Одночасно зі стабілізацією на постійній дозі у пацієнта тією чи іншою

мірою розвивається толерантність до ефектів, спрямованих на центральну нервову систему (Soyka et al., 2008). Згідно з результатами ранніх епідеміологічних досліджень, значної відмінності у ризиках дорожньо-транспортних пригод серед пацієнтів програм підтримувальної терапії метадоном та контрольної групи не спостерігається. Саме на цьому заснована позиція, яку було включено до попереднього Національного керівництва: пацієнти, які приймають визначену дозу метадону або бупренорфіну, можуть безпечно керувати транспортним засобом (Lenne et al., 2003). Проте упродовж індукції або зміни дози пацієнтам не бажано керувати транспортними засобами та механічним обладнанням.

В одному із нещодавніх систематичних оглядів (Strand, Fjeld, Arnestad, & Mørland, 2013) встановлено зростання ризику дорожньо-транспортних пригод серед пацієнтів програм підтримувальної терапії метадоном та бупренорфіном. Крім того, експериментальні дослідження щодо порушень когнітивних та психомоторних функцій таких пацієнтів мають нечіткі результати. Крім толерантності, на спроможність керувати транспортним засобом можуть впливати численні фактори, у тому числі прийом метадону або бупренорфіну, розмір дози, а також вживання алкоголю чи інших речовин (Bramness et al., 2012; Leung, 2011). Відтак визначення спроможності керувати транспортним засобом має здійснюватися на основі індивідуальної оцінки кожного пацієнта (Schisler, Groninger, & Rosielle, 2012; Shmygalev et al., 2011).

Є дані, що прийом бупренорфіну пов’язаний з порушеннями меншої інтенсивності, але у порівняльних дослідженнях метадону та бупренорфіну може бути певне упередження, яке знижує обґрунтованість цього висновку.

*Стоматологічні проблеми*

Прийом опіоїдів, у тому числі метадону та бупренорфіну, знижує продукування слини. У той же час неконтрольоване вживання опіоїдів пов’язане з поганим харчуванням та неналежним підтриманням гігієни ротової порожнини. Якщо споживач опіоїдів інфікований гепатитом С, це може ще більше зменшувати вироблення слини за рахунок розвитку синдрому Сйоргена. Відповідно, серед пацієнтів, які починають ПТАО, доволі поширеними є стоматологічні проблеми. Зазвичай причиною таких проблем вони вважають саме замісні препарати.

Продукування слини можна підвищити за допомогою жувальної гумки. Також варто заохочувати пацієнтів підтримувати гігієну ротової порожнини**.**

***Коментар робочої групи:*** *оскільки Австралійська національна настанова з лікування опіоїдної залежності замісною підтримувальною терапією висвітлює питання синдрому відміни від опіоїдів частково, тому робоча група вважає доцільним доповнити інформацію з цього питання з інших джерел доказової медицини, що наведені нижче.*

***Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW. Centre for Population Health, 2008*** *(окремі розділи)*

**Діагностика та лікування синдрому відміни опіоїдів**

*2.3.7 Визначення ризиків, пов’язаних із одночасним вживанням декількох наркотичних або психоактивних речовин (ПАР)*

Найчастішим коморбідним діагнозом серед тих, хто має залежність від якоїсь речовини, є інший розлад, який також пов'язаний із вживанням ПАР (крім нікотину), і зазвичай є іншою залежністю. Епізодичне вживання алкоголю, опіоїдів та бензодіазепінів зустрічається частіше, ніж послідовне та важке вживання більше ніж одного наркотику (і

рідше призводить до залежності).

Якщо ви підозрюєте, що пацієнт ймовірно одночасно вживає декілька наркотичних або психоактивних речовин, отримайте консультацію щодо цього у спеціаліста служби з лікування нарко- та алкогольної залежності або розгляньте питання направлення до них вашого пацієнта.

Лікування синдрому відміни у людини з кількома залежностями вимагає додаткової клінічної пильності та врахування порядку процедури, якою слід керуватися під час його лікування. Хоча багато пацієнтів, які бажають отримати лікування, хочуть водночас відмовитися від усіх ПАР, у деяких випадках кращим є підхід, за яким відміна відбувається поступово, тобто один препарат відміняється за один раз. Принцип визначення порядку відміни полягає в тому, щоби починати з тієї речовини, відміна від якої становить найбільш велику можливу проблему. У більшості випадків це буде алкоголь.

### *2.3.8 Вибіркова відміна*

У деяких випадках потрібно застосовувати вибіркову відміну, а саме у людей, які мають стійку залежність від призначеного лікування, такого як метадон, але які вживають інші речовини, що завдають шкоду (наприклад, амфетамін або алкоголь). Для отримання додаткової інформації про відмову від певного наркотику чи алкоголю, див. відповідний розділ цього керівництва.

***Вибіркова відміна під час проходження програми опіоїдного лікування***

Пацієнти, які залучені до програми лікування опіоїдами та мають залежність від інших ПАР, зокрема бензодіазепінів, алкоголю або психостимуляторів, можуть потребувати допомоги у процесі відміни від них, але продовжувати лікування метадоном або бупренорфіном.

Якщо пацієнт не потребує знаходження в лікарні протягом відміни, лікар, який призначає лікування, повинен взяти на себе відповідальність за координацію процесу вибіркової відміни.

Лікар повинен:

часто оглядати пацієнта

- ретельно стежити за пацієнтом на предмет виявлення інтоксикації седативними препаратами в поєднанні з метадоном або бупренорфіном
- видавати одночасно лише невелику кількість ліків підтримувальної терапії (бажано організувати щоденну видачу таких препаратів пацієнтам).

Часто лікар, який призначає ліки, особисто веде та наглядає за процесом відміни. Якщо це не є практичним (наприклад, відміна від вживання міцних алкогольних напоїв), він повинен буде співпрацювати зі службами, що забезпечують ці послуги місцево.

### *2.3.9 Історія відміни*

Ймовірна тактика ведення пацієнта з синдромом відміни (СВ) може ґрунтуватися на основі минулого досвіду. Дізнайтеся, чи була у пацієнта в минулому історія відмови від ПАР, та, у випадку якщо так, дізнайтеся інформацію щодо минулих ускладнень (якщо такі були, наприклад: судоми, делірій або психоз), застосовуваних методів лікування, а також де і коли відбувався попередній процес відміни. Спробуйте отримати історію хвороби у пацієнта особисто або знайти попередні медичні записи стосовно даного пацієнта чи отримати її від родичів/друзів.

### *2.3.10 Оцінка поточного статусу відміни*

У пацієнтів, які проходять програму відміни на момент оцінки, необхідно оцінити тип та тяжкість симптомів, що супроводжують цей процес.

***Алкоголь***

Початок: Коли рівень алкоголю у крові падає; залежить від швидкості зниження рівня алкоголю і часу (кількість годин) після останнього вживання алкоголю.

Тривалість: 3–7 днів (до 14 днів при тяжкому ступені відміни).

Особливості: тривожність, збудження, пітливість, тремор, нудота, блювання, спазми в животі, діарея, анорексія, тяга до вживання, безсоння, підвищений артеріальний тиск, пульс і температура, головний біль, сплутаність свідомості, спотворене сприйняття реальності, дезорієнтація, галюцинації. Можуть виникнути потенційно небезпечні для життя судоми.

***Бензодіазепіни***

Початок дії: 1–10 днів (залежно від періоду напіввиведення препарату).

Тривалість: 3–6 тижнів (може бути і довше).

Особливості: тривожність, головний біль, безсоння, біль у м’язах та посмикування, спотворене сприйняття реальності, почуття нереальності того, що відбувається навколо, знеособлення, судоми (це може бути потенційно загрозливим для життя).

***Опіоїди***

Початок: 6–24 години (можливо пізніше для опіоїдів з довшою дією).

Тривалість: пік 2–4 дні, припиняється через 5–10 днів (більш тривалий для опіоїдів тривалішої дії)

Особливості: занепокоєння, тяга, м’язова напруга, біль у м’язах та кістках, м’язові судоми та тривалі скорочення, порушення сну, пітливість, гарячі та холодні припливи, пілоерекція, позіхання, сльозотеча та ринорея, спазми в животі, нудота, блювання, діарея, серцебиття артеріальний тиск і пульс, розширені зіниці.

***Канабіс***

Початок: Протягом 24 годин.

Тривалість: 1–2 тижні.

Особливості: безсоння, тремор; дратівливість, неспокійність, тривожність; гнів, агресія.

Психостимулятори

Початок: 6–12 годин (кокаїн); 12–24 години (амфетаміни).

Тривалість: кілька тижнів фази відміни, потім місяці для повного згасання.

Особливості: 3 фази. “Відхідняк”: втома, крайня ступінь притуплення афекту, вираз емоцій практично або повністю відсутній, збільшення сну, зниження тяги до вживання. Відміна: коливання настрою та рівня енергії, тяга до вживання, порушений сон, погана концентрація. Згасання: стійкість ознак відміни, які поступово згасають.

***Нікотин***

Початок: протягом декількох годин після останньої сигарети.

Тривалість: Пік протягом перших 24–72 годин і розрішення через 2–4 тижні.

Особливості: тяга до куріння; дратівливість, неспокійність, перепади настрою; підвищений апетит і голод; порушення сну, що спричиняє безсоння та втому; тривожність і депресія, труднощі з концентрацією уваги.

*2.3.11 Фізичний огляд для розуміння тактики ведення пацієнта з СВ*

Тривалість та комплексність фізичного огляду буде залежати від обставин, місця та того, хто буде здійснювати огляд.

- Оцінка лікарем повинна включати повне фізичне обстеження.
- Медичний огляд у медичних установах повинен включати оцінку дихання та загального вигляду пацієнта. Запишіть пульс, температуру та артеріальний тиск на відповідній діаграмі чи шкалі, щоби забезпечити моніторинг у часі.
- Обстеження немедичним фахівцем повинно включати спостереження за фізичним станом (зовнішні прояви): пітливість, тремор, збудження, координація, хода. Оцініть ці прояви і регулярно робіть їхній моніторинг для розуміння прогресу перебігу симптомів. Якщо симптоми посилюються, повідомте про це старшого працівника або, за наявності, лікаря.

*2.3.12 Оцінка психічного здоров'я та ризику самогубства*

Директива Департаменту охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс (Австралія) у галузі охорони здоров'я PD2005_121 (раніше циркуляр 98/31) Стратегічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з можливою суїцидальною поведінкою для працівників служб охорони здоров'я та персоналу медичних закладів системи охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс визначає обов'язкову вимогу, щоби усі пацієнти з можливою суїцидальною поведінкою, що мають доступ до медичних послуг, проходили психіатричну оцінку ризику самогубства та психосоціальну оцінку. Усі пацієнти повинні пройти попередній скринінг ризику суїциду та бути направленими до спеціалізованих служб психічного здоров'я.

Рамки оцінки ризику самогубства та управління ними для персоналу служб охорони здоров'я штату Південного Уельсу (Департамент охорони здоров'я NSW, 2004 р.) пов'язує інструмент оцінки психічного здоров'я (MH - OAT) з вищезазначеною стратегією та надає більш детальну інформацію про оцінку ризику самогубства.

Мета оцінки ризику суїциду - визначити рівень ризику в даний момент часу та забезпечити відповідну клінічну допомогу та ведення випадку. Можлива суїцидальна поведінка включає думки про самогубство, заподіяння шкоди собі чи спробу самогубства. Не існує поточної шкали рейтингу, яка мала б доведене прогностичне значення в клінічній оцінці самогубств. Комплексна оцінка людини - єдиний дійсний метод.

Працівники наркологічної служби повинні принаймні проводити такі кроки в оцінці ризику самогубств:

- Залучення
- Виявлення (чинники ризику)
- Попередня оцінка ризику самогубства
- Негайний початок ведення випадку

***Виявлення***

Інтоксикація наркотиками або алкоголем перешкоджає об'єктивній негайній оцінці. Якщо у людини в стані алкогольного сп'яніння виявлено ризик самогубства, його слід затримати у відповідних та безпечних умовах до можливості проведення повного оцінювання. Наявний ризик не можна оцінити об'єктивно, поки людина не буде тверезa.

***Попередня оцінка ризику самогубства***

Ця оцінка визначає серйозність та характер проблем людини, ризик загрози для себе та інших людей та чи є необхідність у проведенні більш детальної оцінки ризику.

Оцінювання психічного стану повинно включати спостереження за зовнішністю

пацієнта та його/її загальною поведінкою, реакціями, мисленням (особливо стосовно ризику заподіяння шкоди собі та іншим), сприйняття реальності (включно з галюцинаціями та ілюзіями), пізнавальною діяльністю (рівень свідомості та орієнтації) і здатністю розуміти. Оцінка психічного стану необхідна для визначення:

- потреби в інших психологічних терапіях
- супутніх психіатричних станах, які становлять небезпеку для пацієнта чи інших людей
- здатності пацієнта до поінформованої згоди та активної участі у плануванні лікування.

***Скринінг питань ризику самогубства:***

- Чи Ваші справи останнім часом були такими поганими, що вам здалося, що було б краще взагалі не існувати?
- Чи були у Вас думки завдати шкоди собі?
- Ви думаєте про самогубство?
- Ви коли-небудь намагалися завдати собі шкоди?
- Чи склали Ви якісь плани щодо цього?
- У Вас є доступ до вогнепальної зброї? Доступ до інших засобів, що можуть потенційно заподіяти смертельну шкоду?
- Турбота про безпеку пацієнта необхідна стати більшим пріоритетом, ніж опікування щодо перебігу СВ, й повинна включати направлення пацієнта до відповідних місцевих служб охорони здоров'я для отримання необхідної допомоги. Для отримання додаткової інформації див. Додаток Е.

***Коментар робочої групи:*** *з метою підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я та в умовах обмеженого кадрового ресурсу робоча група розглядає застосування керівництва для ведення психічних, неврологічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0., розробленого ВООЗ в межах Програми дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP), розділ «Самоушкодження/суїцид» для своєчасної діагностики та надання медичної допомоги. В Україні доступне навчання за програмою mhGAP серед неспеціалізованих кадрів.*

*2.3.13 Скринінг щодо проявів насильства в сім'ї*

Відповідно до політики Департаменту охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс щодо процедур виявлення та реагування на домашнє насильство, скринінговий інструмент щодо проявів насильства в сім'ї повинен застосовуватися серед жінок віком від 16 років (див. Додаток F).

*2.3.14 Психосоціальна оцінка*

Визначте та врахуйте соціальну ситуацію пацієнта, системи підтримки, переважні методи лікування, здатність витримати процес відміни, а також оцініть ймовірний успіх лікування.

Ця оцінка допомагає розробити узгоджений план лікування з пацієнтом. Обговорення цих питань та залучення пацієнтів до процесу розробки планів лікування поліпшать їхню прихильність до лікування та збільшать шанси на успішність завершення процесу відміни.

***Психосоціальні чинники, що впливають на успішність перебігу процесу відміни***

Запитайте про очікування щодо відмови від ПАР:

- причини бажання відмовитися від вживання ПАР на даний момент
- минулий досвід відміни ПАР
- поточні знання щодо цього процесу та пов’язані з цим страхи
- здатність справитися з відміною ПАР та пройти повне лікування від залежності.

Запитайте про очікувану підтримку під час отримання лікування, пов’язаного з процесом відміни ПАР:

- стабільність місця проживання
- масштаб та стійкість соціальної мережі пацієнта
- підтримка родини та друзів
- зв’язки пацієнта з місцевими медичними працівниками.
- Запитайте про потенційні бар’єри для успішного проходження процесу відміни:
- відстань до найближчого лікаря
- доступ до транспорту
- стосунки з партнером
- догляд за дітьми
- вживання ПАР співмешканцями
- поточні правові питання
- фінансові проблеми
- робочі зобов’язання.

*2.3.15 Захист дитини*

Під час первинної оцінки, а також під час лікування та виписки, важливо враховувати безпеку, добробут та благополуччя дітей, які перебувають під опікою пацієнта. Це може включати власних дітей пацієнта, дітей, які проживають у тому самому помешканні, або дітей, до яких пацієнт має доступ.

Медпрацівники зобов’язані, згідно із Законом про догляд за дітьми та молоддю (1998), повідомляти Департамент соціальних служб про будь-який випадок, коли вони підозрюють, що дитині чи молодій людині може загрожувати шкода через зловживання ПАР їхніми піклувальниками та/або коли є факти нехтування дітьми. Це також розповсюджується на випадок, коли розглядається потенційний ризик заподіяння шкоди дитині, яка ще не народилася.

У разі необхідності, обов’язок повідомити про можливу потенційну шкоду дитині чи молодій людині, що може бути заподіяна через зловживання ПАР пацієнтом/ами чи нехтування ними своїх обов’язків як піклувальників, відміняє обов’язок зберігати їхню конфіденційність.

Відповідно до розділу 23 Закону, дитині чи молодій людині загрожує небезпека, якщо є наявними побоювання щодо їхньої безпеки та добробуту й одна чи декілька з таких обставин:

- основні фізичні чи психологічні потреби дитини чи молодої людини не задовольняються або є загроза не задоволення цих потреб
- батьки чи піклувальники не організували та не можуть або не бажають організувати отримання дитиною чи молодою людиною необхідної медичної допомоги
- дитина або молода людина зазнають або є наявним ризик, що вони можуть зазнати фізичного або сексуального насильства чи жорстокого поводження
- дитина чи молода людина проживає в домашньому господарстві, де вже були випадки домашнього насильства, і, як наслідок, дитині або молодій людині загрожують серйозні фізичні чи психологічні травми

- батьки чи піклувальники поводяться по відношенню до дитини чи молодої людини так, що дитина чи молода людина страждають або є ризик отримання ними серйозної психологічної травми.

Департамент стратегії охорони здоров'я штату (NSW PD 2006_109) надає форму, яка використовується для подання звіту про дитину чи молоду людину, яким загрожує небезпека, до гарячої лінії департаменту.

Відмова батьків чи піклувальників дітей від програми відмови від вживання ПАР або алкоголю не є підставою подавати звіт у Департамент соціальних служб.

Що стосується новонароджених дітей матерів, які перебувають на ПТАО (метадон), Директива Департаменту охорони здоров'я PD2005_299 (раніше Циркуляр 2003/16) щодо захисту дітей та молоді рекомендує скликати мультидисциплінарну конференцію у відповідності до Директиви Департаменту охорони здоров'я PD2005_494 (раніше Циркуляр круговий 2002/101) щодо синдрому неонатального абстиненції (2002) для складання плану виписки для матері та дитини з чіткими, задокументованими обов'язками та строками.

Представництво на цій нараді повинно включати батьків, медичного працівника, який має досвід роботи з дітьми, та будь-які служби чи підтримка, пов'язані з сім'єю.

*2.3.16 Складання плану ведення випадку*

- підсумуйте загальну оцінку пацієнта та визначте
- потенційні ризики для нього/неї під час процесу відміни
- визначте проблеми та бар'єри, які можуть заважати пацієнтам завершити процес відміни
- ідентифікуйте інтервенції, які були визначені оцінкою.

Реєстрація основних питань, визначених в оцінці, сприяє безперервності та якості надання допомоги, у разі коли до процесу залучено більше одного лікаря.

Пов'яжіть оцінку з планом лікування, який стосується:

- управління процесу відміни
- місця та умов, де відбуватиметься процес відміни
- подальшого спостереження та спілкування з іншими відповідними постачальниками послуг та агенціями.

Приклад підсумкової оцінки послуг з управління процесом відміни надано у Додатку G.

*2.4 Відповідність та підбір лікування з огляду на перебіг процесу відміни*

Основними пріоритетами управління процесом відміни є:

- Безпека: не можна рекомендувати лікування, яке не є безпечним для пацієнта.
- Результат: рекомендується підбирати лікування, яке потенційно буде успішним.
- Вибір: пацієнти мають право вибору варіантів лікування, які є доступними та вважаються прийнятними з боку клініциста. Пацієнта треба проконсультувати щодо прийнятності та доступності послуг.

Спробуйте підібрати пацієнту таку інтервенцію, яка б забезпечувала його максимальну безпеку та водночас була б найбільш ефективною та вигідною з економічної точки зору та з огляду на управління процесом відмови.

Завжди розглядайте опцію амбулаторного проходження етапу відмови як пріоритетного (пацієнт/ка вдома, з періодичними візитами в клініку або візитами лікаря на додому для надання підтримки, а також спілкування за допомогою телефона).

Амбулаторна терапія протипоказана, якщо:

- є ймовірність небезпеки для пацієнта чи інших людей, що проживають у домогосподарстві (див. Розділ 2.3.15)
- ймовірність успішного результату є низькою
- пацієнт не погоджується на цей варіант.

Установа або сайт, які першочергово були запропоновані для інтервенції, можуть не влаштовувати пацієнтів або не відповідати їхнім потребам.

Повторно здійсніть оцінку сайта як частини поточної оцінки пацієнтів, які знаходяться на етапі відміни. За результатами або за потребою переведіть пацієнтів якомога швидше до більш відповідного сайту лікування (з більшою або з меншою інтенсивністю).

Направляйте пацієнта до лікарні лише тоді, коли процес відміни може бути ускладнено через його тяжкість та за наявності тих чи інших медичних чи психіатричних проблем, або коли немає більш відповідного варіанту.

*2.4.1 Спеціальні групи*

Культурно та лінгвістично різноманітне населення, молодь, аборигени та жителі острова Торрес Стрейт (Torres Strait), жінки (особливо під час вагітності), психічно хворі люди, літні люди, яких направили до медичної служби не за їхнім бажанням, а також люди, які проживають у сільській місцевості та віддалених місцях, ЛЖВ, люди, що належать до певних релігійних груп, і люди, які перебувають під вартою, можуть мати особливі потреби. Провайдери програм відміни повинні враховувати потреби цих конкретних груп пацієнтів та звертатися за додатковою інформацією до відповідних документів або служб охорони здоров’я Нового Південного Уельса.

Розглянемо наступне:

***Вагітність***

- спеціалізована антенатальна та акушерська допомога
- спеціалізовані служби з лікування нарко- та алкогольної залежності.

Психіатрична хвороба

- доступна інформація про психічне здоров’я пацієнта перед відмовою
- можливість виникнення або загострення психічних станів
- наявність громадської психіатрії або консультаційних служб зв’язку
- можлива потреба знаходження у психіатричній лікарні на період процесу відміни ПАР.

***Літні люди***

- супутні захворювання
- потенційно довший період вживання/залежність
- вразливість, якщо вони мусять перебувати у відділенні переважно з молодими людьми
- труднощі з мобільністю, підвищений ризик падінь
- проблеми з комунікацією (наприклад, зниження слуху)
- підвищений ризик делірію.

***Молодь***

- потрібно забезпечити їхнє перебування у просторі, що має мінімальну кількість обмежень
- ризик експозиції до інших форм вживання наркотиків (інформації та інших

пацієнтів) у конкретних умовах
- наявність відповідного персоналу, що забезпечує комунікацію
- вразливість за умови перебування у місці, де проживають інші люди (житлові помешкання)

***Культурні аспекти***

- наявність відповідного персоналу, що забезпечує комунікацію
- наявність та використання перекладачів за необхідності
- культурні аспекти, які можуть впливати на ті умови, в яких перебуває пацієнт, їхні очікування, важливість сім'ї, подальші спостереження та інші питання.

*2.5 Угоди про лікування*

Заохочення пацієнтів брати участь у виборі лікування дає можливість врахувати їх погляди та підвищує їхню обізнаність як про обов'язки пацієнта, так і клініциста.

Якщо це можливо, формалізуйте домовленість про лікування з пацієнтом. Угода може бути усною або письмовою. Підтвердження усної угоди має бути записано у примітках.

Повідомте пацієнта про його обов'язки та обов'язки постачальника послуг. Будьте конкретні щодо очікувань та зворотного зв'язку та способів вирішення скарг.

Вирішуйте будь-яке недотримання домовленості шляхом перегляду плану ведення лікування у консультації з пацієнтом.

Не встановлюйте таку угоду, яка могла б бути застосована проти пацієнта, тобто бути каральною. Недотримання домовленості саме по собі не є достатньою підставою для виписки пацієнта або відмови йому в догляді.

Рекомендовані пункти в угоді про лікування

- Вкажіть пацієнта та клініку/лікаря.
- Вкажіть дату/період лікування, характер лікування (наприклад, амбулаторне ведення пацієнта с синдромом відміни (від вживання алкоголю), особливі вимоги (наприклад, щоденне відвідування амбулаторії), будь-які призначені ліки та роль пацієнта та/або доглядача (наприклад, заповнення схеми відміни).
- Перерахуйте виявлені ризики для пацієнта.
- Визначте всі спеціальні кроки та умови, що необхідні та спрямовані на підвищення ймовірності завершити відміну, включно з транспортними питаннями та наявністю протоколу підтримуючої допомоги.
- Детально визначте умови, за яких слід терміново зв'язатися з лікарем, зробіть доступними контактні номери та обговоріть план дій на випадок екстреної потреби.
- Розробіть узгоджену стратегію дій на період після завершення синдрому відміни.

*2.6 Лікування синдрому відміни*

У цьому розділі викладено принципи лікування синдрому відміни. Деталі ведення пацієнта з СВ від конкретних наркотичних засобів наведені в наступних главах.

*2.6.1 Моніторинг*

Частота спостереження за пацієнтом є основою ведення такого випадку. Оцінка клінічних особливостей, пояснення, заспокоєння та надання постійної підтримки заохочення є дуже важливими в цей час.

Частота спостережень та оцінювання прогресу буде залежати від тяжкості перебігу синдрому та місця, де знаходиться пацієнт.

*2.6.2 Фармакологічне лікування*

Лікарські засоби можуть застосовуватися для надання симптоматичного полегшення стану пацієнту, для лікування ускладнень та співіснуючих станів, а також для зменшення інтенсивності симптомів синдрому відміни.

Вибір фармакологічного лікування при відміні керується тяжкістю синдрому відміни та ПАР, від якого пацієнт відмовляється. Певні схеми слід призначати лише тоді, коли для нагляду та моніторингу результатів є відповідна підготовка персоналу.

*2.6.3 Рутинний підтримуючий догляд*

Мета підтримуючого догляду - мінімізувати стимули в оточенні, які можуть посилити симптоми синдрому відміни та посилити здатність пацієнта до повного завершення процесу відміни.

Використовуйте протокол надання підтримуючого догляду (додаток Н), особливо для ведення пацієнтів з синдромом відміни в лікарнях та житлових помешканнях. Рутинний підтримуючий догляд повинен надаватися одночасно з моніторингом фізичних ознак.

Тривога та депресія зазвичай пов’язані із залежністю від наркотиків та відмовою від них, і їх можна ефективно лікувати за допомогою підтримуючого догляду. Вони можуть бути частиною більш серйозного психічного розладу, але це неможливо буде визначити, поки синдром відміни не закінчиться. Зазвичай потреба в специфічному лікуванні тривоги та депресії переоцінюється через 2–4 тижні після згасання симптомів синдрому відміни.

***Основні елементи підтримуючої допомоги***

***Інформація*** про те, що очікувати, може зменшити страх і тривогу. Дослідження показують, що пацієнти, яким надають інформацію, матимуть нижчі бали за шкалою оцінювання перебігу синдрому відміни, ніж ті, кому вона не надається або з ким не обговорюються аспекти їхнього стану та процесу СВ. Інформація, надана особі, яка прийняла рішення відмови від опіоїдів, повинна містити:

- інформацію щодо лікаря, який буде його вести, та місця перебування
- опис того, що відбувається на етапі відміни опіоїдів
- вірогідна тривалість та інтенсивність симптомів СВ
- план підтримки на період відміни та після нього
- ризики, пов’язані з СВ.

***Оточення*** може суттєво вплинути на перебіг СВ. Мінімізуйте стрес, переконавшись, що умови та оточення тихі, спокійні, домашні. Місце перебування не повинно бути надмірно світлим, а інтер’єр - мати яскраві кольори чи візерунки. Загалом, воно повинно бути безпечним та затишним.

Увага до оточення також включає врахування фізичного комфорту людини, особливо при зміні положення тіла, що включає наявність подушок та ковдр. Грілки, гаряча гідромасажна ванна та масаж також можуть полегшити біль і підвищити комфорт.

***Заспокоєння*** та завірення, мабуть, є найбільш ефективними інтервенціями у зменшенні вираженості симптомів відміни.

Заспокоєння може бути досягнуто за прояву розуміння щодо побоювань пацієнта, позитивного заохочення, зворотного зв’язку про їхній прогрес, регулярних контактів, надання інформації та вирішення негайних соціальних та сімейних проблем, які виникають під час

етапу відміни. Заспокоєння членів сім'ї допоможе їм забезпечити підтримку осіб, які страждають від СВ (активна участь та підтримка родини, ймовірно, можуть бути важливим чинником успішного завершення відміни).

Пацієнту слід допомогти та проконсультувати щодо розвитку ***навичок та методів подолання СВ***, таких як релаксація, правильна дієта, управління порушенням сну та методи зниження тяги до опіоїдів (Додаток І).

*2.6.4 Ведення пацієнта з важкою поведінкою*

Важка поведінка є істотним бар'єром для успішного проходження програм синдрому відміни. Дотримання відповідних протоколів мінімізує цей ризик. Це є більшою проблемою в умовах загальної лікарні, коли для запобігання ескалації важкої поведінки необхідні тісні зв'язки між загальним персоналом та персоналом служб лікування нарко - та алкогольної залежності.

***Основні елементи управління важкою поведінкою***

***Тривога / збудження / паніка***

- Працюйте з таким пацієнтом спокійно і впевнено.
- Зменшіть стимуляцію та кількість людей, які відвідують пацієнта.
- Детально поясніть інтервенцію.
- Мінімізуйте ризик самопошкодження.

***Плутанина/дезорієнтація /галюцинації***

***Забезпечте часті сесії, що будуть спрямовані на орієнтацію в реальності (для полегшення усвідомлення ними обстановки і власного місця в ній).***

- Забезпечте частий нагляд.
- У випадку викривленого або хибного сприйняття пацієнтом певної ситуації/стану/реальності, допоможіть йому та поясніть помилки їхніх суджень
- Переконайтесь, що оточення є простим і незахараченим, а також добре освітленим.
- Захистіть від самопошкодження та можливості заподіяти шкоду іншим.

***Гнів/агресія***

- Використовуйте простір для захисту себе.
- Залишайтеся спокійними та заспокійливими.
- Не кидайте виклик пацієнту.
- Визнайте почуття пацієнта.
- Усуньте джерело гніву, якщо це можливо.
- Будьте гнучкими в межах розумного.

*2.6.5 Управління транспортними засобами*

У більшості випадках проходження через етап відміни передбачає певні психомоторні порушення, психологічні розлади або втому. Клініцисти, відповідальні за ведення випадків СВ, відповідають за те, щоби пацієнти були достатньо поінформовані про симптоми, які вони можуть відчувати, наслідки, які вони можуть мати на навички водіння та підвищений ризик потрапляння в аварію.

Існує можливість цивільної відповідальності, якщо внаслідок порушення керування автомобілем під час медичної непридатності людина спричинить ДТП. СВ може вважатися умовою, яка робить людину «непридатною для водіння з огляду на стан здоров'я».

***Особливе попередження: придатність до водіння***

Рекомендується, щоби пацієнти, які перебувають у амбулаторії або вдома під час СВ, або ті, що виписуються зі стаціонару, отримували інформацію про придатність до керування автомобілем.

Основна відповідальність за оцінку придатності до керування автомобілем та інформування пацієнтів про можливий ризик покладається на медичного працівника, але інші медичні працівники, які беруть участь у догляді певного пацієнта та залучені до програми СВ, також несуть відповідальність за пораду пацієнтові не сідати за кермо, якщо є сумніви щодо їхньої придатності дотримуватися ПДР.

Крім штрафних санкцій, передбачених законодавством, пацієнти можуть нести відповідальність за загальним законодавством, якщо вони продовжують керувати автомобілем, знаючи, що у них є стан, який може негативно вплинути на цей процес. Неповідомлення про такий стан є також порушенням умов страхування у разі настання страхового випадку.

***Оцінка придатності до водіння***

Оцінка придатності до водіння комерційних та приватних транспортних засобів. Медичні стандарти для розробки рекомендацій щодо ліцензування та ведення клінічних випадків. Затверджено Австралійською транспортною радою та схвалено усіма австралійськими органами ліцензування водіїв (2003).

<http://www.austroads.com.au/aftd/index.html>

Можуть виникнути обставини, такі як факт неповідомлення пацієнтом про свій стан, за яких медичний працівник повинен самостійно повідомити про непридатність пацієнта керувати ТЗ до органу ліцензування водіїв, особливо якщо є очевидним непридатний стан пацієнта та потенційний ризик для безпеки дорожнього руху.

### *2.7 Обстеження на ВІЛ, гепатит В та С*

Департамент охорони здоров’я штату Новий Південний Уельс тепер очікує, що всі служби з лікування нарко - та алкогольної залежності візьмуть на себе відповідальність за обговорення ризиків, пов'язаних з вірусами, що передаються через кров, у контексті роботи зі своїми пацієнтами. Рекомендовано запропонувати всім пацієнтам під час проведення оціночного інтерв’ю або після початку лікування обстежитися на ВІЛ, гепатит В та С і проконсультувати щодо можливості щепитися проти гепатиту В.

- Тести слід проводити лише тоді, коли пацієнти добровільно погодились на них, та у підходящий час етапу відміни (не в гострій фазі).
- Щоб допомогти пацієнтам у прийнятті рішення щодо тестування, надайте їм достатню інформацію, щоби вони могли дати усвідомлену згоду, та запевніть їх, що конфіденційність буде зберігатися.
- Якщо пацієнти вирішили пройти ці тести, необхідно надати передтестові та післятестові консультації, як зазначено в Директиві: Консультації, пов’язані з проведенням тестів на антитіла на ВІЛ - рекомендації.

### *2.8 Забезпечення безперервного догляду*

#### *2.8.1 Планування виписки*

Розробити стратегії, які допоможуть пацієнтові впоратися зі станом, що наступає після виходу з синдрому відміни опіоїдів, особливо якщо пацієнт потребував стаціонарного нагляду СВ. Планування виписки починається з початкової оцінки ведення СВ.

Залучайте пацієнтів до планування виписки та дайте можливість проаналізувати повною мірою їхні опції. Частиною цієї участі є подумати про наявну підтримку, яку пацієнт

може очікувати отримати після СВ. Клініцист повинен нести відповідальність за те, що пацієнти є обізнаними щодо наявних варіантів отримання подальшої допомоги. Якщо була можливість домовитися та встановити професійний контакт зі службою, яка буде надавати послуги підтримки – зробіть цей процес направлення якомога простішим.

Пацієнти мають право відмовитись від подальшого спостереження. Якщо це сталося, відзначте відмову у картці пацієнта та уникайте реакції, що може розглядатися як засудження.

Занотуйте планування виписки у картці пацієнта. Плануючи виписку, врахуйте:

- стабільність житла: живе людина сама або з іншими, хто вживає наркотики.
- масштаби їхньої соціальної мережі: наявні зв'язки із медичними працівниками місцевої громади.

***Основні вимоги до планування виписки після подолання СВ***

- Організувати/полегшити подальше спостереження, а саме призначити подальші зустрічі.
- Забезпечити зв'язок із подальшим лікуванням (включно з реабілітацією, амбулаторним лікуванням, самодопомогою).
- Підтримувати комунікацію з іншими постачальниками відповідних послуг.
- Надати номери екстреної допомоги.

Коли після завершення проходження програми відміни від наркотиків чи алкоголю подальша допомога відкладається, це може негативно вплинути на учасників цих програм. Відчувати фрустрацію можуть не тільки вони, але також й ті, хто їми опікувався, наприклад, залучені медичні працівники, їхні партнери, сім'ї та друзі.

Як полегшити цей процес є складне питання і на нього немає простої відповіді, але вичерпна інформація про те, чого очікувати, може допомогти людям підготуватися до подальших процедур та пережити затримки. Ефективна комунікація в межах мереж дотичних провайдерів послуг може зменшити час затримки надання лікування. Проте надсилати людей до служб без попереднього повідомлення про це може бути марною тратою часу.

***Догляд після проходження програми відміни ПАР***

Допоміжні послуги можуть включати навчання певним навичкам (наприклад, запобігання рецидиву, навичкам вирішення проблем або оволодіння професійними знаннями), послуги з соціальної підтримки (наприклад, групи самодопомоги, такі як "Анонімні алкоголики (АА)", "Анонімні наркомани (АН)") або сеанси мотивації. Після закінчення етапу відміни, пацієнтам слід знаходитися під підтримуючим наглядом.

*Консультаційні та групові програми*

Консультування є важливою частиною процесу зцілення, яку слід враховувати при наданні догляду тим, хто закінчив програму відміни ПАР. Уряд, неурядові та приватні організації надають низку необхідних безкоштовних або платних послуг, якими можна скористатися .

*Програми самодопомоги*

Існує декілька програм самодопомоги за моделями 12-ступінкової програми, розробленої спочатку "Анонімними алкоголіками (АА)", такі як Анонімний наркоман (АН) та Аль Анон (групи для людей, які постраждали або страждають від чиєїсь залежності), "Анонімні гравці" та інші, які організовують регулярні зустрічі. Вони грунтуються на переконанні, що повне утримання від залежності - це єдиний шлях до одужання. Зацікавлених людей потрібно мотивувати відвідувати такі зустрічі та ставати частиною їхніх програм. Не існує офіційного процесу направлення на ці групи підтримки (АА або АН), але пацієнтам

можна порадити встановити контакт із функціонуючою групою у їхньому районі. Цей безкоштовний ресурс для громади слід обговорити з пацієнтами, які хочуть продовжувати утримуватися від вживання ПАР.

*Фармакотерапії*

Наразі є низка фармакотерапій, які є доступними для людей, які припиняють вживання наркотиків та алкоголю. Фармакотерапії лікування опіоїдів включають метадон, бупренорфін (Субутекс), бупренорфін та налоксон (Субоксон) і налтрексон – всі вони описані в Програмі лікування опіоїдів штату Новий Південний Уельс: клінічні рекомендації щодо лікування метадоном та бупренорфіном (відділ охорони здоров'я NSW GL2006_019, 2006).

Фармакотерапії лікування алкогольної залежності включають налтрексон, акампрозат та дисульфірам. Фармакологію цих засобів необхідно зрозуміти перед їхнім застосуванням.

*Програми реабілітації*

Державні та приватні реабілітаційні програми включають амбулаторні та стаціонарні програми. Їхня тривалість, філософія, вартість, процедури оцінювання, цільові групи (виключення) та підтримка різняться. Як це відбувається у більшості постачальників послуг, вони захочуть поговорити з людиною, яку направляють, перш ніж запропонувати їй місце.

Програми працюють протягом періоду від 3 тижнів до року, і для більшості послуг існують списки очікування (іноді тривалі).

## *5 Опіоїди*

Резюме

- Початок і тривалість синдрому відміни опіоїдів (СВО) залежить від періоду напіввиведення препарату, що приймається. У разі прийому героїну, суб'єктивні симптоми відміни зазвичай виникають через 6–24 години після останньої дози, досягають піку через 24–48 годин і вщухають через 5–10 днів. У разі прийому метадону симптоми зазвичай починаються через 36–48 годин після останньої дози. Ступінь тяжкості синдрому відміни метадону, як правило, значно нижчий, ніж при відміні героїну, але вихід з СВ є виснажливим та триває 3–6 тижнів.

- Щоденний огляд пацієнта може включати моніторинг симптомів за допомогою Клінічної шкали тяжкості синдрому відміни опіоїдів.

- Бупренорфін є основним варіантом лікування при веденні пацієнтів з синдромом відміни опіоїдів. Починати дозування бупренорфіну слід після появи симптомів відміни.

- Багато служб, які використовують бупренорфін, не розділяють лікування синдрому відміни та ПТАО, ініціюючи прийом бупренорфіну для усунення СВ, але водночас дозволяють пацієнтам продовжувати проходити замісну підтримувальну терапію бупренорфіном, що ефективніше залучає їх до ПТАО.

- Планове усунення СВО за допомогою налтрексону є підтвердженим і корисним варіантом лікування для деяких пацієнтів, що повинно проводитись лише в спеціалізованих закладах під наглядом.

- Протягом першого тижня лікування слід обговорити варіанти лікування після виходу пацієнта з синдрому відміни опіоїдів. До таких варіантів належить утримання від вживання наркотиків з/без налтрексону, надання допомоги за місцем проживання або продовження лікування бупренорфіном.

*5.1 Вживання та вплив опіоїдів*

Опіоїди, що зв'язуються з рецепторами та активують їх, називають «агоністами» (морфін та метадон), а ті, що зв'язуються з рецепторами, але не активують їх, називаються «антагоністами» (налоксон та налтрексон). Також існують часткові агоністи (бупренорфін), що зв'язуються з тими ж самими рецепторами, але активують їх з меншим максимально можливим ефектом.

Опіоїди-агоністи викликають:

• нечутливість до болю (аналгезія) (особливо при усуненні афективного компонента болю)

• гарне самопочуття (ейфорія)

• заспокоєння

•пригнічення центральної нервової системи, зокрема дихальну недостатність (при високих дозах)

• звуження зіниць

• зниження пульсу та тиску.

Прийом опіоїдів може призвести до появи побічних реакцій:

• нудота та блювання

• закреп

• підвищення потовиділення

• порушення статевої функції (імпотенція).

Опіоїди, приблизні еквівалентні дози

| **Генерична назва** | **Торгова назва** | **Приблизна доза (мг)** | **Тривалість аналгезії (годин)** | **Період напіввиведення (годин)** |
|---|---|---|---|---|
| Бупренорфіну | Субутекс/Субоксон | 0.3 | 4-8 | 20-73 |
| Кодеїн | Кодеїн, Панадеїн форте | 30-60 | 3-4 | 2-4 |
| Диацетилморфін | Героїн | (перетворюється в морфін) | 4–5 | 2 |
| Фентанілу | Фентаніл | 0.1 | 1-1.5 | 3-4 |
| Метадон 4–5 | Біодон форте<br>Метадон сироп<br>Фісептон | 10 | 4-6 | 15-60 |
| Морфін | Морфін Капанол<br>МС-Контін 10 | 10<br>10 | 4-5<br>4-5 | 2<br>2-4 |
| Оксикодон | Оксиконтин<br>Ендон | 4.5 | 3-4 | 6.5 |

Джерела: Katzung BG (2006) Basic and Clinical Pharmacology, 9th Edition, The McGraw-Hill Companies [CIAP]; MIMS on-line (2006) [CIAP].

*5.2 Характерні аспекти оцінки пацієнтів з опіоїдною залежністю*

### *5.2.1 Оцінка опіоїдної залежності*

Наявність опіоїдної залежності, визначеної за допомогою DSM-IV (Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів, IV видання), вказує на ймовірність розвитку синдрому відміни опіоїдів (СВО).

Вірогідність виникнення синдрому відміни залежить від подібного попереднього досвіду пацієнта. Споживачі героїну можуть перебільшувати свій досвід вживання наркотиків або ступінь тяжкості попереднього СВО, внаслідок занепокоєння або сподіваючись отримати достатню кількість ліків, щоб полегшити очікувані симптоми. Тому, окрім наданих пацієнтом даних, слід враховувати також результати фізичного обстеження та спостереження під час усунення СВО.

Оцінити дози героїну важко через широкі відмінності в концентрації і чистоті (вуличного)

героїну.

Інтенсивність вживання може бути охарактеризована у такий спосіб:

• кількість ін’єкцій на день

• кількість спожитих грамів

• витрачена сума.

Зверніть увагу, що «вуличні» схеми вживання часто змінюються.

***Орієнтовна схема рівнів вживання пацієнтом героїну***

Низький рівень

• 1-2 ін’єкції на день, або

• 0,5 грамів або менше на день Високий рівень

• чотири або більше ін’єкції на день, або

• 1–2 грами або більше на день.

Пацієнт може бути в стані наркотичного сп’яніння під час візиту, і це може вплинути на його здатність надавати та отримувати інформацію.

Див. Додаток В: Керівництво з ведення стану інтоксикації та передозування.

Оцінка стану наркотичного сп’яніння може бути складною, а результати такої оцінки слід переглянути після послаблення ознак сп’яніння.

### *5.2.2 Непланове усунення СВО*

Пацієнтам, які перебувають у лікарні, в’язниці чи іншому спеціалізованому закладі, можуть знадобитися непланове усунення СВО.

Пацієнти не завжди розповідають про те, що вони вживають опіоїди. Ознаки, що вказують на вірогідну необхідність проведення непланового усунення СВО, включають:

• «доріжки» (сліди від ін’єкцій) вздовж вен

• неодноразові прохання дати їм знеболювальні засоби, або саме опіоїдні препарати, що перевищує очікування від пацієнта за таких клінічних обставин.

Для попередження розвитку синдрому відміни під час лікування інших фізичних або психічних розладів може знадобитися лікування метадоном або бупренорфіном. Для цього

проконсультуйтеся з наркологом, який має досвід призначення цих препаратів.

*Синдром відміни*

*5.2.3 Початок і тривалість синдрому відміни*

Героїн є опіоїдом відносно короткої дії. Симптоми відміни зазвичай починаються через 6–24 години після вживання останньої дози, досягають піку через 24–48 годин та вщухають через 5–10 днів.

При відміні опіоїдів тривалої дії, таких як метадон, симптоми зазвичай починаються через 36–48 годин після вживання останньої дози. Ступінь тяжкості відміни метадону, як правило, значно нижчий, ніж при відміні героїну, але час виходу з синдрому відміни є більш тривалим, від 3 до 6 тижнів.

Симптоми та ознаки синдрому відміни бупренорфіну аналогічні тим, що виникають при відміні інших опіоїдів, але ступінь тяжкості СВ бупренорфіну, як правило, помірніший за СВ метадону чи героїну, внаслідок його повільної дисоціації від рецептора. Симптоми виникають зазвичай протягом 3–5 днів після вживання останньої дози та можуть тривати протягом декількох тижнів.

Після виходу з гострого синдрому відміни, пацієнти можуть відчувати затяжні, слабко виражені симптоми, що спричиняють психологічний та фізичний дискомфорт ще протягом багатьох місяців.

Severity of signs and symptoms - Вираженість ознак та симптомів

*Ознаки та симптоми СВО*

| **Ознаки** | **Симптоми** |
|---|---|
| Занепокоєння | Відсутність апетиту та нудота |
| Позіхання | Біль у животі |
| Пітливість | Припливи крові та озноб |
| Нежить | Біль у кістках, суглобах та м’язах |
| Розширені зіниці | Безсоння та порушення сну |
| Пілоерекція | Судоми |
| Посмикування м’язів (зокрема синдром неспокійних ніг в положенні лежачи) | Нестерпний потяг до опіоїдів |
| Блювання | |
| Діарея | |

*5.3.3 Моніторинг*

Пацієнтів слід регулярно перевіряти на наявність симптомів та ознак, включаючи заповнення шкали тяжкості СВО. Частота перевірок залежить від ступеню тяжкості перебігу СВО.

Такий моніторинг пацієнтів повинен ґрунтуватися на спостереженнях, об’єктивних ознаках і суб’єктивних симптомах.

*5.3.4 Шкали тяжкості СВО*

Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS) (див. Додаток L) містить 11 пунктів, що описують ступінь тяжкості симптомів за шкалою від 0 (відсутній) до >36 (виражений). Шкала COWS вважається надійним та достовірним інструментом визначення ступеню тяжкості СВО.

Суб'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS) (див. Додаток M) містить 16 пунктів зі шкалою від 0 до 64 та застосовується в деяких клінічних відділеннях.

Шкали тяжкості СВО не застосовуються для діагностики СВ, вони лише допомагають визначити ступінь тяжкості вже діагностованого СВ.

Регулярно проводьте повторну оцінку пацієнта, щоб переконатись що в нього/неї саме СВО, а не інше супутнє захворювання, особливо за відсутності в пацієнта належної реакції на лікування.

## *5.3 Лікування*

### *5.3.1 Нормативно-правовий контекст лікування залежності*

В Австралії забороняється призначати препарати, що включені до Таблиці 8 (такі препарати, що викликають залежність, як морфін), з метою лікування наркотичної залежності будь-кому, про чию залежність відомо, без отримання індивідуального дозволу від Департаменту охорони здоров'я штату

У лікарнях лікарі можуть використовувати метадон або бупренорфін при веденні пацієнтів із опіоїдною залежністю, госпіталізованих з проблемами медичного характеру. Поза межами лікарні метадон і бупренорфін можуть застосовуватися при лікуванні опіоїдної залежності лише лікарями, які мають право на проведення такого лікування.

### *5.3.2 Планування лікування*

При плануванні лікування необхідно:

• визначити причини бажання пацієнта пройти лікування, соціальні обставини та очікування щодо відміни

• визначити коротко- та довгострокові цілі лікування

• встановити схему моніторингу та аналізу прогресу

• включити регулярний аналіз цілей пацієнта, що можуть змінюватися в процесі відміни.

### *5.3.3 Ключові елементи лікування пацієнтів з СВО*

***Інформування***

Споживачі наркотиків часто володіють великою кількістю інформації про вживання наркотиків, їхню відміну та лікування. Значна частина цих знань ґрунтується на власному досвіді, що заслуговує на повагу, але решта є дезінформацією та результатом нерозуміння. Ця дезінформація може стосуватися характеру та перебігу синдрому відміни, його тяжкості, ефективності лікування та особливо реакції медичних працівників на споживачів незаконних наркотиків. Такі переконання необхідно виявляти та надавати пацієнтам об'єктивну інформацію.

***Підтримка***

Важливим є співпереживання та неосудження з боку медичних працівників, а також заохочення та підтримка під час виходу з СВ. Детальніше про підтримку див. у розділі 2.6.3.

***Запобігання зневодненню***

Якщо СВО не лікується або лікується в недостатній мірі, у пацієнта може виникнути зневоднення через пітливість, блювоту та діарею. У деяких випадках зневоднення може бути серйозним і вимагати інтенсивної регідратації.

***Лікарські засоби***

Для лікування СВО можуть використовуватися різні фармакологічні препарати. Лікарські засоби навряд чи допоможуть повністю полегшити симптоми відміни, але їх можна використовувати для зменшення дискомфорту пацієнта. Лікарські засоби детально описані в наступних розділах.

### *5.3.4 Бупренорфін*

Бупренорфін є основним варіантом лікування синдрому відміни опіоїдів. Він полегшує ступінь тяжкості симптомів при відміні опіоїдів, тому зазвичай не потрібно приймати інші симптоматичні препарати.

Бупренорфін може спровокувати розвиток СВ у людини, яка нещодавно вживала героїн (протягом попередніх 12 годин) або метадон (протягом попередніх 48 годин). Перша доза бупренорфіну складає 4-6 мг, після якої пацієнта слід оглянути через 3-4 години. Якщо в пацієнта не спостерігається збільшення ступеня тяжкості синдрому відміни, але симптоми СВ все ще присутні, слід дати пацієнту ще 2–4 мг бупренорфіну.

Одночасне вживання інших седативних речовин (наприклад, бензодіазепінів, опіоїдів, алкоголю та трициклічних антидепресантів) разом із бупренорфіном є надзвичайно небезпечним та може спричинити дихальну недостатність, ко́му та смерть.

Якщо вік пацієнта 16 чи 17 років, перед призначенням бупренорфіну необхідно отримати висновок іншого лікаря, наприклад, нарколога з місцевої наркологічної служби та задокументувати його. Призначення бупренорфіну пацієнтам віком молодше 16 років вимагає звільнення від відповідальності відповідно до положень Закону про дітей та молодь (догляд та захист) 1998 року. Запит на звільнення також повинен містити висновок іншого нарколога, призначеного місцевою службою охорони здоров'я, а письмова заява повинна надаватися відповідно до протоколу Програми лікування опіоїдної залежності штату Новий Південний Уельс: клінічні рекомендації щодо лікування метадоном та бупренорфіном (Департамент охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс, GL2006_019 2006, стор. 22).

***Усунення больового синдрому та застосування бупренорфіну***

Бупренорфін зв'язується з опіоїдними рецепторами, тому теоретично є ризик того, що він може знижувати ефективність інших опіоїдів, що призначаються для купірування болю. Для отримання додаткової інформації див. Програму лікування опіоїдної залежності штату Новий Південний Уельс: клінічні рекомендації щодо лікування метадоном та бупренорфіном (Департамент охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс, GL2006_019 2006).

***Амбулаторне спостереження***

Рекомендована тривалість лікування бупренорфіном при відміні героїну становить 4–8 днів (див. Таблицю нижче). Якщо пацієнти вирішили продовжувати лікування бупренорфіном, це слід робити в рамках ПТАО.

***Приклад схеми лікування бупренорфіном***

| ***Запропонована схема*** | ***Рекомендовані найвищі та найнижчі дози*** | |
|---|---|---|
| День 1 | 6 мг | 4–8 мг |
| День 2 | 8 мг | 4–12 мг |
| День 3 | 10 мг | 4–16 мг |
| День 4 | 8 мг | 2–12 мг |
| День 5 | 4 мг | 0–8 мг |
| День 6 | 0 | 0–4 мг |
| День 7 | 0 | 0–2 мг |
| День 8 | 0 | 0–1 мг |

Пацієнтів щоденно повинен оглядати досвідчений медичний працівник протягом перших кількох днів лікування синдрому відміни. Це необхідно для коригування дози за необхідності та для забезпечення надання підтримуючої допомоги.

Рекомендується застосовувати гнучкі режими дозування та титрування доз, відповідно до ступеню тяжкості симптомів відміни. Початкова доза, що складає 4 мг або менше, дозволить мінімізувати можливість провокування синдрому відміни. Подальші дози можна вводити через 4 години та відповідно до симптомів пацієнта.

***Ведення пацієнтів в умовах стаціонару***

Лікування фіксованими дозами може проводитися у стаціонарах, персонал яких не має досвіду ведення пацієнтів з СВО. Якщо персонал має відповідний досвід, можуть застосовуватися більш гнучкі режими (із додатковими дозами за необхідності). В обох випадках протягом дня можна давати декілька невеликих доз (наприклад, по 2 мг) (див. Таблицю вище щодо найвищих та найнижчих доз).

### *5.3.5 Симптоматичне лікування*

Для усунення легкого синдрому відміни опіоїдів, як правило, достатньо симптоматичного лікування (див. Таблицю нижче щодо симптоматичного лікування) та підтримуючої терапії. Також корисною буде ад’юнктивна терапія (наприклад, гарячі ванни).

***Клонідин***

Клонідин призначається для лікування таких симптомів СВ, як пітливість та збудження.

Перед прийомом клонідину слід:

- Виміряти артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень перед першою дозою.
- Не давати клонідин, якщо:
    - у пацієнта знижений тиск (тобто показники систолічного артеріального тиску нижчі за 90 мм рт.ст. або показники діастолічного артеріального тиску нижчі за 50 мм рт.ст.)

- показники частоти серцевих скорочень нижчі за 50 ударів/хв.
- є клінічні дані про порушення кровообігу.

Початкова тестова доза:

- Введіть 75 μг тестової дози та перевірте показники тиску через півгодини. Виміряйте артеріальний тиск пацієнта в положенні лежачи та стоячи. Якщо тиск знизився, клонідин не рекомендується.
- Якщо тиск не знижується та пацієнта не турбують запаморочення або інші побічні реакції на клонідин, дайте другу дозу 75 μг і продовжуйте лікування, згідно з Таблицею нижче щодо симптоматичного лікування.

Симптоматичне лікування

### *5.3.6 Налтрексон*

Планове усунення СВО за допомогою налтрексону є підтвердженим і корисним варіантом лікування для деяких пацієнтів, що повинно проводитись лише в спеціалізованих закладах під наглядом.

Міністр охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс затвердив Кодекс професійної поведінки при проведенні екстреної детоксикації в неліцензованих закладах. Кодекс встановлює мінімальні стандарти догляду, яких повинні дотримуватися медичні працівники, які використовують антагоністи опіоїдів для прискорення перебігу синдрому відміни опіоїдів у неліцензованих закладах. З Кодексом можна ознайомитися на веб-сайті Медичної колегії штату Новий Південний Уельс <www.nswmb.org.au>.

## *5.4 Особливі питання*

### *5.4.1 Вагітність та грудне вигодовування*

Переважним способом лікування вагітних жінок із опіоїдною залежністю є ПТАО метадоном (усунення синдрому відміни становить небезпеку для плода і у разі, якщо це необхідно, проводиться під наглядом фахівця). Ведення вагітних жінок із синдромом відміни опіоїдів виходить за рамки цих настанов. За можливості слід звернутися до акушера та нарколога.

Пацієнткам (включаючи тих, хто отримує ПТАО метадоном) рекомендується годувати грудьми разом із отриманням відповідної постнатальної підтримки.

## *5.5 Подальший догляд*

Протягом першого тижня лікування слід обговорити варіанти лікування після виходу пацієнта з синдрому відміни. До них належить утримання від прийому наркотиків з/без налтрексону або надання допомоги за місцем проживання, або продовження лікування бупренорфіном

### *5.5.1 Переведення пацієнта на прийом налтрексону*

Пацієнти, які вийшли з СВО, можуть почати прийом налтрексону через 48 годин після припинення прийому бупренорфіну. В деяких пацієнтів введення налтрексону проходить без ускладнень; інші відчувають значне нездужання. Найкраще попередити потенційних пацієнтів про очікувані симптоми. Може бути корисним призначити симптоматичні препарати протягом 24 годин після прийому або у випадку спровокованого синдрому відміни.

Якщо пацієнти вживали героїн під час СВ перед прийомом налтрексону, симптоми відміни можуть бути більш вираженими. Для прийняття клінічного рішення щодо початку

прийому налтрексону, дані анамнезу необхідно розглядати в поєднанні з фізичними проявами пацієнта (докази інтоксикації, нещодавнє вживання або синдром відміни).

Перша доза налтрексону не повинна перевищувати 12,5 мг. За пацієнтами слід спостерігати протягом 3 годин, попередити їх про можливу затримку розвитку синдрому відміни та перевірити їх наступного дня. Протягом наступних 2 днів вони повинні приймати по 25 мг на добу, а потім по 50 мг на добу у міру переносимості.

В Австралії не затверджене планове використання імплантатів налтрексону. Очікуються результати досліджень.

*5.5.2 Ведення пацієнтів після виходу з СВО*

Планування надання допомоги пацієнтам після виходу з синдрому відміни опіоїдів включає відвідування зустрічей групи анонімних наркоманів, амбулаторні програми, консультування та надання допомоги за місцем проживання. Надання різноманітних амбулаторних послуг також можна поєднувати з лікуванням налтрексоном.

Важливо своєчасно направити пацієнта для отримання цих послуг, скорочуючи до мінімуму період між повним виходом і у міру потреб з синдрому відміни та продовженням лікування. Зокрема, організація прямого переведення із закладу, що обслуговує за місцем проживання, до закладу, що надає довготривалі послуги, є бажаним для пацієнтів, які прийняли рішення продовжувати лікування за місцем проживання. Допомога пацієнтам з синдромом відміни опіоїдів

***Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings - World Health Organization, 2009***

*4.1 Вступ*

Ведення пацієнтів з синдромом відміни (СВ)[19] полягає в наданні медичної та психологічної допомоги пацієнтам із наркотичною залежністю, в яких розвиваються симптоми відміни (абстиненції) внаслідок припинення або скорочення вживання ПАР.

Люди, в яких немає наркотичної залежності, не відчувають симптомів відміни, а отже, не потребують усунення СВ. Проведіть оцінку пацієнта, щоб визначити, чи залежний він/вона та чи потрібне усунення СВ.

Пацієнти із опіоїдною залежністю, які згодні розпочати лікування метадоном, не потребують усунення СВ; вони негайно можуть розпочинати ПТАО метадоном (для отримання додаткової інформації див. протокол відміни опіоїдів).

Не треба вважати, що усунення СВ призведе до стійкого утримання від вживання ПАР, часто спостерігаються рецидиви вживання наркотиків після виходу з СВ. Отже, усунення СВ, радше, є важливою першою сходинкою до початку психосоціального лікування.

При веденні пацієнтів з СВ, необхідно зменшити дискомфорт для них та продемонструвати своє співпереживання, що може допомогти створити довірчі відносини між пацієнтами та медичним персоналом у спеціалізованих закладах закритого типу.

*4.2 Стандартна допомога при веденні пацієнтів з синдромом відміни*

Пацієнтів з СВ слід розміщувати окремо від пацієнтів, які вже вийшли з СВ. Медичні працівники повинні бути доступні цілодобово, в т.ч.: лікар, який приймає пацієнтів перед

[19] Термін «ведення синдрому відміни» використовується замість терміну «детоксикація», тому що останній має багато значень та його важко перекласти іншими мовами з англійської.

госпіталізацією, та за викликом відвідує їх у разі ускладнень; медсестри, які відповідають за моніторинг пацієнтів з СВ, видають ліки за призначенням лікаря та надають пацієнту інформацію про відміну.

У зоні для пацієнтів з СВ повинно бути тихо та спокійно. Пацієнтам слід дозволяти спати або відпочивати в ліжку, якщо вони бажають, або займатися помірною фізичною активністю, такою як ходьба. Пацієнтам слід запропонувати можливості займатися медитацією чи іншими заспокійливими практиками.

Пацієнтів з СВ **не** слід змушувати робити фізичні вправи. Немає доказів того, що фізичні вправи корисні при виході з СВ, навпаки, фізичні вправи можуть подовжити тривалість СВ та погіршити його симптоми.

Пацієнти з СВ можуть відчувати занепокоєння або страх. Надайте їм точну, реалістичну інформацію про наркотики та симптоми відміни, щоб допомогти їм впоратися зі своїм занепокоєнням та страхами.

Не намагайтеся на цьому етапі залучати пацієнта до консультування чи іншої психотерапії. Особа з СВ може бути вразливою та розгубленою, отже, на цьому етапі не рекомендується розпочинати консультування.

Під час СВ деякі пацієнти можуть поводитися деструктивно, бути некерованими. Причин такої поведінки може бути багато. Пацієнт може боятися перебування в спеціалізованому закладі або може не розуміти, чому він/вона там знаходиться, або ж пацієнт може бути дезорієнтованим і розгубленим щодо того, де він/вона знаходиться. У першу чергу, щоб впоратися з поведінкою пацієнта, використовуйте **стратегії управління поведінкою** (Таблиця 2).

**Таблиця 2: Стратегії управління некерованою поведінкою[20]**

| **Поведінка** | **Стратегія управління** |
|---|---|
| Пацієнт відчуває занепокоєння, збудження або панікує | Поводьтеся з пацієнтом спокійно і впевнено.<br>Зменшіть кількість відвідувачів.<br>Обережно поясніть характер будь-яких інтервенцій та що відбувається.<br>Мінімізуйте ризик самоушкодження. |
| Пацієнт розгублений або дезорієнтований | Переконайтеся, що пацієнт під постійним наглядом.<br>Зорієнтуйте пацієнта - поясніть, де він/вона знаходиться і що відбувається. |
| У пацієнта галюцинації | Поговоріть з пацієнтом про те, що він/вона переживає, і поясніть, що є реальним, а що ні.<br>Переконайтесь, що в приміщенні, де знаходиться пацієнт, все просто організовано, воно не загромаджене та добре освітлене.<br>Захистіть пацієнта від заподіяння шкоди собі та оточуючим. |

| | |
|---|---|
| Пацієнт гнівається або агресивний | Впевніться, що персонал та інші пацієнти в безпеці.<br>При взаємодії з пацієнтом зберігайте спокій і намагайтеся заспокоїти його/її.<br>Вислухайте пацієнта.<br>Для персоналізації взаємодії звертайтеся до пацієнта по імені.<br>Ставте спокійні запитання відкритого типу.<br>Розмовляйте спокійним та рівним тоном, навіть якщо пацієнт вороже ставиться і кричить.<br>Не провокуйте пацієнта.<br>За можливості усуньте причину гніву. |

Симптоми відміни залежать від речовини, від якої пацієнт має залежність, та від тяжкості такої залежності, але часто включають нудоту, блювання, діарею, занепокоєння та безсоння. У Таблиці 3 надаються рекомендації щодо лікарських препаратів для полегшення загальних симптомів відміни.

[20] На основі матеріалів Настанов з клінічної практики детоксикації Департаменту охорони здоров'я штату Новий Південний Уельс (Австралія), 1999.

**Таблиця 3: Лікарські препарати для симптоматичного лікування при веденні синдрому відміни**

| **Симптом** | **Лікарський засіб** | **Дозування** | **Спосіб прийому** | **Частота** | **Протипоказання** |
|---|---|---|---|---|---|
| Безсоння | Темазепам | 10-30 мг | Перорально | По мірі необхідності, перед сном | Відміна бензодіазепіну |
| | Прометазин | 25-75 мг | | По мірі необхідності, перед сном | Відміна бензодіазепіну |
| Нудота +/- блювання | Метоклопрамід | 10 мг | Перорально або внутрішньом'язово | Кожні 4-6 години по мірі необхідності, до 3 разів на день | Дистонічні реакції |
| | Прохлорперазин | 5 мг | Перорально | До 3 разів на день по мірі необхідності | Дистонічні реакції |
| Судоми живота | Пропантелін | 15 мг | Перорально | До 3 разів на день по мірі необхідності | |
| | Гіосцин бутилбромід | 20 мг | Перорально | До 3-4 разів на день по мірі необхідності протягом 2-3 днів | Діарея внаслідок бактеріальної інфекції |
| Діарея | Каолін | 15-20 мл | Перорально | 4 рази на день по мірі необхідності | |
| | Лоперамід | 4 мг спочатку, потім – 2 мг | Перорально | 4 мг спочатку, потім 2 мг після кожного рідкого випорожнення, | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | максимум, 16 мг на день | |
| Мязові судоми | Сульфат хініну | 3000 мг | Перорально | 2 рази на день по мірі необхідності | Алергія на хінін |
| Головний та інший біль | Парацетамол/ Кодеїн | 1000 мг/ 16 мг | Перорально | | |
| | Парацетамол/ Орфенадрин | 900 мг/35 мг | Перорально | 3 рази на день | |
| | Парацетамол | 1000 мг | Перорально | Кожні 4-6 години по мірі необхідності, до 4000 мг на день | |
| | Ібупрофен | 400 мг | Перорально | 3 рази на день по мірі необхідності | Виразка шлунку Гастрит Астма |
| | Целекоксиб | | Перорально | | |
| Збудження, тривога та занепокоїння | Діазепам | 5 мг | Перорально | 2-3 рази на день, | Відміна бензодіазепіну |

***Коментар робочої групи:*** *на момент розробки даної клінічної настанови лікарські засоби з міжнародними непатентованими назвами темазепам, прометазин, пропантелін, хінін, орфенадрин в Україні не зареєстровано.*

*4.3 Ведення синдрому відміни у пацієнтів з залежністю від опіоїдів*

До опіоїдів відносяться такі наркотики, як героїн, опій, морфін, кодеїн та метадон. Відміна опіоїдів може бути дуже некомфортною та важкою для пацієнта. Відчуття можуть бути подібними до тих, що виникають під час дуже сильного грипу. Однак відміна опіоїдів зазвичай не загрожує життю.

Існують категорії пацієнтів, яким НЕ слід відміняти опіоїди:

**Вагітні жінки:** Вагітним жінкам із опіоїдною залежністю **не** рекомендується відміняти опіоїди, оскільки це може спричинити викидень або передчасні пологи. Рекомендованим методом лікування для вагітних жінок із опіоїдною залежністю є замісна підтримувальна терапія метадоном.

**Пацієнтам, які розпочинають ПТАО метадоном,** не потрібно перед початком курсу лікування відміняти опіоїди.

**Синдром відміни опіоїдів (СВО)**

**Опіоїди короткої дії (наприклад, героїн): виникнення симптомів відміни опіоїдів**

**через 8-24 години після останнього вживання; тривалість 4-10 днів.**

Опіоїди тривалої дії (наприклад, метадон): виникнення симптомів відміни опіоїдів через 12-48 годин після останнього вживання; тривалість 10-20 днів.

Симптоми включають:

- Нудота та блювання
- Занепокоєння
- Безсоння
- Припливи та озноб
- Пітливість
- М’язові судоми
- Сльозотеча та нежить
- Діарея

**Спостереження та моніторинг**

Пацієнтів слід регулярно перевіряти (3-4 рази на день) на наявність симптомів та ускладнень. Коротка шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS, стор.37) є корисним інструментом для моніторингу СВ. ЇЇ слід заповнювати 1-2 рази на день та використовувати її результат, щоб обрати відповідну стратегію ведення СВО.

**Шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів[21]**

| Симптом | Відсутній | Слабко виражений | Помірно виражений | Сильно виражений |
|---|---|---|---|---|
| Нудота | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Спазми в животі | 0 | 1 | 2 | 3 |
| М’язові судоми або посмикування | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Озноб | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Тахікардія | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Напруженість м’язів | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Біль різного характеру | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Позіхання | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Сльозотеча | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Складності із засинанням | 0 | 1 | 2 | 3 |

Додати усі бали для отримання загального результату:

Оберіть стратегію ведення СВ залежно від загального результату, згідно з таблицею нижче:

| Результат | Запропоноване ведення відміни |
|---|---|
| 0-10 | Легкий СВО; лише симптоматичні лікарські препарати |
| 10-20 | Помірний СВО; симптоматичні або опіоїдні препарати |
| 20-30 | Тяжкий СВО; опіоїдні препарати |

**Ведення легкого СВО**

[21] Gossop, M. (1990). The development of a short opiate withdrawal scale. Addictive Behaviors, 15, 487-490

Пацієнти повинні пити щонайменше 2-3 літри води на день, щоб поновити водний балас організму, порушений внаслідок потовиділення та діареї. Також їм потрібно давати вітаміни групи B і C.

Для усунення легкого синдрому відміни опіоїдів, як правило, достатньо симптоматичного лікування (див. Таблицю 3) та підтримуючої терапії.

**Ведення помірного та тяжкого СВО**

Згідно із зазначеним вище для легкого СВО, але з додаванням клонідину або опіоїдних препаратів, таких як бупренорфін, метадон або кодеїну фосфат:

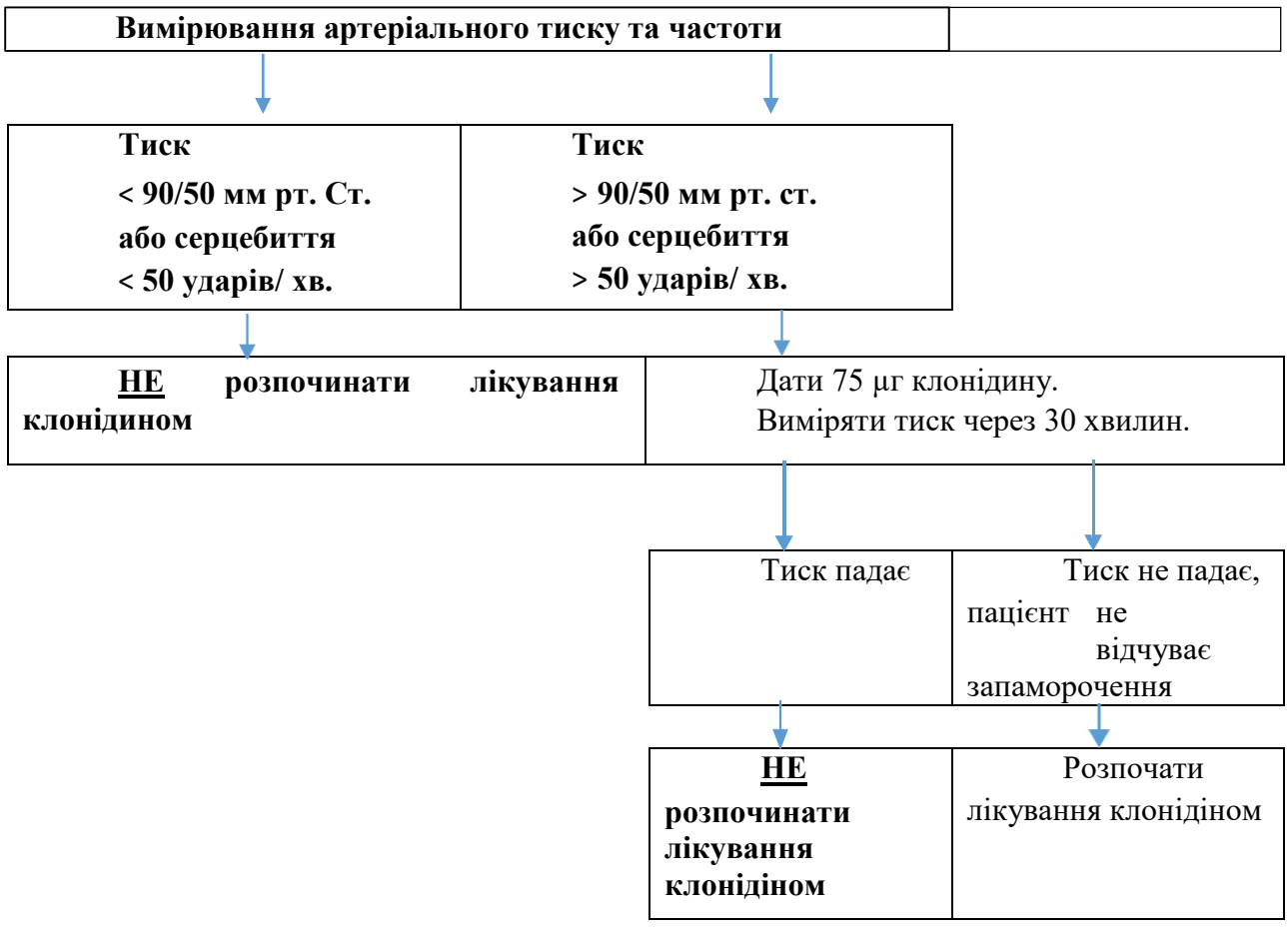
***Усунення СВО за допомогою клонідину***

Клонідин - агоніст альфа-2 адренергічних речовин. Цей препарат може сприяти полегшенню багатьох фізичних симптомів відміни опіоїдів, включаючи пітливість, діарею, блювоту, спазми в животі, озноб, занепокоєння, безсоння та тремор. Він також може викликати сонливість, запаморочення та зниження артеріального тиску.

Клонідин слід застосовувати разом із симптоматичним лікуванням по мірі необхідності. Його **не** слід давати одночасно з заміщенням опіоїдів.

Перед прийомом клонідину слід виміряти артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень пацієнта (Рис. 2). Дозування згідно з Таблицею 4 нижче. Продовжуйте контролювати артеріальний тиск та припиніть давати клонідин, якщо артеріальний тиск падає нижче 90/50 мм рт.ст.

Малюнок 2: Процедура прийому клонідину при помірному/тяжкому СВО



**Таблиця 4: Дозування клонідину при помірному/тяжкому СВО**

| | Ранок | | День | Вечір |
|---|---|---|---|---|
| **День** | **День 1** | 150 µг | 150 µг | 150 µг |
| **День 2** | **День 2** | 150-300 µг | 150-300 µг | 150-300 µг |
| **День 3** | **День 3** | 150-300 µг | 150-300 µг | 150-300 µг |
| **День 4** | **День 4** | 75 µг | 75 µг | 75 µг |
| **День 5** | **День 5** | 75 µг | - | 75 µг |

***Усунення СВО за допомогою бупренорфіну***

Бупренорфін є найкращим опіоїдним препаратом при усуненні помірного та тяжкого СВО. Він полегшує симптоми відміни і знижує потяг до наркотиків.

Через його фармакологічну дію (частковий агоніст опіату), бупренорфін слід давати лише після того, як пацієнт починає відчувати симптоми відміни (тобто принаймні через вісім годин після останнього прийому героїну).

Бупренорфін слід давати з обережністю, якщо в пацієнта:

- Дихальна недостатність
- Непрохідність уретри
- Діабет

Дозування бупренорфіну необхідно щодня коригувати залежно від того, наскільки добре контролюються симптоми та чи наявні побічні реакції. Чим більше опіоїдів вживав пацієнт, тим більша доза бупренорфіну необхідна для контролю симптомів відміни.

Запропонований протокол дозування надається в Таблиці 5 нижче. Симптоми, що недостатньо контролюються бупренорфіном, можна лікувати симптоматично по мірі необхідності (див. Таблицю 3).

**Таблиця 5: Дозування бупренорфіну при веденні СВО**

| | **Рекомендоване дозування** |
|---|---|
| **День 1** | **6 мг** |
| **День 2** | **8 мг** |
| **День 3** | **10 мг** |
| **День 4** | **8 мг** |
| **День 5** | **4 мг** |

***Усунення СВО за допомогою метадону***

Метадон полегшує симптоми відміни опіоїдів і знижує потяг до наркотиків. Метадон застосовується для детоксикації від опіоїдів тривалої дії, таких як морфін або сам метадон.

Метадон слід давати з обережністю, якщо в пацієнта:

- Дихальна недостатність
- Гостра алкогольна залежність
- Травма голови
- Лікування інгібіторами моноамінооксидази (ІМАО)
- Виразковий коліт або хвороба Крона
- Печінкова недостатність тяжкого ступеню

Дозування метадону необхідно щодня коригувати залежно від того, наскільки добре

контролюються симптоми та чи наявні побічні реакції. Чим більше опіоїдів вживав пацієнт, тим більша доза метадону необхідна для контролю симптомів відміни. Запропонований протокол дозування надається в Таблиці 6 нижче. Якщо симптоми контролюються метадоном недостатньо, можна або повільніше знижувати дозу метадону, або лікувати симптоматично (див. Таблицю 3).

**Таблиця 6: Дозування метадону при веденні СВО**

| | **Рекомендоване дозування** |
|---|---|
| **Дні 1-4** | **30 мг** |
| **Дні 5-8** | **35 мг** |
| **День 9** | **30 мг** |
| **День 10** | **25 мг** |
| **День 11** | **20 мг** |
| **День 12** | **15 мг** |
| **День 13** | **10 мг** |
| **День 14** | **5 мг** |
| **День 15** | **0 мг** |

Щоб уникнути ризику передозування в перші дні усунення СВО, дозу метадону можна розділити, наприклад, давати 30 мг в двох дозах, по 15 мг вранці та ввечері.

Деякі аспекти лікування інтоксикації та синдрому відміни опіоїдів

***Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatry Association, 2006***

**2. Лікування при інтоксикації**

Догляд за пацієнтами, які мають розлади, викликані вживанням опіоїдів, часто ускладнюється через епізодичне виникнення у них рецидивів. Отже, під час тривалого лікування важливо розпізнавати інтоксикацію та забезпечувати лікування із застосуванням опіоїдів чи інших речовин.

При легкій та помірній інтоксикації опіоїдами лікування зазвичай непотрібне. Пацієнт з неускладненим передозуванням опіоїдом короткої дії з відносно коротким періодом напіввиведення (наприклад, героїном) може отримати лікування у відділенні невідкладної допомоги та виписатися вже через декілька годин. Проте при передозуванні опіоїдами з довшим періодом дії (наприклад, метадоном) пацієнт має перебувати під ретельним наглядом у стаціонарі протягом щонайменше 24–48 годин. Крім того, тяжке передозування опіоїдами, що характеризується дихальною недостатністю, може призвести до смерті, тож пацієнти мають отримувати лікування у відділенні невідкладної допомоги або у стаціонарі. Налоксон є антагоністом опіоїдів. Він реверсує дихальну недостатність та пригнічення роботи ЦНС, а також інші прояви передозування (застосування препарату докладно описано у розділі II.E.1.) Якщо пацієнт навмисно приймає смертельну дозу наркотика у спробі вчинити самогубство, необхідно провести оцінку його психічного стану у стаціонарних умовах. Плануючи виписку пацієнтів, які не потребують медичної чи психічної госпіталізації, необхідно забезпечити належне подальше лікарське спостереження за їхнім станом.

**3. Ведення пацієнтів з синдромом відміни**

Особа із залежністю від опіоїдів може перенести синдром відміни замість отримання ПТАО метадоном або бупренорфіном, якщо, наприклад, пацієнт має коротку історію зловживання опіоїдами в анамнезі та має гарний прогноз щодо утримання від вживання наркотиків без медикаментозної терапії, або якщо програма ПТАО відсутня у місцевому закладі, або якщо пацієнт відмовляється від ПТАО через обмеження, пов’язані з прийомом

препарату. Деякі пацієнти, які успішно отримували ПТАО із застосуванням таких препаратів, як метадон або бупренорфін, також матимуть бажання припинити вживання наркотиків під медичним наглядом.

Критеріями відміни ПТАО для пацієнтів, які протягом тривалого часу отримували метадон чи бупренорфін є очевидний прогрес у підтримці способу життя без вжиття наркотиків, стабільна адаптація у особистій та професійній сфері, відсутність інших розладів внаслідок вживання речовин та успішне лікування і ремісія будь-яких супутніх психічних розладів.

Прискорений вихід з програм ПТАО та одночасна відміна метадону можуть з високою ймовірністю призвести до рецидивів, незаконного вживання опіоїдів, арештів та смерті. Добровільне припинення терапії метадоном також несе високий ризик рецидиву навіть для пацієнтів, які мали успішні результати лікування. Пацієнти, які добровільно припиняють ПТАО, мають отримувати підтримувальне лікування під час відміни ПТАО, а також послуги, які надаються після проходження лікування, щоб вони змогли утримуватися від вжиття наркотиків. Пацієнтам, у яких виникають повторні рецидиви навіть попри надану підтримку, необхідно надати можливість отримувати добровільну тривалу терапію метадоном або бупренорфіном.

Мета зменшення доз опіоїдів – звести до мінімуму гострі симптоми відміни та допомогти пацієнтам перейти на тривале лікування залежності від опіоїдів. Використання стандартної рейтингової шкали для відміни наркотиків (наприклад, шкали Клінічного інституту дослідження наркотичної залежності (CINA)) може допомогти прийняти рішення щодо дозування, застосовуючи об’єктивний та рутинний спосіб. Загалом використовують п’ять фармакологічних стратегій:

1) ПТАО метадоном з поступовим зниженням доз метадону,

2) різке припинення застосування опіоїдів із використанням клонідину для пригнічення симптомів відміни,

3) детоксикація клонідином/налтрексоном у випадках, коли симптоми відміни були викликані застосуванням налтрексону і потім пригнічені за допомогою клонідину,

4) ПТАО бупренорфіном з подальшим різким або поступовим припиненням застосування бупренорфіну та

5) використання інших препаратів для лікування симптомів відміни.

**а) Застосування метадону при синдромі відміни**

Метадону є високоефективним в усуненні симптомів відміни. Хоча використання опіоїдів з метою детоксикації або підтримувальної терапії залежних від опіоїдів пацієнтів вимагає спеціальної ліцензії (див. Розділ II.H.3), це правило не застосовується до пацієнтів, які були прийняті до стаціонару головним чином через небезпечні для життя загальні стани здоров’я або психічні розлади. Тож таким пацієнтам також необхідна терапія метадоном під час перебування у стаціонарі для стабілізації стану, пов’язаного із залежністю від опіоїдів.

Лікування СВО у стаціонарних умовах із застосуванням метадону передбачає стабілізацію стану пацієнта за допомогою добової дози метадону, яка визначається залежно від реакції пацієнта на основі об’єктивних ознак синдрому відміни (1378, 1379). Після визначення стабілізаційної дози (як правило, 40–60 мг/добу, а іноді і менше), доза метадону може бути зменшена, наприклад, на 5 мг/добу. В умовах стаціонару детоксикацію після героїну або інших опіоїдів короткої дії зазвичай можна завершити протягом 7 днів, але більш поступове зниження доз дозволить забезпечити більш м’який клінічний перебіг.

Для лікування синдрому відміни в амбулаторних умовах використовується вища початкова доза метадону і терапія триває довше порівняно з лікуванням пацієнтів з синдромом відміни в умовах стаціонару. Метою використання вищої початкової дози метадону є

припинення незаконного вживання наркотиків залежними особами. Оскільки дослідження свідчать про те, що поступове зниження доз приводить до кращих результатів, метадон слід вводити поступово протягом декількох тижнів. Багато пацієнтів переносять зменшення доз метадону до 20–30 мг/добу з невеликими труднощами, але подальше зниження дози може призвести до посилення тяжкості синдрому відміни. Навіть при поступовому зменшенні дози деякі пацієнти можуть мати дуже сильний дистрес, що супроводжується високим рівнем «випадання» з лікування та виникненням рецидивів протягом пізнішої фази синдрому відміни.

***б) Застосування клонідину при синдромі відміни***

Клонідин – це α2-адренергічний антигіпертензивний препарат центральної дії, який ефективно знижує норадренергічну гіперактивність в зв'язку з СВО. Клонідин не схвалений для лікування пацієнтів з синдромом відміни у США, але він широко досліджувався та використовувався для таких показань в інших країнах. Клонідин зменшує прояви симптомів відміни, такі як нудота, блювота, діарея, спазми та пітливість, але на відміну від метадону мало сприяє зменшенню інших симптомів, таких як біль у м'язах, безсоння, дистрес та тяга до наркотиків (1380, 1381). Як неопіоїдний препарат, клонідин має деякі переваги перед метадоном, наприклад, період виведення. Клонідин не викликає опіоїдної толерантності або залежності або рецидиву після використання метадону при симптомах відміни (1382). Крім того, пацієнтам, які пройшли курс лікування синдрому відміни клонідином, можна негайно призначити антагоніст опіоїдів (наприклад, налтрексон), якщо для цього є показання. До недоліків клонідину можна віднести його вищезгадану нездатність полегшувати певні симптоми відміни опіоїдів, пов'язаний з цим понижений артеріальний тиск, який може викликати серйозні проблеми, незважаючи на застосування низьких доз препарату, та його можливу седативну дію. Протипоказаннями до застосування клонідину є гострі або хронічні порушення з боку серця, ниркова недостатність або порушення обміну речовин та понижений артеріальний тиск середньої та важкої тяжкості (1383).

У перший день детоксикації із застосуванням клонідину, дози клонідину 0,1 мг тричі на день (загальна 0,3 мг на 24 години) зазвичай достатньо для пригнічення ознак синдрому відміни; зазвичай пацієнти, які отримують лікування в умовах стаціонару, можуть отримувати більш високі дози для блокування симптомів відміни через наявність медичного персоналу, який здійснює спостереження за пацієнтом на предмет виникнення у нього низького артеріального тиску та седативних ефектів. Обсяги дози коригують, доки симптоми відміни не зменшаться. Якщо артеріальний тиск пацієнта падає до показника нижче 90/60 мм рт.ст., слід відмовитись від наступної дози, після чого можна дати нижчу дозу препарату під час спостереження за тим, як у пацієнта проявляються ознаки синдрому відміни. У випадку опіоїдів короткої дії, таких як гернін, відміна клонідину зазвичай займає 4-6 днів. Для лікування симптомів відміни разом з клонідином можуть застосовуватися інші ліки.

Взагалі детоксикацію із застосуванням клонідину легше проводити та контролювати в стаціонарних умовах. Седативна дія клонідину також є невеликою проблемою для пацієнтів, які отримують лікування у стаціонарі. Однак детоксикація клонідином в амбулаторних умовах є розумним підходом, якщо проводиться досвідченим персоналом (1384–1386). Пацієнтам, які знаходяться на амбулаторному лікуванні, не слід залишати запас клонідину, який перевищує триденну потребу для уникнення його застосування без нагляду, оскільки лікування вимагає ретельного титрування дози, а передозування клонідином може бути небезпечним для життя (1387, 1388).

Клонідин може бути ефективною альтернативою метадону для лікування СВО; коефіцієнт завершення лікування синдрому відміни серед пацієнтів, які отримували терапію клонідином в амбулаторних умовах, є відносно низьким і приблизно таким же, як і у пацієнтів, які отримували терапію метадоном (1387, 1389).

***в) Застосування бупренорфіну при синдромі відміни***

До схвалення бупренорфіну в США для лікування залежності від опіоїдів була зареєстрована ефективність та безпека його рідкої форми при лікуванні СВО під медичним наглядом. Лікарі-клініцисти застосовували парентеральний бупренорфін ін'єкційним шляхом або у рідкій формі сублінгвально для лікування відносно короткого СВО (≤1 тижня). Наразі після затвердження Управлінням із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів сублінгвальної форми цього препарату, рідку форму препарату для лікування СВО більше не слід застосовувати, а використання ін'єкційної форми бупренорфіну без погодження не рекомендоване.

Під час досліджень із застосуванням бупренорфіну для лікування синдрому відміни загалом виявилося, що препарат є більш прийнятним та ефективним для пацієнтів порівняно з клонідином (1384, 1391–1393), причому ці два препарати відрізняються характеристиками суб'єктивних симптомів СВО. Результати ефективних проведених досліджень, в ході яких проводилося порівняння бупренорфіну та метадону для лікування СВО, не були опубліковані. У разі використання бупренорфіну для стаціонарного лікування СВО, стан пацієнтів можна стабілізувати за допомогою щоденного прийому відносно низької дози сублінгвальної форми бупренорфіну (наприклад, 8 мг/добу) з метою пригнічення СВО. Обидві таблетовані форми (з налоксоном або без нього) можна застосовувати в стаціонарних умовах, оскільки ризик диверсії та парентерального зловживання є низьким. Дозу можна зменшувати частинами, на 2 мг/добу протягом декількох днів. Оскільки бупренорфін має тривалу дію, при зменшенні дози спостерігаються мінімальні симптоми відміни. Однак деякі лікарі-клініцисти повідомляють, що симптоми відміни можуть проявлятися через кілька днів після прийому останньої дози бупренорфіну після виписки пацієнта зі стаціонару.

Якщо для амбулаторного лікування СВО використовується бупренорфін, слід дотримуватися аналогічних процедур, які були раніше описані для метадону. Але бажаною є таблетована форма у поєднанні з налоксоном. Наприклад, стан пацієнтів слід спочатку стабілізувати за допомогою добової дози бупренорфіну (ймовірно, 8–32 мг/добу), що пригнічує СВО та допомагає пацієнтам утримуватися від незаконного вживання опіоїдів. Потім необхідно поступово зменшувати дозу протягом 10–14 днів. Оскільки таблетки бупренорфіну не мають насічки, зменшувати дозу можливо щонайменше на 2 мг.

Слід наголосити, що для максимальної ймовірності того, що пацієнт буде утримуватися від вживання речовин протягом та після виходу з синдрому відміни, необхідно одночасно застосовувати немедикаментозне лікування. Однак довгострокові результати, пов'язані з лікуванням синдрому відміни, зазвичай є гіршими за результати лікування із застосуванням ПТАО (1394).

## 3. Забезпечення якості лікування

### 3.1 Залучення пацієнта до оцінки та лікування

Мета оцінки полягає у визначенні потреб пацієнта та його спроможності почати лікування. За результатами оцінки складається план лікувальних заходів. Передусім необхідно провести ретельну оцінку стану здоров'я пацієнта, яка має включати комплексний аналіз вживання ним наркотиків, медичний та психосоціальний анамнез, огляд психічного стану та, у разі клінічних показань, відповідні аналізи.

Така оцінка є важливою для надання допомоги та догляду за пацієнтом. Вона не лише забезпечує краще його залучення до лікування, а й сприяє початку змін – ще навіть до завершення комплексної оцінки.

Якщо під час оцінки враховуються індивідуальні обставини та те, на якій стадії зміни перебуває пацієнт, можна очікувати, що лікування буде ефективним. Прийнятне планування

лікування передбачає надання послуг, орієнтованих на пацієнта, а не на провайдера (медичний заклад) (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002). Плани лікування та догляду можуть сприяти доступу пацієнта до інтегрованих послуг та запобігати припиненню лікування. Оцінка є першим етапом планування лікування й догляду.

Основна мета оцінки перед початком лікування – провести функціональний аналіз та визначити найкращий варіант реагування на ситуацію пацієнта (UNODC, 2003). Водночас під час початкової оцінки між пацієнтом та медичним працівником встановлюється терапевтична взаємодія. Відтак велике значення мають як зміст, так і способи проведення оцінки.

Загальні принципи оцінки, описані в цьому розділі, можуть застосовуватися до всіх видів лікування залежності від алкоголю або інших наркотиків. Крім того, деякі додаткові вимоги щодо оцінювання готовності до ПТАО визначаються характером цього виду терапії.

### 3.2 Спільне прийняття рішень

Під час оцінки майбутні пацієнти є особливо уразливими та мають високі очікування. Рішення звернутися за лікуванням часто приймається під час кризи. Переважна більшість пацієнтів мають неоднозначне ставлення до лікування, особливо до ПТАО, і початок лікування може супроводжуватися відчуттям невдачі або вини.

Клінічні працівники повинні демонструвати відкрите і неупереджене ставлення до пацієнтів та не бути ані занадто авторитарними, ані надмірно нав’язливими.

Пацієнти часто не хочуть або не готові розповідати про вживання наркотиків та пов’язані з цим проблеми. Описуючи, чому вони не бажають відкрито обговорювати свою залежність, пацієнти, як правило, вказують такі причини, як дискомфорт, сором, страх, недовіра, безнадійність і прагнення продовжувати вживати наркотики.

Клінічні працівники мають підтримувати чесне та поважне ставлення до пацієнтів із залежністю – таке саме, як до пацієнтів з іншими захворюваннями або медичними проблемами.

Під час встановлення відносин з пацієнтами важливо зберігати здоровий глузд, бути ввічливими та підтримувати належний рівень нейтральності. Якщо медичні працівники намагаються захиститися від вимог та маніпуляцій пацієнта, у пацієнтів може скластися враження, що вони занадто закриті, авторитарні та не йдуть на близький контакт. І навпаки, якщо уважно ставляться до них та зважають на усі їхні життєві обставини, може виникнути враження, що вони занадто близько наближаються до них. У такій ситуації медичні працівники можуть почуватися адвокатами або прибічниками своїх пацієнтів та певною мірою відчувати себе пов’язаними з тим, що трапляється в їхньому житті.

Вірогідно, у довгостроковій перспективі для пацієнтів краще, якщо медичні працівники підтримуватимуть належний рівень нейтральності: вони мають доглядати за ними та розуміти їхні проблеми, але водночас бути спроможними визначати, коли потреби пацієнтів є надмірними, та не рятувати їх від криз, в які вони часто заводять себе самі.

Терапевтичні відносини мають засновуватися на взаєморозумінні:

- клінічні працівники та сам пацієнт мають розуміти причини та характер проблем;
- очікування кожної сторони від лікування мають бути взаємно зрозумілими;
- розуміння того, яким чином можна найбільш ефективно досягти цілей пацієнта. Чим відкритішим є підхід до лікування, чим більше він заснований на співпраці між сторонами та чим більше сторони поділяють відповідальність за лікування, тим ефективнішим він буде.

Як правило, ефективність оцінки пацієнта може покращити такі фактори:

- спроможність встановити терапевтичний альянс;
- хороші навички міжособистісного спілкування;

- тепле ставлення, але без надмірного контролю;
- дружелюбність;
- щирість;
- повага;
- емпатія;
- підтримуючий стиль спілкування;
- підхід до лікування, орієнтований на пацієнта;
- рефлексивне слухання

Незважаючи на неоднозначне ставлення до лікування, пацієнти можуть надто перейматися тим, чи будуть їм давати метадон або бупренорфін і якщо так, то коли. Така зацікавленість можливістю доступу до цих препаратів є ознакою залежності від наркотиків. Якщо це питання чесно та відкрито не обговорити на початку оцінки, зв'язок між клінічним працівником та пацієнтом встановити буде досить складно. Після того як діагноз залежності від опіоїдів підтверджується, пацієнта варто запевнити, що він має право пройти програму ПТАО, а також більш ґрунтовно та відкрито обговорити такі варіанти лікування, побічні ефекти ПТАО та правила і порядок проведення цієї терапії.

Під час першого інтерв'ю (прийому в нарколога) деякі пацієнта можуть говорити все, що, на їхню думку, нарколог хоче почути, щоб забезпечити доступність лікування, особливо ПТАО. Тому не рекомендується встановлювати конкретні цілі лікування на початковому інтерв'ю, оскільки очікування пацієнтів від лікування можуть бути нереалістичними.

Оцінка є постійним процесом, і отримання від пацієнта інформації про його психосоціальний стан у динаміці не закінчується після першого прийому (інтерв'ю). Інтерв'ю, що проводяться під час оцінки, також можуть використовуватися для встановлення вихідних правил лікування.

Медичні працівники, які призначають метадон або бупренорфін, мають певні переваги у відносинах зі своїми пацієнтами. Це може викликати проблеми, особливо у вразливих пацієнтів та пацієнтів, яким важко дається спілкування з людьми, наділеними владою. Необхідно дуже уважно ставитися до цього дисбалансу та не допускати змагальності у відносинах з пацієнтами, які обурюються своїм уявним безсиллям у тому, що стосується правил програми лікування .

Крім того, важливо, щоб клінічні працівники намагалися не використовувати відносини «лікар – пацієнт» для власної вигоди. Так, лікарі, які призначають терапію, можуть емоційно експлуатувати пацієнтів, якщо поводяться нав'язливо або активно цікавляться їхніми обставинами життєвого досвіду та способу життя, які часто є непростими.

Більшість пацієнтів готові та можуть надавати достовірну й докладну інформацію про свій досвід вживання наркотиків.

Якщо клінічні працівники ставлять пацієнтам запитання, вони мають бути прямими, недвозначними, сформульованими простою мовою та без використання вуличного жаргону.

Відкриті запитання дозволяють отримати більше інформації, ніж закриті (ті, на які можна відповісти «так» чи «ні» тощо):

- Як вживання героїну вплинуло на Ваше життя?
- Як героїн вплинув на Ваше життя?
- Які фактори раніше допомагали Вам припинити вживання наркотиків?
- Які особливі проблеми Ви відчуваєте зараз?
- Як часто Ви вживаєте героїн?
- Коли Ви останнього разу вживали героїн?
- Скільки разів Ви вживали героїн протягом останнього місяця?

Загалом під час проведення початкової оцінки або упродовж перших тижнів лікування клінічні працівники мають забезпечити обстеження стану фізичного здоров'я та

психологічного функціонування пацієнта. Власне, вони мають або провести такі обстеження самостійно, або направити пацієнта до профільного фахівця. Рекомендується організувати тести на ВІЛ, гепатити В та С, а також обстеження на предмет наявності та характеру психічних розладів. Із деякими з цих питань можна розібратися під час інтерв'ю (прийому), а до інших краще переходити тоді, коли пацієнт стабілізується на певній схемі лікування.

***Коментар робочої групи:*** *за даними правоохоронних структур в теперішній час Україна використовується як транзитна зона для перенаправлення героїну в країни Європи, проте, зважаючи на високу вартість даного наркотику та обмежену доступність у його придбанні, в Україні героїн не має широкої розповсюдженості серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно. В свою чергу, в Україні поширене вживання опіоїдів «кустарного виробництва». Зважаючи, на вищезазначене, слово «героїн» необхідно замінювати на «опіоїди, що не призначені лікарем».*

*Створення терапевтичного альянсу передбачає активне залучення пацієнта або його довіреної особи у якості партнера до процесу лікування, а саме до прийняття спільного рішення щодо надання йому тієї чи іншої медичної послуги. Надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта грунтується на етичному ставленні до пацієнта та визнання його права бути повноправним учасником процесу, враховуючи його потреби, цінності, переваги тощо.*

*На думку членів робочої групи попередній розділ слід розширити рекомендаціями щодо спільного прийняття рішень, наведених у керівництві Спільне прийняття рішень, Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги (Shared decision making, NICE, 2021) [9] з метою наведення практичних інструментів застосування спільного прийняття рішень у роботі з особами, які вживають наркотики та отримують медичну допомогу, зокрема, із використанням ПТАО.*

***Shared decision making, NICE, 2021***

**Застосування спільного ухвалення рішень на практиці**

1. Підтримуйте спільне ухвалення рішень, пропонуючи втручання на різних етапах, у тому числі до, під час і після обговорень, щоб люди були повністю залучені протягом усього догляду.
2. Адаптуйте методи, які використовуються для підтримки спільного ухвалення рішень, відповідно до умов догляду та контексту, у якому приймається рішення, включно з тим, чи відбувається обговорення особисто чи дистанційно за допомогою відео чи телефону.
3. Запитайте людину, чи хоче вона залучити членів родини, друзів, опікунів чи адвокатів (пам'ятаючи про положення охорони здоров'я). Якщо так, залучіть їх як спосіб допомогти людині:
   - брати активну участь в обговоренні;
   - пояснювати, що для них важливо;
   - приймати рішення щодо свого лікування;
   - запам'ятовувати інформацію, яку вони надали під час обговорення.
4. При наданні інформації та ресурсів:
   - використовуйте лише надійні високоякісні джерела, такі як інформацію, акредитовану NICE, посилання на веб-сайт NHS, інформацію від відповідних організацій пацієнтів або відповідні рекомендації NICE та гарантовану якість допомоги пацієнтам в ухваленні рішень
   - враховуйте доступність та вимогу відповідності стандарту доступної інформації NHS.

**Перед початком обговорення**

5. Перед обговоренням запропонуйте людині доступ до ресурсів у зручному для неї форматі (наприклад, буклет, листівка або додаток), щоб допомогти їй підготуватися до обговорення варіантів і ухвалення спільного рішення. Це має спонукати їх думати про те,

- що для них важливо
- що, на їхню думку, станеться в результаті обговорення
- які питання вони хотіли б поставити (див. рекомендацію 1.1.16).

6. Запропонуйте організувати додаткову підтримку для людей, яким може бути важко брати участь у прийнятті рішень, особливо якщо вони не мають або не хочуть отримувати підтримку з боку члена сім'ї, друга чи опікуна. Підтримка може надходити від медсестри, соціального працівника, перекладача або волонтера (наприклад, адвоката), який може:

- допомогти їм зрозуміти надані ресурси
- спонукати людину брати активну участь в ухваленні рішень
- запевнити їх, що спільне прийняття рішень буде підтримуватися медичним працівником, до якого вони звертаються.

**Під час обговорення**

7. На початку кожного обговорення узгодьте "порядок денний", щоб разом визначити пріоритети в обговоренні. Скажіть, скільки часу триватиме дискусія.

8. Переконайтеся, що людина розуміє, що вона може брати повноцінну участь у прийнятті рішень щодо свого лікування чи догляду.

9. Обговорюючи рішення щодо тестів, лікування та втручань, робіть це так, щоб спонукати людей думати про те, що для них важливо, і висловлювати свої потреби та вподобання.

10. Під час обговорення аналізів, лікування чи інших медичних послуг слід:

- пояснити медичні цілі кожного варіанту та обговорити, як вони узгоджуються з цілями, пріоритетами та загальними цілями людини
- відкрито обговорити ризики, переваги та наслідки кожного варіанту, переконавшись, що людина знає, що це включає відмову від лікування або зміну того, що вона зараз робить
- з'ясуйте, що людина сподівається отримати від лікування або втручання, і обговоріть будь-які хибні уявлення
- виділіть достатньо часу, щоб відповісти на запитання, і запитайте людину, чи не бажає вона ще раз обговорити можливі варіанти.

11. Підтримуйте людину, коли вона розглядає варіанти вибору, цьому може сприяти:

- надання інформації у зручних для сприйняття частинах (фрагмент і перевірка)
- перевірка того, що вони розуміють інформацію (наприклад, використовуючи техніку зворотнього зв'язку)
- обговорення того, що є важливим для них у світлі наданої інформації, та перевірка того, що їхній вибір узгоджується з цим.

12. Дайте людям (і членам їхніх сімей, друзям або опікунам, якщо це доречно) час, необхідний для ухвалення рішень щодо аналізів, лікування та втручань.

13. Визнайте той факт, що люди можуть мати різні погляди на співвідношення ризиків, переваг і наслідків лікування, і що вони можуть відрізнятися від поглядів медичних працівників.

14. Прийміть спільне рішення або план щодо лікування чи догляду та домовтеся, коли його може бути переглянуто.

15. Наприкінці обговорення чітко зазначте, які рішення були прийняті, щоб переконатися, що людина та її медичний працівник мають спільне розуміння щодо того, що було узгоджено, що відбудеться далі, якими є часові рамки та коли це може бути переглянуто.

16. Поясніть людині, що вона може переглянути своє рішення раніше узгодженої дати перегляду, якщо захоче, і може змінити свою думку щодо прийнятого рішення в будь-який час.

17. Під час запису обговорення (наприклад, в історії хвороби або плані догляду) записуйте будь-які прийняті рішення разом із подробицями того, що людина сказала, що було важливим для неї під час прийняття цих рішень. Запропонуйте поділитися цією інформацією з людиною, наприклад, у листі після відвідування клініки.

**Після або між обговореннями**

18. Запропонуйте людям ресурси в зручному для них форматі, щоб допомогти їм зрозуміти, що було обговорено та узгоджено. Це може бути роздруківка з коротким викладом діагнозу, варіантів і прийнятих рішень або планів, а також посилання на високоякісні онлайн-ресурси. В ідеалі, дайте людям ці матеріали на руки або надайте їх одразу після обговорення.

19. Переконайтеся, що інформація, надана після обговорень, містить інформацію про те, до кого звертатися з будь-якими подальшими запитаннями.

20. Пишучи клінічні листи після обговорення, пишіть їх пацієнту, а не його медичному працівнику, відповідно до рекомендацій Академії медичних королівських коледжів щодо написання амбулаторних листів пацієнтам. Надішліть копію листа пацієнту (якщо він не скаже, що не бажає отримати копію) і відповідному медичному працівнику.

21. Запропонуйте додаткову підтримку людям, які, ймовірно, потребуватимуть додаткової допомоги для спільного ухвалення рішень. Це може включати в себе заохочення їх записувати обговорення, письмове пояснення прийнятих рішень або організацію подальшого спостереження з боку медичного персоналу чи відповідної альтернативи.

**Допомога пацієнтам у прийнятті рішень**

**Медичним працівникам**

22. Використовуйте допоміжні засоби для прийняття рішень пацієнтом як частину загального "інструментарію" для підтримки спільного прийняття рішень поряд з іншими навичками та втручаннями, описаними в розділах 1.2 та 1.4 цієї настанови. Якщо відповідна допомога в прийнятті рішень є недоступною, продовжуйте використовувати принципи спільного прийняття рішень, викладені в цій настанові.

23. Використовуйте допоміжні засоби для прийняття рішень пацієнтом лише якщо:

- їх якість гарантована і відображає найкращій досвід, що базуються на фактичних даних
- це актуально для поточної дискусії та рішення, яке необхідно прийняти
- це актуально для даної клінічної ситуації.

24. Перш ніж використовувати певний засіб для прийняття рішень, медичні працівники повинні переконатися, що вони знайомі з ним, зокрема з тим, як він допоможе людям зрозуміти, який варіант для них найкращий.

**Організаціям**

Також дивіться рекомендації 1.6.10 – 1.6.12 у настанові NICE щодо оптимізації лікарських засобів щодо надання допомоги пацієнтам у прийнятті рішень під час консультацій про лікарські засоби.

25. Подумайте про те, як надати персоналу в організації чи системі доступ до засобів для ухвалення рішень пацієнтам із гарантованою якістю. Це може бути досягнуто шляхом ведення бази даних допоміжних засобів прийняття рішень, які регулярно переглядаються та оновлюються, або заохочення персоналу до використання допоміжних засобів прийняття рішень, створених національними органами, такими як NICE.

26. Організації повинні забезпечити, щоб їхній персонал, який обслуговує обладнання та системи, надавав пацієнтам допомогу в прийнятті рішень різними способами відповідно до їхніх потреб, наприклад, у друкованому вигляді або онлайн, а також різними мовами та у різних форматах.

**Інформування про ризики, переваги та наслідки**

27. Обговоріть ризики, переваги та наслідки в контексті життя кожної людини і того, що є важливим для неї. Майте на увазі, що інформування про ризики часто можна супроводжувати використанням якісних допоміжних засобів для прийняття рішень пацієнтом або графічні презентації, такі як піктограми (див. рекомендації 1.3.1 - 1.3.3).

28. Персоналізуйте інформацію про ризики, переваги та наслідки, наскільки це можливо. Поясніть людям, як інформація, яку ви надаєте, стосується їх особисто і яку долю варіативності вона містить. Додаткову інформацію про те, як поводитися з варіативністю, див. у посібнику Генеральної медичної ради щодо прийняття рішень та згоди.

29. Організації повинні забезпечити умови для того, щоб персонал, який надає людям інформацію про ризики, переваги та наслідки, добре розумів цю інформацію, як її застосовувати та чітко доносити (див. рекомендації 1.1.12 та 1.1.13).

30. Якщо інформація про ризики, переваги та наслідки, характерні для конкретної особи, є недоступною, продовжуйте використовувати принципи спільного прийняття рішень, викладені в цьому посібнику.

**Обговорення числової інформації**

31. Розгляньте можливість використання комбінації цифр і зображень, наприклад, числових показників разом із піктограмами або масивами піктограм, щоб люди могли бачити як позитивне, так і негативне кадрування (див. рекомендацію 1.4.11) одночасно.

32. Використовуйте числові дані для опису ризиків, якщо такі є. Майте на увазі, що різні люди по-різному трактують такі терміни, як "ризик", "рідкісний", "незвичайний" і "поширений".

33. Використовуйте абсолютний ризик, а не відносний. Наприклад, ризик події збільшується з 1 на 1000 до 2 на 1000, а не подвоюється.

34. Використовуйте власні частки (наприклад, 10 зі 100), а не відсотки (10%).

35. Будьте послідовними у використанні даних. Наприклад, використовуйте один і той самий знаменник при порівнянні ризиків: 7 зі 100 для одного ризику і 20 зі 100 для іншого, а не 1 із 14 і 1 із 5.

36. Презентуйте ризик протягом певного періоду часу (місяців або років), якщо це доречно. Наприклад, якщо 100 осіб отримують лікування протягом 1 року, у 10 з них виникне певний побічний ефект.

37. Використовуйте як позитивне, так і негативне кадрування. Наприклад, лікування буде успішним для 97 зі 100 осіб і неуспішним для 3 зі 100 осіб.

## *National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014*

### 3.3 Планування лікування

Всі види структурованого лікування повинні проводитися відповідно до письмового індивідуального плану, що має складатися для кожного пацієнта окремо. Планування має здійснюватися на основі співпраці та результатів оцінки за участі пацієнта, а не щодо пацієнта. При розробці плану лікування варто брати до уваги позицію та мотивацію пацієнта, а також характеристику його проблем і наявність у нього особистої та соціальної підтримки (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006; UNODC, 2003).

Перед плануванням лікування стоять такі завдання (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002):

- розробити, виконувати та переглядати формальні плани лікування;
- забезпечити, щоб пацієнти з проблемним вживанням наркотиків мали доступ до комплексних послуг, які надаються місцевими наркологічними закладами;
- забезпечити координацію між усіма службами та секторами, які надають допомогу

пацієнтам;

● забезпечити безперервність догляду та супровід пацієнтів упродовж усіх їхніх контактів з провайдерами медичних послуг;

● максимально підвищити показник збереження пацієнтів у системі (дотримання плану лікування) та мінімізувати ризик втрати контактів між пацієнтами і провайдерами послуг;

● забезпечити повторне залучення до лікування для пацієнтів, які його залишили (вибули із системи лікування);

● запобігати дублюванню зусиль при проведенні оцінки та інтервенцій для пацієнтів;

● запобігати тому, щоб пацієнти залишалися не охопленими жодною медичною службою.

У плані лікування має наводитися така інформація (UNODC, 2003):

● опис пацієнта та його особистої, соціальної, економічної і правової ситуації;

● розуміння та обізнаність щодо культурних, етнічних та релігійних аспектів, в яких перебуває пацієнт, а також аспектів, пов'язаних зі статтю та сексуальною орієнтацією;

● опис поточних проблем, які стоять перед пацієнтом (станом на початок лікування);

● правила та способу обміну інформацією (яка інформація може виявитись корисною та надаватиметься іншим медичним працівникам/закладам і на яких умовах);

● опис конкретних запланованих інтервенцій;

● цілі лікування та показники для оцінки прогресу;

● механізм перегляду та внесення змін до плану лікування (з плином часу)

Концепція плану лікування відображає той факт, що багато людей мають постійні потреби щодо допомоги/догляду навіть після того, як певний епізод лікування було завершено. У ній також визнається, що пацієнти потрапляють до системи лікування на різних етапах та можуть з часом переміщуватися у цій системі (UNODC, 2003).

Домовленості між медичними працівниками та пацієнтами щодо лікування мають бути гнучкими і реалістичними. Важливо, щоб пацієнти не ставили перед собою цілей, яких їм важко буде досягти, оскільки невдача може дестабілізувати їхній прогрес у лікуванні.

Плани лікування мають також включати цілі, про які домовилися сторони. Такі цілі мають:

● бути орієнтованими на пацієнта;

● враховувати, на якій стадії готовності до змін знаходиться пацієнт;

● бути чіткими;

● бути реалістичними та досяжними

Цілі лікування мають бути короткостроковими. Це можна зробити або шляхом розподілу комплексних проблем на складові та постановки більш оперативних завдань щодо певних дій або змін. Такий підхід полегшує розв'язання комплексних проблем та дає пацієнтам відчуття, що вони мають певні досягнення та контролюють свій прогрес.

Цілі можуть бути такими:

● скорочення вживання наркотиків;

● поліпшення фізичного здоров'я;

● поліпшення психологічного здоров'я;

● поліпшення соціального стану та функціонування;

● зменшення шкоди, пов'язаної із вживанням наркотиків;

● відмова від кримінальної поведінки

Малі цілі/завдання мають відповідати таким критеріям:

● бажаність;

- оцінюваність;
- позитивність;
- чітка визначеність у часі;
- досяжність;
- вимірюваність

Реалістичні домовленості щодо лікування можуть допомогти структурувати процес лікування та більш чітко усвідомлювати цілі, які стоять за щоденною рутиною.

### 3.4 Ведення пацієнта або координація допомоги

Ведення пацієнта або координація допомоги є ключовим підходом до програми інтегрованого, ефективного лікування (UNODC, 2003). Спеціаліст, що відповідає за ведення пацієнта/координатор, виконує такі функції:

- розробка, виконання та перегляд (внесення змін) до формального плану лікування відповідно до результатів регулярної оцінки (у т.ч. оцінки ризиків);
- забезпечення того, що план лікування пацієнта складений з урахуванням його етнічного контексту, статі та сексуальної орієнтації;
- консультування інших фахівців, які також залучені до виконання плану лікування, про всі відомі йому зміни обставин пацієнта, що можуть потребувати зміни домовленостей щодо його лікування;
- проведення подальшого спостереження та надання догляду за пацієнтами, які завершили лікування (якщо це можливо);
- повторне залучення до лікування пацієнтів, які вибули із системи лікування (залишили лікування)

Необхідний рівень інтенсивності координації допомоги залежить від характеру проблеми, яка стоїть перед пацієнтом. Для пацієнтів, які потребують лікування тільки одного стану, є відносно стійкими та поведінка яких не становить серйозної загрози для них самих та для оточуючих, доцільно використовувати стандартну модель ведення пацієнта.

І навпаки, «багатогалузева» модель координації допомоги та інші моделі більш інтенсивної координації краще підходять для пацієнтів, які:

- мають численні потреби, які один провайдер не може успішно задовольнити;
- мають численні потреби, але при цьому готові звертатися лише до однієї служби (провайдера);
- контактують з різними службами, до яких їх направили;
- мають серйозні супутні розлади;
- можуть нанести шкоду собі або іншим особам

| ПОСИЛАННЯ |
|---|
| Додаток 9: Керівництво для швидкого огляду АТОР |

### 3.5 Огляд ходу лікування

Огляд ходу лікування є необхідним як для клінічних працівників, так і пацієнтів, оскільки він дозволяє визначати сфери, в яких спостерігається прогрес або рецидив. На основі цього стає зрозумілим, які зміни потрібно вносити до плану лікування. Для оцінки того, як пацієнт реагує на лікування, можна використовувати такі засоби, як Профайл результатів лікування Австралії (Australian Treatment Outcomes Profile, ATOP), інструмент з планування Механізму зміцнення громади (CRA goal planner)[22] та Оцінку ефективності лікування (Treatment Effectiveness Assessment) (Walter Ling et al., 2012).

Враховуючи, що пацієнти часто припиняють лікування достроково (по суті, залишають його), а це пов’язано з вищими показниками рецидивів вживання наркотиків, необхідно розробляти та реалізовувати стратегії залучення та утримання пацієнтів у системі лікування.

[22] Див. http://www.nta.nhs.uk/uploads/itep_routes_to_recovery_part4_240309.pdf, перевірено 4 квітня 2003 р.

Такі стратегії мають бути складовою огляду ходу лікування.

Одна із основних цілей лікування – скорочення вживання заборонених наркотиків та подолання залежності від них. Відтак важливою складовою програм лікування є моніторинг вживання опіоїдів або інших наркотиків. Такий моніторинг має значення для оцінки загальної ефективності конкретної програми лікування та відповідних провайдерів (служб). Наприклад, якщо велика частка пацієнтів певної терапевтичної програми вживає героїн або інші наркотичні речовини ризикованими способами, це може свідчити про те, що таку програму або її конкретні компоненти потрібно змінити.

Основною проблемою при одночасному вживанні пацієнтами ПТАО інших наркотиків є питання безпеки – перед пацієнтами, які приймають метадон або (меншою мірою) бупренорфін одночасно з великими дозами депресантів центральної нервової системи, стоїть ризик передозування, причому воно може мати летальні наслідки.

Проведення моніторингу допомагає визначити, який прогрес мають пацієнти у ході лікування і чи потрібно змінювати план лікування для тих, хто має особливі проблеми. Моніторинг також може використовуватися для цілей кризового управління (якщо це необхідно).

Моніторинг вживання пацієнтами наркотиків може надавати корисну інформацію для прийняття інформованих рішень з питань клінічної діяльності, особливо у контексті безпеки пацієнтів, які одночасно з опіоїдними замісними препаратами вживають інші наркотичні речовини. Результати моніторингу використовуються для оцінки програм. Водночас існує небагато свідчень про корисність моніторингу вживання наркотиків як фактора, що утримував би пацієнтів від вживання заборонених наркотиків. Якщо за результатами тестів/аналізів визначено, що певний пацієнт приймає наркотики, це не має використовуватися як привід для покарання. Лікарі, які працюють у цій сфері, повинні мати відповідні навички: ті інтервенції, які медичні працівники вважають відповіддю на ризик (як, наприклад, скорочення або припинення видачі пацієнту препарату для прийому без нагляду), пацієнти можуть сприймати як форму покарання.

Нині найбільш поширеними є такі способи моніторингу вживання наркотиків, як аналіз сечі на вміст наркотиків, отримання інформації від самих пацієнтів та клінічне спостереження. Якщо використовувати декілька таких способів одночасно, об’єктивність та точність результатів моніторингу підвищується.

Хоча збір інформації у самих пацієнтів (самозвітування) є суб’єктивним способом, проте він відносно ненав’язливий і може в певних обставинах бути показником епізодів вживання пацієнтом наркотиків (Darke, 1998). Зокрема, отримання інформації від пацієнта може бути об’єктивним джерелом даних про вживання наркотиків у ситуаціях, коли після розголошення цієї інформації до пацієнта не застосовуються негативні заходи. Самозвітування також сприяє налагодженню атмосфери довіри та доброї волі між медичними працівниками та пацієнтами. Водночас слід ставитися обережно до того, щоб приймати клінічні рішення виключно на основі інформації від пацієнта.

Аналіз сечі на вміст наркотиків має проводитися лише за наявності серйозних підстав для цього (наприклад, під час початкового клінічного обстеження пацієнта або як складова оцінки програми лікування). Аналіз сечі також може бути корисним інструментом отримання інформації у випадках, коли пацієнти є нестабільними (наприклад, на початку фармакотерапії) і коли існує невпевненість щодо вживання ними наркотиків. Є дуже небагато свідчень того, що аналіз сечі на вміст наркотиків є ефективним стримуючим фактором забороненого вживання наркотиків. Результати аналізу варто

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Додаток 7: Час для визначення вмісту окремих психоактивних речовин у сечі |

використовувати для перегляду та поліпшення прогресу пацієнта та спільно з пацієнтом.

Аналіз сечі дозволяє виявити лише недавні епізоди вживання наркотиків (конкретні строки залежать від виду наркотика та мінімальних показників, встановлених лабораторією, де цей аналіз проводиться).

Важливою складовою моніторингу лікування також є клінічне спостереження. Так, медичним працівникам слід звертати увагу на можливі ознаки вживання наркотиків, частоту контактів, кількість пропущених зустрічей пацієнта з медичними працівниками та кількість пропущених прийомів препарату.

Якщо цілей лікування досягти не вдалося, необхідно провести перегляд підходів до лікування, у т.ч.:

- ролі психосоціальних інтервенцій;
- рівня нагляду та моніторингу;
- розміру дози замісного опіоїдного препарату;
- ролі ад'ювантних інтервенцій та, у кінцевому підсумку альтернативних варіантів опіоїдної фармакотерапії

Наприклад, пацієнтів, яким не вдається на тривалий час припинити/скоротити вживання інших опіоїдів навіть за умови прийому великих доз бупренорфіну, можна перевести на схему лікування з використанням великих доз агоністів опіоїдів, а саме метадону.

Одним із найважливіших та найбільш вирішальних факторів у ПТАО є те, наскільки від пацієнтів вимагається припинити або скоротити вживання заборонених наркотиків (або наскільки вони самі цього хочуть). Завдання повної відмови від вживання заборонених наркотиків є нереалістичним, особливо упродовж перших місяців лікування. Якщо перед пацієнтом поставити таке завдання, це, вірогідно, негативно позначиться на ході лікування та на його відносинах з клінічними працівниками.

### 3.6 Облік та звітність

Необхідно організувати та належним чином підтримувати ведення документації про пацієнтів, у якій детально описується клінічна історія (історія захворювання) та хід лікування.

У законодавстві суб'єктів федерації (штатів та територій) можуть встановлюватися мінімальні стандарти щодо ведення медичної карти пацієнта. Такі стандарти мають охоплювати зміст, якість, конфіденційність, безпечність та питання доступу до медичної карти.

Варто зауважити, що доступ до медичної карти пацієнта може надаватися через правові шляхи (наприклад, відповідно до вимоги суду), і хоча провайдер медичної послуги зацікавлений у тому, щоб обмежити доступ до медичної карти, це не завжди можливо забезпечити.

До медичної карти потрібно вносити чіткі й стислі записи із зазначенням імені та прізвища медичного працівника, дати внесення запису та підписом. Окремо слід вести структуровану картку призначень (рецептів). Хорошим варіантом буде видати другу копію такої картки пацієнту і при кожному призначенні тієї чи іншої схеми лікування вносити відповідну інформацію та просити тих, хто бере участь у наданні допомоги/здійснення догляду за пацієнтом, підписати її.

До мінімального набору даних, які провайдери послуг повинні регулярно збирати та оцінювати, мають входити:

- Кількість пацієнтів, зареєстрованих у програмах лікування, з розподілом за:
  - місцем проведення терапії;
  - віком;

– статтю (чоловіки, жінки);
– статусом зайнятості (у т.ч. отримання допомоги на випадок захворювання, інвалідності, пенсії, виплат одинокій матері/батьку, наявність роботи тощо як окремими категоріями);
– часткою пацієнтів, які починають лікування вперше, повторно, продовжують лікування

- Утримання у системі лікування:

– середній показник тривалості

- Середня доза метадону чи бупренорфіну, яка була призначена пацієнтам
- Рівень смертності:

– кількість смертей (від усіх причин) пацієнтів, які станом на момент смерті продовжували активне лікування протягом звітного періоду, та частка смертей, пов'язаних із вживанням опіоїдів.

Кожний суб'єкт федерації відповідає за здійснення централізованого моніторингу та регулювання питань, пов'язаних з призначенням метадону та бупренорфіну.

Уряд Австралії відповідає за зведення національних даних про хід і результати лікування із використанням метадону та бупренорфіну. Ці дані збираються та надаються на запит Уряду Австралії суб'єктами федерації.

Суб'єкти федерації мають щорічно збирати дані про кількість пацієнтів, зареєстрованих у програмах терапії метадоном та бупренорфіном, з розподілом за:

- типом провайдера, який призначив лікування (державний, приватний або пенітенціарна установа);
- видом призначеного препарату;
- типом пункту, який видає дозу препарату пацієнту (державна клініка, приватна клініка, аптеки або пенітенціарні установи)

У медичній карті пацієнта має зазначатися інформація про кожний контакт між провайдером та пацієнтом. Ці записи мають бути розбірливими та заноситися одразу після кожного контакту.

У медичній карті має записуватися така інформація:

- особисті дані (у т.ч. перевірка особи);
- соціальна та сімейна ситуація;
- досвід вживання наркотиків (у т.ч. алкоголю, заборонених та фармацевтичних наркотиків і препаратів, які пацієнт вживає нині);
- історія попереднього наркологічного лікування;
- інші фактори, що свідчать про залежність;медична історія (анамнез), у тому числі психічні розлади;
- результати обстежень, оглядів та тестів;
- основні аспекти плану лікування, у тому числі цілі лікування, про які медичний працівник та пацієнт домовилися при початковій та подальшій оцінках.

У медичній карті пацієнта фіксуються результати комплексного обстеження та кожний епізод взаємодії між провайдером і пацієнтом, у тому числі результати регулярного огляду прогресу, досягнутого пацієнтом. Інформація у медичній карті є конфіденційною та має зберігатися у безпечному місці.

***Коментар робочої групи:*** *в Україні медична документація в закладах охорони здоров'я ведеться відповідно до чинного законодавства. Інформація в медичній карті є конфіденційною та не може бути розголошена третім особам без усвідомленої згоди пацієнта. Разом з тим, слід зазначити, що існує нагальна потреба у вдосконаленні підходів*

*до обліку та звітності надання послуг з лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів. По-перше, вдосконалення потребують існуючі звітні форми. По-друге, необхідне створення національної електронної клінічної бази даних пацієнтів ПТАО, яка суттєво спростить подання звітності, моніторинг програмі та оцінку її якості та ефективності. Також така база даних покращить безперервність послуг при переведенні пацієнтів з закладу у заклад***.**

## Список літератури

**National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Commonwealth Department of Health Commonwealth of Australia 2014**

Abbott, P. J. (2009). A review of the community reinforcement approach in the treatment of opioid dependence. Journal of Psychoactive Drugs, 41(4), 379-385.

Abrahams, R. R., Kelly, S. A., Payne, S., Thiessen, P. N., Mackintosh, J., & Janssen, P. A. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. Canadian Family Physician, 53(10), 1722-1730.

Adi, Y., Juarez-Garcia, A., Wang, D., Jowett, S., Frew, E., Day, E., ... Burls, A. (2007). Oral naltrexone as a treatment for relapse prevention in formerly opioid-dependent drug users: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment, 11(6), 1-85.

Ahmadi, J. (2002). A randomized, clinical trial of buprenorphine maintenance treatment for Iranian patients with opioid dependency. Addictive Disorders and their Treatment, 1(1), 25-27.

Ahmadi, J., & Ahmadi, M. (2003). Twelve-month maintenance treatment of heroin-dependent outpatients with buprenorphine. Journal of Substance Use, 8(1), 39-41.

Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R., & Boardman, C. R. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. Drug and Alcohol Dependence, 49(3), 217-223.

Amass, L., Bickel, W. K., Crean, J. P., Blake, J., & Higgins, S. T. (1998). Alternate-day buprenorphine dosing is preferred to daily dosing by opioid-dependent humans. Psychopharmacology, 136(3), 217-225.

Amass, L., Bickel, W. K., Higgins, S. T., & Badger, G. J. (1994). Alternate-day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. Life Sciences, 54(17), 1215-1228.

Amass, L., Bickel, W. K., Higgins, S. T., & Hughes, J. R. (1994). A preliminary investigation of outcome following gradual or rapid buprenorphine detoxification. Journal of Addictive Diseases, 13(3), 33-45.

Amass, L., Kamien, J. B., & Mikulich, S. K. (2000). Efficacy of daily and alternate-day dosing regimens with the combination buprenorphine-naloxone tablet. Drug and Alcohol Dependence, 58(1-2), 143-152.

Amass, L., Kamien, J. B., & Mikulich, S. K. (2001). Thrice-weekly supervised dosing with the combination buprenorphine-naloxone tablet is preferred to daily supervised dosing by opioid-dependent humans. Drug and Alcohol Dependence, 61(2), 173-181.

Amass, L., Pukeleviciene, V., Subata, E., Almeida, A. R., Pieri, M. C., D'Egidio, P., Strang, J. (2011). A prospective, randomized, multicenter acceptability and safety study of direct buprenorphine/naloxone induction in heroin-dependent individuals. Addiction, 107, 142-151.

Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ferroni, E., Ali, R., & Ferri, M. (2013). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews(2). doi: 10.1002/14651858.CD003409.pub3.

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011a). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9, CD005031.

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011b). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews(10). doi: 10.1002/14651858.CD004147.pub4

Anchersen, K., Clausen, T., Gossop, M., Hansteen, V., & Waal, H. (2009). Prevalence and clinical relevance of corrected QT interval prolongation during methadone and buprenorphine treatment: a mortality assessment study. Addiction, 104(6), 993-999.

Antela, A., Casado, J. L., Gonzalez, M. J., Perez, P., Perez-Elias, M. J., Montilla, P., & Buzon, L. (1997). Influence of a methadone maintenance programme on the improved outcome of a cohort of injecting drug users with advanced HIV disease. AIDS, 11(11), 1405-1406.

Baca, C. T., & Grant, K. J. (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. Addiction, 100(12), 1823-1831.

Baker, A., Gowing, L., Lee, N. K., & Proudfoot, H. (2004). Psychosocial interventions. In A. Baker, N. K. Lee & L. Jenner (Eds.), Models of intervention and care for psychostimulant users (pp. 63-84). Canberra: Commonwealth of Australia.

Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G. K., & Ravndal, E. (2009). Opioid maintenance treatment during pregnancy: Occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. European Addiction Research, 15(3), 128-134.

Ball, J. C., Lange, W. R., Myers, C. P., & Friedman, S. R. (1988). Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. Journal of Health and Social Behavior, 29(3), 214-226.

Batki, S. L., Gruber, V. A., Bradley, J. M., Bradley, M., & Delucchi, K. (2002). A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. Drug and Alcohol Dependence, 66(3), 283-293.

Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Lester, B., Wright, L. L., Krause-Steinrauf, H., ... Verter, J. (2002). The Maternal Lifestyle Study: Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(3), 487-495.

Bearn, J., Gossop, M., & Strang, J. (1999). Rapid opiate detoxification treatments. Drug and Alcohol Review, 18(1), 75-81.

Becker, A. B., Strain, E. C., Bigelow, G. E., Stitzer, M. L., & Johnson, R. E. (2001). Gradual dose taper following chronic buprenorphine. American Journal on Addictions, 10(2), 111-121.

Bell, J. (1998). Delivering effective methadone treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies (pp. 161-175). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Bell, J., Chan, J., & Kuk, A. (1995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. Addiction, 90(6), 823-830.

Bellack, A. S., & Gearon, J. S. (1998). Substance abuse treatment for people with schizophrenia. Addictive Behaviors, 23(6), 749-766.

Berghella, V., Lim, P. J., Hill, M. K., Cherpes, J., Chennat, J., & Kaltenbach, K. (2003). Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189(2), 312-317.

Binder, T., & Vavrinková, B. (2008). Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. Neuroendocrinology Letters, 29(1), 80-86.

Bisaga, A., Sullivan, M. A., Cheng, W. Y., Carpenter, K. M., Mariani, J. J., Levin, F. R., ... Nunes, E. V. (2011). A placebo controlled trial of memantine as an adjunct to oral naltrexone for opioid dependence. Drug and Alcohol Dependence, 119, e23-e29.

Bond, A. J., Reed, K. D., Beavan, P., & Strang, J. (2012). After the randomised injectable opiate treatment trial: Post-trial investigation of slow-release oral morphine as an alternative opiate maintenance medication. Drug and Alcohol Review, 31(4), 492-498.

Bowman, J., Wiggers, J., Colyvas, K., Wye, P., Walsh, R. A., & Bartlem, K. (2012). Smoking cessation among Australian methadone clients: Prevalence, characteristics and a need for action. Drug and Alcohol Review, 31(4), 507-513.

Boyd, J., Randell, T., Luurila, H., & Kuisma, M. (2003). Serious overdoses involving buprenorphine in Helsinki. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 47(8), 1031-1033.

Brahen, L. S., Henderson, R. K., Capone, T., & Kordal, N. (1984). Naltrexone treatment in a jail work-release program. Journal of Clinical Psychiatry, 45(9, Sec. 2), 49-52.

Bramness, J. G., Skurtveit, S., Morland, J., & Engeland, A. (2012). An increased risk of motor vehicle accidents after prescription of methadone. Addiction, 107, 967-972.

Brown, A. S., & Fleming, P. M. (1998). A naturalistic study of home detoxification from opiates using lofexidine. Journal of Psychopharmacology, 12(1), 93-96.

Brown, C. H., Bennett, M. E., Li, L., & Bellack, A. S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. Addictive Behaviors, 36(5), 439-447.

Brown, R. T., & Zueldorff, M. (2007). Opioid substitution with methadone and buprenorphine: Sexual dysfunction as a side effect of therapy. Heroin Addiction & Related Clinical Problems, 9(1), 35-44.

Bukten, A., Skurtveit, S., Gossop, M., Waal, H., Stangeland, P., Havnes, I., & Clausen, T. (2012). Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. Addiction, 107(2), 393-399.

Burns, L., Mattick, R. P., Lim, K., & Wallace, C. (2007). Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. Addiction, 102(2), 264-270.

Burns, L., Randall, D., Hall, W. D., Law, M., Butler, T., Bell, J., & Degenhardt, L. (2009). Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. Addiction, 104(8), 1363-1372.

Cacciola, J. S., & Rutherford, M. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 184(4), 236-239.

Cami, J., Gilabert, M., San, L., & de la Torre, R. (1992). Hypercortisolism after opioid discontinuation in rapid detoxification of heroin addicts. British Journal of Addiction, 87(8), 1145-1151.

Carrieri, M. P., Amass, L., Lucas, G. M., Vlahov, D., Wodak, A., & Woody, G. E. (2006). Buprenorphine use: The international experience. Clinical Infectious Diseases, 43(Suppl 4), S197-S215.

Chiang, C. N., & Hawks, R. L. (2003). Pharmacokinetics of the combination tablet of buprenorphine and naloxone. Drug and Alcohol Dependence, 70(Suppl), S39-S47.

Chou, R., Hartung, D., Rahman, B., Wasson, N., Cottrell, E. B., & Fu, R. (2013). Comparative effectiveness of antiviral treatment for hepatitis C virus infection in adults: A systematic review. Annals of Internal Medicine, 158, 114-123.

Christo, G., & Franey, C. (1995). Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. Drug and Alcohol Dependence, 38, 51-56.

Clark, N. C., Lintzeris, N., & Muhleisen, P. J. (2002). Severe opiate withdrawal in a heroin user precipitated by a massive buprenorphine dose. Medical Journal of Australia, 176(4), 166-167.

Cleary, B. J., Donnelly, J., Strawbridge, J., Gallagher, P. J., Fahey, T., Clarke, M., & Murphy, D. J. (2010). Methadone dose and neonatal abstinence syndrome - systematic review and meta-analysis. Addiction, 105(12), 2071-2084.

Cleary, B. J., Reynolds, K., Eogan, M., O'Connell, M. P., Fahey, T., Gallagher, P. J., ... Murphy, D. J. (2013). Methadone dosing and prescribed medication use in a prospective cohort of opioid-dependent pregnant women. Addiction, 108, 762-770.

Cleaver, H., Unell, I., & Aldgate, J. (2011). Children's Needs-Parenting Capacity (2nd ed.). London, UK: TSO (The Stationery Office).

Comer, S. D., Collins, E. D., & Fischman, M. W. (2001). Buprenorphine sublingual tablets: effects on IV heroin self-administration by humans. Psychopharmacology, 154(1), 28-37.

Comer, S. D., Sullivan, M. A., Yu, E., Rothenberg, J. L., Kleber, H. D., Kampman, K., ... O'Brien, C. P. (2006). Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry, 63(2), 210-218.

Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 67(2), 247- 257.

Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme. British Journal of Addiction, 83, 625-634.

Copeland, J., Gerber, S., & Swift, W. (2006). Evidence-based answers to cannabis questions: a review of the literature. Canberra: Australian National Council on Drugs.

Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., & Barrett, C. (2002). Social behaviour and network therapy: Basic principles and early experiences. Addictive Behaviors, 27, 345-366.

Copello, A., Williamson, E., Orford, J., & Day, E. (2006). Implementing and evaluating Social Behaviour and Network Therapy in drug treatment practice in the UK: A feasibility study. Addictive Behaviors, 31, 802-810.

Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., & Hickman, M. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: Prospective observational study in UK General Practice Research Database. BMJ, 341, c5475.

Corsenac, P., Lagarde, E., Gadegbeku, B., Delorme, B., Tricotel, A., Castot, A., ... Orriols, L. (2012). Road traffic crashes and prescribed methadone and buprenorphine: A French registry-based case-control study. Drug and Alcohol Dependence, 123, 91-97.

Cousins, G., Teljeur, C., Motterlini, N., McCowan, C., Dimitrov, B. D., & Fahey, T. (2011). Risk of drug-related mortality during periods of transition in methadone maintenance treatment: A cohort study. Journal of Substance Abuse Treatment, 41, 252-260.

Coyle, M. G., Salisbury, A. L., Lester, B. M., Jones, H. E., Lin, H., Graf-Rohrmeister, K., & Fischer, G. (2012). Neonatal neurobehavior effects following buprenorphine versus methadone exposure. Addiction, 107(Suppl 1), 63-73.

Croop, R. S., Faulkner, E. B., & Labriola, D. F. (1997). The safety profile of naltrexone in the treatment of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 54, 1130-1135.

Cropsey, K. L., Lane, P. S., Hale, G. J., Jackson, D. O., Clark, C. B., Ingersoll, K. S., ... Stitzer, M. L. (2011). Results of a pilot randomized controlled trial of buprenorphine for opioid dependent women in the criminal justice system. Drug and Alcohol Dependence, 119, 172-178.

Cushman, P. (1974). Detoxification of rehabilitated methadone patients: frequency and predictors of long-term success. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1(3), 393-408.

D'Ippoliti, D., Davoli, M., Perucci, C. A., Pasqualini, F., & Bargagli, A. M. (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. Drug and Alcohol Dependence, 52, 167-171.

Darke, S. (1998). Self-report among injecting drug users: a review. Drug and Alcohol

Dependence, 51(3), 253-263.

Darke, S., Finlay-Jones, R., Kaye, S., & Blatt, T. (1996). Anti-social personality disorder and response to methadone maintenance treatment. Drug and Alcohol Review, 15, 271-276.

Darke, S., McDonald, S., Kaye, S., & Torok, M. (2012). Comparative patterns of cognitive performance amongst opioid maintenance patients, abstinent opioid users and non-opioid users. Drug and Alcohol Dependence, 126(3), 309-315.

Darke, S., Mills, K. L., Ross, J., & Teesson, M. (2011). Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001-2009. Drug and Alcohol Dependence, 115(3), 190-195.

Darke, S., Ross, J., Mills, K. L., Williamson, A., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addictive Behaviors, 32(9), 1897-1906.

Day, E. (2012). Commentary on Nosyk et al. (2012): Detoxification from methadone maintenance therapy: how important is the exact technique that is used? Addiction, 107, 1630-1631.

Day, E., Ison, J., & Strang, J. (2008). Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews(4). doi: 10.1002/14651858.CD004580.pub2

Dean, A. J., Bell, J., Christie, M. J., & Mattick, R. P. (2004). Depressive symptoms during buprenorphine vs. methadone maintenance: findings from a randomised, controlled trial in opioid dependence. European Psychiatry, 19(8), 510-513.

Dean, A. J., Saunders, J. B., Jones, R. T., Young, R. M., Connor, J. P., & Lawford, B. R. (2006). Does naltrexone treatment lead to depression? Findings from a randomized controlled trial in subjects with opioid dependence. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 31(1), 38-45.

Degenhardt, L., Larance, B. K., Bell, J. R., Winstock, A. R., Lintzeris, N., Ali, R. L., Mattick, R. P. (2009). Injection of medications used in opioid substitution treatment in Australia after the introduction of a mixed partial agonist–antagonist formulation. MJA, 191, 161-165.

Degenhardt, L., Randall, D., Hall, W., Law, M., Butler, T., & Burns, L. (2009). Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: risk factors and lives saved. Drug and Alcohol Dependence, 105(1-2), 9-15.

Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., Woods, J., & Milliken, J. (1992). HIV infection among intravenous drug users: Epidemiology and emerging public health perspectives. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman & J. G. Langrod (Eds.), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (2nd ed., pp. 734-743). Baltimore: Williams & Wilkins.

DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(1), 25-35.

Doran, C., Holmes, J., Ladewig, D., & Ling, W. (2005). Buprenorphine induction and stabilisation in the treatment of opiate dependence. Heroin Addiction & Related Clinical Problems, 7(1), 7-18.

Doris, J. L., Meguid, V., Thomas, M., Blatt, S., & Eckenrode, J. (2006). Prenatal cocaine exposure and child welfare outcomes. Child Maltreatment, 11(4), 326-337.

Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. Addiction, 96, 33-46.

Dunlop, A., Petroulias, D., Marope, D., Khoo, K., Kimber, J., Ritter, A., ... Osborn, D. A. (2009). Pharmacotherapies and pregnancy. In R. P. Mattick, R. Ali & N. Lintzeris (Eds.), Pharmacotherapies for Opioid Dependence Treatment (pp. 282-329). London, UK: Informa Healthcare.

Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from

motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. Addiction, 96(12), 1725-1742.

Dyer, K. R. (2005). Methadone maintenance treatment and mood disturbances: Pharmacological and psychological implications. Heroin Addiction & Related Clinical Problems, 7(2), 5-10.

Dyer, K. R., & White, J. M. (1997). Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. Addiction, 92(11), 1445-1455.

Eap, C. B., Buclin, T., & Baumann, P. (2002). Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone. Clinical Pharmacokinetics, 41(14), 1153-1193.

Egli, N., Pina, M., Christensen, P. S., Aebi, M., & Killias, M. (2009). Effects of drug substitution programs on offending among drug-addicts. Campbell Systematic Reviews, 3.

Eissenberg, T., Greenwald, M. K., Johnson, R. E., Liebson, I. A., Bigelow, G. E., & Stitzer, M. L. (1996). Buprenorphine's physical dependence potential: antagonist-precipitated withdrawal in humans. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 276(2), 449-459.

el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: evolution and promises. Journal of Addiction Medicine, 6(1), 1-9.

Elkader, A., & Sproule, B. (2005). Buprenorphine: Clinical pharmacokinetics in the treatment of opioid dependence. Clinical Pharmacokinetics, 44(7), 661-680.

Elkader, A. K., Brands, B., Selby, P., & Sproule, B. A. (2009). Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. Journal of Clinical Psychopharmacology, 29(3), 231-238.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., & Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews(3). doi: 10.1002/14651858.CD002208

Fajemirokun-Odudeyi, O., Sinha, C., Tutty, S., Pairaudeau, P., Armstrong, D., Phillips, T., & Lindow, S. W. (2006). Pregnancy outcome in women who use opiates. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 126(2), 170-175.

Faroqui, M. H., Cole, M., & Curran, J. (1983). Buprenorphine, benzodiazepines and respiratory depression. Anaesthesia, 38(10), 1002-1003.

Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database of Systematic Reviews(12). doi: 10.1002/14651858.CD003410.pub4

Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. (2000). Self-efficacy, expectancies, and abstinence acceptance: further evidence for the addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behaviour. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26(4), 497-521.

Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peternell, A., Stuhlinger, G., ... Kasper, S. (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. Addiction, 94(9), 1337-1347.

Flynn, P. M., & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(1), 36-47.

Forrest, A. L. (1983). Buprenorphine and lorazepam. Anaesthesia, 38(6), 598.

Fudala, P. J., Jaffe, J. H., Dax, E. M., & Johnson, R. E. (1990). Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction. II. Physiologic and behavioral effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 47(4), 525-534.

Gaalema, D. E., Scott, T. L., Heil, S. H., Coyle, M. G., Kaltenbach, K., Badger, G. J., ... Jones, H. E. (2012). Differences in the profile of neonatal abstinence syndrome signs in methadone-versus buprenorphine-exposed neonates. Addiction, 107(Suppl 1), 53-62.

Gal, T. J. (1989). Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 45(1), 66-71.

Galanter, M. (2006). Spirituality in Alcoholics Anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. Psychiatric Services, 57(3), 307-309.

Gaulier, J. M., Charvier, F., Monceaux, F., Marquet, P., & Lachatre, G. (2004). Ingestion of high-dose buprenorphine by a 4 year-old child. Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 42(7), 993-995.

Gerra, G., Di Petta, G., D'Amore, A., Ianotta, P., Bardicchia, F., Falorni, F., ... Zaimovic, A. (2007). Combination of olanzapine with opioid-agonists in the treatment of heroin-addicted patients affected by comorbid schizophrenia spectrum disorders. Clinical Neuropharmacology, 30(3), 127-135.

Gerra, G., Leonardi, C., D'Amore, A., Strepparola, G., Fagetti, R., Assi, C., ... Lucchini, A. (2006). Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: a retrospective study. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30(2), 265-272.

Gerstein, D. R., Johnson, R. A., Harwood, H. J., Fountain, D., Suter, N., & Malloy, K. (1994). Evaluation Recovery Services: The California drug and alcohol treatment assessment (CALDATA). Sacramento, California: Department of Alcohol and Drug Programs.

Giacomuzzi, S., Haaser, W., Pilsz, L., & Riemer, Y. (2005). Driving impairment on buprenorphine and slow-release oral morphine in drug-dependent patients. Forensic Science International, 152(2-3), 323-324.

Gibson, J. C., & Vulliamy, A. (2010). Accidental methadone poisoning in children: a call for Canadian research action. Child Abuse and Neglect, 34(8), 553-554.

Gjersing, L., Waal, H., Caplehorn, J. R. M., Gossop, M., & Clausen, T. (2010). Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. BMC Health Services Research, 10, 194.

Gonzalez, J. P., & Brogden, R. N. (1988). Naltrexone: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. Drugs, 35, 192-213.

Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. National Drug Strategy Monograph Series, 71. Retrieved from http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/mono71

Gossop, M. (2011). Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness. London, UK: National Treatment Agency for Substance Misuse. Retrieved from www.nta.nhs.uk

Gossop, M., Griffiths, P., Bradley, B., & Strang, J. (1989). Opiate withdrawal symptoms in response to 10 day and 21 day methadone withdrawal programmes. British Journal of Psychiatry, 154, 360-363.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). Drug and Alcohol Dependence, 60, 275-286.

Gossop, M., & Strang, J. (1997). Rapid anaesthetic-antagonist detoxification of heroin addicts: What origins, evidence and clinical justification? British Journal of Intensive Care, 7(2), 66-69.

Gourarier, L., Lowenstein, W., Gisselbrecht, M., Chauveau, J. M., Haas, C., & Durand, H. (1996). [Withdrawal syndrome in 2 drug addicts after intravenous injection of buprenorphine?] Syndrome de manque chez deux toxicomanes apres injection intraveineuse de buprenorphine? Presse Medicale, 25(27), 1239-1240.

Gowing, L., Ali, R., & White, J. (2009a). Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews(3). doi: 10.1002/14651858.CD002025.pub3

Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2009b). Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews(4). doi: 10.1002/14651858.CD002021.pub3

Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2010). Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews(1). doi: 10.1002/14651858.CD002022.pub3

Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L., & Ali, R. (2011). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews(8). doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub2

Gowing, L., Proudfoot, H., Henry-Edwards, S., & Teesson, M. (2001). Evidence supporting treatment: the effectiveness of interventions for illicit drug use. Canberra: Australian National Council on Drugs.

Gowing, L. R., & Ali, R. L. (2006). The place of detoxification in treatment of opioid dependence. Current Opinion in Psychiatry, 19(3), 266-270.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. Drug and Alcohol Dependence, 86, 1-21.

Greenwald, M. K. (2002). Heroin craving and drug use in opioid-maintained volunteers: Effects of methadone dose variations. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10(1), 39-46.

Grella, C. E., & Lovinger, K. (2011). 30-Year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. Drug and Alcohol Dependence, 118, 251-258.

Groh, D. R., Jason, L. A., & Keys, C. B. (2008). Social network variables in alcoholics anonymous: A literature review. Clinical Psychology Review, 28, 430-450.

Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The assessment of recovery capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. Drug and Alcohol Review, 32, 187-194.

Gruber, V. A., Delucchi, K. L., Kielstein, A., & Batki, S. L. (2008). A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification. Drug and Alcohol Dependence, 94(1-3), 199-206.

Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. Australian Family Physician, 41(9), 660-667.

Hall, W. (1996). Methadone maintenance treatment as a crime control measure. Crime and Justice Bulletin(29).

Hall, W., Ward, J., & Mattick, R. P. (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment 1: Heroin use and crime. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies (pp. 17-57). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Harris, D. S., Mendelson, J. E., Lin, E. T., Upton, R. A., Jones, R. T., Harris, D. S., ... Jones, R. T. (2004). Pharmacokinetics and subjective effects of sublingual buprenorphine, alone or in

combination with naloxone: Lack of dose proportionality. Clinical Pharmacokinetics, 43(5), 329-340.

Harrison, C. A., & Abou Saleh, M. T. (2002). Psychiatric disorders and substance misuse: psychopathology. In G. H. Rassool (Ed.), Dual diagnosis: Substance misuse and psychiatric disorders (pp. 43-57). Oxford: Blackwell Science.

Hartzler, B., Lash, S. J., & Roll, J. M. (2012). Contingency management in substance abuse treatment: A structured review of the evidence for its transportability. Drug and Alcohol Dependence, 122(1-2), 1-10.

Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stover, H., Moller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction, 107, 501-517.

Heinz, A., Beck, A., Grusser, S. M., Grace, A. A., & Wrase, J. (2008). Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. Addiction Biology, 14, 108-118.

Herve, S., Riachi, G., Noblet, C., Guillement, N., Tanasescu, S., Goria, O., ... Lerebours, E. (2004). Acute hepatitis due to buprenorphine administration. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 16(10), 1033-1037.

Holmwood, C., Marriott, M., & Humeniuk, R. (2008). Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). International Journal of Prison Health, 4(4), 198-207.

Holt, M., Treloar, C., McMillan, K., Schultz, M., & Bath, N. (2007). Barriers and incentives to treatment for illicit drug users with mental health comorbidities and complex vulnerabilities. Canberra: Commonwealth of Australia.

Horgan, J. (1989). Lukewarm turkey. Scientific American, 260(3), 32.

Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). Journal of Substance Abuse Treatment, 25, 125-134.

Hughes, J. (2008). An algorithm for choosing among smoking cessation treatments. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(4), 426-432.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L. O., Boerngen de Lacerda, R., Ling, W., Vendetti, J. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. Addiction, 107, 957-966.

Humeniuk, R., Ali, R., McGregor, C., & Darke, S. (2003). Prevalence and correlates of intravenous methadone syrup administration in Adelaide, Australia. Addiction, 98(4), 413-418.

Humeniuk, R., Ali, R., White, J., Hall, W., & Farrell, M. (2000). Proceedings of expert workshop on the induction and stabilisation of patients onto methadone. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Jacobs, E. A., & Bickel, W. K. (1999). Precipitated withdrawal in an opioid-dependent outpatient receiving alternate-day buprenorphine dosing. Addiction, 94(1), 140-141.

Jansson, L. M., Choo, R., Velez, M. L., Harrow, C., Schroeder, J. R., Shakleya, D. M., & Huestis, M. A. (2008). Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. Pediatrics, 121, 106-114.

Jansson, L. M., Di Pietro, J. A., Elko, A., Williams, E. L., Milio, L., & Velez, M. (2012). Pregnancies exposed to methadone, methadone and other illicit substances, and poly-drugs without methadone: A comparison of fetal neurobehaviors and infant outcomes. Drug and Alcohol Dependence, 122(3), 213-219.

Jansson, L. M., Velez, M., & Harrow, C. (2009). The opioid-exposed newborn: assessment and pharmacologic management. Journal of Opioid Management, 5(1), 47-55.

Jasinski, D. R. (1981). Opiate withdrawal syndrome: acute and protracted aspects. Annals of the New York Academy of Sciences, 362, 183-190.

Jasinski, D. R., Haertzen, C. A., Henningfield, J. E., Johnson, R. E., Makhzoumi, H. M., & Miyasato, K. (1982). Progress report of the NIDA Addiction Research Center. NIDA Research Monograph, 41, 45-52.

Jaudes, P. K., Ekwo, E., & Van, V. J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. Child Abuse and Neglect, 19(9), 1065-1075.

Johnson, R. E., Eissenberg, T., Stitzer, M. L., Strain, E. C., Liebson, I. A., & Bigelow, G. E. (1995). Buprenorphine treatment of opioid dependence: clinical trial of daily versus alternate-day dosing. Drug and Alcohol Dependence, 40(1), 27-35.

Johnson, R. E., Strain, E. C., & Amass, L. (2003). Buprenorphine: how to use it right. Drug and Alcohol Dependence, 70 (Suppl. 2), S59-S77.

Jones, H. E., Heil, S. H., Baewert, A., Arria, A. M., Kaltenbach, K., Martin, P. R., Fischer, G. (2012). Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. Addiction, 107 (Suppl 1), 5-27.

Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., & Stine, S. M. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. New England Journal of Medicine, 363(24), 2320-2331.

Jones, H. E., O'Grady, K. E., Malfi, D., & Tuten, M. (2008). Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. American Journal on Addictions, 17(5), 372-386.

Jurgens, R. (2007). Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments. Geneva: World Health Organization.

Kakko, J., Heilig, M., & Sarman, I. (2008). Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. Drug and Alcohol Dependence, 96, 69-78.

Kakko, J., Svanborg, K. D., Kreek, M. J., & Heilig, M. (2003). 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. Lancet, 361(9358), 662-668.

Kaltenbach, K., Berghella, V., & Finnegan, L. (1998). Opioid dependence during pregnancy: effects and management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 25(1), 139-152.

Kaltenbach, K., Holbrook, A. M., Coyle, M. G., Heil, S. H., Salisbury, A. L., Stine, S. M., ... Jones, H. E. (2012). Predicting treatment for neonatal abstinence syndrome in infants born to women maintained on opioid agonist medication. Addiction, 107(Suppl 1), 45-52.

Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. Journal of Addictive Diseases, 28, 145-157.

Kaskutas, L. A., Zhang, L., French, M. T., & Witbrodt, J. (2005). Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. Addiction, 100(1), 60-69.

Keene, J. (2005). A case-linkage study of the relationship between drug misuse, crime, and psychosocial problems in a total criminal justice population. Addiction Research and Theory, 13(5), 489-502.

Keene, J., Stenner, K., Connor, M., & Fenley, S. (2007). A case-study of substitute opiate prescribing for drug-using offenders. Drugs: Education, Prevention & Policy, 14(5), 443-456.

Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. Addiction Research & Theory, 17(3), 236-259.

Kelly, S. M., Schwartz, R. P., O'Grady, K. E., Gandhi, D., & Jaffe, J. J. (2012). Impact of methadone with versus without drug abuse counseling on HIV risk: 4- and 12-month findings from a clinical trial. Journal of Addiction Medicine, 6(2), 145-152.

Knape, J. T. (1986). Early respiratory depression resistant to naloxone following epidural buprenorphine. Anesthesiology, 64(3), 382-384.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology Reviews, 35, 217-238.

Kornor, H., Waal, H., & Ali, R. L. (2006). Abstinence-orientated buprenorphine replacement therapy for young adults in out-patient counselling. Drug & Alcohol Review, 25(2), 123-130.

Kosten, T. R., Morgan, C., & Kleber, H. D. (1991). Treatment of heroin addicts using buprenorphine. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17(2), 119-128.

Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Kleber, H. D. (1985). Comparison of clinician ratings to self reports of withdrawal during clonidine detoxification of opiate addicts. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 11(1-2), 1-10.

Kosten, T. R., Schottenfeld, R., Ziedonis, D., & Falcioni, J. (1993). Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. Journal of Nervous and Mental Disease, 181(6), 358-364.

Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. Annals of the New York Academy of Sciences, 909, 186-216.

Kreek, M. J., Borg, L., Ducat, E., & Ray, B. (2010). Pharmacotherapy in the treatment of addiction: Methadone. Journal of Addictive Diseases, 29(2), 209-216.

Krentzman, A. R., Robinson, E. A., Moore, B. C., Kelly, J. F., Laudet, A. B., White, W. L., Strobbe, S. (2011). How Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) work: Cross-disciplinary perspectives. Alcoholism Treatment Quarterly, 29, 75-84.

Kroll, B. (2004). Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. Child & Family Social Work, 9(2), 129-140.

Kuhlman, J. J., Levine, B., Johnson, R. E., Fudala, P. J., & Cone, E. J. (1998). Relationship of plasma buprenorphine and norbuprenorphine to withdrawal symptoms during dose induction, maintenance and withdrawal from sublingual buprenorphine. Addiction, 93(4), 549-559.

Kunoe, N., Lobmaier, P., Vederhus, J. K., Hjerkinn, B., Hegstad, S., Gossop, M., ... Waal, H. (2009). Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 194(6), 541-546.

Larance, B., Degenhardt, L., Lintzeris, N., Bell, J., Winstock, A., Dietze, P., ... Horyniak, D. (2011). Post-marketing surveillance of buprenorphine-naloxone in Australia: Diversion, injection and adherence with supervised dosing. Drug and Alcohol Dependence, 118(2-3), 265-273.

Lee, M. C., Wagner, H. N., Tanada, S., Frost, J. J., Bice, A. N., & Dannals, R. F. (1988). Duration of occupancy of opiate receptors by naltrexone. Journal of Nuclear Medicine, 29(7), 1207-1211.

Lenne, M. G., Dietze, P., Rumbold, G. R., Redman, J. R., & Triggs, T. J. (2003). The effects of the opioid pharmacotherapies methadone, LAAM and buprenorphine, alone and in combination with alcohol, on simulated driving. Drug and Alcohol Dependence, 72(3), 271-278.

Lerner, A. G., Gelkopf, M., Oyffe, I., & Sigal, M. (1995). Home-based inpatient treatment vs. outpatient day clinic treatment: a preliminary report in opiate-dependent patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 183(11), 715.

Leung, S. Y. (2011). Benzodiazepines, opioids and driving: an overview of the experimental research. Drug & Alcohol Review, 30(3), 281-286.

Levy, S., Vaughan, B. L., Angulo, M., & Knight, J. R. (2007). Buprenorphine replacement therapy for adolescents with opioid dependence: Early experience from a children's hospital-based outpatient treatment program. Journal of Adolescent Health, 40(5), 477-482.

Ling, W., Charuvastra, C., Collins, J. F., Batki, S., Brown, L. S., Kintaudi, P., ... Segal, D. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. Addiction, 93(4), 475-486.

Ling, W., Farabee, D., Liepa, D., & Wu, L.-T. (2012). The Treatment Effectiveness Assessment (TEA): an efficient, patient-centered instrument for evaluating progress in recovery from addiction. Substance Abuse and Rehabilitation, 3, 129-136.

Lingford-Hughes, A., & Nutt, D. (2003). Neurobiology of addiction and implications for treatment. British Journal of Psychiatry, 182, 97-100.

Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L., & Nutt, D. J. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. Journal of Psychopharmacology, 26(7), 899-952.

Lintzeris, N., Leung, S. Y., Dunlop, A. J., Larance, B., White, N., Rivas, G. R., ... Ali, R. (2013). A randomised controlled trial of sublingual buprenorphine-naloxone film versus tablets in the management of opioid dependence. Drug and Alcohol Dependence, (in press).

Lofwall, M. R., Stitzer, M. L., Bigelow, G. E., & Strain, E. C. (2005). Comparative safety and side effect profiles of buprenorphine and methadone in the outpatient treatment of opioid dependence. Addictive Disorders & Their Treatment, 4(2), 49-64.

MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., ... Hickman, M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. BMJ, 345, e5945.

Madlung-Kratzer, E., Spitzer, B., Brosch, R., Dunkel, D., & Haring, C. (2009). A double-blind, randomized, parallel group study to compare the efficacy, safety and tolerability of slow-release oral morphine versus methadone in opioid-dependent in-patients willing to undergo detoxification. Addiction, 104, 1549-1557.

Magura, S., & Rosenblum, A. (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. Mount Sinai Journal of Medicine, 68(1), 62-74.

Malta, M., Strathdee, S. A., Magnanini, M. M., & Bastos, F. I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. Addiction, 103, 1242-1257.

Martell, B. A., Arnsten, J. H., Ray, B., & Gourevitch, M. N. (2003). The impact of methadone induction on cardiac conduction in opiate users. Annals of Internal Medicine, 139(2), 154-155.

Martin, J. A., Campbell, A., Killip, T., Kotz, M., Krantz, M. J., Kreek, M. J., Administration, S. A. a. M. H. S. (2011). QT interval screening in methadone maintenance treatment: report of a SAMHSA expert panel. Journal of Addictive Diseases, 30(4), 283-306.

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews(3), CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209.pub2

Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews (2), CD002207. doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub3

Mayes, L. C., & Bornstein, M. H. (1996). The context of development for young children from cocaine-abusing families. In P. M. Kato & T. Mann (Eds.), Handbook of Diversity Issues in Health Psychology (pp. 69-95). New York, USA: Springer.

McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster random,ized trial. Addiction, 99(1), 39-52.

McDonald, S. D., Vermeulen, M. J., & Ray, J. G. (2007). Risk of fetal death associated with maternal drug dependence and placental abruption: a population-based study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 29(7), 556-559.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. Journal of the American Medical Association, 284(13), 1689-1695.

Mello, N. K., & Mendelson, J. H. (1980). Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. Science, 207(4431), 657-659.

Mendelson, J., & Jones, R. T. (2003). Clinical and pharmacological evaluation of buprenorphine and naloxone combinations: Why the 4:1 ratio for treatment? Drug and Alcohol Dependence, 70 (Suppl), S29-S37.

Merlo, L. J., Greene, W. M., & Pomm, R. (2011). Mandatory naltrexone treatment prevents relapse among opiate-dependent anesthesiologists returning to practice. Journal of Addiction Medicine, 5(4), 279-283.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.

Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. Drug and Alcohol Dependence, 77(3), 243-249.

Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., & Verster, A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews(4). doi: 10.1002/14651858.CD001333.pub4

Mintzer, M. Z., Correia, C. J., & Strain, E. C. (2004). A dose-effect study of repeated administration of buprenorphine/naloxone on performance in opioid-dependent volunteers. Drug and Alcohol Dependence, 74, 205-209.

Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P., O'Grady, K. E., Olsen, Y. K., & Jaffe, J. H. (2013). A randomized trial of intensive outpatient (IOP) vs. standard outpatient (OP) buprenorphine treatment for African Americans. Drug and Alcohol Dependence, 128(3), 222-229.

Montoya, I. D., Gorelick, D. A., Preston, K. L., Schroeder, J. R., Umbricht, A., Cheskin, L. J., Fudala, P. J. (2004). Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 75(1), 34-38.

Moody, D. E., Fang, W. B., Morrison, J., & McCance-Katz, E. (2011). Gender differences in pharmacokinetics of maintenance dosed buprenorphine. Drug and Alcohol Dependence, 118, 479-483.

Moore, S. K., Marsch, L. A., Badger, G. J., Solhkah, R., & Hofstein, Y. (2011). Improvement in psychopathology among opioid-dependent adolescents during behavioral-pharmacological treatment. Journal of Addiction Medicine, 5(4), 264-271.

Moreno, A., Perez-Elias, M. J., Casado, J. L., Munoz, V., Antela, A., Dronda, F., Moreno, S. (2001). Long-term outcomes of protease inhibitor-based therapy in antiretroviral treatment-naive HIV-infected injection drug users on methadone maintenance programmes. AIDS, 15(8), 1068-1070.

Moss, A. J. (2006). QTc prolongation and sudden cardiac death: The association is in the detail. Journal of the American College of Cardiology, 47(2), 368-369.

Mudric, T. D., Strain, E. C., Stitzer, M. L., & Bigelow, G. E. (1998). Gradual buprenorphine detoxification in an outpatient clinic. NIDA Research Monograph, 179, 228.

Mysels, D. J., Cheng, W. Y., Nunes, E. V., & Sullivan, M. A. (2011). The association between naltrexone treatment and symptoms of depression in opioid-dependent patients. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37(1), 22-26.

National Treatment Agency for Substance Misuse. (2002). Models of care for the treatment of drug misusers. Part 2: Full reference report. London, UK: Department of Health. Retrieved from www.nta.nhs.uk

National Treatment Agency for Substance Misuse. (2006). Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. London, UK: Department of Health.

Nosyk, B., Sun, H., Evans, E., Marsh, D. C., Anglin, M. D., Hser, Y.-I., & Anis, A. H. (2012). Defining dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance treatment: Results from a population-based retrospective cohort study. Addiction, 107, 1621-1629.

Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis. Journal of the American Medical Association, 291(15), 1887-1896.

Oliver, P., Keen, J., Rowse, G., Ewins, E., Griffiths, L., & Mathers, N. (2010). The effect of time spent in treatment and dropout status on rates of convictions, cautions and imprisonment over 5 years in a primary care-led methadone maintenance service. Addiction, 105(4), 732-739.

Osborn, D. A., Jeffery, H. E., & Cole, M. J. (2010a). Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews(10). doi: 10.1002/14651858.CD002059.pub3

Osborn, D. A., Jeffery, H. E., & Cole, M. J. (2010b). Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews(10). doi: 10.1002/14651858.CD002053.pub3

Palmiere, C., Staub, C., La, H. R., & Mangin, P. (2010). Parental substance abuse and accidental death in children. Journal of Forensic Sciences, 55(3), 819-821.

Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L., & Davoli, M. (2010). Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews (9). doi: 10.1002/14651858.CD008373.pub2

Papworth, D. P. (1983). High dose buprenorphine for postoperative analgesia. Anaesthesia, 38(2), 163.

Peles, E., Schreiber, S., & Adelson, M. (2009). Documented poor sleep among methadone-maintained patients is associated with chronic pain and benzodiazepine abuse, but not with methadone dose. European Neuropsychopharmacology, 19(8), 581-588.

Peles, E., Schreiber, S., Bloch, M., Dollberg, S., & Adelson, M. (2012). Duration of methadone maintenance treatment during pregnancy and pregnancy outcome parameters in women with opiate addiction. Journal of Addiction Medicine, 6(1), 18-23.

Perez de los Cobos, J., Martin, S., Etcheberrigaray, A., Trujols, J., Batlle, F., Tejero, A., ... Casas, M. (2000). A controlled trial of daily versus thrice-weekly buprenorphine administration for the treatment of opioid dependence. Drug and Alcohol Dependence, 59(3), 223-233.

Petry, N. M., Bickel, W. K., & Badger, G. J. (1999). A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 66(3), 306-314.

Petry, N. M., Bickel, W. K., & Badger, G. J. (2000). A comparison of four buprenorphine dosing regimens using open-dosing procedures: is twice-weekly dosing possible? Addiction, 95(7), 1069-1077.

Prendergast, M. L., Messina, N. P., Hall, E. A., & Warda, U. S. (2011). The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. Journal of Substance Abuse Treatment, 40, 336-348.

Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(6), 1144-1156.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1997). In search of how people change: applications to addictive behaviors. In G. A. Marlatt & G. R. VandenBos (Eds.), Addictive Behaviors: Readings on etiology, prevention and treatment (pp. 671-696). Washington DC: American Psychological Association.

Quigley, A. J., Bredemeyer, D. E., & Seow, S. S. (1984). A case of buprenorphine abuse. Medical Journal of Australia, 140(7), 425-426.

Rapeli, P., Fabritius, C., Alho, H., Salaspuro, M., Wahlbeck, K., & Kalska, H. (2007). Methadone vs. buprenorphine/naloxone during early opioid substitution treatment: A naturalistic comparison of cognitive performance relative to healthy controls. BMC Clinical Pharmacology, 7, 5.

Rapeli, P., Fabritius, C., Kalska, H., & Alho, H. (2011). Cognitive functioning in opioid-dependent patients treated with buprenorphine, methadone, and other psychoactive medications: stability and correlates. BMC Clinical Pharmacology, 11, 13.

Reid, M. S., Fallon, B., Sonne, S., Flammino, F., Nunes, E. V., Jiang, H., ... Rotrosen, J. (2008). Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 35, 68-77.

Resnick, R. B., Galanter, M., Pycha, C., Cohen, A., Grandison, P., & Flood, N. (1992). Buprenorphine: an alternative to methadone for heroin dependence treatment. Psychopharmacology Bulletin, 28(1), 109-113.

Rhoades, H. M., Creson, D., Elk, R., Schmitz, J., & Grabowski, J. (1998). Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: Methadone dose and visit frequency. American Journal of Public Health, 88(1), 34-39.

Robertson, J. R., Raab, G. M., Bruce, M., McKenzie, J. S., Storkey, H. R., & Salter, A. (2006). Addressing the efficacy of dihydrocodeine versus methadone as an alternative maintenance treatment for opiate dependence: A randomized controlled trial. Addiction, 101(12), 1752-1759.

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug and Alcohol Dependence, 74(1), 1-13.

Rosado, J., Walsh, S. L., Bigelow, G. E., & Strain, E. C. (2007). Sublingual buprenorphine/naloxone precipitated withdrawal in subjects maintained on 100mg of daily methadone. Drug and Alcohol Dependence, 90(2-3), 261-269.

Rosen, M., & Kosten, T. R. (1995). Detoxification and induction onto naltrexone. In A. Cowan & J. W. Lewis (Eds.), Buprenorphine: Combatting drug abuse with a unique opioid (pp. 289-305). New York: Wiley-Liss.

Rosen, T. S., & Johnson, H. L. (1982). Children of methadone-maintained mothers: Follow-up to 18 months of age. Journal of Pediatrics, 101(2), 192-196.

Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M., & Soyka, M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 8. doi: 10.1002/14651858.CD001867.pub3

Roux, P., Carrieri, M. P., Cohen, J., Ravaux, I., Poizot-Martin, I., Dellamonica, P., & Spire, B. (2009). Retention in opioid substitution treatment: A major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. Clinical Infectious Diseases, 49(9), 1433-1440.

Roy, A. K., McCarthy, C., Kiernan, G., McGorrian, C., Keenan, E., Mahon, N. G., & Sweeney, B. (2012). Increased incidence of QT interval prolongation in a population receiving lower doses of methadone maintenance therapy. Addiction, 107(6), 1132-1139.

Ruetsch, C., Tkacz, J., McPherson, T. L., & Cacciola, J. (2012). The effect of telephonic patient support on treatment for opioid dependence: Outcomes at one year follow-up. Addictive Behaviors, 37(5), 686-689.

San, L., Cami, J., Fernandez, T., Olle, J. M., Peri, J. M., & Torrens, M. (1992). Assessment and management of opioid withdrawal symptoms in buprenorphine dependent subjects. British Journal of Addiction, 87(1), 55-62.

Saxon, A. J., Ling, W., Hillhouse, M., Thomas, C., Hasson, A., Ang, A., ... Jacobs, P. (2013). Buprenorphine/Naloxone and methadone effects on laboratory indices of liver health: A randomized trial. Drug and Alcohol Dependence, 128(1-2), 71-76.

Schisler, R. E., Groninger, H., & Rosielle, D. A. (2012). Counseling patients on side effects and driving when starting opioids #248. Journal of Palliative Medicine, 15(4), 484-485.

Schottenfeld, R. S., Pakes, J., O'Connor, P., Chawarski, M., Oliveto, A., & Kosten, T. R. (2000). Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. Biological Psychiatry, 47(12), 1072-1079.

Schottenfeld, R. S., Pakes, J., Ziedonis, D., & Kosten, T. R. (1993). Buprenorphine: dose-related effects on cocaine and opioid use in cocaine-abusing opioid-dependent humans. Biological Psychiatry, 34(1-2), 66-74.

Schottenfeld, R. S., Pakes, J. R., Oliveto, A., Ziedonis, D., & Kosten, T. R. (1997). Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. Archives of General Psychiatry, 54(8), 713-720.

Schwartz, R. P., Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Gandhi, D., & Jaffe, J. J. (2012). Randomized trial of standard methadone treatment compared to initiating methadone without counseling: 12-month findings. Addiction, 107, 943-952.

Scott, J., Gilvarry, E., & Farrell, M. (1998). Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. Addictive Behaviors, 23(6), 919-931.

Sees, K. L., Delucchi, K. L., Masson, C., Rosen, A., Clark, H. W., Robillard, H., ... Hall, S. M. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 283(10), 1303-1310.

Sekar, M., & Mimpriss, T. J. (1987). Buprenorphine, benzodiazepines and prolonged respiratory depression. Anaesthesia, 42(5), 567-568.

Seligman, N. S., Almario, C. V., Hayes, E. J., Dysart, K. C., Berghella, V., & Baxter, J. K. (2010). Relationship between maternal methadone dose at delivery and neonatal abstinence syndrome. Journal of Pediatrics, 157(3), 428-433.

Seow, S. S., Quigley, A. J., Ilett, K. F., Dusci, L. J., Swensen, G., Harrison-Stewart, A., & Rappeport, L. (1986). Buprenorphine: A new maintenance opiate? Medical Journal of Australia, 144(8), 407-411.

Shand, F., Gates, J., Fawcett, J., & Mattick, R. (2003). The treatment of alcohol problems. A review of the evidence. Canberra: Commonwealth of Australia.

Shmygalev, S., Damm, M., Weckbecker, K., Berghaus, G., Petzke, F., & Sabatowski, R. (2011). The impact of long-term maintenance treatment with buprenorphine on complex psychomotor and cognitive function. Drug and Alcohol Dependence, 117, 190-197.

Sigmon, S. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., O'Connor, P. C., Kosten, T., & Woody, G. (2012). Opioid detoxification and naltrexone induction strategies: Recommendations for clinical practice. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38(3), 187-199.

Simon, D. L. (1997). Rapid opioid detoxification using opioid antagonists: history, theory and the state of the art. Journal of Addictive Diseases, 16(1), 103-122.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Greener, J. M., & Rowan-Szal, G. A. (2000). Modeling year 1 outcomes with treatment process and post-treatment social influences. Substance Use and Misuse, 35(12-14), 1911-1930.

Smith, D. K., Johnson, A. B., Pears, K. C., Fisher, P. A., & DeGarmo, D. S. (2007). Child maltreatment and foster care: unpacking the effects of prenatal and postnatal parental substance use. Child Maltreatment, 12(2), 150-160.

Smyth, B. P., Fagan, J., & Kernan, K. (2012). Outcome of heroin-dependent adolescents presenting for opiate substitution treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 42(1), 35-44.

Soyka, M., Hock, B., Kagerer, S., Lehnert, R., Limmer, C., & Kuefner, H. (2005). Less impairment on one portion of a driving-relevant psychomotor battery in buprenorphine-maintained than in methadone-maintained patients: results of a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychopharmacology, 25(5), 490-493.

Soyka, M., Lieb, M., Kagerer, S., Zingg, C., Koller, G., Lehnert, P., ... Hennig-Fast, K. (2008). Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results of a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychopharmacology, 28(6), 699-703.

Spire, B., Lucas, G. M., & Carrieri, M. P. (2007). Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). International Journal of Drug Policy, 18, 262-270.

Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. Drug and Alcohol Review, 18(4), 453-475.

Staedt, J., Wassmuth, F., Stoppe, G., Hajak, G., Rodenbeck, A., Poser, W., & Ruther, E. (1996). Effects of chronic treatment with methadone and naltrexone on sleep in addicts. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 246(6), 305-309.

Stallvik, M., Nordstrand, B., Kristensen, Ø., Bathen, J., Skogvoll, E., & Spigset, O. (2013). Corrected QT interval during treatment with methadone and buprenorphine – Relation to doses and serum concentrations. Drug and Alcohol Dependence, 129(1-2), 88-93.

Stallwitz, A., & Stover, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons - a literature review. International Journal of Drug Policy, 18, 464-474.

Stein, M. R., Soloway, I. J., Jefferson, K. S., Roose, R. J., Arnsten, J. H., & Litwin, A. H. (2012). Concurrent group treatment for hepatitis C: Implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program. Journal of Substance Abuse Treatment, 43(4), 424-432.

Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. Addictive Behaviors, 23(6), 797-812.

Stimson, G. V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. Social Science and Medicine, 41(5), 699-716.

Strain, E. C., Moody, D. E., Stoller, K. B., Walsh, S. L., & Bigelow, G. E. (2004). Relative bioavailability of different buprenorphine formulations under chronic dosing conditions. Drug and Alcohol Dependence, 74(1), 37-43.

Strand, M. C., Fjeld, B., Arnestad, M., & Mørland, J. (2013). Can patients receiving opioid maintenance therapy safely drive? A systematic review of epidemiological and experimental studies on driving ability with a focus on concomitant methadone or buprenorphinie administration. Traffic Injury Prevention, 14, 26-38.

Straus, S. M. J. M., Kors, J. A., De Bruin, M. L., van der Hooft, C. S., Hofman, A., Heeringa, J., ... Witteman, J. C. M. (2006). Prolonged QTc interval and risk of sudden cardiac death in a population of older adults. Journal of the American College of Cardiology, 47(2), 362-367.

Street, K., Harrington, J., Chiang, W., Cairns, P., & Ellis, M. (2004). How great is the risk of abuse in infants born to drug-using mothers? Child: Care, Health and Development, 30(4), 325-330. Stubbs, M., Hides, L., Howard, J., & Arcuri, A. (2004). Psychostimulants and young people. In A. Baker, N. K. Lee & L. Jenner (Eds.), Models of intervention and care for psychostimulant users (pp. 133-153). Canberra: Commonwealth of Australia.

Sullivan, L. E., & Fiellin, D. A. (2004). Hepatitis C and HIV infections: implications for clinical care in injection drug users. American Journal on Addictions, 13, 1-20.

Swindle, R. W., Peterson, K. A., Paradise, M. J., & Moos, R. H. (1995). Measuring substance abuse program treatment orientations: The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory. Journal of Substance Abuse, 7, 61-78.

Teesson, M., Havard, A., Ross, J., & Darke, S. (2006). Outcomes after detoxification for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Drug & Alcohol Review, 25(3), 241-247.

Teesson, M., Mills, K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., & Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addiction, 103(1), 80-88.

Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., & Cooke, R. (2006). One year outcomes for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Drug and Alcohol Dependence, 83(2), 174-180.

Teichtahl, H., Prodromidis, A., Miller, B., Cherry, G., & Kronborg, I. (2001). Sleep-disordered breathing in stable methadone programme patients: a pilot study. Addiction, 96(3), 395-403.

Thorn, S. E., Rawal, N., & Wennhager, M. (1988). Prolonged respiratory depression caused by sublingual buprenorphine. Lancet, 1(8578), 179-180.

Tiffany, S. T., Carter, B. L., & Singleton, E. G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. Addiction, 95 (Suppl 2), S177-S187.

Tucker, T., Ritter, A., Maher, C., & Jackson, H. (2004). Naltrexone maintenance for heroin dependence: uptake, attrition and retention. Drug & Alcohol Review, 23(3), 299-309.

Tucker, T. K., & Ritter, A. J. (2000). Naltrexone in the treatment of heroin dependence: a literature review. Drug and Alcohol Review, 19(1), 73-82.

Umbricht, A., Montoya, I. D., Hoover, D. R., Demuth, K. L., Chiang, C. T., & Preston, K. L. (1999). Naltrexone shortened opioid detoxification with buprenorphine. Drug and Alcohol Dependence, 56(3), 181-190.

UNAIDS. (2010). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from www.unaids.org

UNODC. (2003). Drug abuse treatment and rehabilitation: A practical planning and implementation guide. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Velez, M. L., Jansson, L. M., Montoya, I. D., Schweitzer, W., Golden, A., & Svikis, D. (2004). Parenting knowledge among substance abusing women in treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 27(3), 215-222.

Wachman, E. M., Newby, P. K., Vreeland, J., Byun, J., Bonganzi, A., Bauchner, H., & Philipp, B. L. (2011). The relationship between maternal opioid agonists and psychiatric medications on length of hospitalization for neonatal abstinence syndrome. Journal of Addiction Medicine, 5(4), 293-299.

Walsh, S. L., Preston, K. L., Bigelow, G. E., & Stitzer, M. L. (1995). Acute administration of buprenorphine in humans: partial agonist and blockade effects. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 274(1), 361-372.

Walsh, S. L., Preston, K. L., Stitzer, M. L., Cone, E. J., & Bigelow, G. E. (1994). Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 55(5), 569-580.

Ward, J., Mattick, R. P., & Hall, W. (1998). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies (pp. 305-336). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Washton, A. M., Pottash, A. C., & Gold, M. S. (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. Journal of Clinical Psychiatry, 45(9), 39-41.

Weiss, R. D., Griffin, M. L., Najavits, L. M., Hufford, C., Kogan, J., Thompson, H. J., ... Siqueland, L. (1996). Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: results from NIDA collaborative cocaine treatment study. Drug and Alcohol Dependence, 43(1-2), 79-86.

Welle-Strand, G. K., Skurtveit, S., Jones, H. E., Waal, H., Bakstad, B., Bjarko, L., & Ravndal, E. (2013). Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: A national cohort study of opioid-agonist treatment of pregnant women in Norway from 1996 to 2009. Drug and Alcohol Dependence, 127(1-3), 200-206.

WHO. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Williams, H. (2002). Dual Diagnosis - an overview: Fact or fiction? In G. H. Rassool (Ed.), Dual Diagnosis: Substance Misuse and Psychiatric Disorders (pp. 3-11). Oxford: Blackwell Science.

Winstock, A. R., Lintzeris, N., & Lea, T. (2011). "Should I stay or should I go?" Coming off methadone and buprenorphine treatment. International Journal of Drug Policy, 22(1), 77-81.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. Addictive Behaviors, 38(2), 1563-1571.

Woody, G. E., Poole, S. A., Subramaniam, G., Dugosh, K., Bogenschutz, M., Abbott, P., ... Fudala, P. (2008). Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: A randomized trial. JAMA, 300(17), 2003-2011.

Yancovitz, S. R., Des Jarlais, D. C., Peyser, N. P., Drew, E., Friedmann, P., Trigg, H. L., & Robinson, J. W. (1991). A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. American Journal of Public Health, 81(9), 1185-1191.

Zanis, D. A., & Woody, G. E. (1998). One-year mortality rates following methadone treatment discharge. Drug and Alcohol Dependence, 52, 257-260.

Zutler, M., & Holty, J. E. (2011). Opioids, sleep, and sleep-disordered breathing. Current Pharmaceutical Design, 17(15), 1443-1449.

**Список літератури у додаткових джерелах можна отримати за наступними посиланнями (посилання перевірено 21.01.2025):**


1. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatry Association, 2006.

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf

2. National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. American Society of Addiction Medicine, 2015

https://www.samhsa.gov/sites/default/files/sites/default/files/opioid-addiction-asam-use-of-medications-in-treatment.pdf

3. Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW. Centre for Population Health, 2008.

https://docslib.org/doc/133662/drug-and-alcohol-withdrawal-clinical-practice-guidelines-nsw

4. Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings - World Health Organization, 2009.

https://apps.who.int/iris/handle/10665/207032

5. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, WHO, 2014.

https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731

6. UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, 2020.

https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders

7. Telemedicine Services in Substance Use and Mental Health Treatment Facilities, SAMHSA, 2021.

https://www.samhsa.gov/data/report/telemedicine-services

8. CAMH, Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline, 2012.

https://www.drugsandalcohol.ie/16240/1/CAMH_Buprenorphine_Naloxone.pdf

9. Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder camh.

https://www.camh.ca/-/media/professionals-files/canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf

10. 10.Shared decision making, NICE, 2017

https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making

**Список літератури, використаний робочою групою при розробці клінічної настанови**


1. Wenfei Huang, Erika P Penaherrera, Danaika F Desir, Dominick L Gamarro, Jessica Cottrell, Tinchun Chu, Sulie L Chang Bi-directional Acceleration of Alcohol Use and Opioid Use Disorder, J Drug Alcohol Res. 2019.
2. Witkiewitz K., Vowles K Alcohol and Opioid Use, Co-Use, and Chronic Pain in the Context of the Opioid Epidemic: A Critical Review Alcohol Clin Exp Res. 2018 Feb 6;42(3):478–488. doi: 10.1111/acer.13594.
3. Witkiewitz K, Votaw V, Vowles KE, Kranzler HR. Opioid misuse as a predictor of alcohol treatment outcomes in the COMBINE study: Mediation by medication adherence. doi: 10.1111/acer.13772. under review.
4. Anita Srivastava, (M.D., M.Sc., C.C.F.P.)a,4, Meldon Kahan, (M.D., F.R.C.P.)b , Sue Ross, (B.Sc., M.Phil., M.B.A., Ph.D.) The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: A systematic review Journal of Substance Abuse Treatment 34 (2008) 215 – 223.
5. Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers 1-year follow-up results Michael Gossop, Ph.D.*, John Marsden, Ph.D., Duncan Stewart, B.A., Alexandra Rolfe, B.Sc. Journal of Substance Abuse Treatment 19 (2000) 45–50.
6. Soyka, M. (2015). Alcohol use disorders in opioid maintenance therapy: prevalence, clinical correlates and treatment. European Addiction Research, 21(2), 78-87.
7. Amram, O., Amiri, S., Panwala, V., Lutz, R., Joudrey, P. J., & Socias, E. (2021). The impact of relaxation of methadone take-home protocols on treatment outcomes in the COVID-19 era. Am J Drug Alcohol Abuse, 47(6), 722-729. doi:10.1080/00952990.2021.1979991.
8. Brooks, K. M., Castillo-Mancilla, J. R., Morrow, M., MaWhinney, S., Rowan, S. E., Wyles, D., . . . Kiser, J. J. (2021). Adherence to Direct-Acting Antiviral Therapy in People Actively Using Drugs and Alcohol: The INCLUD Study. Open forum infectious diseases, 8(1), ofaa564. doi:10.1093/ofid/ofaa564
9. Brothers, S., Viera, A., & Heimer, R. (2021). Changes in methadone program practices and fatal methadone overdose rates in Connecticut during COVID-19. J Subst Abuse Treat, 131, 108449. doi:10.1016/j.jsat.2021.108449.
10. Burzynski, J., Mangan, J. M., Lam, C. K., Macaraig, M., Salerno, M. M., deCastro, B. R., . . . e, D. O. T. S. T. (2022). In-Person vs Electronic Directly Observed Therapy for Tuberculosis Treatment Adherence: A Randomized Noninferiority Trial. JAMA Netw Open, 5(1), e2144210. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.44210.
11. Cernasev, A., Hohmeier, K. C., Frederick, K., Jasmin, H., & Gatwood, J. (2021). A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder. Exploratory research in clinical and social pharmacy, 2, 100029. doi:10.1016/j.rcsop.2021.100029.
12. Cicero, T. J., Ellis, M. S., & Chilcoat, H. D. (2018). Understanding the use of diverted buprenorphine. Drug Alcohol Depend, 193, 117-123. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.09.007
13. DeMaio, J., Schwartz, L., Cooley, P., & Tice, A. (2001). The application of telemedicine technology to a directly observed therapy program for tuberculosis: a pilot project. Clin Infect Dis, 33(12), 2082-2084. doi:10.1086/324506.
14. Saulle, R., Vecchi, S., & Gowing, L. (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev, 4(4), CD011983. doi:10.1002/14651858.CD011983.pub2
15. Katie Witkiewitz, Kevin E Vowles Alcohol and Opioid Use, Co-Use, and Chronic Pain in the Context of the Opioid Epidemic: A Critical Review Alcohol Clin Exp Res. 2018 Feb 6;42(3):478–488. doi: 10.1111/acer.13594
16. Ottomanelli G: Methadone patients and alcohol abuse. J Subst Abuse Treat 1999;16:113-121. [PubMed] https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00030-0
17. Teplin D, Raz B, Daiter J, Varenbut M, Plater-Zyberk C: Screening for alcohol use patterns among methadone maintenance patients. Am J Drug Alcohol Abuse 2007;33:179-183. https://doi.org/10.1080/00952990601091184
18. Pedro Serrano-P´erez, Amado Rivero-Santana, Constanza Daigre-Blanco, Raúl Felipe Palma-Alvarez, Icía Nistal-Franco, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Lara Grau-Lopez Shared decision making in patients with substance use disorders: A one-year follow-up study, Psychiatry Research Volume

329, November 2023, 115540
19. K. Marchand, S. Beaumont, J. Westfall, S. MacDonald, S. Harrison, D.C. Marsh, M.T. Schechter, E . Oviedo-Joekes Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review Subst. Abuse Treat. Prev. Policy, 14 (1) (2019), p. 37, 10.1186/s13011-019-0227-
20. L. Brener, I. Resnick, J. Ellard, C. Treloar, J. Bryant Exploring the role of consumer participation in drug treatment Drug Alcohol Depend., 105 (1-2) (2009), pp. 172-175, 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016
21. E.A.G. Joosten, C.A.J. de Jong, G.H. de Weert-van Oene, T. Sensky, C.P.F van der Staak Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients Psychother. Psychosom., 78 (4) (2009), pp. 245-253,
22. Friedrichs, M. Spies, M. Härter, A. Buchholz Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature PLoS One, 11 (1) (2016), Article e0145817,
23. P. Alves, C. Sales, M. Ashworth Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe Drug Alcohol Depend., 179 (2017), pp. 299-308, 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.049
24. Himelhoch S, Medoff D, Maxfield J, et al. Telephone based cognitive behavioral therapy targeting major depression among urban dwelling, low income people living with HIV/AIDS: Results of a randomized controlled trial. AIDS Behav. 2013;17(8):2756-2764. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
25. Frank HE, Grumbach NM, Conrad SM, Wheeler J, Wolff J. Mental health services in primary care: Evidence for the feasibility of telehealth during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord Rep. 2021;5:100146. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
26. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. World Psychiatry. 2018;17:76-89. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]
27. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance Use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic - United States, June 24-30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69:1049-1057. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar][Ref list]
28. Frank HE, Grumbach NM, Conrad SM, Wheeler J, Wolff J. Mental health services in primary care: Evidence for the feasibility of telehealth during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord Rep. 2021;5:100146.
29. Hannah E Frank a,b,∗, Nicholas M Grumbach c, Selby M Conrad a,b,d, Julia Wheeler d, Jennifer Wolff a,b Mental health services in primary care: Evidence for the feasibility of telehealth during the COVID-19 pandemic Journal of Affective Disorders Reports2021 Apr 14;5:100146. doi: 10.1016/j.jadr.2021.100146
30. Saunders, JB,Aasland, OG, Babor,TF, de la Fuente, JR & Grant, M 1993,'Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT):WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II', Addiction, vol. 88, pp. 791–804
31. Leslie A Morland, Stephanie Y Wells, Lisa H Glassman, Carolyn J Greene, Julia E Hoffman, Craig S Rosen, Advances in PTSD Treatment Delivery: Review of Findings and Clinical Considerations for the Use of Telehealth Interventions for PTSD, Curr Treat Options Psych (2020) 7:221–241 DOI 10.1007/s40501-020-00215-x
32. Nyamathi A, Cohen A, Marfisee M, Shoptaw S, Greengold B, de Castro V, et al. Correlates of alcohol use among methadone-maintained adults. Drug Alcohol Depend. 2009;101:124–27. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.10.008
33. EMCDDA. (2019). European drug report 2019: trends and developments. Retrieved from Publications Office of the European Union, Luxembourg: EMCDDA. (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications, Technical report. Retrieved from Publications Office of the European Union, Luxembourg:
34. SAMHSA. (2020). Methadone Take-Home Flexibilities Extension Guidance. Retrieved from https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/statutes-regulations-guidelines/methadoneguidance#sup

35. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol and Health. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2023.

## Глосарій термінів і скорочень

| | |
|---|---|
| COWS | Суб'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (Див. Додаток 2) |
| OOWS | Об'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (Див. Додаток 2) |
| QTc інтервал | Елемент електрокардіограми людини, який починається на початку комплексу QRS і продовжується до кінця зубця Т. Інтервал QTc займає час між початком шлуночкової реполяризації і кінцем шлуночкової реполяризації (Див. Подовження інтервалу QTc в 2.3.7) |
| ShOWS | Коротка шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (Див. Додаток 2) |
| SOWS | Суб'єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (Див. Додаток 2) |
| Абстиненція | Відмова від вживання визначеної психоактивної речовини; вільний від наркотиків |
| Агоніст | Речовина, яка поєднується з відповідним рецептором і активує його |
| Аддикція (пристрасть) | Хронічний, рецидивуючий розлад здоров'я, що характеризується компульсивним пошуком і вживанням психоактивної речовини, втратою контролю над вживанням психоактивної речовини, а також негативним емоційним станом, коли доступ до неї неможливий (Кооб & Volkow, 2010) |
| Антагоніст | Речовина, яка поєднується з рецептором, не активуючи його; блокатор |
| Бупренорфін | Отримується із алкалоїду опіуму – тебаїну; є частковим агоністом опіоїдів з високою спорідненістю до опіоїдних мю-рецепторів. (Див 2.1.2) |
| Відтворення людського капіталу | Загальна сума всіх ресурсів особи, суспільства і громади, на які людина може спиратися, щоб почати і підтримувати своє позбавлення від наркотичних та алкогольних проблем (Groshkova at al., 2013) |
| Внутрішня активність | Здатність лікарського засобу активувати відповідні рецептори |
| Детоксикація | Купірування ознак і симптомів синдрому відміни, які виникають у разі припинення вживання речовини, від якої у людини залежність |
| Дисоціація | Показник вивільнення або від'єднання лікарського засобу від його рецептора |
| Ейфорія | Почуття задоволення – «кайф» або «прихід» |
| Залежність | Стан, при якому вживання наркотиків посідає центральне місце в думках, почуттях і діяльності людини; раптове припинення чи зменшення дози препарату може призвести до розвитку соматичних симптомів відміни (Див. Додаток 1) |

| | |
|---|---|
| Засіб аверсивної терапії | Препарат, який викликає неприємні реакції, наприклад дисульфірам (антабус), є аверсивним у поєднанні з алкоголем |
| Зрив | Термін стосується тільки програм, орієнтованих на абстиненцію, де він використовується для позначення окремих випадків вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин |
| Імпульсивність | Схильність до швидкої незапланованої реакції на внутрішні і зовнішні подразники без урахування негативних наслідків цих реакцій для себе або інших |
| Комбінований препарат | Стосується препаратів, що містять бупренорфін і налоксон для сублінгвального застосування (наприклад, Suboxone®) |
| Компульсивність | Елементи поведінки, які призводять до наполегливого повторення поведінки, незважаючи на загрозу несприятливих наслідків, при реагуванні на тлі хибних вчинків у ситуації вибору, чи до постійного повторення звичних дій |
| Ліки з собою | Обмежена кількість ліків, які видаються для використання за межами медичного закладу; такий режим може здійснюватися під наглядом відповідального дорослого або без нагляду. Див. також дозування без безпосереднього нагляду (Див. 2.3.6) |
| Метадон | Синтетичний агоніст опіоїдів (Див. 2.1.1) |
| Моно-препарат | Стосується препаратів, що містять тільки бупренорфін (наприклад, Субутекс) |
| Налоксон | Антагоніст мю-опіоїдних рецепторів з коротким періодом напіввиведення, який використовується в лікуванні передозування опіоїдами, а також у поєднанні з бупренорфіном для запобігання зловживанню і витоку препарату |
| Налтрексон | Антагоніст мю-опіоїдних рецепторів з тривалим періодом напіввиведення, який вводиться перорально (Див. 2.1.3) |
| Негативне підкріплення | Процес, за якого вилучення несприятливого стимулу (наприклад, негативного емоційного стану відміни наркотику) підвищує ймовірність реакції (наприклад, індукованого залежністю вживання наркотику) |
| Неконтрольований прийом ліків | Відноситься до прийому ліків, який відбувається без нагляду з боку відповідального дорослого. Див. також Ліки з собою (Див. 2.3.6) |
| Нелегальний | Незаконний |
| Несанкціоноване | Зазвичай відноситься до застосування лікарських засобів не у відповідності з приписом лікаря |
| Несприятлива подія | Будь-який негативний для здоров’я випадок у пацієнта, якому призначено ліки, і цей випадок не обов’язково має причинний зв’язок з цими ліками (Див. Therapeutic Goods Information (Database |

| | |
|---|---|
| | of Adverse Event Notifications) Specification 2012). Доступ з http://www.comlaw.gov.au/Details/F2012L01337. Доступ 14 березня 2013 р.) |
| Несприятлива реакція | Шкідлива чи небажана відповідь на засіб/речовину |
| Опіати | Одна із груп алкалоїдів, включаючи морфін і героїн, отриманих з опійного маку (*Papaver somniferum*) зі здатністю викликати знеболювання, ейфорію, а в більш високих дозах - сопор, кому і пригнічення дихання |
| Опіоїди | Всі препарати з морфіноподібною дією – як природні, так і синтетичні – такі, як метадон |
| Опіоїдні рецептори | Мозкові структури, які опосередковують дію опіоїдів. (Див. також Рецептори) |
| Позитивне підкріплення | Процес, за якого пред'явлення стимулу, як правило, приємного (наприклад, сам лікарський засіб), збільшує ймовірність реакції |
| Потяг | Суб'єктивне відчуття необхідності або бажання вжити психоактивну речовину (Witkiewitz et al., 2013), яке може бути різним за своєю природою |
| Рецептори | Мозкові структури, вибірково чутливі (Див. Спорідненість) до конкретних лікарських засобів; дія препарату відбувається, коли препарат приєднується до відповідного рецептора |
| Рецидив | Повернення до проблемного вживання алкоголю або інших психоактивних речовин |
| Спорідненість | Інтенсивність, з якою речовина поєднується з відповідним рецептором |
| Стан відміни | Ознаки та симптоми, пов'язані з припиненням вживання речовини, від якої у людини є залежність |
| Толерантність | Необхідність підвищувати дози препарату, щоб відчути ту ж саму дію |
| Швидкий детокс | Загальний термін для процедур, які включають використання опіоїдних антагоністів для провокування стану відміни опіоїдів (Див. 2.2.3) |

## Додаток 1. Визначення поняття «залежність від опіоїдів»

Нещодавно було проведено суттєвий перегляд та видано останню версію Посібника з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-V).

| ПОСИЛАННЯ |
| --- |
| Див. http://www.psych.org/practice/dsm |

У DSM-IV передбачено окремі діагнози «зловживання психоактивними речовинами» та «залежність від психоактивних речовин», а в DSM-V їх об'єднали в один діагноз: «розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин». Критерії для визначення цього діагнозу в DSM-V є подібними до критеріїв DSM-IV для діагнозів «наркоманія» та «залежність від психоактивних речовин», що були об'єднані в один перелік, але є два винятки. По-перше, з DSM-V було вилучено такий критерій для постановки цього діагнозу, як наявність регулярних проблем із законом (у DSM-IV цей критерій був присутній). По-друге, у DSM-V додано новий критерій, а саме «тяга до наркотиків» або «сильне бажання або потяг до вживання психоактивних речовин». Крім того, у DSM-V визначено, що діагноз «розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин» може бути поставлений за наявності двох або більше відповідних критеріїв (у той час як в DSM-IV основою для постановки діагнозу «зловживання психоактивними речовинами» мала бути наявність одного або більше критеріїв, а для діагнозу
«залежність від психоактивних речовин» – трьох або більше. Тяжкість розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин, визначається в DSM-V за кількістю наявних критеріїв: за наявності 2–3 – йдеться про легкий розлад, 4–5 – помірний, а наявність 6-ти і більше свідчить про тяжкий розлад. Рання ремісія визначається в DSM-V як відсутність упродовж щонайменше трьох (але не більше 12) місяців критеріїв розладу, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин (крім потягу до наркотиків), стійка ремісія – відсутність таких критеріїв (крім потягу до наркотиків) протягом щонайменше 12 місяців.

У DSM-IV перераховано такі критерії для постановки діагнозу «залежність від опіоїдів»:

«Неправильне вживання психоактивної речовини», що призводить до погіршення стану або виникнення захворювання, яке вимагає клінічного лікування, про що свідчать три або більше із наведених нижче ознак, зафіксовані у будь-який час протягом 12 місяців:

- Толерантність, яка визначається будь-яким із наведених нижче способів:
  - потреба в помітному збільшенні кількості опіоїдів для досягнення інтоксикації чи бажаного ефекту;
  - помітне ослаблення дії однакової кількості опіоїдів при тривалому прийомі;
- Абстинентний синдром, що виявляється будь-яким із наведених нижче способів:
  - характерні прояви абстинентного синдрому (синдрому відміни) від опіоїдів;
  - вживання опіоїдів або близькоспорідненої речовини для полегшення або уникнення симптомів абстинентного синдрому
- Особа вживає опіоїди часто у великих кількостях або протягом більш тривалого періоду, ніж це передбачено
- Особа має стійке бажання або невдалі спроби припинити чи скоротити вживання опіоїдів
- Особа витрачає дуже багато часу на дії, необхідні для придбання опіоїдів, їх вживання або відновлення організму після вживання

- Через вживання опіоїдів особі доводиться відмовлятися або менше займатися питаннями, пов’язаними із громадською чи професійною діяльністю, а також з відпочинком
- Особа продовжує вживати опіоїди, незважаючи на усвідомлення наявності постійних або регулярних фізичних та психологічних проблем, які, вірогідно, були викликані або загострюються через вживання опіоїдів

**Міжнародна класифікація хвороб-10 (МКХ-10)**

Діагноз залежності від опіоїдів може бути поставлений лише за наявності трьох або більше перелічених нижче ознак, що проявляються одночасно у певний час протягом попереднього року:

| **ПОСИЛАННЯ** |
| --- |
| Див. www.who.int/classifications/icd/en |

- сильне бажання або відчуття непереборного потягу до вживання опіоїдів;
- труднощі щодо контролю поведінки, пов’язаної із вживанням опіоїдів;
- фізіологічний абстинентний стан;
- толерантність;
- прогресуюче нехтування альтернативними способами отримання задоволення або іншими інтересами через вживання опіоїдів;
- продовження вживання опіоїдів, незважаючи на наявність чітких ознак очевидних шкідливих наслідків

## Додаток 2. Оцінка тяжкості синдрому відміни від опіоїдів

Існують різні шкали для оцінки тяжкості абстинентного синдрому. Суб'єктивні шкали є набагато чутливішими для оцінки змін у тяжкості абстинентного синдрому та дозволяють краще оцінити можливі наслідки для пацієнтів. Об'єктивні шкали є менш чутливими. До того ж, оцінка тяжкості синдрому за допомогою таких шкал може здійснюватися лише медичним працівником. Тим не менш, їх можна використовувати для підтвердження суб'єктивної оцінки – особливо стосовно пацієнтів, які, як здається, занадто низько або занадто високо оцінюють тяжкість свого абстинентного синдрому.

Суб'єктивні та об'єктивні шкали тяжкості синдрому відміни опіоїдів оцінюють його тяжкість на момент оцінки. Оцінку за допомогою таких шкал можна проводити багато разів на день. Однією зі шкал є Коротка шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів, яка часто скорочено називається SOWS, але в цьому документі для її позначення буде використовуватися абревіатура ShOWS, щоб уникнути плутанини із Суб'єктивною шкалою тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS). Ця шкала дозволяє оцінити абстинентний синдром, який пережив пацієнт протягом останніх 24 годин. Відтак є сенс використовувати ShOWS лише один раз на день. Вона включає оцінку розладів сну – одного із проявів абстинентного синдрому, що є особливо значущим для пацієнтів. Найновішою шкалою є Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS). Вона звертає увагу і на об'єктивні, і на суб'єктивні ознаки. Оцінку пацієнта за цією шкалою можна проводити багато разів на день (так само, як і за суб'єктивною і об'єктивною шкалами тяжкості синдрому відміни опіоїдів). Її перевага – швидкість проведення оцінки.

**Об’єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (OOWS)**

Спостерігаєте за пацієнтом протягом п’яти хвилин, а потім ставите бал за кожну із перелічених нижче ознак синдрому відміни опіоїдів (пункти 1–13). Для отримання загального балу підрахуйте суму балів, поставлених у кожному пункті.

Дата: Час:

| **ОЗНАКА** | **ПОКАЗНИК** | | **БАЛ** |
|---|---|---|---|
| 1. Позіхання | 0 = немає позіхання | 1 = ≥ 1 позіхання | |
| 2. Ринорея | 0 = ≤ 3 шморгання | 1 = ≥ 3 шморгання | |
| 3. Пілоерекція (потрібно слідкувати за руками пацієнта) | 0 = відсутня | 1 = присутня | |
| 4. Пітливість | 0 = відсутня | 1 = присутня | |
| 5. Сльозотеча | 0 = відсутня | 1 = присутня | |
| 6. Тремор (рук) | 0 = відсутній | 1 = присутній | |
| 7. Розширення зіниць | 0 = відсутнє | 1 = присутнє | |
| 8. Припливи крові та збліднення | 0 = відсутні | 1 = тремтіння / зіщулення від холоду | |
| 9. Неспокій | 0 = відсутній | 1 = часта зміна пози | |
| 10. Блювота | 0 = відсутня | 1 = присутня | |
| 11. Посмикування м’язів | 0 = відсутнє | 1 = присутнє | |
| 12. Спазми в животі | 0 = відсутні | 1 = притуляння рук до живота | |
| 13. Тривожність | 0 = відсутня | 1 = від незначної до значної | |
| **ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ:** | | | |

**Шкала від 0 до 13 балів**

Джерело: Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. et al. (1987) Two new rating scales for opiate withdrawal, American Journal of Alcohol Abuse, 13, 293-308.

**Суб’єктивна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (SOWS)**

Оцініть, як Ви відчуваєте кожний із 16 симптомів на даний момент (обведіть кружечком одне число).

Дата: Час:

| **Симптом** | **Взагалі не відчуваю** | **Трохи** | **Помірно** | **Доволі відчутно** | **Крайній ступінь** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Я відчуваю тривогу | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Мені хочеться позіхати | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я пітнію | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Мої очі сльозяться | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. У мене нежить | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. У мене «гусяча шкіра» | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Я тремчу | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Я відчуваю припливи жару | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Я відчуваю напади лихоманки | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. У мене болять кістки та м’язи | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я почуваюся неспокійно | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Я відчуваю нудоту | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. У мене блювота | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Я відчуваю посмикування м’язів | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. У мене спазми в животі | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Я зараз хочу в туалет | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Шкала від 0 до 64 балів**

Джерело: Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. et al. (1987) Two new rating scales for opiate withdrawal, American Journal of Alcohol Abuse, 13, 293-308.

**Коротка шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (ShOWS)**

Поставте позначку у відповідній комірці, якщо протягом останніх 24 годин Ви відчували будь-який із цих станів.

Дата: Час:

| **Симптом** | **Взагалі не відчував** | **Трохи** | **Помірно** | **Сильно** |
|---|---|---|---|---|
| Я почувався недобре | | | | |
| У мене були спазми в животі | | | | |
| У мене були спазми або посмикування м’язів | | | | |
| У мене було відчуття холоду | | | | |
| У мене було прискорене серцебиття | | | | |
| У мене були напружені м’язи | | | | |
| Я відчував біль | | | | |
| Я позіхав | | | | |
| У мене була сльозотеча | | | | |
| У мене було безсоння або проблеми зі сном | | | | |

**Бали: «взагалі не відчував» = 0, «трохи» = 1, «помірно» = 2, «сильно» = 3**

Джерело: Gossop, M. (1990) The development of a short opiate withdrawal scale (SOWS). Addictive Behaviors 15, 487-490.

**Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS)**

У кожному пункті обведіть кружечком число, яке найкраще описує відповідні ознаки та симптоми у пацієнта. Ставте оцінку лише за наявності очевидного зв'язку цієї ознаки або симптому з відміною опіоїдів. Наприклад, якщо частота серцевих скорочень підвищилася тому, що пацієнт безпосередньо перед оцінкою бігав, не потрібно ставити додаткові бали за це.

Дата: Час:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Частота пульсу в спокійному стані** (рахуйте кількість ударів за хвилину):<br>*Пульс міряти після того, як пацієнт протягом хвилини спокійно сидів або лежав*<br>0 – частота пульсу складає 80 ударів або менше<br>1 – частота пульсу від 81 до 100<br>2 – частота пульсу від 101 до 120<br>4 – частота пульсу вище за 120 | | | | |
| **Потіння:** *Протягом останніх півгодини, не через температуру у приміщенні або фізичну активність пацієнта*<br>0 – пацієнт не повідомляє про напади лихоманки або припливи жару<br>1 – суб'єктивне повідомлення про напади лихоманки або припливи жару<br>2 – почервоніння (приплив крові) або помітна вологість обличчя<br>3 – крапельки поту на лобі або на обличчі<br>4 – піт стікає по обличчю | | | | |
| **Неспокійний стан**: *Спостереження під час оцінки температури або діяльності пацієнта*<br>0 – пацієнт може сидіти спокійно<br>1 – пацієнт повідомляє, що йому важко сидіти спокійно, але він може<br>3 – часті або недоречні рухи ногами/руками<br>5 – пацієнт не може сидіти спокійно більше кількох секунд | | | | |
| **Розмір зіниць:**<br>0 – зіниці звужені або нормальних розмірів для кімнатного освітлення<br>1 – зіниці, можливо, ширші, ніж звичайно при кімнатному освітленні<br>2 – зіниці помірно розширені<br>5 – зіниці розширені настільки, що можна бачити лише край райдужної оболонки | | | | |
| **Біль у кістках і суглобах:** *Якщо у пацієнта був такий біль раніше, бали потрібно ставити лише за додаткові болі, що пов'язані з відміною опіоїдів*<br>0 – немає<br>1 – м'який генералізований дискомфорт<br>2 – пацієнт повідомляє про сильний генералізований біль у суглобах/м'язах<br>4 – пацієнт потирає суглоби або м'язи та не може спокійно сидіти через дискомфорт | | | | |
| **Нежить або сльозотеча:** *Не викликані симптомами застуди або алергічними реакціями*<br>0 – немає | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 – у пацієнта закладено ніс або незвично вологі очі<br>2 – виділення з носа або сльозотеча<br>4 – постійне виділення з носа або сльози течуть по щоках | | | | |
| **Розлади шлунково-кишкового тракту:** *За останні підгодини*<br>0 – немає симптомів розладів ЖКТ<br>1 – спазми у шлунку<br>2 – нудота або рідкий стул<br>3 – блювота або пронос<br>5 – багаторазові епізоди проносу або блювоти | | | | |
| **Тремор:** *Спостереження за витягнутими руками*<br>0 – тремтіння немає<br>1 – тремтіння можна відчути, але воно непомітне<br>2 – помітне легке тремтіння<br>4 – сильне тремтіння або посмикування м’язів | | | | |
| **Позіхання:** *Спостереження протягом оцінки*<br>0 – позіхання немає<br>1 – пацієнт позіхає один-два рази протягом спостереження<br>2 – пацієнт позіхає три або більше разів протягом спостереження<br>4 – пацієнт позіхає кілька разів на хвилину | | | | |
| **Тривога або дратівливість:**<br>0 – немає<br>1 – пацієнт повідомляє про наростання дратівливості або страху<br>2 – пацієнт явно роздратований або знаходиться у стані патологічного страху<br>4 – пацієнт настільки роздратований або знаходиться у такому стані патологічного страху, що йому важко брати участь в оцінці | | | | |
| **«Гусяча шкіра»:**<br>0 – шкіра гладенька<br>3 – пілоерекцію шкіри можна відчути на дотик або на руках піднімається волосся<br>5 – пілоерекція є дуже помітною | | | | |
| **ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ** | | | | |

**Загальний бал є сумою балів за всі 11 ознак.**

**Шкала: 5-12 = легкий синдром відміни опіоїдів, 13-24 = помірний, 25-36 = помірно тяжкий, більше 36 балів – тяжкий синдром відміни.**

Джерело: Wesson D.R. & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Journal of Psychoactive Drugs 35(2): 253-259.

### Модифікована шкала Фінегана (Finnegan) для новонароджених

Ця шкала[23] використовується для оцінки тяжкості абстинентного синдрому у новонароджених, зумовленого неонатальним станом відміни опіоїдів. Стан немовлят, народжених жінками, про яких відомо або є підозри, що вони вживають наркотики, у яких проявляються ознаки абстинентного синдрому, потрібно оцінювати кожні чотири години. Оцінювання має відбуватися послідовно та проводитися медичними працівниками, які мають досвід роботи з такими немовлятами. Необхідно з обережністю ставитися до того, щоб визнавати перелічені нижче ознаки як симптоми відміни наркотиків. Наприклад, такі симптоми, як лихоманка, тахіпное або напади, можуть бути проявами запалення. За наявності таких симптомів спочатку слід виключити запалення шляхом відповідних аналізів.

| **Система** | **Ознаки та симптоми** | **Бали** |
|---|---|---|
| Порушення центральної нервової системи | Пронизливий крик | 2 |
| | Постійний пронизливий крик | 3 |
| | Спить < 1 години після годування | 3 |
| | Спить < 2 годин після годування | 2 |
| | Спить < 3 годин після годування | 1 |
| | Легкий тремор, немовля неспокійне | 1 |
| | Помірно-сильний тремор, немовля неспокійне | 2 |
| | Легкий тремор, немовля спокійне | 3 |
| | Помірно-сильний тремор, немовля спокійне | 4 |
| | Підвищений тонус м’язів | 2 |
| | Екскоріація (зазначити область) | 1 |
| | Міоклінічні посмикування | 3 |
| | Генералізовані судоми | 5 |
| Метаболічні, вазомоторні, респіраторні порушення | Жар (температура тіла від 37,3 до 38,3$^{O}$C) | 1 |
| | Жар (температура тіла більше 38,3$^{O}$C) | 2 |
| | Часті позіхання (більше 3–4 разів) | 1 |
| | Закладений ніс | 1 |
| | Часті чхання (більше 3–4 разів) | 1 |
| | Роздування крил носа | 2 |
| | Інтенсивність дихання більше 60/хв | 1 |
| | Інтенсивність дихання більше 60/хв + втягування повітря | 2 |
| Шлунково-кишкові порушення | Надмірне смоктання | 1 |
| | Поганий апетит | 2 |
| | Зригування | 2 |
| | Блювота «фонтаном» | 3 |
| | Рідкий стул | 2 |
| | Водянистий стул | 3 |

Якщо немовля набирає в середньому більше восьми балів за кожний із трьох блоків оцінки (наприклад, 9 – за перший, 7 – за другий і 9 – за третій) або ≥ 12 балів за два з цих блоків, воно потребує лікування. До того як стан немовляти буде стабілізовано, оцінку слід проводити кожні чотири години (Джерело: Finnegan L (1980). Drug Dependence in Pregnancy. London, Castle House Publications).

[23] Існує декілька варіантів цієї шкали. Це варіант, який використовується Королівською лікарнею імені принца Альберта.

## Додаток 3. Клінічно значуща взаємодія між метадоном, бупренорфіном та іншими медичними препаратами

У цьому додатку наводиться інформація про рецептурні препарати, які мають або можуть мати клінічно значиму взаємодію з іншими лікарськими засобами, якщо їх приймати одночасно з метадоном або бупренорфіном. Цей перелік не є вичерпним. За наявності сумнівів слід звернутися за порадою до фахового спеціаліста.

Інформація у цьому переліку наводиться за: www.opioiddruginteractions.com/.

Позначка «++» у таблиці означає наявність значимої клінічної взаємодії, «+» – наявність взаємодії меншої значимості, «?» – свідчить про потенціал взаємодії з обмеженою доказовою базою. За можливості слід уникати одночасно прийому замісного препарату та інших препаратів або проводити моніторинг стану пацієнтів та за необхідності корегувати схему медикаментозного лікування.

### 1. Посилення седативного ефекту

Препарати цієї групи можуть підвищувати ризик передозування у зв'язку з додатковим ефектом пригнічення ЦНС чи підвищенням рівня метадону або бупренорфіну в плазмі крові внаслідок уповільнення метаболізму або ниркового очищення.

| **Клінічна значимість для** | | **Медичний препарат** |
|---|---|---|
| **Метадону** | **Бупренорфіну** | |
| ++ | ++ | Амітриптилін |
| | ++ | Атазанавір |
| ++ | ++ | Бензодіазепіни (алпразолам, діазепам, тріазолам) |
| ? | | Ципрофлоксацин |
| ++ | | Циталопрам / есціталопрам |
| ? | | Еритроміцин |
| ++ | ? | Флуконазол |
| + | ? | Флуоксетин |
| ++ | + | Флувоксамін |
| + | ? | Індінавір |
| ? | ? | Кетоконазол |
| + | | Моклобемід |
| ? | | Омепразол |
| ? | ? | Ритонавір (уникайте його прийому одночасно з атазанавіром) |
| ? | | Сертралін |
| + | | Алкалайзери сечі (наприклад, натрія бікарбонат) |
| ++ | + | Зопіклон |

### 2. Симптоми абстинентного синдрому або побічні ефекти

Прийом препаратів цієї групи може призводити до зниження рівня препарату в плазмі крові та до симптомів абстинентного синдрому в зв'язку із прискоренням метаболізму метадону або бупренорфіну, або може викликати побічні ефекти через інші механізми.

| **Клінічна значимість для** | | **Медичний препарат** |
|---|---|---|
| **Метадону** | **Бупренорфіну** | |

| | | |
|---|---|---|
| ++ | | Карбамазепін |
| + | ? | Циметідін |
| + | | Дисульфірам (якщо приймається одночасно з метадоном у рецептурі, що містить алкоголь) |
| + | ? | Гіперікум перфоратум (St Johns Wort) |
| + | | Моклобемід (може викликати токсичність серотоніну) |
| + | | Невірапін |
| + | ? | Ніфедопін |
| ++ | ? | Фенітоїн |
| ++ | ? | Рифампіцин |
| ++ | ++ | Рифабутин |
| + | + | Окислювачі сечі (наприклад, аскорбінова кислота) |

**3. Подовження інтервалу QTc**

Якщо пацієнт приймає метадон або бупренорфін, прийом препаратів із наведеного нижче переліку може бути протипоказаний за інструкцією виробника, оскільки вони можуть призводити до подовження інтервалу QTc.

| **Клінічна значимість для** | | **Медичний препарат** |
|---|---|---|
| **Метадону** | **Бупренорфіну** | |
| + | + | Домперидон |
| + | | Циталопрам / есциталопрам |
| ? | ? | Еритроміцин |
| + | ? | Тіоридазин |

**4. Вплив на прийом інших препаратів**

Метадон та бупренорфін можуть також мати побічні ефекти при одночасному прийомі інших препаратів.

| **Клінічна значимість для** | | **Медичний препарат** |
|---|---|---|
| **Метадону** | **Бупренорфіну** | |
| ++ | | Атаназавір (одночасний прийом метадону може призводити до зниження рівня препарату в сироватці крові) |
| ++ | | Дезіпрамін (одночасний прийом метадону уповільнює метаболізм, що призводить до підвищення рівня дезіпраміну в плазмі крові) |
| ++ | | Ніфедіпін (одночасний прийом метадону може призводити до інгібіції метаболізму) |
| ++ | | Зідовудін (одночасний прийом метадону уповільнює метаболізм, що призводить до підвищення рівня зідовудіну в плазмі крові. Симптоми токсичності зідовудіну можна сплутати з ознаками синдрому відміни опіоїдів) |

# Додаток 4. Лікування тяжкого абстинентного синдрому від опіоїдів, викликаного налтрексоном[24]

## Вступ

На сьогодні зібрано багато даних про те, як пацієнти із залежністю від опіоїдів самостійно приймали налтрексон, що спричинило тяжкий абстинентний синдром, для подолання якого знадобилося стаціонарне лікування. Дане Керівництво містить поради для медичного та сестринського персоналу щодо визначення та лікування абстинентного синдрому, викликаного прийомом налтрексону.

## Викликаний абстинентний синдром

Абстинентний синдром, викликаний прийомом налтрексону, проявляється через 20–60 хв. після його прийому.

- Як правило, найбільше проявляються шлунково-кишкові симптоми
- Може мати місце блювота та діарея у тяжкій формі
- Пацієнти стають збудженими та почуваються погано, поширеними є делірій та затьмарення свідомості
- Можуть мати місце ознаки симпатичної гіперактивності, зокрема рясне потовиділення і пілоерекція
- Якщо пацієнт одночасно з налтрексоном приймав седативні препарати (як це часто трапляється), делірій може загострюватися, але інші симптоми проявлятися менше.

Викликання абстинентного синдрому пов’язано із значними ризиками, зокрема:

- Як свідчать дані, більшість смертей, пов’язаних із викликаним абстинентним синдромом, є наслідком аспірації, спричиненої прийомом великих доз седативних препаратів
- У пацієнтів, які приймають великі дози седативних препаратів, після пом’якшення тяжкого абстинентного синдрому спостерігається відстрочене пригнічення дихання. Це може призводити до смерті
- Порушення водно-електролітного обміну через блювоту та діарею
- Пацієнти з гострим делірієм та маренням мають розглядатися як група ризику, їм потрібно надавати медичну допомогу

## Діагностика та оцінка

Від пацієнтів з нечіткою свідомістю може бути важко отримати інформацію про анамнез, особливо якщо вони не хочуть, щоб їх вважали споживачами героїну.

- Кожного пацієнта, у якого проявляються ознаки синдрому відміни опіоїдів з делірієм або нестримною блювотою, слід перевірити на абстинентний синдром, викликаний налтрексоном.
- Необхідно отримати інформацію про анамнез (історію залежності пацієнта від опіоїдів) від самого пацієнта, інших важливих осіб або шляхом перевірки місць ін’єкцій на сліди нещодавніх ін’єкцій (але відсутність слідів не має бути підставою для виключення цього діагнозу).

[24] Дане Керівництво розроблене як складова проекту з Національної оцінки фармакотерапії залежності від опіоїдів (National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence). Воно написане Malcolm Young, Langton Centre, Сідней.

Варто дуже уважно оцінити ступінь седативного ефекту та спроможність пацієнта захистити свої дихальні шляхи.

- Не рекомендується призначати флумазеніл для припинення седативного ефекту, оскільки якщо пацієнт одночасно з цим має залежність від бензодіазепінів, це призводить до ризику виникнення загрозливих для життя нападів
- Пацієнти, у яких сильно проявляється седативний ефект та блювота, можуть потребувати інтубації та поміщення до відділення інтенсивної терапії
- Може бути доцільним перевірити рівень електролітів та газів артеріальної крові.

**Лікування**

Абстинентний синдром, викликаний налтрексоном, є самообмежуючим: як правило, делірій триває близько 4-х годин. Лікування має бути підтримуючим та симптоматичним.

Пацієнти з блювотою можуть потребувати відновлення водно-електролітного балансу.

- Хоча більшість пацієнтів матимуть дегідратацію того чи іншого ступеня, при прийнятті рішення про використання катетера та введення в організм рідини варто проаналізувати, до яких проблем це потенційно може призвести. У пацієнтів в стані делірію вени на руках часто непомітні
- Більшість пацієнтів можуть вживати рідину перорально протягом 12 годин після прийому налтрексону

Упродовж делірію, пов’язаного з викликаним налтрексоном абстинентним синдромом, більшість пацієнтів можна переорієнтувати. Це вкрай важливо для отримання анамнезу та лікування пацієнтів із затьмареною свідомістю.

Найважливіше у лікуванні – запевнити пацієнта, що хоча симптоми абстинентного синдромує є тяжкими, проходять вони швидко.

Медичний персонал, який здійснює лікування, має знати, що синдром відміни опіоїдів, викликаний їх антагоністом, є особливо травматичним та що під час лікування пацієнтів, які, наприклад, відчувають страх смерті, не можна проявляти зневагу до них, а навпаки, регулярно та належним чином їх підтримувати.

Призначення агоністів опіоїдів навряд чи допоможе. Пацієнтів слід попередити, що вживання героїну не полегшить симптомів.

Як свідчить клінічний досвід, при лікуванні блювоти та діареї традиційні протиблювотні засоби практично не допомагають. Найкращим препаратом для лікування цих станів є октреотид (сандостатин), 100 мкг.

Збудження та симптоматичну гіперактивність можна лікувати клонідином (150 мкг перорально або 100 мкг через внутрішньом’язову ін’єкцію). Якщо збудження зберігається, а гіпотензія не становить проблеми, прийом препарату можна повторити за дві години.

Якщо обов’язково необхідно провести седацію пацієнта (наприклад, якщо він проявляє насильство, а його свідомість затьмарена), корисним може бути мідазолам (5–10 мг через внутрішньо м'язову ін’єкцію).

Якщо пацієнта турбують спазми в животі, йому може допомогти одна доза (20 мг) гіосцин-N-бутилброміду (бускопану).

**Додаткове лікування**

Пацієнтів та їхніх родичів необхідно повідомити про те, що залишкові симптоми можуть проявлятися до семи днів. Пацієнтів варто також попередити про ризик передозування, якщо після прийому налтрексону вони вживатимуть героїн.

## Додаток 5. Синдром відміни найбільш поширених наркотиків

| Вид психоактивної речовини | Початок | Тривалість | Симптоми |
|---|---|---|---|
| Опіоїди | 8–12 годин (опіоїди короткої дії). При вживанні наркотиків більш тривалої дії настає пізніше | Пік – 2–4 дні. Припиняється через 7–10 днів (опіоїди короткої дії) або пізніше (наркотики більш тривалої дії) | Тривожність, напруження м'язів, біль у м'язах і суглобах, м'язові судоми, порушення сну, пітливість, припливи крові та збліднення, пілоерекція («гусяча шкіра»), позіхання, сльозотеча, ринорея, спазми в животі, нудота, блювота, діарея, прискорене серцебиття, підвищений кров'яний тиск, прискорений пульс, розширені зіниці |
| Алкоголь | Після зниження рівня алкоголю в крові. Це залежить від швидкості зниження та часу останнього вживання алкоголю | 5–7 днів | Тривожність, збудження, пітливість, тремор, нудота, блювота, спазми в животі, діарея, втрата апетиту, потяг до алкоголю, безсоння, підвищений кров'яний тиск, прискорений пульс, температура, головний біль, судоми, сплутаність свідомості, спотворення сприйняття, дезорієнтація, галюцинації, гіпертермія |
| Бензодіазепіни | 1–10 днів (залежно від тривалості періоду напіврозпаду) | 3–6 днів, у деяких людей довше | Тривожність, безсоння, біль і посмикування м'язів, зміни у сприйнятті світу, відчуття нереальності, деперсоналізації, судоми |
| Стимулятори | 8–38 годин | Декілька днів, іноді 2–3 тижні | Сонливість, депресія, дратівливість, підвищення апетиту, ангедонія, дисфорії, сонливість |
| Канабіс | Як правило, декілька днів | Декілька тижнів | Дратівливість, тривожність, безсоння, втрата апетиту, пітливість, м'язові спазми, головний біль |

Джерело: NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines. Отримано дозвіл на використання.

## Додаток 6. Ознаки інтоксикації найбільш поширеними наркотиками

| Вид психоактивної речовини | Інтоксикація | Передозування |
|---|---|---|
| Опіоїди (наприклад, метадон, героїн, морфій) | Звуження зіниць<br>Свербіж<br>Седація / сонливість<br>Знижений артеріальний тиск<br>Уповільнений пульс<br>Гіповентиляція | Пригнічення дихання<br>Втрата свідомості<br>Звуження зіниць до розміру точки<br>Гіпотензія<br>Уповільнений пульс (брадикардія)<br>Набряк легень |
| Алгоколь | Розслаблення<br>Розгальмованість<br>Порушення координації<br>Затьмарення свідомості<br>Зниження концентрації<br>Невиразна мова<br>Атаксія<br>Блювота | Втрата орієнтації / затьмарення<br>Пригнічення дихання<br>Втрата свідомості<br>Втрата контролю за сечовиділенням |
| Бензодіазепіни (наприклад, діазепам, оксазепам, алпразолам, флунітразепам) | Розгальмованість<br>Седація<br>Слинотеча<br>Порушення координації<br>Невиразна мова<br>Знижений артеріальний тиск<br>Запаморочення | Ступор/кома<br>Атаксія<br>Затьмарення<br>Пригнічення дихання |
| Стимулятори (наприклад, амфетаміни, кокаїн) | Гіперактивність<br>Неспокій<br>Збудження<br>Тривожність / нервозність<br>Значне розширення зіниць<br>Підвищений кров’яний тиск<br>Прискорення пульсу<br>Підвищення температури тіла<br>Потіння<br>Тремор | Паніка<br>Гострий параноїдальний психоз<br>Напади<br>Порушення серцевого ритму<br>Інфаркт ішемія<br>Гіпертонічний криз<br>Інсульти, гострі порушення кровообігу в мозку<br>Гіперпірексія<br>Дегідратація |
| Каннабіс | Розслаблення<br>Зниження концентрації<br>Порушення психомоторних функцій<br>Порушення координації / балансу<br>Запалення кон’юнктиви | Параноїдальний психоз<br>Затьмарення<br>Збудження<br>Тривожність / паніка<br>Галюцинації |

Джерело: NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines. Отримано дозвіл на використання.

## Додаток 7. Час для визначення вмісту окремих психоактивних речовин в сечі[25]

| **Психоактивна речовина** | **Час*** |
|---|---|
| Алкоголь | 4-24 години |
| Амфетаміни та подібні речовини, у т.ч. амфетамін, метамфетамін, екстазі (MDMA) | 2-4 дні |
| Бензодіазепіни:<br>- короткої дії<br>- тривалої дії (зловживання у великих обсягах) | <br>1-3 днів<br>1-2 тижні (до 6 тижнів) |
| Бупренорфін (під язик) | 1-2 тижні |
| Каннабіс (не менше 50 мкг/л)<br>- поодиноке вживання<br>- хронічне вживання, вживання у великих обсягах | <br>1-3 тижні<br>4-6 тижнів (може бути до 12 тижнів) |
| Метаболіти кокаїну | 2-4 дні |
| Моноацетилморфін (метаболіт героїну) | 12-24 години |
| Метадон | 3-4 дні |
| Опіати: кодеїн, морфій | 2-3 дні (метаболіти – 3-6 днів) |
| Оксикодон | 1-2 дні |

***** Це лише приблизні показники. Час визначення вмісту наркотиків в сечі конкретної особи може відрізнятися в залежності від конкретного виду наркотика, розміру дози та особливостей метаболізму.

[25] На основі інформації, наданої SA Pathology, Frome Road, Аделаїда.

## Додаток 8. Еквівалентні дози опіоїдів[26]

Дані в цій таблиці засновані на результатах досліджень біоеквівалентності для гострих знеболюючих ефектів, що проводилися переважно серед опіоїд-«наївних» осіб (тих, в яких немає толерантності до опіоїдів) із використанням малих доз опіоїдних препаратів. Відтак, релевантність цих даних у контексті опіоїдної замісної терапії є обмеженою. Цю таблицю можна використовувати лише для загального орієнтування, клінічні рішення потрібно приймати окремо щодо кожного пацієнта в залежності від обставин.

| **Приблизні еквівалентні дози опіоїдних анальгетиків** | | |
|---|---|---|
| | **Для парентерального прийому (мг)** | **Для перорального прийому (мг)** |
| Морфін | 10 | 30 |
| Бупренорфін | 0,4 | 0,8 (під язик) |
| Кодеїн | 130 | 200 |
| Діаморфін | 5 | – |
| Фентаніл | 0,15-0,2 | – |
| Гідроморфон | 2 | 7,5 |
| Метадон | 10 | 15 |
| Оксикодон | 10 | 20 |
| Петідін | 75 | 300 |
| Трамадол | 100 | 100 |

***Коментар робочої групи**: на момент розробки даної клінічної настанови лікарські засоби діаморфін, гідроморфон, петідін в Україні не зареєстровано.*

[26] Doyle, D & Woodruff, R (2008). *The IAHPC Manual of Palliative Care*, 2nd Edition. Published by IAHPC Press. Джерело: http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manuals-guidelinesbooks/manual-of-palliative- care/pain3/. Перевірено 4 квітня 2013 року.

# Додаток 9. Керівництво для швидкого огляду ATOP (комплексна інструкція наводиться у Посібнику ATOP)

**Про ATOP**

Профайл результатів лікування Австралії (Australian Treatment Outcomes Profile, ATOP) – це простий перелік запитань для поліпшення та спрощення процесу огляду пацієнтів та допомоги у плануванні лікування та в передачі пацієнта між різними медичними працівниками. Відповіді на ці запитання також є джерелом даних для оцінки результатів лікування.

**Представлення ATOP**

- Я хотів би провести з Вами коротке інтерв'ю, яке називається ATOP. Це займе декілька хвилин.
- Запитання стосуються вживання психоактивних речовин, ризиків для здоров'я та самопочуття протягом останніх чотирьох тижнів – деякі з них можуть бути неактуальними для Вас.
- Ми просимо всіх своїх пацієнтів заповнити ATOP.
- Ви використовуємо результати інтерв'ю як одне із джерел для планування Вашого лікування та оцінки того, наскільки якісно проходить лікування.
- Важливо, щоб Ви відповідали максимально точно та чесно. Якщо Ви не хочете відповідати на будь-яке запитання, скажіть це, і ми його пропустимо.
- Після того як ми закінчимо ATOP, ми можемо більш глибоко проаналізувати Ваші потреби та цілі.

**Як проводити ATOP**

1. **Старанно поясніть пацієнту принцип конфіденційності (*див. вставку*)**

   Зверніть увагу, що не всі клієнти будуть цікавитися питанням конфіденційності або добре знатимуться на цьому.

2. **Запишіть:**

   Код пацієнта:

   (***Ім'я і прізвище, номер історії хвороби, дата народження та стать***)

   Ваше ім'я і прізвище:

   Дата проведення ATOP:

   Етап, на якому проводиться ATOP:

3. **Поясніть параметри інтерв'ю**

За допомогою простого календаря поясність, як Ви рахуєте чотири тижні, та попросіть пацієнта подумати, що відбувалося з ним протягом цього часу. Тиждень 4 = це останні 7 днів (як правило), тиждень 3 = 7 днів перед цим тощо.

4. **Запишіть відповіді клієнта:**

   - Якщо він **взагалі не вживав наркотики/алкоголь** – напишіть «00» у колонці «Всього за 3 тижні»

- **Кількість днів** – попросіть пацієнта згадати, скільки днів протягом кожного з чотирьох останніх тижнів він вживав певні наркотики/робив певні речі
- **Розмір дози** – середній розмір дози у звичайний день протягом останніх чотирьох тижнів, в який пацієнт вживав наркотики
- **Так і Ні –** прості відмітки для позитивних і негативних відповідей
- **Шкала для оцінки –** шкала від 0 до 10, де «0» означає дуже погано, а «10» – дуже добре. Визначте та обведіть відповідне число разом з пацієнтом
- **Відмовляється відповідати/не може згадати –** напишіть «БВ» («без відповіді») біля колонки «Всього за 3 тижні», відмітки «так/ні» або шкали оцінки.

**5. Примітки до розділу 1:**

**Запитання a**: за допомогою Таблиці стандартних доз алкоголю Національної рада з охорони здоров'я і медичних досліджень Австралії (NHMRC) розрахуйте стандартні дози алкоголю.

**Запитання f**: приклади інших опіоїдів: оксикодон, МС контін, кодеїн, вуличний метадон, вуличний бупренорфін. До цієї групи не входять: метадон і бупренорфін, які призначаються лікарем для лікування залежності від опіоїдів.

**Запитання k**: обладнання для ін'єкцій включає: голки, шприци, воду, ложку або фільтр.

**6. Примітки до розділу 2:**

- Див. визначення «бездомність» і «ризик виселення» у посібнику.
- Перед тим як ставити запитання з (f) до (h), нагадайте пацієнту про питання конфіденційності (*див. вставку*).

**7. Порядок проведення АТОР**

**КОЛИ**

***Початок епізоду надання допомоги***

Кожен пацієнт має проходити АТОР перед початком кожного епізоду медичної допомоги, якщо тільки він не проходив цю оцінку протягом останніх 28 днів і Ви можете отримати копію її результатів.

***Огляд ходу лікування***

Як правило, кожні три місяці. Докладну інформацію див. у посібнику.

***Виписка***

Пацієнти, які отримують **консультації** та **фармакотерапію залежності від опіоїдів**, мають проходити АТОР у межах двох тижнів до або після дати виписки.

**НАПРАВЛЕННЯ**. При направленні пацієнта до іншого медичного працівника або іншої медичної установи (для проходження додаткового епізоду лікування, що є частиною основного плану лікування, або для планування виписки пацієнта) потрібно направити відповідному медичному працівнику/установі копію результатів останнього АТОР.

**ЗГОДА**. Обмін інформацією з іншими медичними працівниками/установами під час огляду плану надання медичної допомоги є хорошою практикою. Важливо, щоб інформація розповсюджувалася відповідно до місцевих протоколів, і що пацієнт знає про цю практику. Якщо всі медичні працівники, залучені до роботи з пацієнтом, працюють в

одній адміністративно-медичній одиниці, згода пацієнта на розповсюдження інформації не обов’язкова.

**КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ**

- До результатів АТОР застосовуються такі ж вимоги щодо конфіденційності, як і до іншої інформації з медичної картки. Ця інформація захищена законом від використання, на яке не надано дозволу. Кожна особа, яка має доступ до цієї інформації, зобов’язана дотримуватися принципу поваги щодо конфіденційності.
- Суд може вимагати надати йому інформацію з медичної картки, а соціальні служби можуть вимагати інформацію у справах про дітей з груп ризику.
- Якщо дані будуть використовуватися для оцінки якості надання медичної допомоги, інформація з бази даних має надаватися у такому вигляді, щоб на її основі не можна було встановити особу пацієнта.

**Розділ 2: запитання з (f) до (h)**

- Хочу нагадати Вам, що Ваші відповіді на ці запитання записуються до Вашої медичної картки і що суд може вимагати інформацію з медичної картки, а соціальні служби можуть вимагати інформацію у справах про дітей з груп ризику.
- Водночас я не прошу Вас надавати деталі – достатньо лише загальної інформації про те, чи робили Ви певні речі. Відповідайте лише «так» або «ні».

**АТОР (версія v4 від лютого 2013 року)**

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Номер історії хвороби:

Дата народження: _____/___/_____ Стать: _____ Дата проведення АТОР: ___/___/_____

Етап лікування (потрібне підкреслити): початок епізоду лікування; огляд ходу лікування; виписка; після виписки

**Наклейте етикетку пацієнта тут**

**Розділ 1: Вживання психоактивних речовин**

| **Запишіть кількість днів, коли пацієнт вживав речовини, протягом останніх 4 тижнів** | *Середня к-сть / розмір дози* | | Тижд. 4 (останній) | | Тижд. 3 | | Тижд. 2 | | Тижд. 1 | | Всього за 4 тижні | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Алкоголь | | к-сть доз | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| b. Каннабіс | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| c. Речовини амфетамінового ряду (айс, MDMA тощо) | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| d. Бензодіазепіни (за рецептом та заборонені) | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| e. Героїн | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| f. Інші опіоїди (метадон чи бупренорфін не за рецептом) | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| g. Кокаїн | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| h. (i) Інші речовини | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| (ii) Інші речовини | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| i. Щоденне вживання тютюну? | | | | | | | Так | | Ні | | | |
| **Запишіть кількість днів, коли пацієнт вживав речовини ін'єкційним шляхом, протягом останніх 4 тижнів** (якщо не вживав, поставте «0» та переходьте до Розділу 2) | | | | | | | | | | | | |
| j. Вживав ін'єкційні наркотики | | | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-7 | | 0-28 |
| k. Використовував ін'єкційне обладнання спільно з кимось іншим | | | | | | | Так | | Ні | | | |

**Розділ 2. Здоров’я та самопочуття**

| **Запишіть кількість днів, коли пацієнт ходив на роботу або навчання, протягом <u>останніх 4 тижнів</u>** | Тижд. 4 (останній) | Тижд. 3 | Тижд. 2 | Тижд. 1 | Всього за 4 тижні |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Дні виконання оплачуваної роботи (тільки оплачуваної, не вкл. роботу на громадських засадах) | 0-7 | 0-7 | 0-7 | 0-7 | 0-28 |
| b. Дні у школі, ВНЗ, ПТУ | 0-7 | 0-7 | 0-7 | 0-7 | 0-28 |

| **Запишіть, чи мало місце таке протягом <u>останніх 4 тижнів</u>** | | | |
|---|---|---|---|
| c. Чи були Ви бездомним? | | Так | Ні |
| d. Чи мали Ви ризик виселення зі свого помешкання? | | Так | Ні |
| e. Чи були Ви протягом будь-якого періоду під час останніх 4 тижнів основною особою, що доглядає за дітьми, або чи жили Ви з дітьми? | (i) до 5 років | Так | Ні |
| | (ii) 5–15 років | Так | Ні |
| f. Чи затримували Вас? | | Так | Ні |
| g. Чи проявляли Ви насильство (у т.ч. у сім’ї) щодо інших осіб? | | Так | Ні |
| h. Чи проявляв хтось насильство (у т.ч. у сім’ї) щодо Вас? | | | |

i. **Оцінка пацієнтом стану свого психічного здоров’я** (тривожність, депресія, проблемні емоції та почуття)

Поганий 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Хороший

j. **Оцінка пацієнтом стану свого фізичного здоров’я** (фізичні симптоми, самопочуття у зв’язку із захворюваннями)

Поганий 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Хороший

k. **Оцінка пацієнтом загальної якості свого життя** (тобто чи може радіти життю, має хороші стосунки з сім’єю чи партнером, задоволений умовами життя)

Погана 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Хороша

# Додаток 10. Запобігання та лікування передозування опіоїдами[27]

Смерті через передозування опіатами можна запобігти. Якщо ви будете розуміти, що ставить вас від ризик передозування, знати ознаки, які попереджають про передозування, та усвідомлювати, що робити в екстреному випадку, ви можете уникнути передозування. Ця інформація також може допомогти вам врятувати життя іншої людини, якщо у неї буде передозування у вашій присутності.

*Що може поставити вас під ризик передозування*

1. ***Вживання опіатів, коли ви не знаєте про свій рівень толерантності***

Ваша толерантність до опіатів може швидко знизитися після проходження детоксикації або припинення вживання на будь-який строк. Якщо ви знову починаєте вживати опіати, коли рівень вашої толерантності знизився, ризик передозування для вас буде набагато вищим.

Якщо ви знову починаєте вживати опіати після перерви, не робіть цього ін'єкційним шляхом. З огляду на зниження рівеня вашої толерантності ви досягнете потрібного ефекту, якщо будете палити опіати.

Вам потрібно знати, що якщо ви приймаєте налтрексон, потім припиняєте його прийом та починаєте знову вживати героїн (або інші опіати), ризик передозування для вас є дуже високим.

2. ***Вживання опіатів ін'єкційним шляхом***

Якщо ви вживаєте опіати ін'єкційним шляхом, а не шляхом паління, ризик передозування для вас є набагато вищим. Якщо ви робите ін'єкції самостійно, ваш ризик передозування є вищим.

Якщо ви зробили невдалий укол або «брудний укол», повторна ін'єкція створює ризик. Для того, щоб наркотик всмоктався у кров, потрібен певний час. Якщо ви робите повторну ін'єкцію, ризик передозування підвищується.

3. ***Вживання двох і більше наркотиків за один раз***

Вживання двох і більше наркотиків-депресантів за один раз є дуже небезпечним. Ніколи не змішуйте такі речовини, як героїн, валіум, темазепам та алкоголь. Чим більше депресантів та алкоголю знаходиться в організмі людини, тим менша кількість опіатів може викликати передозування.

«Спід» та кокаїн можуть на певний час замаскувати седативні ефекти опіатів та інших наркотиків-депресантів. Але вони виходять з організму швидше, ніж опіати, і тому якщо ви зробите ін'єкцію більшою кількістю опіатів, ніж ви думали, це може призвести до передозування.

*Ознаки передозування*

Люди з передозуванням можуть мати такі ознаки:

- бліда шкіра, сині губи, сині нігті;
- не прокидається (або не реагує на гучні звуки);
- робить звуки булькання, хропіння або звуки, характерні для задухи;
- має поверхневе або порушене дихання;
- має уповільнений або дуже слабкий пульс.

[27] На основі матеріалу, розробленого Drug and Alcohol Services South Australia (Службою з питань наркотиків та алкоголю Південної Австралії).

Перед вживанням наркотику (ін'єкцією) та першими ознаками передозування може пройти багато часу – іноді до декількох годин.

Якщо особу не можна легко розбудити, це може бути ознакою передозування. Жодна з ваших дій не поверне її до свідомості. Викликайте швидку допомогу.

*Передозування в іншої людини*

Не панікуйте.

1. Покладіть людину на підлогу.
2. Покладіть людину у безпечне положення (тобто покладіть її на бік, закиньте голову та зігніть руку).
3. Викличте швидку допомогу.
4. Не залишайте людину наодинці, якщо тільки вам не потрібно надати допомогу самому собі – якщо вам потрібно залишити людину, переконайтеся, що вона не може скотитися на спину.
5. Коли приїде швидка допомога, за можливості розкажіть співробітникам, який наркотик ця людина вжила. Це може врятувати їй життя.

На YouTube є багато відео про те, як покласти людину в безпечне положення. Подивіться та запам'ятайте це перед тим, як, можливо, вам доведеться це робити.

*Виклик швидкої допомоги*

Якщо у людини сталося передозування, ви маєте невідкладно викликати швидку допомогу.

Чим швидше приїде швидка допомога, тим більше шансів врятувати життя людини.

Коли ви телефонуєте за номером швидкої допомоги, вам не обов'язково говорити, що сталося передозування наркотиків. Скажіть просто, що ви помітили людину, яка втратила свідомість або перебуває в непритомному стані, і що потрібна швидка допомога.

Служба швидкої допомоги не буде автоматично викликати поліцію на місце передозування, тому не потрібно довго розмірковувати – одразу телефонуйте. Поліція переконана, що збереження життя є важливішим, ніж поліцейське розслідування. Вона приїжджає на місце передозування лише тоді, коли співробітники служби швидкої допомоги можуть постраждати від насильства або перебувають в небезпеці.

Не погрожуйте співробітникам служби швидкої допомоги.

Якщо у приміщенні є собака, зачиніть її.

Якщо інцидент трапляється вночі, увімкніть зовнішнє світло або аварійні сигнали автомобіля. За можливості направте когось на вулицю, щоб зустріти швидку допомогу.