

Порядок та організація надання послуг замісної підтримувальної терапії агоністами опіоїдів наркозалежним пацієнтам у закладах первинної медичної допомоги

Л.Г. Матвієць

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Надання медичної допомоги та проведення замісної терапії для наркозалежних осіб є важливим компонентом діяльності системи охорони здоров'я щодо забезпечення реалізації принципу «зменшення шкоди» від тінювального вживання заборонених речовин. В Україні на сучасному етапі, як і в багатьох країнах світу, впроваджується системний підхід до таких груп пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги. Отже, лікар загальної практики-сімейний лікар повинен мати відповідну підготовку і знання, у тому числі – законодавчу базу для здійснення такої діяльності. Метою статті є удосконалення знань лікаря загальної практики з питань надання медико-соціальної допомоги та організації замісної терапії наркозалежним. Стаття сформована як лекція для дистанційного навчання і є продовженням попередніх публікацій автора в журналі «Сімейна медицина» (№ 5–6, 2019 р.).

У статті наведено основні законодавчі акти, прийняті в Україні, які регламентують порядок надання замісної підтримувальної терапії агоністами опіоїдів наркологічною службою, розглянуто основні положення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 лютого 2019 року, викладено інформацію про порядок надання замісної підтримувальної терапії фахівцями, які не належать до наркологічної служби, але мають право надавати такі послуги. Представлено методику та порядок роботи лікаря первинної медичної допомоги в рамках програми замісної терапії, надана коротка характеристика препарату метадон, що застосовується під час замісної підтримувальної терапії на первинному рівні медичної допомоги.
Ключові слова: наркозалежність, опіоїдна залежність, замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів, замісна підтримувальна терапія, первинна медична допомога, метадон, сімейний лікар.

The order and organization of opioid agonist replacement therapy support service for drug addicts in primary care settings

L. Matviyets

Providing of medical care and replacement therapy for the addicted is the important component of the health care systems in realization of the principle of «harm reduction» from the shadow use of the forbidden substances. Recently in Ukraine, like in many other countries of the world the systemic approach to the to such groups of patients is implementing at the primary care level, and thus family doctor/general practitioner must have the needed level of knowledge, including knowledge – of legislative base, for the realization of such approach.

The aim of the presented publication is an improvement of knowledge of primary care specialists in questions the medical and social help and organization of the replacement therapy to the addicted people. The article is formed as a lecture for the distance education and is continue of the previous author's publications in «Family medicine» (№ 5–6, 2019).

The article gives a general information about the basic legislative acts approved in Ukraine for regulation of the order of use and providing of the opioid replacement therapy by narcology service, the framework of the government Drug Strategy and policy in 2020 (approved at Feb. 6, 2019) is described and the information about the order of providing the replacement therapy and its goals for the specialists who works out of the narcology service is discussed.

The methods and order of work for the primary care specialist in replacement therapy program is described together with the features of methadone as a replacement drug in primary care level.

Keywords: drug addiction, opioid addiction, replacement therapy by opioid agonists, opioid substitution, primary medical care, family physician, methadone.

Порядок и организация предоставления услуг заместительной поддерживающей терапии агонистами опиоидов наркозависимым пациентам в учреждениях первичной медицинской помощи

Л.Г. Матвиец

Предоставление медицинской помощи и проведение заместительной терапии для наркозависимых является важным компонентом деятельности системы здравоохранения по обеспечению реализации принципа «снижения вреда» от теневого употребления запрещенных веществ. В Украине на современном этапе, как и во многих странах мира, внедряется системный подход к таким группам пациентов на уровне первичной медицинской помощи. Итак, врач общей практики-семейный врач должен иметь соответствующую подготовку и знания, в том числе – законодательную базу для осуществления такой деятельности.

Целью статьи является совершенствование знаний врача общей практики по оказанию медико-социальной помощи и организации заместительной терапии наркозависимым. Статья сформирована как лекция для дистанционного обучения и является продолжением предыдущих публикаций автора в журнале «Семейная медицина» (№ 5–6, 2019 г.).

В статье приведены основные законодательные акты, которые приняты в Украине и регламентируют порядок предоставления заместительной поддерживающей терапии агонистами опиоидов наркологической службой, рассмотрены основные положения Стратегии государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года, утвержденного распоряжением Кабинета Министров Украины от 6 февраля 2019 года, изложена информация о порядке предоставления заместительной поддерживающей терапии специалистами, которые не относятся к наркологической службе, но имеют право предоставлять такие услуги.

Представлена методика и порядок работы врача первичной медицинской помощи в рамках программы заместительной терапии, дана краткая характеристика препарата метадон, применяемого в заместительной поддерживающей терапии на первичном уровне медицинской помощи.

Ключевые слова: наркозависимость, опиоидная зависимость, заместительная поддерживающая терапия агонистами опиоидов, заместительная поддерживающая терапия, первичная медицинская помощь, метадон, семейный врач.

Чи можливе лікування наркозалежних пацієнтів?

Безсумнівно, так!!!

Більшість біологічних змін у мозку є зворотними, а це означає, що люди, які вживають психоактивні речовини (ПАР), не втрачені для суспільства.

Існують різні ефективні види терапії, про які мова йшла у попередній статті.

Залежність – це хронічний стан з імовірністю рецидивів, тому лікування повинно ґрунтуватися на підході до хронічних станів, тобто лікування постійне і холистичне, а не епізодичні інтервенції.

Що важливо при будь-якій терапевтичній інтервенції?

1. Зменшити інтенсивність симптому (компульсивне вживання ПАР).
2. Організувати профілактику ускладнень (інфекції, передозування, кримінальність).
3. Поліпшити функціонування.
4. Поважати права людини.

Відома низка ефективних терапевтичних підходів. Розглянемо підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (ПТАО). У багатьох законодавчих актах України цей підхід називається замісною підтримувальною терапією (ЗПТ). На сьогодні поширеність такої хронічної патології мозку, як залежність від ПАР, зростає, ситуація швидко змінюється не до кращих показників. Саме тому до всіх попередніх законодавчих актів щодо наркозалежності був розроблений План заходів на 2019–2020 роки реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 лютого 2019 року № 56-р., деякими пунктами якого передбачено:

- Створення умов та забезпечення надання гарантій своєчасного отримання медичного обслуговування для осіб з психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин на рівні первинної медичної допомоги з урахуванням гендерної ідентичності, приналежності до вразливих груп та вікових особливостей, а також вагітних.
- Здійснення заходів, спрямованих на мінімізацію негативних наслідків, спричинених зловживанням психоактивними речовинами шляхом розширення програм лікування наркозалежності, впорядкування профілактичних і реабілітаційних програм для осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, зокрема пацієнтів замісної підтримувальної терапії та їх родин [5]. Такі заходи потребують холистичного підходу до пацієнта, що є одним із принципів надання медичної допомоги саме сімейним лікарем.
- Сприяння організації діяльності центрів соціальної реінтеграції осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, насамперед молоді [5]. Молодь – це потенціал нашої держави і важливо допомогти підліткам успішно прожити бурхливий емоційний підлітковий період і благополучно увійти в період молодого віку. Тож важливо на первинному рівні не тільки боротися із синдромом залежності, а й запобігати розвитку цієї хвороби.
- Забезпечення розвитку інфраструктури надання комплексної соціально-педагогічної та психологічної допомоги дітям та їх батькам.
- Забезпечення психологічного супроводу реабілітаційних заходів і замісної підтримувальної терапії та інші заходи [5].

Розширення мережі надавачів послуг можливе шляхом нормативного регулювання надання ЗПТ ЗОЗ усіх форм власності та ФОП, які одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики та ліцензію на провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних за-

собів, психотропних речовин і прекурсорів, на підставі наказу МОЗ України від 27 березня 2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» зі змінами [3].

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» від 5 лютого 2020 року № 65 Глава 21 «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» розроблений механізм оплати за послуги вторинного рівня, які надаються фахівцями первинного рівня медичної допомоги [8].

Слід зазначити, що:

- наказом МОЗ України № 200 розроблено Типове положення про кабінет замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, за принципом якого обласні кабінети інтегрованої допомоги в ЗОЗ первинного рівня для надання послуг ЗПТ;
- розроблено механізм забезпечення застосування як таблетованих, так і рідких форм препаратів (метадону) для перорального застосування з дотриманням пунктів 31, 32 Порядку, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333;
- визначені показання до призначення ЗПТ: встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10: F11 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів» за наявності критеріїв включення до ЗПТ, визначених пунктом 5 цього Порядку [3].

Відповідно до МКХ-10, у діагностичній рубриці «Психічні й поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» виділено такі стани:

1. Гостра інтоксикація.
2. Вживання зі шкідливими наслідками.
3. Синдром залежності.
4. Стан відміни.

Найважливішим станом, що має особливе значення з погляду суспільного здоров'я, є синдром залежності.

Діагноз залежності встановлюється у випадку, якщо протягом минулого року (12 міс до моменту обстеження) три або більше з наведених нижче ознак проявлялися одночасно, або тривали не менше місяця, або було декілька епізодів:

- а) значна потреба (компульсивний потяг) прийняти опіоїди;
- б) порушення здатності контролювати вживання речовини, тобто початок вживання, завершення або дозування опіоїдів;
- в) симптоми відміни опіоїдів, у тому числі специфічні: ломота в суглобах, нежить, діарея, безсоння;
- г) ознаки толерантності до опіоїдів (доза може бути в 100 разів вища за терапевтичну);
- д) прогресуюче забування альтернативних інтересів на користь вживання опіоїдів, збільшення часу, що витрачається на пошук, вживання і відновлення після їхньої дії. Звуження репертуарних модальностей, пов'язаних із вживанням опіоїдів;
- е) подальше вживання опіоїдів попри очевидні шкідливі наслідки: медичні, соціально-сімейні, правові, психіатричні тощо.[7]

Критерії включення до ЗПТ:

- 1) вік хворого 18 і більше років, письмове звернення хворого щодо початку ЗПТ;
- 2) !!! включення до ЗПТ хворих віком до 18 років проводиться на підставі письмового звернення їх батьків або законних представників за наявності станів, викладених нижче, та інформованої згоди таких осіб;

3) підставами для позачергового призначення ЗПТ є зазначені вище критерії та наявність хоча б одного із таких станів:

- ВІЛ-інфекція;
- туберкульоз, особливо у випадках його примусового лікування, передбачених статтею 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»;
- вагітність;
- гепатити В, С;
- септичні стани;
- онкологічні захворювання.

Рішення про початок ЗПТ, вибір препарату для її проведення та його дозу ухвалює лікар-нарколог на підставі діагнозу залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10, відповідно до критеріїв для призначення ЗПТ та наявності документа, що посвідчує особу відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус», або довідки про звільнення з місць позбавлення волі, про що робиться запис у медичній документації хворого.

Для включення до програми ЗПТ хворому видається Інформаційний лист про ЗПТ із застосуванням препаратів бупренорфіну або метадону. Також він обов'язково заповнює форму первинної облікової документації № 129-1/о «Інформована згода на участь у замісній підтримувальній терапії із застосуванням препарату метадон», затвердженій наказом МОЗ України № 200, яка зберігається в медичній документації хворого.

Хворому забезпечується право на конфіденційність інформації про стан здоров'я, факт звернення по медичну допомогу, діагноз та лікування. Відомості про лікування хворого можуть надаватися лише правоохоронним органам у випадках, що передбачені ст. 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», Законом України «Про поліцію», ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу».

Рішення про видачу препаратів хворим за рецептом або безпосередньо з ЛПЗ для їхнього самостійного вживання в амбулаторних умовах ухвалюється лікуючим лікарем щодо кожного хворого індивідуально у разі, якщо пацієнт:

- отримує ЗПТ не менше 6 міс;
- дотримується правил участі у ЗПТ;
- не вживає опіоїдних наркотичних засобів протягом останніх 6 міс, крім тих, які призначені лікарем, що підтверджується результатами щомісячних тестів.

Саме в цей період у більшості випадків пацієнти з наркозалежністю переводяться з наркологічних медичних закладів у ЗОЗ первинного рівня для проведення ЗПТ, де отримують медичні послуги у лікаря загальної практики-сімейного лікаря за декларацією.

У разі потреби пацієнта, який отримує ЗПТ, змінити тимчасово чи постійно ЛПЗ іншого регіону, до якого вибуває пацієнт, лікуючий лікар оформлює завірену в установленому порядку виписку з медичної документації.

У виписці зазначаються:

- прізвище, ім'я та по батькові хворого;
- діагноз;
- підстава для продовження ЗПТ в ЛПЗ іншої адміністративно-територіальної одиниці (зміна місця проживання, відрядження, відпустка та інше);
- назва та доза препарату, який отримує хворий;
- назва та кількість препарату, яким хворий був забезпечений для самостійного вживання в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома,

за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах або безпосередньо в ЛПЗ, на базі якого отримує ЗПТ;

- запланований хворим термін перебування в іншій адміністративно-територіальній одиниці.

За наявності ризиків щодо переривання лікування препаратами ЗПТ під час переведення пацієнта в ЛПЗ, що розташований в іншій адміністративно-територіальній одиниці (госпіталізація, зміна місця проживання, відрядження, відпустка та інше), лікар має право видати препарат пацієнту з ЛПЗ для самостійного вживання в амбулаторних умовах. Кількість виданих доз препарату розраховується у кожному окремому випадку індивідуально, беручи до уваги час, необхідний пацієнту, щоб дістатися до місця призначення, та може варіюватися від однієї до 5 доз препарату ЗПТ.

Дуже важливо вживати заходів щодо забезпечення безперервності ЗПТ у разі госпіталізації хворих (планової чи екстреної) у стаціонарні відділення ЛПЗ (загального профілю чи спеціалізовані) шляхом забезпечення ЛПЗ, до яких госпіталізовані хворі, препаратами з ЛПЗ, на базі яких хворий отримував ЗПТ, відповідно до вимог Порядку, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333.

Для соціального та психологічного супроводу хворих, які отримують ЗПТ, залучаються соціальні працівники та психологи (зі штату ЛПЗ або у разі відсутності – з інших установ чи громадських організацій за згодою).

На жаль питання про фахівців для психологічного і соціального супроводу таких пацієнтів законодавчо ще не визначено.

У ЛПЗ видача препаратів може здійснюватися лікарем або медичною сестрою з дотриманням вимог законодавства про обіг наркотичних засобів. Облік препаратів ведеться у формі первинної облікової документації, про що детально викладено в Наказі МОЗ № 200 та інших законодавчих актах.

На первинному рівні такий підхід сприяє наданню послуг амбулаторної форми ЗПТ у вигляді регулярного медичного нагляду та заповнення листів призначення метадону в таблетках на 10-денний термін лікарями ЗПСЛ, які пройшли підготовку на циклах тематичного удосконалення щодо надання послуг ЗПТ, з територіально різних медичних амбулаторій у межах одного центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Безпосередня видача таблеток пацієнтам з наркозалежністю проводиться медичною сестрою в кабінеті інтегрованої медичної допомоги, що відповідає вимогам Типового положення про кабінет замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю і територіально знаходиться на базі ЦПМСД, з оформленням усіх відповідних до законодавства документів.

Після призначення хворому ЗПТ лікар:

- 1) оцінює та контролює стан хворого;
- 2) не рідше ніж раз на 3 міс проводить тест сечі на наявність в організмі хворого інших наркотичних засобів ніж ті, що призначені лікарем (результати таких тестів фіксують у медичній документації);
- 3) переглядає лікувальну тактику у разі позитивних результатів аналізів на вживання інших наркотичних засобів ніж ті, що призначені лікарем;
- 4) з метою досягнення ефективності ЗПТ призначає та коригує дозу препарату відповідно до скарг та стану хворого;
- 5) організовує надання всього спектра послуг, що забезпечують доступ хворого до лікування ВІЛ-інфекції/

СНІДу, туберкульозу, гепатитів та інших захворювань за місцем звернення хворого за ЗПТ або шляхом його направлення до фахівців інших ЛПЗ;

- 6) консулює хворих, госпіталізованих до інших ЛПЗ, щодо призначення ЗПТ, у тому числі для забезпечення її безперервності;
- 7) вирішує питання щодо забезпечення видачі хворим препаратів ЗПТ з ЛПЗ для самостійного вживання в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах стаціонару вдома, відповідно до пунктів 26–30 Порядку, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333;
- 8) веде необхідну медичну документацію згідно з чинним законодавством;
- 9) виконує інші дії, необхідні для проведення ЗПТ.

Рішення про припинення ЗПТ хворому може бути прийнято лікарем у таких випадках:

- надходження заяви хворого про відмову від подальшої участі у ЗПТ;
- порушення хворим правил участі у ЗПТ, зазначених в Інформаційному листі про ЗПТ із застосуванням препаратів бупренорфіну або метадону, який наведено у додатку до наказу МОЗ № 200.

У разі прийняття рішення про припинення ЗПТ для попередження синдрому відміни хворому забезпечується поступове зменшення дози препарату (шляхом проведення коротко- або довгострокової детоксикації) відповідно до стану його здоров'я та дози препарату, яку хворий отримав в день ухвалення рішення про припинення ЗПТ.

Лікування ефективно сприяє скороченню вживання заборонених опіоїдів, а також обумовлених ними медичних і соціальних витрат.

Відповідно до деяких оцінок, кожен долар, вкладений у програми лікування опіоїдної залежності, може зберегти чотири-сім доларів тільки завдяки таким факторам, як зменшення збитків, завданих злочинністю, пов'язаною з наркотиками, крадіжками і пограбуваннями, а також скорочення витрат на карне судочинство. Якщо врахувати економію на медичній допомозі, сумарне заощадження може перевищити витрати у співвідношенні 12:1.

Розглянемо ЗПТ метадон.

Метадон (метадону гідрохлорид, або 6-диметиламіно-4,4-дифеніл-3-гепатону гідрохлорид) є синтетичним опіатним агоністом. Він добре всмоктується у травному тракті. Період напіввиведення метадону з плазми є тривалим, але варіабельним, що потребує уваги до кожного пацієнта під час проведення індукції і підбору щоденної дози. Якісні ефекти метадону схожі на дію морфіну та інших опіоїдів [7].

Метадон діє на опіатні рецептори, які знаходяться у головному мозку та інших органах. Його фармакологічні ефекти схожі на ефекти будь-яких інших опіатних агоністів, їхня інтенсивність залежить від дози метадону, а при адекватно підібраній дозі вони майже не спостерігаються у пацієнтів.

Метадон дозволяє цілком ліквідувати прояви гострого абстинентного синдрому і, таким чином, дає можливість пацієнтам досягти стану комфорту. Також метадон значно зменшує потяг до вживання нелегальних опіоїдів. У відповідно підібраній дозі метадон, підвищуючи рівень толерантності, виявляє «блокувальний ефект», внаслідок чого вживання героїну чи іншого вуличного опіоїду не призводить до стану ейфорії.

Тривалість дії метадону становить 24–32 год, що дозволяє приймати його один раз на добу. Це забезпечує стан комфорту у пацієнтів, стабілізує фізичний, психологічний і соціальний стан хворих, створює умови для подальшої ре-

абілітації, соціального та медичного супроводу учасників програм ЗТ [7].

Завдяки легкому розчиненню метадону в ліпідах забезпечується належне всмоктування у травний тракт з високою біодоступністю, що при пероральному вживанні становить 80–95%. При щоденному збільшенні дози метадон накопичується у паренхіматозних органах, насамперед у легенях, печінці, нирках та селезінці, створюючи тканинні депо. Концентрація метадону в цих депо може у декілька разів перевищувати концентрацію у плазмі. Для досягнення адекватної ефективної дози, завдяки якій протягом 24 год концентрація препарату в крові лишається стабільною та не допускає епізодів інтоксикації або проявів абстинентного синдрому, застосовується період індукції або досягнення стабілізації, який триває 7–10 днів і проводиться лікарями-наркологами.

Оскільки метадон метаболізується в печінці системою цитохрому Р450, речовини, які пригнічують або підвищують активність цієї системи, можуть суттєво впливати на рівень метадону в організмі. Препарати, які підвищують активність цитохрому Р450, будуть прискорювати появу симптомів відміни опіоїдів. До таких препаратів належать АРВ-препарати (нелфінавір, ефавіренс, невірапін), карбамазепін, фентоїн та фенобарбітал.

Барбітурати шляхом підвищення метаболізму метадону в печінці знижують його концентрацію, підсилюють седативний ефект і додатково пригнічують ЦНС.

Бензодіазепіни шляхом посилення седативного ефекту метадону додатково пригнічують ЦНС.

Еритроміцин шляхом підвищення концентрації метадону знижує його метаболізм.

Ципрофлоксацин можливо через підвищення метаболізму метадону в печінці підсилює седативний ефект та пригнічує дихання, що вимагає введення налоксону.

Зопіклон разом з метадонем підвищує пригнічення дихання та седативного ефекту, додатково пригнічує ЦНС.

Інгібітори моноаміноксидази (ІМАО), антидепресанти, включаючи моклобемід і селегілін під впливом метадону справляють збудливу дію на ЦНС, викликаючи делірії, гіперпірексію, судоми та пригнічення дихання.

Флувоксамін шляхом зниження метаболізму метадону підвищує його концентрацію. Флуоксетин проявляє подібні ефекти значно менше.

Виводиться метадон через травний тракт і нирки.

Слід зазначити, що фармакодинаміка метадону має суттєву індивідуальну варіабельність, тому лікар повинен уважно стежити за станом кожного окремого пацієнта під час індукції.

Замісна терапія опіатними агоністами протипоказана за наявності таких станів:

- декомпенсована печінкова недостатність (при застосуванні опіатних агоністів може розвинути печінкова енцефалопатія);
- алергія або гіперчутливість до метадону, бупренорфіну, або одного з інших компонентів лікарської форми.

Також виробники замісних препаратів зазначають, що ЗПТ може бути протипоказана особам з дихальною недостатністю, травмами голови, підвищеним внутрішньочерепним тиском, виразковим колітом, печінковою або нирковою кількою.

Під час підбору дози або при підвищеній індивідуальній чутливості можуть спостерігатись побічні дії метадону:

- відчуття приглушеності після отримання дози;
- симптоми відміни, що наростають до отримання наступної дози;
- головний біль (особливо у перший тиждень), нудота;
- закрес;
- порушення сну;

- підвищення маси тіла (особливо у жінок);
- аменорея або олігоменорея;
- зниження статевої активності;
- проблеми із зубами.

Для уникнення побічного ефекту слід застосовувати симптоматичну терапію.

За довготривалого правильного застосування метадон за рекомендацією себе як достатньо безпечний препарат. Наукові дослідження та багаторічний досвід використання довели, що метадон НЕ спричиняє:

- жодних пошкоджень ані в соматичній, ані у психічній сфері;
- порушень координації;
- сплутаної мови;
- аномалій внутрішньоутробного розвитку;
- зниження розумових здібностей.

Найбільша небезпека від використання метадону – це можливість передозування, що може призвести до небажаних наслідків: пригнічення дихальної функції, дихальної недостатності та навіть летального кінця. Ризик передозування є вищим на етапі початку терапії (період індукції), а також за обставин легального або нелегального вживання інших седативних препаратів.

За даними багатьох досліджень, у споживачів опіоїдів висока захворюваність на психічні розлади (депресії, невротичні й антисоціальні розлади, суїцидальні наміри і спроби, психотичні епізоди). Застосування опіоїдів спочатку є для частини споживачів засобом самолікування, але згодом, коли

посилюються негативні наслідки, перетворюється на окрему і найзначнішу проблему для особистості.

Залежність від опіоїдів не є винятково дискретною ознакою, обумовленою за типом «так-ні». Вона має ступінь і інтенсивність, а отже, може описуватися за допомогою кількісних показників. З цією метою можуть бути використані певні діагностичні інструменти, наприклад Індекс важкості залежності (Addiction Severity Index).

У практиці та методичному забезпеченні лікування розладів, спричинених вживанням наркотиків, є суттєва прогалина – недостатнє відображення психосоціальних методів у наявних методичних матеріалах і в практичній діяльності, зокрема мотиваційне консультування, когнітивно-поведінкова терапія та інші науково обґрунтовані методи психосоціальних втручань. У лікарській практиці їх застосування дуже обмежене, що пов'язано з проблемами у системі навчання, супервізії [1].

Призначення та проведення замісної терапії поза наркологічною установою можливе лише за участі лікаря-нарколога або лікаря, який пройшов спеціальну тематичну підготовку із ЗПТ у закладах післядипломної підготовки лікарів. Що стосується фахівців первинного рівня медичної допомоги, то така підготовка на циклі тематичного удосконалення має включати специфічні для лікарів загальної практики холістичні підходи надання медичної допомоги, включаючи послуги ЗПТ, у навчальних закладах післядипломної освіти з мультидисциплінарним фаховим потенціалом викладачів.

Сведения об авторе

Матвиец Людмила Григорьевна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (095) 408-40-71

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Огляд клінічних настанов та протоколів лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. SAMHSA-Україна: Проект аналізу законодавства та політики. Лютий 2018 http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2018/03/letter_SUD_SAMHSA-Desk-Review-Ukraine_02-2018_UA_preview.pdf
2. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence». – 2014. (Australian Commonwealth Department of Health) (клінічна настанова Департаменту охорони здоров'я Австралії 2014 року).
3. Наказ МОЗ № 362 (інформація про всю документацію, яку треба вести в закладі ОЗ, що надає послуги ЗПТ) від 03.04.2017 «Про внесення змін до наказів МОЗ України від 07 серпня 2015 року № 494 («Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я») та від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовуються в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
4. Наказ МОЗ № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» зі змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 238 від 27.03.2013, № 863 від 17.12.2015.
5. Розпорядження кабінету міністрів від 6 лютого 2019 року № 56-р «Про затвердження плану заходів на 2019–2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80>
6. Замісна підтримувальна терапія: МОЗ України пропонує розширити доступ до неї (проект змін до Наказу МОЗ № 200) 2019-08-05 <https://www.umj.com.ua/article/160494/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-moz-ukrayini-proponuye-rozshiriti-dostup-do-neyi>
7. Наказ МОЗ України № 645 від 10.11.2008. Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів. Методичні рекомендації.
8. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення» від 5 лютого 2020 року № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>

Стаття постуила в редакцію 28.02.2020

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (ОДНА АБО ДЕКІЛЬКА ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ)

1. Які важливі завдання ставляться при терапевтичній інтервенції пацієнтів з наркозалежністю?

- Зменшити інтенсивність симптому (компульсивне вживання ПАР)
- Організувати профілактику ускладнень (інфекції, передозування, кримінальність)
- Поліпшити функціонування
- Поважати права людини.

2. Які стани відносяться до діагностичної рубрики МКХ-10 «Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»?

- Гостра інтоксикація
- Вживання зі шкідливими наслідками
- Синдром залежності
- Стан відміни.

3. Які перераховані ознаки є критеріями встановлення діагнозу залежності?

- Значна потреба (компульсивний потяг) прийняти опіоїди
- Порушення здатності контролювати вживання речовини, тобто початок, вживання, завершення або доза опіоїдів
- Симптоми відміни опіоїдів, у тому числі специфічні: ломота в суглобах, нежить, діарея, безсоння
- Нелегальна торгівля наркотичними засобами.

4. Які стани відносяться до критеріїв включення до програми ЗПТ?

- Вік хворого 18 і більше років, письмове звернення хворого щодо початку ЗПТ
- Включення до ЗПТ хворих віком до 18 років проводиться на підставі письмового звернення їх батьків або законних представників у разі наявності станів, що є підставою до позачергового призначення ЗПТ, та інформованої згоди таких осіб
- Вагітність жінок, які зловживають алкогольними напоями
- Неадекватна поведінка підлітків, які вживають амфетамін.

5. Які стани є підставою до позачергового призначення ЗПТ?

- ВІЛ-інфекція
- Туберкульоз
- Вагітність
- Септичні стани.

6. Якими критеріями керується лікар при зміні форми видачі метадону пацієнтам для їх самостійного вживання в амбулаторних умовах безпосередньо з ЛПЗ або за рецептом?

- Пацієнт отримує ЗПТ не менше 6 міс
- Пацієнт дотримується правил участі у ЗПТ

- Пацієнт не вживає опіоїдних наркотичних засобів протягом останніх 6 міс, крім тих, які призначені лікарем, що підтверджується результатами щомісячних тестів
- Пацієнт далеко проживає від ЛПЗ, в якому отримує препарат.

7. Яка інформація зазначається у виписці пацієнта для тимчасового чи постійного переведення до іншого ЛПЗ?

- Підстава для продовження ЗПТ в ЛПЗ іншої адміністративно-територіальної одиниці (зміна місця проживання, відрядження, відпустка та інше)
- Назва та доза препарату, який отримує хворий
- Назва та кількість препарату, яким хворий був забезпечений для самостійного вживання в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах або безпосередньо в ЛПЗ, на базі якого отримує ЗПТ
- Запланований хворим термін перебування в іншій адміністративно-територіальній одиниці.

8. Які заходи належать до таких, які повинен здійснювати лікар після призначення хворому ЗПТ?

- Регулярно оцінювати та контролювати стан хворого
- Не рідше ніж раз на 3 міс проводити тест сечі на наявність в організмі хворого інших наркотичних засобів крім тих, що призначені лікарем, та фіксувати в медичній документації
- З метою досягнення ефективності ЗПТ призначати та коригувати дозу препарату відповідно до скарг та стану хворого
- Організувати надання всього спектра послуг, що забезпечують доступ хворого до лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитів та інших хвороб, за місцем звернення хворого за ЗПТ або шляхом його направлення до фахівців інших ЛПЗ.

9. В яких випадках лікар може ухвалити рішення про припинення ЗПТ хворому ?

- Надходження заяви хворого про відмову від подальшої участі у ЗПТ
- Порушення хворим правил участі у ЗПТ, зазначених в Інформаційному листі про замісну підтримувальну терапію із застосуванням препаратів бупренорфіну або метадону (додаток до наказу МОЗ № 200)
- Надходження заяви від родичів з проханням відмовити хворому в наданні послуг ЗПТ.

10. За яких патологічних станів замісна терапія опіатними агоністами протипоказана?

- Декомпенсована печінкова недостатність
- Алергія або гіперчутливість до метадону
- Особам з дихальною недостатністю
- Травми голови, підвищений внутрішньочерепний тиск.