



Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

## ДАСТУРИ КЛИНИКӢ

Оиди табobati ҷойивазкунандаи ёрирасон ҳангоми алоими  
вобастагӣ аз маводҳои афюн дар муассисаҳои наркологии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Душанбе- 2015

Маводи мазкур бо кумаки Раёсати СММ оид ба маводи мухаддир ва ҷинояткорӣ (UNODC) ба чоп расонида шудааст. Мундариҷаи маводи мазкур танҳо ба масъулияти муаллифон воғузошта мешавад.

Дастури клиникӣ оид ба табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон бо метадон ҳангоми алоими вобастагӣ аз маводҳои афюн аз тарафи гурӯҳи кории доимоамалкунанда дар назди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳамоҳангсозии раванди таҳия ва тасдиқи дастурҳои клиникӣ тиббӣ тасдиқкунанда асоснок ва баррасӣ гардида бо Фармони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 9 декабри соли 2015 № 1040 тасдиқ карда шудааст.

## ДАСТУРИ КЛИНИКӢ

### Оиди табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ҳангоми алоими вобастагӣ аз маводҳои афюн дар муассисаҳои наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дастури клиникӣ мазкур аз тарафи гурӯҳи кории мутахассисони варзидаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон омода карда шудааст.

Малахов М.Н.	Роҳбари гурӯҳи корӣ, н.и.т., директори Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов.
Шарипов Р.М.	Муовини директори Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов оид ба корҳои табобатӣ.
Ҷобиров А.Р.	Мудирӣ шуъбаи Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов.
Ибодов Ф.М.	Мудирӣ шуъбаи Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов.
Раҷабов А.Б.	Мудирӣ шуъбаи ташкилоту методии Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов.
Мисоқов С. Ҷ.	Мудирӣ шуъбаи Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ наркологии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов.

#### Мушовирони тиббӣ:

Шаропова Н.М.	Мудирӣ кафедраи психиатрия ва наркология ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино, д.и.т., профессор.
Бойбобоев А.А.	Мудирӣ курси равонпизишкӣ ва нашъашиносии ДТИБКТТ, н.и.т., дотсент.
Ким И. А.	Менечери бахши ТҶЁ, мушовири барномаи ТҶЁ.

#### Дастгирии методологӣ ва коршиносӣ:

Раҳимов З.Я.	Сармутахассиси ғайривоҳидии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба бемориҳои дил ва дилшиносии клиникӣ, мудирӣ кафедраи бемориҳои дил ва фармакологияи клиникӣ ДТИБКТТ, н.и.т., дотсент, роҳбари гурӯҳи коршиносон.
Холов С.С.	Ҳамоҳангсози ИСАР дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, Ҳамоҳангсози Минтақавӣ оид ба ТҶЁ.

### Баённомаи ихтилофи манфиатҳо

Пеш аз оғози кор оиди таҳияи дастурамали клиникӣ ҳамма аъзоёни гурӯҳи корӣ оиди набудани робитаи хароҷотӣ бо ташкилоти дорусозӣ изҳори хатӣ намуданд. Ягон нафари аъзоён бо ташкилотҳои дорусозӣ ё ин, ки бо дигар ташкилотҳои маводбарор оиди ташхис ва табобати мизочон бо ноҷуриҳои рӯҳӣ ва рафторӣ дар натиҷаи истеъмоли маводҳои афюнӣ ҳавасмандии пулакиро надоштанд. Ҳангоми тасдиқномаӣ ва тақризнамоии дастурамали клиникӣ эзоҳот ва тавсияи тақризгарон ба инobat гирифташуд. Пас аз тасвиб ва тақризнамоӣ дастурамали клиникӣ ба гурӯҳи машваратии Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои тасдиқ намудан, пешниҳод гардид.

### Усулҳои таҳияи дастурамал

Дастурамали клиникӣ мазкур ҷиҳати табобати ноҷуриҳои рӯҳӣ ва рафторӣ дар натиҷаи истеъмоли маводҳои нашъаовармувофиқи тавсияҳо ва таҷрибаҳои босамари ҷаҳонӣ, инчунин бо асоси малакаҳо ва корҳои таҷрибавии бисёрсола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гардидааст.

Дар ин дастурамалтавсияҳо аз заминаи дастур ва роҳнамоии ТУТ, ки «Дастурамали ТУТ оиди табобати фармакологии вобастагии афюнӣ бо роҳнамоии иҷтимоӣ-равонӣ» (2009) мебошад, истифода шудаанд.

Барои ҳар як ҳолати мушаххаси клиникӣ бо истифода аз адабиёти соҳавии муосири ҷаҳонӣ, таҷрибаи ягонаи ташхис ва табобати беморон дарёфт карда шуда, мавриди баррасӣ қарор дода шуд. Ҳангоми дастрасии маҳзанаи Кокрановӣ, тавачҷуҳи бештар нисбати дигар маҳзанаҳо ба он дода шуд. Сифати маълумотҳои дақиқ васоити дастури гурӯҳи кории GRADE баҳо дода шудааст бо сабаби он, ки ин усули баҳогузори сифати маълумоти интихобгардидаро, дар ин ва ё дигар самт бо назардошти баҳои самаранокӣ, арзёбӣ менамояд. Ҳамзамон ба ҳаҷми тадқиқоти дар ин самт гузаронида шуда, усули тадқиқот ва устувории натиҷа аҳамият дода мешавад. Тавсияҳо ҷиҳати амалӣ намудани дастурамал дар сатҳи сиёсат ва сохтори тандурустӣ ба амалҳои «минималӣ» ва ё «оптималӣ» ҷудо карда мешаванд.

Тавсияҳои минималӣ барои ҷорӣ намудан дар сатҳи ҳама муассисаҳо ва дар ҳама шароит ба ҳайси стандартҳои минималӣ пешниҳод мегарданд. Онҳоро, бояд ҳамчун талаботҳои минималӣ, ҳангоми муолиҷаи вобастагии нашъамандӣ пазируфт.

Тавсияҳои оптималӣ ба ҳайси стратегияи қобили қабул, дар самти ноил гаштан ба таҷрибаи пешқадам, ҳангоми муолиҷаи вобастагии нашъамандӣ пазируфта мешаванд.

### Ҷадвали сатҳи собитшуда

Ҳамма тавсияҳо дар дастури амалӣ доир ба шартҳои тиббии исботшуда асос дорад ва ба гурӯҳҳои зерин тақсим шудаанд:

A	Маълумотҳо гирифта шудаанд аз мета-таҳлилҳои баландсифат, мунтазами шарҳи, тадқиқҳои клиникӣ бо ҷалб намудани шумораи зиёди беморон.
B	Маълумотҳо гирифта шудаанд аз шумораи маҳдуди тадқиқҳои клиникӣ бо алб намудани шумораи ками беморон ё ин, ки таҳлили дақиқи тадқиқоти клиникӣ.
C	Маълумотҳо асосноканд оиди натиҷаи озмоиши клиникӣ, ё ин, ки таҳлили берандомизатсия гирифта шуд.
D	Маълумотҳо гирифта шудаанд аз консенсусҳо, ақидаҳои экспертӣ, инчунин тавсияҳо дар асоси таҷрибаи клиникӣ аъзоёни гурӯҳи мултидисциплинарӣ.

Ба ҳисоб гирифтани суръати тадқиқоти илмӣ дар ин самт, усулҳои бисёри табобати алтернативие, ки дар ин барнома дида нашуданд, инчунин шумора имаҳудии доираи нашрӣ доир ба малакаи таҷрибавӣ ба ин рӯз дар Осиёи Миёна чамъшуда, ин дастурамал, оянда бо назардошти муҳимтарин асосҳои навини исботшуда ҳар се сол аз нав дида баромада мешавад. Аз нав дида баромадани оянда ба соли 2018 дурбинӣ шудааст. Ҳададориро барои аз нав дида баромадани тавсияҳо барои ин дастурамал, Маркази ҷумҳуриявии клиникаи наркологӣ ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов- и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба зиммаи худ мегирад.

Мушкилоти клиникӣ

Вобастагӣ аз маводи афюн.

Номи ҳуҷҷат

Дастури клиникӣ оиди табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ҳангомиалоими вобастагӣ аз маводҳои афюн дар муассисаҳои наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мақсади таҳияи дастури клиникӣ

Ташкили методологияи ягона оид ба гузаронидани табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ҳангоми вобастагӣ аз маводҳои афюн дар асоси талаботи тиббӣ далелнок ва дастовардҳои муосири илм ва таҷрибаи ҷаҳонӣ.

Гуруҳҳои мақсаднок

Табибони нарколог, психиатрҳо, равоншиносон, кормандони миёнаи тиб, психотерапевтҳо, кормандони иҷтимоӣ, фарматсевтҳо ва роҳбарони муассисаҳои тандурустӣ.

Марҳалаи расонидани ёрии тиббӣ

Ёрии дармонгоҳӣ ва бистарикунонии наркологӣ

Таъиноти дастурамал

Дастури клиникӣ оиди табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ҳангомиалоими вобастагӣ аз маводҳои афюн дар муассисаҳои наркологии Ҷумҳурии Тоҷикистон, барои ҷорӣ намудандар ҳамаи муассисаҳои тиббӣ, ки табобати ҷойивазкунанда ба мизочони вобастагӣ аз маводи афюндӯшта, пешбинӣ шудааст.

Таърихи ба нақша гирифташудаи азнавкунӣ

Таҷдиди назар ба дастури мазкур дар соли 2018 ва ё пештар аз он, дар ҳолати пайдошудани маълумот ва кашфиёту исботҳои нави илмӣ ба нақша гирифта шудааст.

Шарҳу дархост нисбат ба мазмун ва мундариҷаи дастури клиникӣ пазируфта мешавад.

Маълумот барои тамос:

Маркази ҷумҳуриявии

клиникии наркологӣ

Душанбе, Тоҷикистон

кӯчаи 40 солагии Ғалаба, 3

факс: +992(377) 2347891;

тел.: +992(372) 2340587

email: [rahim\\_malakhov@mail.ru](mailto:rahim_malakhov@mail.ru)

## МУНДАРИҶА

Рӯйхати ихтисораҳои шартӣ .....	8
Сарсухан .....	9
1. Вобастагӣ аз маводҳои афюн .....	12
1.1. Мафҳумҳои умумӣ .....	12
2. Ташҳиси алоими вобастагӣ аз маводҳои афюн .....	13
2.1. Ташҳиси баҳодиҳии мизоч .....	13
2.2. Усулҳои иловагии санҷиш .....	14
2.3. Меъёрҳои ташҳис .....	15
3. Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн .....	15
3.1. Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн дар асоси парҳезӣ .....	15
3.2. Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн дар асоси табобати ёрирасон бо агонистҳо .....	16
3.3. Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон бо метадон дар муассисаҳои табобатӣ-пешгирикунандаи наркологӣ .....	17
3.4. Нишондод ва шартҳои барои қабулба табобат .....	18
3.5. Шартномаи табобатӣ ва розигии маълумотӣ .....	18
4. Метадон гидрохлорид .....	19
4.1. Таъинот ва ба вояҳо ҷудо кардани метадон .....	20
4.2. Марҳалаи ибтидои табобат (интиҳоби воямуайянкунӣ) .....	21
4.3. Марҳалаи ёрирасонӣ .....	21
4.4. Тартиби додани метадон ба иштирокчиён .....	22
4.5. Тартиби додани “воя ба даст” .....	22
4.6. Меъёрҳои муҳими додани “воя ба даст” .....	23
4.7. Санҷиши пешоб ба истеъмоли маводҳои фаъолкунандаи рӯҳии (МФР) таъиннашуда .....	24
4.8. Ҳозир нашудан ба қабули вояи метадон .....	25
4.9. Қайкунӣ .....	25
4.10. Марҳалаи анҷомёбии табобат бо метадон .....	26
5. Детоксикация бо ёрии ТЧЭМ .....	27
6. Механизми таъмини муассисаҳои табобатӣ пешгирикунанда бо маҳлули метадон .....	28
7. Дастгирии равонӣ-иҷтимоӣ .....	28
8. Мӯҳлати табобат .....	29
9. Мониторинги самаранокии табобат .....	29
10. Таъсири манфии метадон .....	30

11. Зиёдаҳролудшавӣ аз метадон .....	30
12. Ҳомиладорӣ ва вобастагӣ аз маводҳои афюн.....	31
12.1. Воя.....	32
12.2. Паст кардани вояи метадон.....	33
12.3. Зиёд кардани вояи метадон.....	33
12.4. Таъсири мутақобили метадон ва доруҳои ЗРВ дар ҳомиладорон.....	33
12.5. Ширмакконӣ ва метадон.....	33
13. ВНМО, сил ва вобастагӣ аз афюн.....	34
14. Нуқтаи назари ахлоқӣ-тиббии барномаи ТҶЁ.....	34
15. Рӯйхатиҳуҷҷатҳо барои ТҶЁ бо метадон.....	36
15.1. Дафтари бақайдгири барои қабули мизочон ба барномаи ТҶЁ.....	36
15.2. Дафтари бақайдгирии мизочон барои равона намудан ба дигар бахшҳои ТҶЁ .....	36
15.3. Дафтари бақайдгири мизочон барои қабул аз дигар бахшҳои ТҶЁ.....	36
15.4. Дафтари «Варақаи интизорӣ».....	37
15.5. Шакли картаи тиббии иштирокчии барномаиТҶЁ .....	37
15.6. Намунаи Шартнома оид ба табобати ҷойивазкунандаи ёрирасондар байни мизоч ва марказе, ки оид ба ТҶЁ хизмат мерасонад.....	38
15.7. Намунаи аризаи мизочон .....	41
16. Нақшаи табобат ва таҳлилҳо .....	42
16.1. Шакли бақайдгирии мизочон .....	43
16.2. Нақшаи фардии мушоираткунандаи мизоч.....	45
16.3. Китоби баҳисобгирии воситаҳои нашъадор, моддаҳои психотропӣ, саҳттаъсир ва заҳронк дар утоқҳои МТП.....	45
16.4. Ҷадвали клиникаи алоими парҳезии афюнҳо .....	46
16.5. Ҷадвали Кесслер барои муайян кардани парешони равонӣ.....	48
16.6. Ахборот оиди рафтори хавфнок.....	49
16.7. Таъсири мутақобили метадон ва доруҳои ЗРВ.....	51
17. Вожанома.....	53
18. Феҳристи адабиёт .....	57

## РЎЙХАТИ ИХТИСОРАҶОИ ШАРТӢ

ДЗРВ	Доруҳои зидди ретровирусӣ
ТЗРВ	Таботати зидди ретровирусӣ
АНМН	Агентии назорати маводи нашъаовари назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон
ВНМО(ВИЧ)	Вируси норасоии масъунияти одам (ВИЧ)
КТМ	Комиссияи тиббию машваратӣ
ТУТ	Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
ХГМБСВ	Хазинаи глобалии мубориза бар зидди БПМНО, сил ва вараҷа
НЭМ	Назорати эпидемиологии муҳоҷибавӣ
ДЧ	Доруҳои ҷойивазкунанда
ТЧ	Таботати ҷойивазкунанда
ТЧЁ	Таботати ҷойивазкунандаи ёрирасон
ТЧЁМ	Таботати ҷойивазкунандаи ёрирасонтавассути метадон
СРҶГ	Сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда
ЛААМ	Левоалфаасетилметадол
ШВЗ	Шахсони бо ВНМО зиндагикунанда
МТП	Муассисаҳои тиббию профилактикӣ
ИМНТ	Истеъмолкунандагони маводи нашъадори тазриқӣ
ВТ ваҶИА	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли
ТУБ-10	Таснифи умумичаҳонии бемориҳо маротибаи 10-ӯм азнавдидашуда
КҶМ	Кумитаи ҳамоҳангсозии миллӣ оид ба пешгирӣ ва мубориза бо ВНМО/БПМНО, сил ва вараҷа
ИНТБ	Ингибиторҳои нуклеозидии транскриптазаи баргарданда
ТҶД	Ташкилоти ғайридавлатӣ
СММ	Созмони Милали Муттаҳид
МФР	Маводи фаъолкунандаи рӯҳӣ
ҶТ	Ҷумҳурии Тоҷикистон
БПНМ	Бемории пайдошудаи норасоии масуният



## САРСУХАН

Табобати ҷойивазкунандаи афюнӣ даҳолати илмии тасдиқшудаи тиббӣ буда, ҷиддӣ омӯхта шудааст ва барои табобати вобастагии афюнӣ таъиноти агонистҳо, ки ҳамчун маводи ҷойивазкунандаи нашъадор аз истеъмоли маводи ғайриқонунии афюнӣ ба монанди ҳероин равона гардидааст, иборат мебошад. Тадқиқотҳое, ки ба имрӯз дар соҳаи табобати вобастагии афюнӣ гузаронида шудаанд собит мекунад, ки ТҶЁ дар якҷоягӣ бо тақвияти равонӣ натиҷаҳои босамар дар коҳиши истеъмоли маводҳои нашъадори тазриқӣ, рафтори ҷиноятӣ ва беҳбудии мутобиқшавии иҷтимоӣ натиҷаҳои беҳтаринро медиҳад.

Дар Тоҷикистон барномаи табобати ҷойивазкунандаи афюнӣ дар асоси Барномаи пешгирии паҳншавии вобастагии нашъамандӣ ва такмили ёрии наркологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраҳои солҳои 2013-2017 ( Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 183, аз 30.04.2012) ва «Барнома оид ба мубориза бо паҳншавии вируси норасоии масунияти одам ва бемории БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2011-2015» (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 562 аз 30.10.2010), инчунин созиш байни барномаи инкишофи СММ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оиди иҷроиши барномаи «Тақвияти ёридиҳандаи муҳит ва васеъкунии тадбирҳои пешгирии бемориҳо, табобат ва нигоҳубин бо мақсади боз доштани паҳншавии ВМНО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва Фармони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон №500, аз 27 июни соли 2009 амалӣ мешавад.

Бо назардошти паст будани самаранокии усулҳои мавҷудаи табобатию барқароркунӣ барои шахсони вобаста аз маводҳои афюнӣ ва ҳамчунин баҳри паст намудани суръати афзоиши сироятёбӣ ба ВМНО, ҷорӣ намудани табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон дар ҷумҳурӣ бомаврид хоҳад буд. Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ба воситаи метадон яке аз усулҳои беҳтарини муолиҷаи шахсони вобаста аз маводҳои афюнӣ ба шумор меравад. Тавассути ин усул бо паст намудани ҳодисаҳои истеъмоли героин ва кам намудани ҳодисаҳои фавти беморон аз истеъмоли аз меъёр зиёди он, сироятёбӣ бо ВМНО ва ҷинояткорӣҳое, ки вобаста бо рафтори хатарнок рӯй медиҳанд метавон хароҷоти зиёдеро, ки аз вобастагии афюнӣ ба ҳуди шахси бемор, оилаи онҳо ва умуман ба ҷомеа мерасад, кам кард. Табобати ҷойивазкунандаро на танҳо ҳамчун як амали оддӣ таъин намудани маводҳои афюнӣ баҳри муолиҷаи беморон метавон шуморид, балки он бояд ҳамчун як барномаи мукаммали ёрӣ ба шахсони вобаста аз маводҳои нашъаовар амалӣ шуда дар бисёр мавридҳо бо истифода аз усулҳои муолиҷаи рӯҳию барқароркунии иҷтимоӣ ва табобати дигар бемориҳои соматикӣ бояд гузаронида шавад. Ин усули табобатии шахсони вобаста аз маводҳои афюнӣ илман собитшуда ва ахлоқан асоснок ба ҳисоб меравад.

ТУТ инчунин дар мамлакатҳое, ки шумораи беморони вобаста аз маводҳои афюнӣ зиёданд ва алалхусус дар он ҷойҳое, ки аз сабаби истеъмоли маводҳои нашъаовар тариқи тазриқӣ ин шахсон хатари зиёди сироятшавӣ бо ВМНО ва диғар инфекцияҳои тавассути хун гузаранда доранд, табобати ҷойивазкунандаи ёрирасонро яке аз усулҳои муҳими табобатӣ мешуморад. Дар «Декларатсияи ҳавасманд будан ба кори мубориза алайҳи ВМНО/БНММ», ки дар ҷаласаи махсуси Ассамблеяи Генералии СММ, №26/2 аз 27 июни соли 2001 қабул шуда буд, дар қатори диғар тавсияҳои муҳим, инчунин банд доир ба зарурияти афзоиши барномаҳои паст намудани зарар аз истеъмоли маводҳои

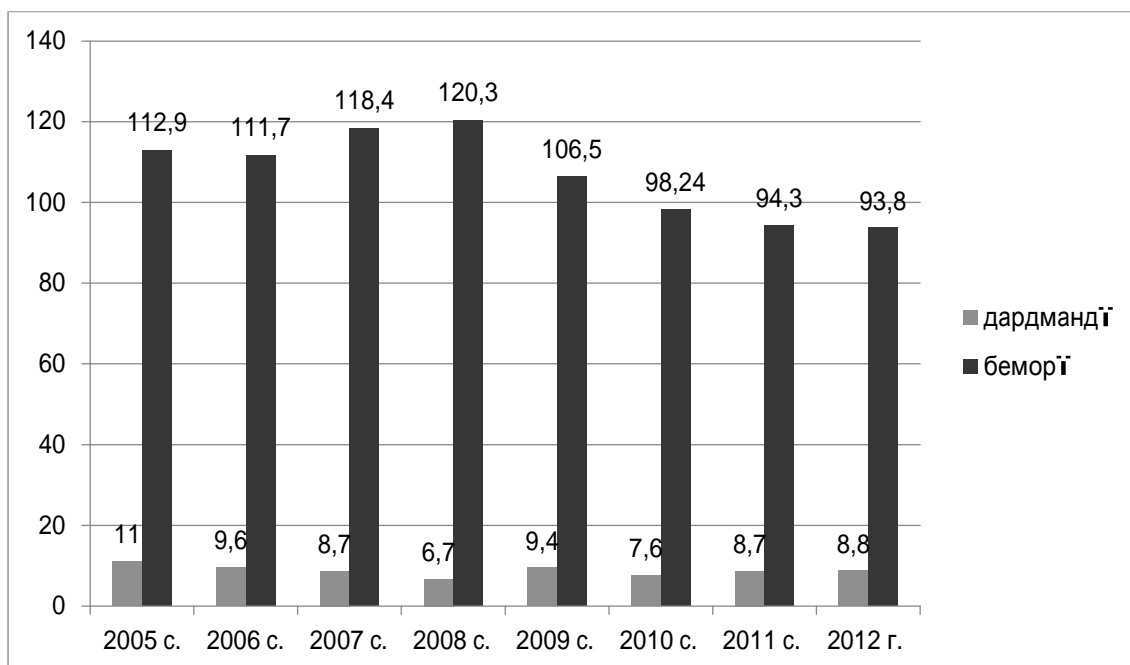
нашъавар оварда шудааст. Барномаҳои паст намудани зарар аз истеъмоли маводҳои нашъавар, тавре ки маълум аст, аз се қисмат иборат мебошанд: а) маълумоти профилактикӣ; б) таъмини дастрасии маводҳои тамйизшуда, сӯзандору ва ғайра барои нашъамандон; в) таъмин ва дастрас намудани таъботати ҷойивазкунанда барои истеъмолкунандагони маводҳои нашъадори тазриқӣ. Ҳамин тавр, таъботати ҷойивазкунандаи ёрирасон яке аз усулҳои самараноки муолиҷаи беморони вобаста аз маводҳои афюнӣ ба шумор меравад.

Новобаста аз он ки, дар даҳсолаҳои охир дар ҷаҳон шиддати пасти паҳншавии ВНМО ба назар мерасад, дар мамлакатҳои Осиёи Марказӣ болоравии ҳолатҳои нави ба ин беморӣ гирифторшавӣ идома дорад (ЮНЭД, 2009). Аз шумораи баҳододашудагон, аз 3,1 миллион нафар истеъмолкунандагони маводи нашъадори тазриқӣ дар мамлакатҳои Аврупои Марказӣ, Шарқӣ ва инчунин Осиёи Марказӣ, тақрибан 1 миллион нафари онҳо мубталои бемории Вируси норасоии масъунияти одаманд. Мувофиқи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо БПНМ-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар охири соли 2014 дар ҷумҳурӣ 6558 ҳолати мубталои бемории ВНМО ба қайд гирифта шудааст, ки 3161 ва ё 48,2 % он дар байни одамони истеъмолкунандаи маводи нашъавар бо роҳи тазриқӣ ба қайд гирифта шудааст.

Диagramмаи қайди расмӣ тӯдои умумии беморони нашъаманд дар солҳои 2005 – 2012 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (расми 1).

Расми 1.

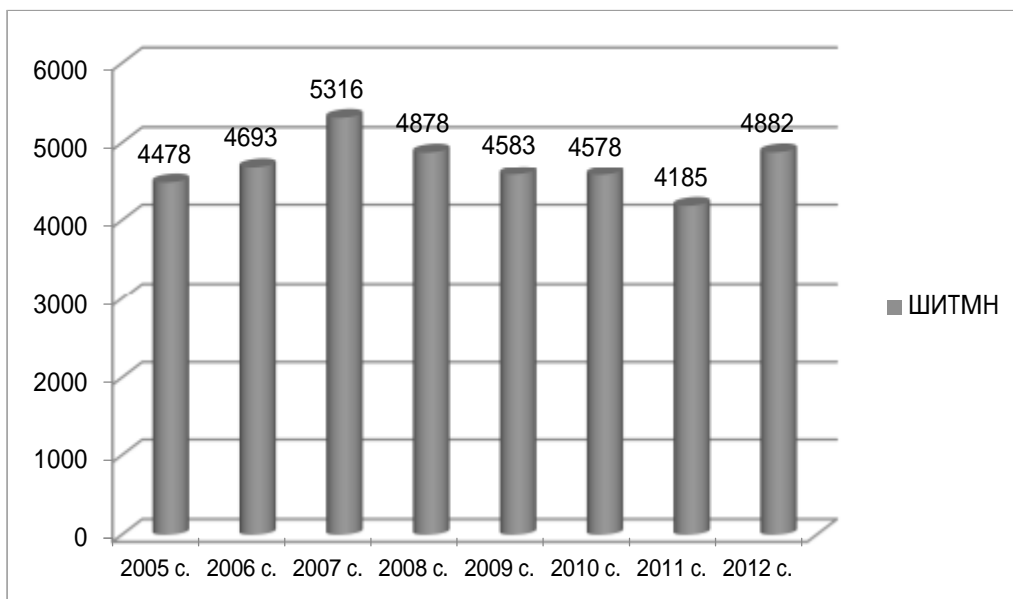
Вазъи истеъмоли маводи нашъадор дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2005-2012 (ба 100 000 аҳоли)



Аз онҳо зиёда аз 67% шахсони бо роҳи тазриқӣ истеъмолкунандагон буда яке аз гурӯҳи асоси хатари сироятёбии ВНМО ва ҳепатитҳо мебошанд.

Расми 2.

Ҷараёни шумораи истеъмолкунандагони  
маводи нашъадор бо роҳи тазриқӣ



Аз рӯи нишондодҳои қадвал, аз соли 2001 баландшавии шумораи беморони нашъамандии тазриқӣ ба назар мерасад. Қайд кардан лозим аст, ки соли 2013 шумораи онҳо ба 4837 нафар расид, ки 67,2%-ро аз шумораи умумии беморони нашъамандиро ташкил медиҳад. Бо назардошти он, ки беморони нашъаманд ба истифодаи як сӯзандору барои истеъмоли маводи нашъаовар бо роҳи тазриқӣ роҳ медиҳанд, ин яке аз роҳҳои сироятёбии ВНМО/БПНМ ба шумор меравад, ки 52,3 нишондод аз шумори умумии бақайдгирифтаи сироятёфтагон мебошад.

Аз шумораи умумии беморони истеъмолкунандаи маводи нашъаовар бо роҳи тазриқӣ мардҳо 89,7%-ро ташкил медиҳанд. Тақрибан ҳамаи беморони истеъмолкунандагони маводи нашъаовар алоқаи ҷинсии бемуҳофиза, бе рифоларо иҷро мекунанд, ки ин роҳи дигари паҳншавии сироятёбии ВНМО ба ҳисоб меравад. Соли 2013 876 нафар сироятёфтагони нав ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 239 нафар (28%) аз шахсони истеъмолкунандагони бо роҳи тазриқӣ мебошад. Чи тавре нишон дода шудааст нишондоди сироятёбӣ дар шахсони бо роҳи тазриқӣ истеъмолкунандагон назар ба солҳои гузашта камтар мебошанд. Ин вобаста бо ҷори намудани навъи табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон дар Ҷумҳурии мебошад ва ин барнома барои паст намудани зарари нашъамандӣ буда, барои пешгирии сироятёбӣ ба назар гирифта шудааст.

Аз ин лиҳоз, солҳои охир дар сохторҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо дастгирии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барномаҳои паст кардани зарар аз истеъмоли маводҳои нашъаовар амалӣ карда мешаванд. Аз ҷумла дар сохтори наркологӣ бо мақсади пешгирии паҳншавии сироятёбии ВНМО ва дигар бемориҳои таввасути хунгузаранда, барномаи таҷрибавии табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ворид карда шуд.

Бо ба ҳисоб гирифтани вазъият ва мувофиқи уҳдадорӣҳои байналхалқӣ ва тавсияҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) бо мақсади коҳиш додани оқибатҳои истеъмоли маводи нашъадори тазриқӣ Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон як қатор чораҳои андешид, ки онҳо барои такмил додани низоми расонидани ёрии

наркологӣ ба ҷанбаи баланд бардоштани дастрасии он, сифат ва инчунин васеъ кардани расонидани намудҳои ҳадамоти тиббӣ равона карда шудааст. Яке аз чунин чораҳо ин қабули қарор оид ба гузаронидани табобати ҷойивазкунанда тавассути метадон дар муассисаҳои тиббӣ кишвар аст, ки соли 2010 қабул шуда буд.

Имрӯз табобати ҷойивазкунандаи афюнӣ (ТҶА) яке аз усулҳои хуб омӯхташуда ва аз ҳама самараноки табобати вобастагии нашъамандӣ ба ҳисоб меравад ва он дар якҷоягӣ бо кӯмаки равонӣ-иҷтимоӣ истифода мешавад.

Дар соли 2005 Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ (ТУТ) метадон ва бупренорфинро ба рӯйхати моделии воситаҳои асосии доруворӣ дохил кард. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар натиҷаи истифодаи табобати ҷойивазкунандаи афюн сатҳи истеъмоли нашъаи ғайриқонунӣ ба таври чашмас қоҳиш меёбад, сатҳи рафтори ҷиноятии одамони вобастагии нашъамандӣ, суръати паҳншавии бемориҳои гузаранда (ВНМО, ҳепатит С) паст мегардад, саломатии равонӣ ва ҷисмонии мизочон, тарзи ҳаёти иҷтимоии онҳо хубтар мешавад, сатҳи истифодаи аз ҳад зиёди воя ва марг паст мегардад.

## 1. ВОБАСТАГӢ АЗ МАВОДӢОИ АФӢОН

### 1.1. Мафҳумҳои умумӣ

Доруи ҷойивазкунанда – маводи доруворие, ки хосияти агонистии афюниро дорост. Он метавонад агонисти пурраи афюнӣ – метадон, ЛААМ ё ин, ки агонисти қисман (агонист – антагонист) – бупренорфин, бошад.

Табобати ҷойивазкунанда – ин таъин намудани маводҳои доругии ҷойивазкунанда ҳангоми муолиҷаи бемории вобастагии афюнӣ. Доруи ҷойивазкунанда ҳолати беморро беҳтар намуда, ўро аз алоими парҳезӣ эмин медорад, хоҳиши қабули маводҳои нашъадори ғайриқонуниро рафъ мекунад, ки он як тарзи фароҳам овардани шароити мусоид барои барқароркунӣ ва кам намудани рафтори хатарнок ба ҳисоб меравад (ба хусус оиди сироятёбӣ ба ВНМО ва дигар сироятҳои, ки тариқи хун сироят мекунанд). Маводҳои дорувории ҷойивазкунанда метавонанд дар муддати аз якчанд ҳафта то якчанд сол таъин карда шаванд.

Детоксикатсия (беаҳркунонӣ) тавассути доруҳои ҷойивазкунанда – муолиҷа тавассути таъин намудани доруҳои ҷойивазкунанда бо тарзи «зина ба зина» кам кардани миқдори он бо мақсади дар интиҳо таъмин намудани дасткашии пурра аз истифодабарии маводҳои нашъадори ғайриқонунӣ.

Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон – истифодабарии дуру дарози (6 моҳ ва аз он ҳам зиёдтар) вояҳои доимии доруҳои ҷойивазкунанда дар маҷмӯи муолиҷаи вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ бо мақсади барқароркунии ҳолати рӯҳии беморон, паст намудани оқибатҳои тиббию иҷтимоии истифодаи ғайриқонунии маводи нашъадор, ба вучуд овардани замина баҳри барқароркунӣ ва табобати дигар бемориҳо (БНММ (СПИД), ҳепатитҳои В ва С, бемории сил ва ҳолатҳои септикӣ).

Мувофиқи таснифоти ТУТ намудҳои зерини табобати ҷойивазкунанда вучуд доранд:

- Детоксикатсияи/беаҳркунонии кӯтоҳмуддат – табобат тавассути доруҳои ҷойивазкунанда, ки вояҳои он паиҳам дар муддати як моҳ ё муддати аз он ҳам камтар паст карда мешаванд.
- Детоксикатсияи/беаҳркунонии дарозмуддат – табобате, ки кам кардани вояҳои доруҳои ҷойивазкунанда дар муддати аз як моҳ зиёдтар идома меёбад.

- Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасони кӯтоҳмуддат – муолиҷа тавассути вояҳои доимии доруҳои ҷойивазкунанда дар муддати то 6 моҳ.
- Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасони дарозмуддат – муолиҷа тавассути вояҳои доимии доруҳои ҷойивазкунанда дар муддати зиёда аз 6 моҳ.

Афюн – яке аз гурӯҳҳои алкалоидҳои табие, ки аз растании кукнор (*Papaver somniferum*) ҳосил карда мешавад. Дар таркиби он алкалоидҳои афюн мавҷуданд, ки хосияти фаъол намудани ретсепторҳои афюнии мағзи сарро доранд зухуроти болинии он ба таври таъсири саҳти мадҳушкунанда ифода ёфта, дар як муддати кӯтоҳ сабабгори вобастагии рӯҳию ҷисмонии истеъмолкунандагон мегардад. Ба ин мафҳум афюн, героин, морфин дохил мешаванд.

Гурӯҳи афюнӣ – мафҳуми умумӣ буда, барои алкалоидҳои аз афюни кукнор (*Papaver somniferum*), маводҳои нашъадори сунъие, ки аз афюн ҳосил карда мешаванд ва аз рӯи таркибу хосияти таъсиршон монанданд. Ба онҳо кодеин, метадон, бупренорфин ва (декстро) пропоксифен дохил мешаванд.

Синдроми/алоими вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ - маҷмӯи ноҷуриҳои физиологӣ, рафторӣ, даркшаванда (когнитивный), ки дар натиҷаи истифодаи маводҳои афюнӣ дар системаи худшиносию қиматии шахс ҳамчун таркиби бартаридошта ҷой мегирад. Таснифи асосии синдроми вобастагӣ ин вобастагии ҷисмонӣ ва рӯҳӣ аз маводҳои нашъадор, яъне майл ба истеъмоли маводи афюнӣ мебошад, ки метавонад аз тарафи табиб тайин шуда бошад ва ё тайин нашуда бошад.

## 2. ТАШХИСИ АЛОИМИ ВОБАСТАГӢ АЗ МАВОДӢОИ АФЮН

Ташхиси алоими вобастагӣ аз маводҳои афюн бояд дақиқ бо усули хуби пешгузошташуда, ки хатогӣ ва таҳлили ғалатро истисно мекунад гузаронидашавад. Он бояд бо донишмандони омилҳои техникӣ ва равонӣ, дастовардҳои таҷрибаи тиббии ҷаҳонӣ ва дар робитаи хуби табиб бо мизоч амалӣ карда шавад.

### 2.1. Ташхиси баҳодиҳии мизоч

Арзёбии ташхисии мизочон бояд ташхиси вобастагӣ аз маводҳои афюн мувофиқи талаботҳои ТУБ – 10, ташхиси бемориҳои ҳамроҳии соматикӣ ва рӯҳӣ ва нишондодҳои гузаронидани табобати ҷойивазкунандаро дарбар гирад. Ҷамъи маълумотҳои анамнезӣ бояд дар тартиб додани нақшаи табобат ба духтур ёри расонад.

Маълумотҳои анамнезӣ бояд мувофиқи нақшаи зерин гузаронида шавад:

1. Анамнези/тафсилоти тарҷумаи ҳол

2. Анамнези/тафсилоти наркологӣ: истифодаи моддаҳои тиракунандаи асаб (қонунӣ ва ғайриқонунӣ)

- \_ алоқаи аввалин бо моддаҳои тиракунандаи асаб;
- \_ саршавӣ ва истифодабарии мунтазам, давомнокии истифодабарӣ;
- \_ усулҳои истеъмол;
- \_ мавҷудияти тобоварӣ/муқовимат;
- \_ мавҷудияти алоими парҳезӣ;
- \_ табобати қаблан истифодабурдашуда;

- \_ оризаҳо ҳангоми беаҳруқонӣ (хурӯҷи ихтилоҷҳо ҳангоми вобастагии ҳамроҳӣ аз машруботи спиртдор ва ё аз моддаҳои оромбахш);
- \_ мавҷудияти зиёдзаҳролудшавӣ дар гузашта;
- \_ мавҷудияти идтиёми муолиҷавӣ ва ё тадриҷӣ;
- \_ контексти истифодабарии маводи тиракунандаи асаб;
- \_ муносибат ба моддаҳои тиракунандаи асаб дар байни дӯстон;
- \_ тасвири ҳолати мастӣ (таъсири аз сар гузарондаи субективи моддаҳо) ва алоими парҳезӣ;
- \_ оқибатҳои манфии таъсири истифодаи маводҳои тиракунандаи асаб ба ҳаёти оилавӣ, кор ва хониш;
- \_ фаъолияти ҷиноятӣ (дуздӣ, амалиётҳои таҷовузкорона);
- \_ вобастагҳои ғайрикимиевӣ (қиморбозӣ (гэмблинг), вобастагӣ/аддиксияи муносибатҳо – шахвонӣ, ишқӣ, аз ҳад зиёд кор кардан, аддиксия ба сарфимаблағҳо ва ғайраҳо);
- \_ масъалаҳои вобаста ба истифодабарии маводи нашъаовар (оилавӣ, иҷтимоӣ, тиббӣ, ҳуқуқӣ, молиявӣ ва равонӣ).

### 3. Маълумоти ҷисмонӣ

4. Мавҷудияти бемориҳои сироятӣ: оташак (сифилис), ВНМО/БПНМ, ҳепатитҳои В ва С, бемории сил.

5. Маводоҳои доруворие, ки айнаи замон истифода бурда мешавад

6. Маълумотирӯҳӣ: табобат бо сабаби бемориҳои рӯҳӣ, қасди худкушӣ, дар гузашта мавҷуд будани аломатҳои бемориҳои рӯҳӣ ва асабӣ (ҳазёнгӯӣ ва таваҳҳумҳо, ҳалалдорӣ рафтори хӯроқавӣ, давраҳои баланд ва паст будани кайфият, беҳудӣ, хурӯҷи ларзиши бадан ва ғайра).

7. Маълумоти оилавӣ: мавҷудияти бемориҳои наркологӣ ва рӯҳӣ дар оила.

8. Ҳолати иҷтимоӣ: ҷойи зист, маълумот, мавҷудияти қарзҳо. Алоқаҳои иҷтимоӣ: мавҷудияти шарикон, фарзандон, дӯстон. Рафтори мизоч дар вақтҳои холигӣ, амалҳои дӯстоштаи ӯ.

9. Мушкилот бо қонун: доғи судӣ ва ғ.

10. Шаҳвоният: ҳалалдорӣ шахвонӣ, истифодабарии маводҳои пешгирии ҳамл.

11. Далелнокӣ ва захираҳои пешовардашуда дар бораи ояндаи худ, сабабҳои, ки ӯрбарои муроҷиат кардан бо мақсади табобат водор намудаст, далелҳои истеъмоли далелҳо барои қатъ намудани истеъмоли маводи нашъадор.

12. Ҳолати рӯҳӣ: хотира, тавачҷух, ҳалалдоршавии фикрронӣ, фиреби дарк, беҳудӣ, девонагӣ.

13. Муоинаи физикалӣ: муҳимтар муоинаи пӯсти бадан барои дарёфт намудани пайи изҳои сӯзандору, думалҳо, ҷойи бурридашуда ва амсоли он муҳим аст.

## 2.2. Усулҳои иловагии ташхис

1. Ташхиси пешоб ба мавҷудияти моддаҳои тиракунанда.

2. Ташхис ба мавҷудияти ВНМО, ҳепатитҳо, оташак, сил.

3. Флюорография ва ё рентгенографияи қафаси сина.

### 2.3. Меъёрҳои ташхис

Мутобиқи “Таснифи умумичаҳони бемориҳомаротибаи 10-ум азнавдидашуда” (ТУБ-10) ташхиси вобастагӣ аз маводи афюн танҳо дар ҳолати мавҷудияти се ва ё аз он зиёди нишонаҳои зерин, ки дар муддати муайяни вақт пайдо шудааст, гузошта бояд шавад:

- хоҳиши зиёд ё ин, ки хумории душворгузар барои истеъмоли маводи афюнӣ;
- гум гаштани қобилияти назорати истеъмоли маводи афюнӣ, яъне оғози истеъмол, ба анҷомрасии он ва ё муайян намудани вояи зарурӣ барои истеъмол;
- ҳолати қатъ ё алоими парҳезӣ, ки ҳангоми кам намудан ё ин, ки қатъи истеъмоли маводи афюн ба вучуд меояд. Он бо нишонаҳои зерин инъикос меёбад (ринорея ё атсазанӣ, ашкрезӣ, дарди мушакҳо ё кашишхӯрии онҳо, дилбеҳузурӣ ё қайкунӣ, шикамравӣ, васеъшавии гавҳараки чашм, пайдо шудани «пӯсти мурғобӣ», табларза, тахикардия ё баландшавии фишори шараён, ҳамёза кашидан, бетоқатӣ, беҳобӣ), ки ҳангоми барқарорсозии истеъмоли вояи навбатии маводи афюнӣ сабуктар мешавад;
- афзудани муқовимат (тобоварӣ), коҳиш ёфтани таъсир ҳангоми истеъмоли вояҳои қаблӣ ва баланд намудани вояи моддаи нашъадор баҳри ба даст овардани таъсири пешина;
- зиёд шудани фосилаи вақте, ки барои дастрас намудани вояҳои моддаҳои афюнӣ сарф мешавад, истеъмоли бе реча, ки ба паст шудани фаъолияти иҷтимоӣ ва рағбати шахсӣ оварда мерасонад;
- идома додани истеъмоли маводи афюнӣ, новобаста аз мавҷудияти оқибатҳои зараровари он ва хабардор будани мизой аз ин зарарҳо.

## 3. ТАБОБАТИ ВОБАСТАГӢ АЗ МАВОДҲОИ АФЮН

Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн - ин маҷмӯи даҳолати фармакологӣ ва равонӣ-иҷтимоӣ аст, ки ба коҳиш ва ё қатъ кардани истеъмоли афюн ва пешгирии зарари он, ки ба истеъмоли афюн вобастагӣ дорад, равона гардидааст ва инчунин беҳтар кардани сифати ҳаёт ва осоиши мизочест, ки аз маводҳои афюн вобастагӣ дорад.

Дар аксари ҳолатҳо табобат мӯҳлати дурударозро талаб менамояд ва ҳатто он метавонад тамоми умр идома ёбад. Дар чунин ҳолатҳо мақсади сохтори пешниҳодкунандаи табобат на танҳо коҳиш ва ё қатъ кардани истеъмоли маводи афюн ба шумор меравад, балки беҳтар кардани саломатӣ ва беҳгардии иҷтимоӣ ва кӯмак ба мизоч дар раҳой аз оқибатҳои вазнини истеъмоли маводи нашъадор ба ҳисоб меравад.

Дар шароити имрӯза ду равиши фармакологӣ ба табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн мавҷуд аст:

- а) дар асоси парҳезӣ намудан аз афюн;
- б) дар асоси ворид кардани агонистҳои ёрирасон.

### 3.1. Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн дар асоси парҳезӣ аз маводҳои афюн

Амалисозии парҳезии маводи афюн ба воситаҳои фармакологӣ одатан бо яке аз ин усулҳо ба роҳ монда мешавад:

- \_ Табобати детоксикатсионии кӯтоҳмуддат бо агонистҳои афюнӣ.
- \_ Якбора қатъ кардани истеъмоли маводи афюн ва истифодаи агонистҳои алфа-2 – адреностимуляторҳо барои таскину оромбахшии аломатҳои парҳезии маводи афюн.

Усули детоксикация аз маводҳои афюн бо дигар доруҳо ба таври асосӣ ба клонидин, агонисти алфа-2 нигаронида шудааст, ки фаъолияти норадреналиниро ҳангоми алоими парҳезии маводи афюн паст месозад. Тадқиқотҳои пешина самарнокии клонидинро дар кам кардани аломатҳои парҳезии маводи афюн нишон додааст. Клонидин зоҳиран дар маҳви аломатҳо аз ҷониби ситемаи асабии муҳит самарноктарин буда, аммо дар сабук кардани ҳиссиёту таасуроти субъективии аломатҳои парҳезии маводи афюн камсамар аст. Аз ин рӯ аз рӯи зарурат дигар воситаҳо низ таъин карда мешавад (ба монанди воситаҳои зидди дард ва зидди илтиҳобӣ, бензодиапезинҳо ҳангоми вайрон шудани хоб, доруҳои зидди қайқунӣ ва амсоли ин).

Ҳангоми амалисозии қатъ аз маводҳои афюн клонидин одатан бо вояҳои то 100-300 мкг се ё чор маротиба дар як рӯз на бештар аз 10-17 мкг/рӯз гузаронида мешавад. Пас аз ду рӯзи аввал воя паст карда шуда, рӯзҳои 4 ва 5 бошад, тамоман қатъ карда мешавад. Дар шароити бемористгон ва ё дармонгоҳ вояи аввалия бояд дар ҳудуди 1-2 мкг/кг буда, вояҳои минбаъда бояд мутобиқан танзим карда шавад. Дар шароити амбулаторӣ, ки назорат аз болои фишори хун мавҷуд нест, бояд вояҳои камтар, на бештар аз 450-900 мкг дар як шабонарӯз вобаста аз вазни ҷисми мизоҷ ва ҳолати вазнинии парҳезӣ аз маводи афюн таъин карда мешавад. Агар фишори шараёнии систолий аз 90 мм.ст.сим., паст ва фишори шараёнии диастолий аз 50 мм.сут.сим., паст бошад, онгоҳ клонидин таъин карда намешавад.

#### 1. Нақшаи табобат бо клонидин:

Клонидин 0,15мг, 0,9-1,2мг (зери назорати Ф/Ш), мувофиқа бо нақшаи:

1-ум ва 2-юм рӯз 17мкг/кг вазн, чор маротиба дар як шабонарӯз таъин карда мешавад; 3-юм рӯз 9 мкг/кг вазн, чор маротиба дар як шабонарӯз таъин карда мешавад; 4-ум рӯз 6 мкг/кг вазн, чор маротиба дар як шабонарӯз таъин карда мешавад; 5-ум рӯз ва минбаъд рӯзҳо вобаста бо ҳолат ва бо тадриҷ қатъкунӣ.

2. Диазепам 5-10мг, феназепам 1мг, сибазон 5 - 10мг.

3. Карбамазепин (200 мг) 3 маротиба/ш-рӯз, вояи аввал 100-200 мг 1 – 2 маротиба/ш-рӯз. Дар зарурият то 400 мг 2-3 маротиба ш-рӯз.

4. Галаперидол -5мг ҳаб (5-15 мг/рӯз); галаперидол деканоат -1,0 - 50мг/моҳ, рисперидон 2-4мг (рисполепт) 4-6 мг/ш-рӯз, хлорпромазин (аминазин 100мг) 50 – 200 мг/ш-рӯз.

5. Амитриптилин, аз 0,075 (75 мг) ш-рӯз. Замми 0,025(25 мг) то вояи терапевтӣ 0,15(150 мг)/рӯз, феварин-100мг, 20 мг/рӯз.

6. Метоклопрамид 10мг ҳаб. (30мг/ш-рӯз.) ё 2,0мл (10мг) ҳангоми қайқунӣ.

7. Лоперамид табобати шикамравии ҳангоми алоим.

#### 3.2. Табобати вобастагӣ аз маводҳои афюн дар асоси агонистҳои ёрирасон

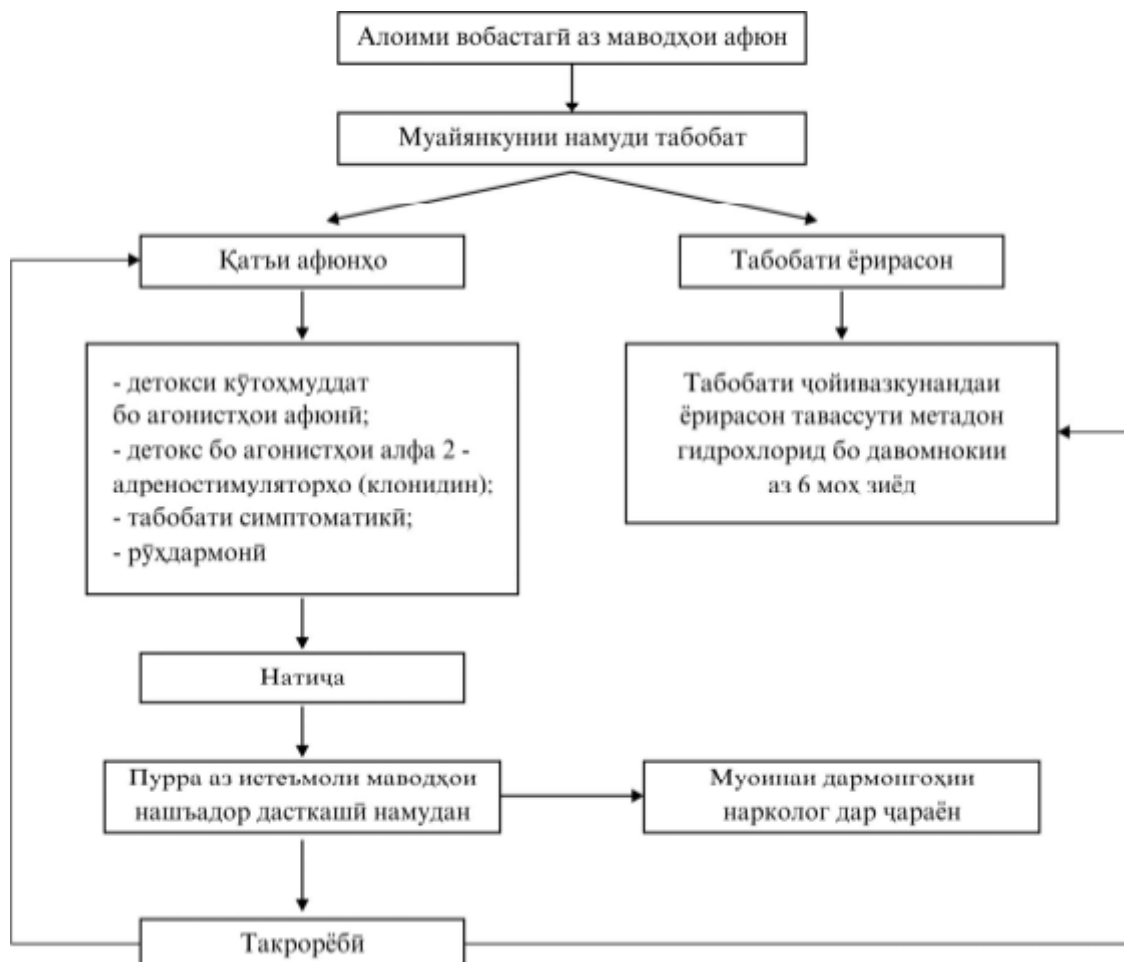
Табобати ёрирасон аз ҳамарӯза ворид кардани ин ё он агонисти афюн (метадон) ва қисман агонист (бупренорфин) иборат аст. Натиҷаи ба дастовардашуда ҳамчун натиҷаи сатҳи устувори самараи афюн аз тарафи мизоҷ на ҳамчун захролудшавӣ, на



ҳамчун парҳезӣ аз маводи афюн ҳис карда мешавад, балки чун “ҳолати муътадил” қабул мегардад. Дар таҷриба ба мизочони гуногун усулҳои ҳархела истифода бурда мешавад. Ба аксари мизочон лозим меояд, ки қабл аз он ки усули самаранок барои табобати онҳо мушаххас карда шавад, аз шаклҳои гуногуни табобат истифода баранд. Интихоби усули муносиби табобати мавҷуда бояд дар якҷоягӣ бо табиби машваратчӣ ва мизоч бо дар назар гирифтани афзалиятҳои мизоч ва инунин омилҳои фардӣ дар ҳаёти мизоч, ба монанди гирифтани табобат дар гузашта, амалӣ карда шавад.

Баъдан дар дастурамали мазкур методологияи дуҷуми фармакологӣ барои табобати вобастагии афюнӣ – табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон, инъикос мегардад.

### Алгоритми идоракунии мизочон аз вобастагии маводи афюн дар муассисаҳои наркологӣ



### 3.3. Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон васоити метадон гидрохлорид дар муассисаҳои табобатӣ пешгирикунандаи наркологӣ

Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон - ин усули дурударози (бештар аз 6 моҳ) ёриитиббӣ бо истифодаи воситаҳои даруновобастаагонистҳои афюн дар якҷоягӣ бо расонидани ёрии иҷтимоӣ-равонӣ ба шахсоне, ки мушталои вобастагӣ ба маводи афюнд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ба шахсони вобаста аз афюн доруи метадон гидрохлорид истифода бурда мешавад.

Барои босамар таъмин намудани табобати ҷойивазкунанда, ин намуд табобат ба мисли дигар табобатҳо бояд:

- ба талаботи мизоч асонок карда шуда бошад;
- дар муҳлати зарурии вақт бо вояи аниқу дуруст, ки барои шахси муайян интиҳоб шудааст, пешниҳод карда шавад;
- Бе танаффус пешниҳод карда шавад.

Мақсади асосии табобати ҷойивазкунанда дар асоси концепсияи ҳифзи саломатии ҷомеа ва коҳиши зарар тартиб дода мешавад. Дар табобати ҷойивазкунанда мақсадҳои зерин пеш гузошта мешавад:

- Кӯмак кардан ба одамоне то онҳо сиҳатбошанд, то даме, ки бе расонидани ёри ва дастгирӣ, онҳо наметавонанд ҳаёти бе маводи нашъадорро соҳиб шаванд, ва ё агар онҳо наметавонанд инро ба даст оваранд ва ё хоҳиши аз барнома хориҷ шуданро доранд, дар барномаҳои табобатӣ дар муддати солҳои зиёд ва ё ҳатто тамоми умри худ боқӣ монданианд;
- Кам кардани истеъмоли маводи нашъаовари ғайриқонунӣ ва ё дорувории аз тарафи табиб таъин нашуда;
- Ҳалли масъалаҳо вобаста ба истеъмоли маводҳои нашъадор;
- Кам кардани хатари вобаста ба истеъмоли нашъа, аз ҷумла, хатари гузариши ВНО, вируси ҳепатити В ва С ва дигар бемориҳои бо хун гузаранда, ки бо истеъмоли маводҳои нашъадори тазриқӣ ва истифодаи асбобҳои умумӣ барои бо тазриқӣ вобастааст;
- Коҳиш додани давраҳои муҳлати истеъмоли маводҳои нашъадор;
- Коҳиш додани имконияти такрории истеъмоли маводи нашъадор дар оянда;
- Паст кардани талабот дар фаъолияти ҷинсӣ барои ба даст овардани маблағ барои харидории маводи нашъадор.

#### 3.4. Нишондод ва шароит барои истифодаи табобати ҷойивазкунанда

Нишондод барои қабул ба табобати ҷойивазкунанда:

- Ташхиси муайянкардашуда дар бораи вобастагӣ аз маводи афюнӣ;
- Усули тазриқии истеъмоли маводи афюнӣ дар лаҳзаи муроҷиат.

Ғайринишондод барои қабул ба барномаи табобати ҷойивазкунанда

1. Ҳассосияти дигаргуншавӣ ба метадон ва ё ба қисмҳои таркибии он;
2. Норасоии нафаскашӣ;
3. Норасоии кори ҷигар (хатари пайдошавии энсефалопатии ҷигар);
4. Ғайриимкон додани розигии маълумотдиҳӣ (ноҷуриҳои рӯҳӣ, сину соли то 18 сола).

#### 3.5. Шартномаи табобатӣ ва розигии маълумотӣ

Қабул аз оғози табобати ҷойивазкунанда ҳатман бояд ризоияти воқифии мизочро гирифтани зарур аст.

Воқифии мизоч аз бахшҳои асосии зерини боратаст:

1. Тавзеҳоти маънии табобати ҷойивазкунанда.
2. Тавзеҳоти мақсади табобат.
3. Маълумот дар бораи афзалият ва камбудии табобат.
4. Шаклҳои назорати мизоч.
5. Муддати интизорравандаи табобат.
6. Таъсири манфии метадон.
7. Хавфи истеъмоли иловагии моддаҳои дигари тирракунандаи асаб.
8. Имкониятҳои усулҳои ивазкунандаи табобат.

Пас аз пешниҳоди ахбороти муфассал оиди барномаи табобат бо мизочон шартномаи махсуси муолиҷавӣ ба имзо расонида мешавад. Дар шартнома бояд ӯҳдадорӣҳои тарафҳои иштироккунанда дарҷ карда шавад.

Кормандони тибби табобатию профилактикии муассисаҳои наркологӣ ӯҳдадоранд:

1. Тағйироти имконпазирро дар рафти табобат бо мизоч муҳокима кунанд.
2. Бо мизоч дар вақти муайян вохӯранд.

Мизоч ӯҳдадораст:

- Ба таври мунтазам бо табиб ва дигар кормандони муассисаҳои тиббӣ вохӯрад;
- Ба таъиноти табиб бо тамоми масъулият муносибат дошта бошад;
- Бо аввалин талабот намунаи пешобро барои санҷиши мавҷудияти маводи нашъадор супорад;
- Истеъмоли маводи ғайриқонунии нашъадорро то ҳадди ақал кам кунад, пурра даст кашад;
- Зӯхуроти ҳама гуна хушунат, бадхашмӣ ва гардиши ғайриқонунии маводҳои нашъадор аз тарафи мизоч манъ карда мешавад.

Мизоч огоҳонида мешавад, ҳангоми ба таври ҷиддӣ вайрон кардани талаботи шартнома, табобат метавонад қатъ карда шавад.

#### 4. МЕТАДОН ГИДРОХЛОРИД

Метадон (метадон гидрохлорид) яке аз доруҳои нисбатан бештар истифодашаванда ҳангоми табобати ҷойивазкунандаи маводи афюн дар бахши дар муассисаҳои табобатию профилактикии сохторҳои наркологӣ ба шумор меравад. Ин агонисти афюни синтетикӣ мебошад, ки таъсири он ба таъсири морфин шабоҳат дорад. Метадон аз роҳи узвҳои ҳозима новобаста аз шаклаш (маҳлул ва ё ҳабҳо) хеле хуб ҷаббида мешавад. Метадон хеле дастрасии хуби биологиро дорост, 80-95%. Онро дар шакли маҳлули 0,5% (дар 1 мл маҳлули он 5 мг метадон ҳаст), ҳабҳои 5, 10, 20 ва 40 мг истеъмом менамоянд. Ҳангоми истеъмоли метадон гидрохлорид тавассути даҳон аллакай баъд аз 30 дақиқа он дар хун пайдо мегардад. Миқдори зиёди он баъд аз 2-4 соати истеъмом дар хун муайян карда мешавад. Мубодилаи метадон асосан дар ҷигар

мегузарад ва он тавассути пешоб ва талха аз организм хориҷ мегардад. Он дар сафедаи хун то 14-30 соат, ба ҳисоби миёна 24 соат боқӣ монда метавонад. Ин мушаххасот метадонро дар шакли доруи ҷойивазкунандаи афюн ғоиданок месозад, зеро он имкон медиҳад, ки ба воситаи даҳон дар як рӯз як маротиба истеъмоли гардад.

Барои ба даст овардани миқдори муайяни баробари метадон дар хун он бояд мунтазам дар муддати 5-10 рӯз бо вояҳои баробар истеъмоли карда шавад. Метадон назар ба морфин бо сафедаҳои бофтаҳо ва сафедаи хун мустақамтар пайваст мешавад, ки барои нигоҳдошти концентратсияи муайяни он мусоидат менамояд. Ҳангоми истеъмоли мунтазами он, метадон метавонад дар бофтаҳои чарбу ҷамъ шавад, ки он ҳамчун як манбаъ хизмат намуда, миқдори муайяни онро дар хун нигоҳ медорад. Дар миқдори 60-120 мг он гузариши ҳиссиётхоро тавассути ретсепторҳои афюнӣ таъмин намуда, агар мизоҷамзамон аз дигар маводи нашъадор истифода барад ҳам, ҳиссиёти кайфиятӣ ҳис карда намешавад. Таъсири кайфиятии метадон ҳангоми истеъмоли он тавассути даҳон нисбат ба истеъмоли ҳероин хеле кам мебошад.

Таъсири «омад» ҳангоми истеъмоли ҳероин тавассути ворид намудани он ба варид аз яку-якбора баланд шудани концентратсияи он дар мағзи сар вобаста мебошад. Метадон нисбатан камтар липофилӣ ба ҳисоб меравад ва аз ин рӯ тавассути монеаи гематоэнцефалии сустар мегузарад. Таъсирҳои манфии он танҳо дар 20% мизоҷон ба мушоҳида мерасад халос.

#### 4.1. Таъинот ва ба вояҳо ҷудо кардани метадон

Усулҳои умумӣ:

Аз вояи паст сар кунед, оҳиста оҳиста вояро зиёд кунед, аммо ба вояҳои баланд кӯшиш нанамоед.

- Пеш аз ҳама осеб нарасонед: баҳодиҳии дараҷаи вобастагӣ ва таҳаммулпазирӣ беэътимод аст, аз ин рӯ ҳеҷ вақт набояд ҳангоми муайян кардани вояҳои аввалияи метадон он ҳамчун асос қабул карда шавад, ки дар ҳолати нодуруст баҳо додан метавонад ба захролудшавӣ оварда расонад.
- Ҳеҷ як арзишҳои ахлоқӣ дар робита бо вояҳои „баланд“ ва ё „паст“ вучуд надорад.
- Метадон набояд чун „мукофот“ ва ё „ҷазо“ дода шавад.
- Ҳарчӣ ҳадамоти бештаре пешниҳод карда шавад, ҳамон қадар хуб аст, аммо чунин хизматрасониҳо набояд ҳатмӣ бошад.
- Яке аз монеаҳои асосии ҳалалдорсозандаи самаранокии табобат бо воситаи метадон ин васеъ паҳн шудани доғи шармандагӣ ва ё ҷудокунӣ аз ҷомеа аст, ки бо ин беморӣ ва табобатгирии шахс ва ҳуди табобат вобаста аст. Бояд истеъмолкунандагони маводи нашъадорро дар паси сар кардани ин монеаҳо дастгирӣ кард ва ба кормандони тиббӣ зарур аст, ки барои омӯзиш ва хабардор кардани ҳаёти муассиса (аз ҷумла, ҳамкасбони худро) аз тамоми воситаҳои мавҷуда истифода баранд.
- Дар ҳолати мавҷуд набудани ҳуҷҷати тасдиқкунандаи он, ки пештар дар дигар шароит ба мизоҷи вояҳои баланди метадон дода мешуд, бояд вояро аз рӯи тавсияҳои, ки дар дастури методӣ барои табобаткунандагон нав ба табобат шурӯъ карда пешниҳод шудааст, истифода бурд.

#### 4.2. Марҳалаи ибтидои табобат (интихоби воямуайянкунӣ)

Метадон маводи нашъаовари сахттаъсири гурӯҳи афюнӣ ба шумор меравад. Барои калонсолоне, ки таҷрибаи истеъмоли маводҳои афюниро надоранд миқдори 50 мг он кофӣ аст, ки одамро ба марг орад ва барои кӯдакон ҳамагӣ 10мгмарговар ҳисобида мешавад. Ҳангоми табобати ҷойивазкунанда ду марҳилаи онро қайд менамоем: марҳилаи индуксия ва марҳилаи барқароршавӣ. Дар марҳилаи индуксия миқдори истеъмолии шабонарӯзии метадон мунтазам то ба даст овардани миқдори зарурии он баланд карда мешавад. Дар марҳилаи барқароршавӣ мизочон миқдори муайяншудаи метадонро қабул менамоем, ки дар баъзе ҳолатҳо он метавонад тағйир ёбад (баъзе бемориҳои иловагӣ ё истеъмоли маводҳои доругӣ, ки концентратсияи метадонро метавонанд кам намоянд ё баръакс таъсири онро зиёд кунанд).

Вояи аввалин аз нуқтаи назари беҳатарӣ на бояд аз 20 мг зиёд бошад ва агар оиди тобоварии мизочон шубҳа бошад 10 мг. Зиёд намудани вояи метадон ҳангоми аз байн нарафтани аломатҳои қатъи истеъмоли маводҳои афюнӣ танҳо баъд аз 3 соати истеъмоли аввала мумкин мебошад. Вояи иловагӣ 5мг ташкил медиҳад баъд аз 3 соат мумкин аст боз 5мг вояро илова намуд. Дар тамоми ин муддат мизочон бояд зери назорат бошанд. Бо назардошти он, ки метадон метавонад дар организм чамъ шавад ва ҳафтаи аввал миқдори аввалияи онро набояд аз 5мг дар як шабонарӯз ва назиде аз 15мгмуддати ҳафтаи аввал зиёд намуд. Бояд дар хотир дошт, ки аз меъёр зиёд истеъмомол кардани метадон барои одам хеле хатарнок буда, дар навбати худ бояд онро низ дар назар дошт, ки таъини вояи ғайрикофӣ низ бесамар хоҳад шуд. Вазифаи аввалини марҳалаи индуксия ин бартараф намудани алоими парҳезии афюнӣ мебошад.

Дар давраи аввали табобат барои рӯй надодани аломатҳои қатъ ва бамавқеъ бартараф намудани аломатҳои пайдошудаи парҳезӣ мизочро то устуворшавии ҳолаташ ҳамарӯза машварат ва муоина намудан зарур аст. Вақте, ки мизочро барои тарзи дурусти устуворшавӣ дар чорҷӯбаи табобат бо метадон зарур аст, метавонад то шаш ҳафта ва аз ин зиёдро ташкил медиҳад.

Мизочоне, ки дар ҳолати мастӣ (аз маводи нашъадор ё машруботи спиртӣ) қарор доранд, вояи навбатии метадонро додан мумкин нест, то он даме, ки ҳолати захролудшавӣ дар онҳо нагузарад.

#### 4.3. Марҳалаи ёрирасонӣ

Баъд аз индуксияи аввала марҳилаи муайян кардани вояи ёрирасон оғоз меёбад. Мақсади он аз байн бурдани хоҳиши истеъмоли маводҳои нашъаовари ғайриқонунӣ ва инчунин ба даст овардани «таъсири баста» мебошад. Ин таъсир бо он ифода меёбад, ки зери таъсири истеъмоли вояҳои муайяни метадон дар сурати истеъмоли дигар маводҳои нашъаовари ғайриқонунӣ ҳиссиётҳои кайфиятӣ баста мешаванд, яъне онҳо аз тарафи истеъмомолкунанда дарк карда намешаванд. Дар ин марҳила вояи метадон мунтазам зиёд карда мешавад. Суръати зиёд намудани миқдори истеъмолии метадон аз вояи асосии рӯзонаи истеъмолии он вобаста мебошад. Агар он 60мг бошад, суръати тағйироти он метавонад 5 мг дар 5 рӯзро ташкил диҳад, агар вояи зиёдтар бошад 10мг дар 3 рӯз. Ба ҳисоби миёна нишондодҳои зиёд намудани миқдори метадон 10 мг дар як ҳафта, ҳангоми воя 40-100мг ва 15мг дар як ҳафта, агар воя аз 100мг зиёд бошад, ташкил медиҳад.

Мувофиқи тадқиқотҳои гуногун дар ин самт шуда, барои кулли беморон вояи мувофиқи истеъмолии метадон ин 80-120 мг/шабонарӯз мебошад. Барои баъзе беморон вояи 40-60мг кофӣ мебошад, вале барои дигарон вояи то 120-180 мг ва аз он

ҳам зиёдтари вояи метадон лозим аст. Миқдори вояи истеъмолшаванда на бояд ба принципҳои ахлоқӣ вобаста карда шавад, балки он танҳо бояд дар асоси нишондодҳои клиникӣ муайян карда шавад. Инчунин набояд бо миқдори вояи таъиншаванда ҳамчун як асбоби таъсировар, ба монанди зиёд намудани он ҳамчун ҳада ё паст кардани он ҳамчун ҷазо барои беморон рафтор намуд.

Омили муҳими муолиҷа ин назорати пайвастаи ҳолати беморон мебошад. Ҳамшираи шафқате, ки назорати ҳамарӯзаро оиди ҳолати мизочон мебарад, ҳангоми пайҳас бурдани тағйиротҳо дар рафтору ҳолати умумии саломатии онҳо пеш аз додани вояи навбатии метадон, онҳоро ҳатман барои гузаштани муоинаи духтур равона мекунад. Инчунин мизочоне, ки ба муроҷиати навбатӣ ҳозир нашуданд ба муоинаи духтур равон карда мешаванд.

Мавҷудияти хоҳиши истеъмоли маводҳои нашъаовар, аломатҳои алоими парҳезии истеъмоли онҳо истифодабарии иловагӣ аз дигар маводҳои тиракунандаи асаб аз он далолат медиҳад, ки вояи мукараршудаи метадон ба ин ё он бемор кофӣ намебошад. Барои роҳ надодан ба чунин ҳолатҳо мизочон қаблан огоҳонида мешаванд, ки ҳангоми муайян намудани вояи ёрирасон мумкин аст хоҳиши иловагӣ барои истеъмоли дигар маводҳои нашъадор пайдо шавад. Дар ин сурат онҳо баяд ҳатман ба духтур муроҷиат намоянд, то имконоти зиёд намудани вояи истеъмолии методонро дида бароянд. Тағйир додани вояи истеъмолии метадон инчунин ҳангоми истифодабарии дигар маводҳои доругӣ зарур мешавад. Агар сарчашмаи ва хоболудӣ мушоҳида шавад, онҳо вояи метадонро паст намудан зарур аст. Дар марҳалаи индуксия ҳамаи мизочон ҳамарӯза аз тарафи духтур муоина карда мешаванд ва ҳангоми таъин намудани миқдори иловагии метадон – якчанд маротиба дар муддати рӯз, ки ҳамаи он дар дафтари амбулаторӣ статсионарии мизочон қайд карда мешаванд. Муоинаи ҳолати мизочон аз тарафи мутахассисон ба қадри муроҷиати мизоч барои машварат гузаронида мешавад, вале на кам аз як маротиба дар як ҳафта дар моҳи 2-юм; ҳар ду ҳафта аз моҳи дуюм; баъдтар як маротиба дар як моҳ (ҳангоми зарурият тез-тез). Тамоми тағйироти ҷиддии ҳолати мизоч ва инчунин тамоми таъинотҳо ё иваз намудани миқдори истеъмолии метадон бояд ҳатман дар навиштаҷотҳои табиб ифода гарданд.

#### 4.4. Тартиби додани метадон ба иштирокчи

Метадон ба мизочон ҳамарӯза мувофиқи тартиби кории муассисаи табобатӣ дода мешавад. Муайян намудани воя ҳангоми додан ба бемор мувофиқи варақаи таъинотӣ аз тарафи ҳамшираи шафқат гузаронида мешавад. Шакли моеъи метадони концентратсияҳои гуногун ба воситаи асбоби махсус – дозатор воягузорӣ карда мешавад. Мизочон танҳо дар ҳузури ҳамшираи шафқат вояи метадони худро истеъмол менамоянд. Маълумотҳои шахсии кормандоне, ки барои дастрас намудан, нигоҳ доштан ва тақсими маҳлули метадон шомиланд ба Агентии назорати маводҳои нашъаовари назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон пешниҳод карда мешаванд.

#### 4.5. Тартиби додани “воя ба даст”

Дар оянда бо мақсади таъмини хуби муносибатҳо бо мизочон ва васеъ намудани сатҳи ваколат ва қобилияти онҳо тавассути ба даст овардани «боварӣ», бояд масъалаи додани вояи истеъмолии метадон ба дасти мизочон бо риояи тартиботи муайян аз тарафи онҳо, дида баромада шавад. Додани воя ба даст махсусан дар шароити деҳот, ки вазъияти муроҷиат ба марказҳои табобатӣ, ки хусусан дар шаҳрҳои калон ҷойгир

мебошанд, ниҳоят зарур мебошад. Ин намуд таҷрибаро танҳо баъд аз шаш моҳи иштирок дар барномаи табобатӣ дар ҳолати риояи қатъии ҳамаи низому тартиботи табобатӣ (ҳамарӯза омадан ба маркази табобатӣ барои қабули вояи метадон, надоштани наягон танбеҳ аз тарафи кормандони марказ, санҷишҳои хуби пешоб ва ғ.) аз тарафи иштирокчи метавон амалӣ кард. Таҷрибаи истеъмоли метадонро дар шароити хона бояд аз якрӯз дар як ҳафта сар намуда, то муддати якҳафта метавон расонд. Ин ҳам бошад танҳо баъд аз як соли табобати самаранок метавон истифода кард. Қарор доир ба истеъмоли метадон дар шароити хона танҳо салоҳияти комиссияи тиббӣ машваратӣ мебошад. Ин қарор ба таври хаттӣ нақшаи истеъмолии хонагии метадонро бо қайди вояи он ва рӯзҳои истеъмолӣ пурра дарҷ менамояд. Як нусхаи ин қарордод ба дасти худи мизоҷ дода мешавад. Дар сурати суистеъмол намудан аз ин бартариӣ додасуда ва пайдо шудани тағйиротҳо дар рафтору ҳолати саломатии мизоҷон, онҳо боз ба речаи умумӣ гардонда мешаванд.

Ба ҳар сурат мизоҷоне, ки вояи метадонро ба истеъмол дар шароити хона гирифтаанд, барои нигоҳдорӣ ва истифодаи мақсадноки он мувоқи қонунгузориӣ ҷойдошта, ҳудашаон ҷавобгар мебошанд. Метадон барои истеъмол дар шароити хона қаблан дар марказҳои табобатӣ тайёр карда шуда, дар шакли барои истеъмол тайёр ба мизоҷон дода мешавад. Дигар намуди додани метадон ин тариқи варақаҳои доругии духтурӣ, ки тавассути он мизоҷон метавонанд аз доруҳонаҳо метадонро дастрас намоянд. Метадоне, ки барои истеъмол дар шароити хона дода мешавад, аз тарафи мизоҷон мустақилона қабул карда мешавад.

#### 4.6. Меъёрҳои муҳими додани “воя ба даст”

Додани воя барои истеъмол дар шароити хона танҳо дар бисёр мавридҳо барои метадон тааллуқ дорад. Додани бупренорфин барои истеъмол дар шароити хона одатан тавсия дода намешавад, чунки дар ин сурат эҳтимолияти истеъмоли дохили варидии он зиёд мебошад. Ҳолати клиникаи мизоҷон бояд пеш аз он ки ба онҳо барои истеъмоли хонагӣ вояи доруҳои ҷойивазкуанда дода шавад, муъқдил бошад. Вояи барои истеъмоли хонагӣ додасуда бояд ба вояи истеъмоли зерӣ назоратӣ баробар бошад.

Пеш аз оғози истеъмоли вояи хонагӣ бояд мизоҷон муоина карда шаванд ва ба ҳолати онҳо баҳо дода шавад. Таҳлили ҳолати мизоҷон бояд дар муддати ду моҳ гузаронида шавад ва он аз амалҳои зерин иборат бошад:

- ҳавасманд будан бо вояи истеъмолии ҷорӣ;
- ҳавасманд будан ба таъинот ва сӯҳбату вохӯриҳо бо духтурон ва дигар кормандони марказҳои табобатӣ;
- мавҷуд набудани истеъмоли иловагии дигар маводҳои нашъаовари ғайриқонунӣ;
- солимии бардавоми рӯҳӣ;
- макони доимии зист
- ҷои беҳавф барои нигоҳдориӣ доруҳо, хусусан агар дар хона кӯдакҳо бошанд.

Ҳангоми муайян намудани муофиқтии мизоҷон барои истеъмоли метадон дар шароити хона душвории зиёдро пеш меорад. Дар қабули қарор доир ба додани вояи метадон барои истеъмоли хонагӣ бояд фикру ақидаи тамоми кормандон ба инбат гирифта шавад. Ин кор тавассути амалҳои зерини пай дар пай иҷро карда мешавад:

- дар муддати ду моҳи авали муолиҷа вояи метадонро дар шароити хона истеъмол набояд кард;
- баҳо додан ба ҳолати устуворӣ – як воя ба даст дар муддати як ҳафта;
- баҳо додан ба ҳолати устуворӣ дар муддати як моҳ – истеъмоли 2 воя дар муддати як ҳафта дар шароити хона;
- баҳо додан ба ҳолати устуворӣ дар муддати як моҳ – истеъмоли 3 воя дар муддати як ҳафта дар шароити хона;
- баҳо додан ба ҳолати устуворӣ дар муддати як моҳ – истеъмоли 4 воя дар муддати як ҳафта дар шароити хона.

Барои мизочони аз ҳама устувор тавсия дода мешавад, ки танҳо на зиёда аз 4 вояи метадонро барои истеъмол намудан дар шароити хона дода шавад. Ин дар навбати худ имконият медиҳад, ки 3 вояи боқимондаи барои як ҳафта истеъмолшаванда танҳо зерин назорат қабул карда мешавад.

Додани воя ба даст барои истеъмол дар шароити хона дар ҳолатҳои зерин тавсия дода намешавад:

- истеъмоли якчанд намуди моддаҳои нашъаовар ё тиракунандаи асаб;
- ҳолатҳои сӯистеъмоли маводҳои нашъаовар ё ҳолатҳои мастӣҳангоми мурочиат ба муассисаҳои табобатӣ;
- ҳолати ноустуворирирӯҳӣ;
- агар пайҳас бурда шавад, ки мизочон вояи ба даст дода шударо тариқи сӯзандору истеъмол менамоянд.

#### 4.7. Санҷиши пешоб ба истеъмоли маводҳои фаъолкунандаи рӯҳии (МФР) таъиннашуда

Бо мақсади баҳодиҳии объективии ҳолат ва рафтори мизочон гузаронидани назорати пешобпешбинӣ шудааст. Таҷзия ва таҳлил ба мавҷудияти афюнҳо (морфин, ҳероин), инчунин барбитуратҳо, бензодиазепин ва амфетаминҳо гузаронида мешавад. Муддати пешниҳодшавандаи назорати пешоб як маротиба дар як моҳ дар муддати соли аввали табобат аст. Ҳангоми табобати бобарор дар муддати сол ин муддат метавонад то ба як маротиба дар се моҳ кам карда шавад. Ҳангоми зарурат табиб ҳуқуқ дорад гузаронидани назорати пешобро бештар таъин кунад. Натиҷаҳои таҳлил барои боз ҳам дақиқтар тайин кардани вояи метадон, хоса барои фаъолияти “маҳдудкунанда” ва инчунин барои гузаронидани даҳолати иловагӣ, агар аломатҳои сӯиистифода аз маводи тиракунандаи дигар ошкор карда шавад, истифода мегардад.

Равиши назорати пешоб бояд бо риояи меъёрҳои ахлоқӣ ба анҷом расонида шуда, дар як вақт бояд дақиқияти натиҷаҳоро таъмин намояд. Таҳлили озмоишгоҳ метавонад бо ёрии низоми тестии стандартӣ ва ҳамчунин бо усули хромотографии нозукқабат амалӣ карда шавад. Интихоби усули мушаххас вобаста аз имконияти ин ё он муассиса аст.



## 4.8. Ҳозир нашудан ба қабули вояи метадон

Идораи вояҳои қабулнашуда ҳангоми табобати  
ҷойивазкунандаи ёрирасони вобастагии афюнӣ

Шумораи рӯзҳои партофташуда	Амалиётҳои тавсияшаванда
1 рӯз	1. Истеъмоли вояи ҷориро давом дода, ҳангоми таъиноти минбаъда масъала дида баромада шавад.
2 рӯз	2. Масъала дар чаласаи КТМ дида баромада шавад. 3. Табобат бо вояи ҷорӣ идома дода шавад.
3 рӯз	4. Масъала дар чаласаи КТМ дида баромада шавад. 5. Ними вояи истеъмолии метадон дода шавад ва аз рӯзи дағар ба қабули пурраи вояи аввала гузаронида шавад
Зиёда аз 3 рӯз	6. Масъала дар чаласаи КТМ дида баромада шавад. 7. Чоряки вояи истеъмолии метадон дода шавад ва аз рӯзи дағар ба қабули пурраи вояи аввала гузаронида шавад. 8. Мизоҷ бояд зери назорати қатъӣ дар рӯзҳои наздик қарор дода шавад.
Агар 5 рӯз партофта шуда бошад, аз нав амалҳои қабули метадонро гузаронидан лозим аст.	

## 4.9. Қайқунӣ

Агар қайқунӣ баъд аз 20 дақиқа ва аз он зиёди истеъмоли метадон рӯй дод, дар ин сурат метавон гуфт, ки метадон алақай ба организм ҷабида шудааст. Агар қайқунӣ дар муддати 20 дақиқаи истеъмом рӯй дода бошад, дар ин сурат бояд дар давоми 4-6 соат мизоҷонро назорат кардан лозим меояд. Дар ҳолати пайдо шудани аломатҳои парҳезӣ аз истеъмоли маводҳои афюн, ба бемор ними вояи истеъмоли ўро таъин менамоянд.

Идораи вояҳои қайқардашудаи метадон ҳангоми табобати  
ҷойивазкунандаи ёрирасони вобастагии афюнӣ

Вақти қайқунӣ	Дар ҳузур	Амалҳо
Қайқунӣ >20 дақиқа баъд аз истеъмоли воя	Қайқунӣ дар ҳузури шоҳидон ва ё қайқунии дида нашуда	Метадон, мумкин аст алақай ҷабида шуда бошад ва барои ҳамин ягон ҷорабиниҳои иловагӣ лозим нест
Қайқунӣ <20 дақиқа пас аз истеъмоли вояи метадон	Қайқунии вояи истеъмомшудаи метадон дар ҳузури шоҳидон	Истеъмоли такрорӣи вояи қабулқардашудаи метадон

	<p>Қайкунии вояи истеъмошуда дар набудани шоҳидон</p>	<p>Назорат ва муоинаи мизоҷ баъд аз 4 соат барои муайян намудани он, ки дар ӯ аломатҳои парҳезӣ пайдо мешаванд ё не</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нишонаҳои парҳезӣ – вояи муқарарӣ дода шавад</li> <li>• Нишонаҳои парҳезӣ вучуд надоранд- вояи метадон дода нашавад ва қабули такрорӣ аз рӯзи дигар оғоз карда шавад</li> </ul>
--	---	--

#### 4.10. Марҳалаи анҷомёбии табобат бо метадон

Асос барои анҷоми муолиҷаи мизоҷон:

1. Анҷоми нақшагии муолиҷа бо розигӣ ва қарордоди табиб ва мизоҷ.
2. Анҷоми пеш аз мӯҳлат бо сабаби даст кашидани мизоҷон аз табобати минбаъда бо қарордоди яктарафаи мизоҷон.
3. Аз табобат хориҷ намудани мизоҷон.

Омилҳои аз табобат хориҷ намудани мизоҷон метавонанд чунин бошанд:

- зӯрварӣ нисбати кормандони муассисаи табобатӣ;
- номунтазам қабул намудани метадон ва саркашӣ кардан аз алоқа бо кормандони тиб;
- истеъмоли пайвастаи машруботи спиртӣ бо мавҷудияти аломатҳои вобастагии алкоҳолӣ;
- кӯшишҳои бе иҷозат баровардани метадон аз ҳуҷраи қабули метадон;
- мавҷуд будани аломатҳои алергиявӣ ба истеъмоли метадон.

Дар сурати анҷоми нақшагии ТҚЁ ба воситаи метадон нақшаи зерини паст намудани вояи истеъмолии метадонро истифода мебаранд: ҳар ҳафта 10мг кам намуда, то ба 80мг дар як шабонарӯз муқарар менамоянд, баъд ҳар ҳафта то 5мг кам намуда, то 40мг вояи истеъмолии шабонарӯзиро муқаррар мекунанд. Минбаъд паст намудани воя дар ҳудуди 2,5мг дар як ҳафта бояд бошад. Дар ду рӯзи минбаъдаи барномаи табобатӣ вояи 5 мг/шабонарӯз истеъмол намуда, баъдан пурра аз истеъмоли метадон даст мекашанд.

Дар сурати пеш аз мӯҳлат дасткашӣ намудан аз барнома ё хориҷ кардани мизоҷон аз барнома, тавсия дода мешавад, ки ҳамарӯза вояи истеъмолии шабонарӯзии метадонро 10 мг кам намуда онро ба 40 мг расонанд. Бо расидани воя ба миқдори 40мг/шабонарӯз ТҚЁ метавонад қатъ карда шавад. Агар ҳолат имконият бошад, пасткунии воя бояд давом дода шавад, ҳамчун нақшаи қатъи ихтиёрии ТҚЁ. Босуръат қатъ намудани метадон қобили қабул аст, танҳо барои пешгирии зӯрварӣ аз тарафи мизоҷ нисбат ба коргарон ё ин, ки нисбат ба мизоҷони барномаи ТҚЁ.

Бояд дар хотир дошт, кимизоҷ ҳолати худро бо пасткунии вояи метадон то марҳалаи муайян хуб ҳис мекунад, баъд аз он лаҳзае фаро мерасад, ки барои мизоҷ пасткунии бошиддат/суръатнокии қатъкунӣ зарур мешавад ё якчанд вақт ба таъиноти охирини

вояи метадонто устуворшавии ҳолат баргашта ва баъд тадричан қатъи ТЧЁ-ро давом додан лозим аст.

## 5.ДЕТОКСИКАТСИЯ БО ЁРИИ МАВОДИ МЕТАДОН ГИДРОХЛОРИД

Баъзе аз истеъмолкунандагони маводи нашъадор бо муваффақиятҳолати пурра ва устувори қатъро бо усули детоксификатсия ноил мегарданд. Бо вучуди ин детоксикатсия барои аксари истеъмолкунандагон ба муддати дурудароз самаранок нахоҳад буд. Афзалияти метадонро бо роҳи мизоҷонро дар табобат нигоҳ доштан, таъини вояҳои баланд на вояҳои пасти метадон, равона кардани барнома ба дастгирӣ, на ин ки ба худдорӣ, пешниҳоди машварату маслиҳат, ташхис ва табобати бемориҳои рӯҳии ҳамроҳ ва усулҳои табобати иҷтимоӣ метавон чанд маротиба афзуд, то истифодаи доруҳои иловагии ғайриқонунӣ кам карда шавад.

Детоксикатсия бо ёрии маводи метадон гидрохлорид метавонад бо мақсади детоксикатсия аз афюнҳои ғайриқонунӣ ва ҳамчунин бо мақсади қатъ кардани табобати ҷойивазкунанда бо ёрии метадон гузаронида шавад. Барои детоксикатсия истифодаи яке аз қадвалҳои стандартии дар поён овардашуда тавсия дода мешавад:

Тартиби детоксикатсия – 2 ҳафта:	Тартиби детоксикатсия – 1 моҳ:	Тартиби детоксикатсия – 4 моҳ:
25 мг дар муддати 3 рӯз	40 мг дар муддати 4рӯз	45 мг дар муддати 14рӯз
20 мг дар муддати 3 рӯз	35 мг дар муддати 3 рӯз	35 мг дар муддати 14рӯз
15 мг дар муддати 3 рӯз	30 мг дар муддати 4рӯз	30 мг дар муддати 14рӯз
10 мг дар муддати 3 рӯз	25 мг дар муддати 3 рӯз	25 мг дар муддати 14рӯз
5 мг дар муддати 2рӯз	20 мг дар муддати 4рӯз	20 мг дар муддати 14рӯз
	15 мг дар муддати 3 рӯз	15 мг дар муддати 14рӯз
	10 мг дар муддати 4рӯз	10 мг дар муддати 14рӯз
	5 мг дар муддати 3 рӯз	7 мг дар муддати 14рӯз

Дар ҳамаи ҳолатҳои нишон додашуда имконияти коркарди қадвали паст кардани вояи метадон аз тарафи табиби табобаткунанда дар якҷоягӣ бо мизоҷ ба таври фардӣ истисно нест. Табиб метавонад ба қадвали мавҷуда тағйирот ворид намояд, агар мизоҷ ба паст кардани минбаъдаи воя омода набошад. Ӯ метавонад ба як вақти муайян вояро як хел нигоҳ дорад ва ё муваққатан онро зиёд намояд.

Дар баъзе ҳолатҳо, дар давраи ниҳии детоксикатсия табобати бистарикунонӣ бо истифодаи клонидин, воситаҳои маскункунандаи гурӯҳи ғайриафюн, доруҳои оромбахшандаву хобоваранда ва ё бензодиазепинҳо мақсаднок ба ҳисоб меравад. Пас аз гузаронидани детоксикатсия ташкили низоми дастгирӣ бо роҳи қалб кардан ба гурӯҳҳои худёридиҳанда хеле муҳим ба шумор меравад.

## 6. ТАЪМИНИ МУАССИСАҲОИ ТАБОБАТИЮ ПЕШГИРИКУНАНДА БО МАҲЛУЛИ МЕТАДОН

Бурдани захираи якҷафтаинаи маҳлули метадон ба анборҳои дорухонаҳо/дорухонаҳо шуъбаҳо, ҳуҷраҳои ТҚЁ аз тарафи фармасевт/дорусоз ва ё ҳамшираи тиббии ТҚЁ-и муассисаҳои табобатӣ пешгирикунандаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли бо ҳамроҳии посбонон-экспедитор амалӣ карда мешавад. Маҳлули таёри метадон гидрохлорид дар зарфҳои тамғагузошташуда бо нишондоди номи маҳлул, санаи истеҳсол, рақами сериявӣ, мӯҳлати истифодабарӣ нигоҳ дошта мешавад. Мӯҳлати истифодабарии маҳлул 10 рӯз мебошад.

Нигоҳдории маҳлули метадон дар сейфҳои, ки дар биноҳои махсус таҷҳизонидашуда гузошта шудааст ва ба талаботи муқарраркардаи нигоҳдорӣ ва истифодаи воситаҳои маводи нашъадор ҷавобгӯ аст (фармони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи тартиби нигоҳдорӣ, баҳисобгирӣ, тақсим ва истифодаи воситаҳои нашъадор, захрдор, психотропӣ, воситаҳои саҳттаъсиркунанда ва прекурсорҳо дар соҳаи тиб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”) ва инчунин талаботи муқарраркардашуда дар муассисаҳои тиббӣ, ки табобат ба роҳ монда шудааст, амалӣ карда мешавад.

## 7. ДАСТГИРИИ РАВОНӢ – ИҶТИМОӢ

Вобастагӣ аз маводҳои афюн бо ёрии доруворӣ хеле самарнок табобат карда мешавад. Аммо, истифодаи воситаҳои доруворӣ бе расонидани ин ё он кӯмаки равонӣ-иҷтимоӣ маънои эътироф накардани моҳияти табиати вобастагӣ аз маводи афюн, аз даст додани имконияти амалисозии даҳлати матлуб ва талаб қардан аз қормандони табобаткунанда дар амалқарди баракси касбии худ дар ҷавобгӯ будан ба маҷмӯи талаботи мизочонро дорад. Барномаҳо оид ба табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон бояд ба расонидани кӯмаки ягонаи ҳамаҷонибаи равонӣ-иҷтимоӣ ба ҳар як мизоч дар ҷояш кӯшиш кунад. Дар Дастури ТУТ оид ба табобати вобастагӣ аз маводи афюн бо доруворӣ ва кӯмаки равонӣ-иҷтимоӣ (2010) оид ба дастгирии равонӣ-иҷтимоӣ дар барномаҳои ТҚЁ чунин тавсияҳо пешниҳод карҷда шудааст: “Дастгирии равонӣ-иҷтимоӣ ба ҳамаи мизочони вобаста аз маводи афюн дар таркиби табобати вобаста будагон аз маводи афюн бо доруворӣ расонида мешавад. Он бояд дар худ ҳадди ақал баҳодиҳии талаботи равонӣ-иҷтимоӣ, маслиҳати дилсӯзона ва робитабо ҳадамоти мавҷуда оид бо қор бо оилаҳо ва ҷомаеро дошта бошад”.

Бо мақсади табобати самаранок дар доираи ТҚЁ вобаста аз талаботи мизочон ва натиҷаҳои тести равонӣ онҳоро ҳатман ба дастрасӣ дар гирифтани намудҳои зерини кӯмакҳои табобатӣ-равонӣ таъмин қардан зарур аст:

- Идоракунии ҳолат ва сӯҳбатҳои мавзӯӣ – чунин сӯҳбатҳои кӯшишу ҳаракати мизочро дар дигаргунсозии рафтор таҳрик ва афзоиш медиҳад;
- Табобати равонии шинохти рафторӣ – дар муддат маҳдуд, дар асоси ҳадафманд будани даҳлати равонӣ ташкил қарда шудааст ва барои ҳалли мушкилоти истепмолкунандагони маводи нашъадор, ки табобат мегиранд, равона қарда шудааст. Дар рафти табобат авомили хатари баланди қабули маводи нашъадор ошқор қарда мешавад, ки ба мизоч имконияти азхуд қардани бартарафкунии монеаҳо ва бозғардонидан ба тарзи нисбатан солими ҳаётро имконпазир месозад;
- Гуруҳҳои худёридиҳанда ва ё барномаҳо бо иштироқи баробар аз рӯи вазъият.
- Ҳимояти иҷтимоии мизочон дар муассисаҳои ислоҳотӣ дар доираи табобати маҷмӯъ бояд оимлҳои зеринро дар худ дошта бошад:

- Кӯмак ба мизочон дар барқарорсозии муносибатҳои оилавӣ, ки аз байн рафтааст;
- Фиритодани онҳо ба хадмоти иҷтимоӣ ва дастгирии ҳуқуқӣ;
- Пешниҳоди иттилоот оид ба тартиби барқарорсозии ҳуҷҷатҳои шахсӣ пас аз гум шудан;
- Ташкили ҳамкорӣ ва идома додани кор бо муассисаҳои давлатӣ, барқараорсозии саломатӣ, хайрия ва ғайридавлатӣ, ки фаъолияти онҳо бо одамони истеъмолкунандаи маводи нашъадори тазриқ, одамони ВНМО умр ба сар баранда алоқаманд аст;
- Ташкили машваратҳои омӯзишии гуногун барои мизочон.

## 8. МӯҳЛАТИ ТАБОБАТ

Давомнокии иштирок дар табобати ёрирасон маҳдуд нест ва аз рӯи хоҳиши мизоч муайян карда ва бо табиби табобаткунанда мувофиқа карда мешавад.

## 9. МОНИТОРИНГИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТ

Санҷиши самаранокии ТҶА бо усулҳои гуногун гузаронида мешавад. Банақшагирии табобат ва ба таври мунтазам онро баррасӣ кардан хеле муҳим ба шумор меравад. Ин имкон медиҳад, ки натиҷаҳои табобат беҳтар карда шавад. Дар нақшаи табобат метавон ҳадафҳои кӯтоҳмуддат, миёнамуддат ва дарозмуддатро нишон дод: аз рӯи натиҷаҳои ба дастовардаи он пешравиҳои табобатро фаҳмидан мумкин аст. Тамоми маълумот оид ба ташхис, табобат ва комёбиҳои ба даст овардашуда бояд ба дафтарчаи тиббии мизоч сабт карда шавад. Дар дафтарчаи тиббӣ бояд маълумоти зерин ҷой дошта бошад:

- Баҳои натиҷаҳои ташхис;
- Нақшаи табобат;
- Миқдори вояи шабонарӯзии метадон;
- Самараи аворизи ҷонибии доруҳои таъиншуда;
- Ҷадвали табобат бо доруҳо (аз ҷумла, доруҳои зидди ретровирусӣ);
- Расонидани кӯмаки тиббӣ;
- Расонидани ёрии равонӣ ва рӯҳӣ;
- Расонидани ёрии иҷтимоӣ;
- Маълумоти ташхиси озмоишгоҳ;
- Назорати клиникӣ;
- Маълумот дар бораи риояи тавсияҳои табобатӣ;
- Вазъияти қатъ ва ба анҷомрасонии табобат;
- Ризоият барои қатъи табобат;

## Меъёрҳои самаранокии ТҶА

- \_ Беҳтар шудани ҳолати соматикӣ
- \_ Беҳтар шудани ҳолати эҷсосии равонӣ
- \_ Барқарорсозӣ ва зиёд шудани робита бо наздикону ҳешовандон \_

## Паст кардани рафтори ҷиноятӣ

- \_ Паст кардани сатҳи истеъмоли маводи нашъадори ғайриқонунӣ ва паст кардани рафтори хатарнок.

## 10 . ТАЪСИРИ МАНФИИ МЕТАДОН

Самараи оромбахшӣ (таскинбахшандагӣ). Тамоми афюнҳо ба ҷисм таъсири оромбахшанда мерасонад, аммо дар он шахсоне, ки вояи устувори онро ҳамеша истеъмом мекунад ҳиссиёти сустиву хастагӣ хеле кам ба чашм мерасад. Сабаби ин шуда метавонад қабули аз ҳад зиёди вояи баланди шабонарӯзии метадон, бо яққоягӣ истеъмоли доруҳои таскинбахшанда, қабули дигар доруҳо ва баланд шудани ғилзати метадон дар хун.

Қабзият (қабзи меъда). Метадон метавонад ба инқибози узлаҳои девораҳои рӯдаи ғафс мусоидат намояд, ки он ба боздошт ва таъхири гузаштани ҷамъи ахлот бо рӯдаҳо оварда мерасонад. Метадон инчунин ба таври назаррас сӯзиши таҳриқдиҳандаҳоро (ретсепторҳоро) паст месозад, ки он боиси хурӯҷи ахлот мегардад ва фишори исқанҷи мақъадро зиёд мекунад ва ин имконияти сахтшавии меъдаро болотар мебарад, ки аксари истеъмомкунандагони афюн аз ин азият мекашанд.

Араққунии зиёд – он дар 50 % мизочон мушоҳида карда мешавад. Ҳангоми аз ҳад зиёд шудани араққунӣ истеъмоли доруи нифедипин тавсия дода мешавад.

Вайроншавии давраи ҳайз- дар 90 % занҳое, ки маводҳои нашъаовари афюнро тариқи сӯзандору истеъмом менамоянд, мушоҳида карда мешавад. Ин на танҳо ба таъсири фармакологии маводҳои нашъаовар, балки ба мавҷуд будани ҳолатҳои стрессӣ ва истеъмоли бади ғизо вобастагӣ дорад. Ҳангоми гузаронидани табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон халалдоршавии давраи йдар 20% занҳо мушоҳида карда мешавад.

Зиёд шудани вазни бадан. Маҳлули метадон бо калорияи зиёд доштани худ фарқ намекунад (ҳамагӣ 1,7ккал ба 1 мл) ва аз ин рӯ пайдо шудани вазни зиёдтарӣ ҳангоми табобат бо метадон метавонад бо омилҳои зерин вобастагӣ дошта бошад: афзоиши иштиҳо дар шахсоне, ки метадон қабул мекунад (дар муқоиса бо истеъмомкунандагони ҳероин); истеъмоли нодурусти ғизо; вазни кофӣ надоштан дар оғози табобат; кам будани ҳаракат дар зиндагӣ; кам шудани стрессҳо.

Чунин таъсири манфӣ одатан дар оғози табобат ба миён меояд ва бо гузашти вақт суст мегардад. Дар баъзе аз мизочон он муддати дурудароз зухур меёбад, аммо чун одат ба оқибатҳои тиббӣ оварда намерасонад.

## 11. ЗИЁДЗАҲРОЛУДШАВӢ АЗ МЕТАДОН

Барои калонсолоне, ки таҳаммулпазирӣ ба метадон ташаккул наёфтааст, вояи 50 мг (0,5-1,5мг/кг) метавонад марговар бошад. Ҳатто вояҳои ками он ҳам, агар метадонро ҳамроҳ бо воситаҳои таскиндиҳанда (машруботи спиртӣ, бензодиапезинҳо, барбитуратҳо, димедрол) истеъмом кунад, марговар шуда метавонад. Мизочони

норасоии нафаскашӣ ва норасоии функсияи ҷигар дошта бештар ҳассостар ба ҳисоб мераванд.

Бояд мизочонро оид ба қоидаҳои зерин хабардор кардан лозим аст, ки онҳо бояд риоя кунанд, то ба сарфи беш аз ҳадди метадон роҳ надиханд.

- \_ Дар муддати чор соати аввали баъд аз қабули вояи аввали метадони таъйиншуда танҳо будани мизоч мумкин нест.
- \_ Қабули ҳамзамони афюнҳои “кӯчагӣ”, барбитуратҳо, бензодиазепинҳо ва алкоҳол хатарнок ба шумор меравад.
- \_ Агар ба мизоч кадоме аз доруҳо таъйин карда шуда бошад, ӯ бояд дар ин бора ба табиби барномаи метадон хабар диҳад, зеро ин метавонад танзими вояи метадонро талаб намояд.

Нишонаҳои истеъмоли беш аз ҳадди метадон инҳоянд:

- \_ нафаскашии сусти сатҳӣ;
- \_ пастшавии фишори хун;
- \_ сустшавӣ ва ё гум шудани набз;
- \_ кам шудани задани дил
- \_ танг шудани мардумакӣ чашм;
- \_ кабуд шудани лабҳо ва нуги ангуштон;
- \_ сафед ва хушк шудани пӯст;
- \_ вайрон шудани хушёрӣ, хушмандӣ (аз ҳолати хоболудӣ то ба аз хуш рафтан);
- \_ дилбеҳузурӣ, қайкунӣ;
- \_ вайрон шудани нутқ.

Воситаи асосии доруворӣ барои табобати истеъмоли беш аз ҳадди метадон (ва дигар афюнҳо) налоксон ба ҳисоб меравад. Налоксон бино ба сабаби таъсир ба таҳриқдиҳандаҳои мағзи сар (ретсепторҳо) рақиби антагонисти афюн ба ҳисоб меравад. Налоксонро ба шакли дохиливаридӣ, зери мушакҳо ва ё зери пӯст бо вояи аввалияи 0,2-0,4 мг ворид месозанд. Агар фаъолияти нафаскашӣ барқарор нашавад, вояи такрорӣ (вояи баландтар) налоксон пас аз 3-5 дақиқа то ба худогоҳӣ (ба худ омадан) ва нафаскашии худ ба худ дар маҷмӯи вояи то 10 мг тавсия дода мешавад. Ҳатто, агар дар мизоч беҳбудӣ ба назар расад ҳам, пас аз ба анҷомрасии таъсири налоксон ҳолати ӯ метавонад боз аз нав бад шавад. Муҳим он аст, ки шахси аз сарфи беш аз ҳадди метадон зарардида ҳадди ақал дар муддати 24 соат зери назорати табиб қарор доршта бошад. Агар ба мизочони фаъолияти нафаскашиашон сустшуда налоксон кӯмак накунад, дар ин ҳолат истифодаи ҳатмии нафасдиҳии сунъӣ ба шуш зарур аст.

## 12. ҲОМИЛАДОРӢ ВА ВОБАСТАГИИ АФЮНӢ

Нишондиҳандаҳои хусусиятҳои демографии вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ нишон медиҳанд, ки вобастагии афюнӣ дар занҳои синну соли қобили таваллуд тамоюли афзоиш дорад ва аз ин хотир бояд дар назар дошт, ки шумораи занҳои ҳомила бо вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ дар оянд мумкин аст зиёд гардад. Занҳои ҳомила бо аломатҳои вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ бояд бея гон навбатгузори қабул карда

шаванд. Тадқиқотҳои зиёд собит намудаанд, ки истеъмоли метадон ҳангоми ҳомиладорӣ таъсири манфӣ ба тифли дар батн буда намерасонад ва баръакс истеъмоли метадон дар давраи ҳомиладорӣ назар ба дигар маводҳои нашъаовари ғайриқонунӣ метавонад ба беҳтар шудани ҳолати саломатии зан ва хубтар гузаштани ҷараёни ҳомиладорӣ мусоидат намояд. Дар навзодон аломатҳои қатъи истеъмом мушоҳида карда мешаванд, ки онҳоро метавон хуб табобат намуд.

Тамоми кӯшишҳо бояд ба он дода шаванд, ки занҳо ҳомила дар нақшаи табобат дар давраҳои аввали ҳомиладорӣ ҷалб карда шаванд. Бояд санҷиши пешоб барои муайян намудани истеъмоли дигар маводҳои тиракунандаи асаб, санҷишҳо барои муайян намудани вирусҳои, ки тавассути хун сироят менамоянд гузаронида шаванд, инчунин масъалаҳои солимии рӯҳии занҳои ҳомиладор бояд дида баромада шаванд.

Баромадан аз истеъмоли маводҳои афюнӣ дар давараи ҳомиладорӣ тавсия дода намешаванд, чунки он метавонад ба оқибатҳои манфӣ биёварад. Дар сурати мавҷуд будани барномаҳои табобати ҷойивазкунандаи метадонӣ бояд ба занҳои ҳомила онро тавсия дод, чунки он бо натиҷаҳои мусбӣ барои занҳо собит шудааст. Аз сабаби он ки дар ин гурӯҳи занҳо ҳомиладорӣ бенақшавӣ мебошад, хуб мебуд, ки дар ҷараёни табобат ин чунин масъалаҳои банақшагирии ҳомиладорӣ, истифода аз маводҳои пешгирикунандаи ҳамли номатлуб баррасӣ карда шаванд.

Дар айнаи замон метадон ҳамчун доруи асосӣ барои муолиҷаи вобастагии афюнӣ дар занҳои ҳомила ба ҳисоб меравад. ТҶЁ истеъмоли такрорӣ маводҳои нашъаовари ғайриқонуниро кам намуда, аломатҳои парҳезиро аз байн мебарад ва хатари пайдошавии ҳаргуна оризаҳоро дар давраи ҳомиладорӣ кам менамояд. Он бояд бо ёрии пеш аз таваллуд ва машваратдиҳии иҷтимоӣ равонӣ (гурӯҳҳои дасгирикунанда, дастгирии иҷтимоӣ, омӯзишҳои малакаҳои рафторӣ ва ғайра) ҳамроҳ гузаронида шавад.

Далелҳо собит менамоянд, ки истеъмоли маводҳои нашъаовар дар давраи ҳомиладорӣ (ҳамчунин истеъмоли метадон) дар занҳои ҳомилаи вобастагӣ аз маводҳои афюнӣ дошта, хатари фавти батнии тифлро бо вучуди мавҷуд будани дигар шароитҳои мусоид зиёд менамояд. Иббот шудааст, ки табобати ҷойивазкунанда тавассути метадон бо ҳамбастагии ёрии пеш аз таваллуд, ба инкишофи тифл нисбатан мусоидат менамояд ва баръакс дар сурате, ки давом додани истеъмоли героин дар давраи ҳомиладорӣ метавонад ба фавти тифл оварда расонад.

Метадон – доруи дорои таъсири дарозмуддат буда ҳангоми таъиноти вояҳои муврфиқи он метавонад барои инкишофи тифл нисбатан мусоидат намояд. Дар занҳои ҳомилаи нашъаманд бояд табобат бо метадонро ҳарчи зудтар оғоз намуд. Табобат дар семоҳаи аввал ҳам ба модар ва ҳам ба инкишофи тифл беҳтар мебошад.

### 12.1. Воя

Вояи метадонро ҳамавақт бояд мутобиқ ба ҳар як шахс истифода кард ва он бояд барои бартараф кардани нишонаҳои объективӣю субъективӣ абстинетсия ва паст намудани хоҳиши истеъмоли маводҳои нашъаовар, кофӣ бошад. Бояд вояи камтарини самараноки метадон истифода бурда шавад. Вояҳои камтар аз 60 мг/шабонарӯз самаранок намебошанд ва метавонанд ба истеъмоли иловагии маводҳои нашъаовари ғайриқонунӣ аз тарафи занҳои ҳомила ва умуман даст кашидан аз табобати ҷойивазкунанда оварда расонад. Дар шумораи ками мизоҷоне, ки метадон истеъмом менамоянд, аз сабаби хусусиятҳои хоси мубодилаи моддаҳо ва ё истеъмоли дигар маводҳои доругӣ, мубодилаи метадон дар чигар тезтар мегузарад. Дар сурат вояҳои истеъмолии метадон бояд 80 - 120 мг/шабонарӯзӣ ва зиёд бошанд.



## 12.2. Паст намудани воя метадон (безаҳролудгардонӣ)

Дар мавриде, ки ҳолати бемори метадон истеъмолкунанда беҳтар шавад, муҳим аст, ки бо ӯ маслиҳат оиди таёр будан барои тадричан кам кардани воя ва қатъ кардани табобати ҷойивазкунанда пеш аз таваллуд кардан ё ин ки табобати ҷойивазкунандаро давом додан лозим. Паст кардани воя танҳо дар ҳолате, ки ҳомиладори бе ориза гузарад ва ба дуҷум сомоҳа расад. Паст кардани воя ба 2,5-5мг дар як ҳафта бехатар ба ҳисоб меравад. Ба қадри имкон зарур аст, ки ба авҷгирии аломатҳои парҳезӣ роҳ дода нашавад, чунки он дар ҷанин таъсири дистрессиро ба вуҷуд меорад.

## 12.3. Баланд намудани вояи метадон

Дар давраҳои охири ҳомиладорӣ эҳтимол аст, ки вояи истеъмолии метадонро зиёд бояд кард ва ё онро барои истеъмол дар ду вақт дар як шабонарӯз тақсим бояд кард (сахар ва бугоҳ), чунки дар ин давра метавонад миқдори метадон дар хуни давр зананда бо сабабҳои зиёд шудани плазмаи хун ва баланд шудани басташавии он бо сафедаҳои хун, кам гардад. Дар баъзе мавридҳо бояд вояи истеъмолии метадонро баҳри пешгирӣ намудани аломатҳои парҳезӣ ва истеъмоли маводҳои ғайриқонунии нашъаовар ба 5-10 мг бояд зиёд намуд. Инчунин бояд қайд намуд, ки таъиноти нақшаи ПСМК, ки неврапин ё эфавиренз дорад, баланд кардани вояи истеъмолии метадонро талаб менамояд.

## 12.4. Таъсири мутақобилаи байни метадон ва ДЗР дар занҳои ҳомиладор

Дар занҳои ҳомиладор таъсири мутақобилаи метадон бо ДЗР ба монанди дигар мизоҷон мебошад. Агар дар нақшаи муолиҷа барои ПСМК зани ҳомиладор ИНТБ (ингибиторҳои нуклеозидии транскриптазаи баргашт) (неврапин ё эфавиренз) қабул кунад, вояи метадонро дар ин сурат бояд зиёд намуд, чунки ИНТБ концентратсияи метадонро дар хун метавонанд кам кунанд, ки ба пайдошавии аломатҳои абстиненти оварда мерасонад.

Дар якҷанд тадқиқотҳо муайян карда шудааст, ки дар мизоҷоне, ки дар мудати дароз метадон истеъмол менамоянд бо оғози қабули неврапин вояи метадонро баҳри пешгирии ҳолати абстиненти ба 50-100% зиёд намудан лозим буд. Ҳолати парҳезӣ дар бисёр мавридҳо дар 4-8 –ум шабонарӯз мушоҳида карда мешуд. Метадон метавонад концентратсияи зидовудинро хеле зиёд намояд (до 43%), ки хатари пайдошавии таъсирҳои манфиро зиёд менамояд. Барои ҳамин бемор бояд зери назорати қатъӣ қарор дода шавад.

Саквинавир/ритонавир каме сатҳи метадонро кам менамоянд. Тағйир додани вояи метадон дар ин сурат лозим нест, вале бемор бояд зери назорат қарор гирад.

Агар, имкони гузаронидани бедардкунии эпидуралӣ дар давраи барвақти таваллудкунӣ лозим ояд, онро дар давраи барвақти баъди таваллудкунӣ тақрор намудан мумкин аст, махсусан баъд аз ҷарроҳии қайсарӣ.

## 12.5. Ширмакони ва метадон

Ширмакони ҳангоми табобат ба воситаи метадон ба омӯзишӣ иловагӣ ниёз дорад.

### 13. ВНМО, СИЛ ВА ВОБАСТАГӢ АЗ АФӢОН

Табобати ҷойивазкунанда барои беҳбуд бахшидани пойбанди ба табобати зидди ретровирусӣ барои истеъмолкунандагони маводи афюн, одамони бо ВНМО умр ба сар баранда имкониятхоро боз мекунад. Табобати ҷойивазкунанда ба онҳо имконият медиҳад, ки ҳаёти худро ба танзим дароранд ва аз мушкилиҳоеро, ки ба рафтори хатарноки тазриқӣ вобастагӣ дорад паси сар кунанд ва ё ҳалли онҳоро зери идораи худ бигиранд. Ин аст, ки ТҶЁҳамчун як бахши муҳим дар стратегияи ҳифзи истеъмолкунандагони фаъоли маводи нашъадори тазриқӣ дар табобат баррасӣ мешавад. Он ҳамчунин имкониятҳои иловагиро барои васеъ кардани миқёси табобати зидди ретровирусӣ пешниҳод менамояд, ҳавасмандиро беҳбуд мебахшад ва дастрасиро ба хидматгузориҳои тиббӣ зиёд мекунад.

Дар барномаҳои табобати ҷойивазкунанда, ки бо барномаҳо оид ба табобат ва нигоҳубини ВНМО якҷоя карда шудааст, метавонад хидматрасониҳои зерин ташкил карда шавад: гузаронидани тест ба мавҷудияти ВНМО, фиристодани онҳо ба хидматгузориҳо оид ба ВНМО, нигоҳдории робита бо хидматгузориҳо оид ба ВНМО нисбат ба табобат ва нигоҳубин, омода кардани истеъмолкунандагони маводи нашъадори тазриқӣ барои табобати зидди ретровирусӣ, додани доруҳои зидди ретровирусӣ дар ҳамроҳии табобати ҷойивазкунандаи афюнӣ, мониторинг ва идоракунии самараҳои манфии табобати зидди ретровирусӣ, мониторинг ва идораи таъсири мутақобила дар байни метадон ва доруҳои зидди ретровирусӣ. Одамони истеъмолкунандаи маводи нашъадори тазриқӣ низ бо як қатор сабабҳо ба гурӯҳи хатари баланди ба бемории сил гирифта мешавад дохил мешаванд. Таҳдиде, ки истеъмолкунандагони нашъа ба хусус ба он ҳассосанд ин камбағалӣ, бехонагӣ дар зичӣ зинадгӣ кардан ва дар макони аз озодӣ маҳрум кардан қарор доштан омилҳои аслии иҷтимоии бемории сил ба ҳисоб меравад. Уфунати ҳамзамон бо ВНМО низ хатари афзоиши сили нуҳуфта ба бемории фаъол зиёд мекунад. Аз ин рӯ якҷоя кардани муносибат ба табобати бемории сил, ВНМО ва вобастагӣ аз маводи афюн дар одамони истеъмолкунандаи маводи нашъадори тазриқӣ тавсия дода мешавад.

Дар нуқтаҳои табобати ҷойивазкунанда тақсими доруҳои ДОТС ва мониторинги истеъмоли онҳо, пешниҳоди табобати пешгирикунанда бо изоназид (ТПИ) ба одамони бемории сили нуҳуфта дошта, одамони истеъмолкунандаи маводи нашъадори тазриқӣ, пешниҳоди хизматрасонии тестӣ ба ВНМО ба беморони сил, машварат ва инчунин хизматрасонӣ оид ба пешгирии ВНМО, пешниҳоди табобати зидди ретровирусӣ, котримоксазол ва кӯмаки қатънашаванда ба беморони сил вобаста ба ВНМО ва ба одамони бо ВНМО умр ба сар баранда тавсия дода мешавад.

### 14. ҶАНБАҲОИ ТИББӢ-АХЛОҚИИ БАРНОМАҲОИ ТҶА

Ҷанбаҳои ахлоқии табобати ҷойивазкунандаи маводи афюн дар асоси илмӣ ва мувофиқи тавсияҳои ТУТ, Раёсати СМИ оид ба маводи нашъа ва ҷиноят, ЮНЭЙДС ва қонунгузориҳои миллӣ исбот шудааст.

Ҳар як табиб дар фаъолияти кори худ маҷбур аст, ки мушкилот ва ниёзҳои ахлоқӣ ва маънавиро ҳал намояд, таҷрибаи кори худро аз мавқеи ахлоқӣ умумибашарӣ ва касбӣ баҳо диҳад. Табобати ҷойивазкунанда дар соҳаи наркология истисно намебошад. Маълум аст, ки табобати ҷойивазкунанда ба ҳеҷ вачҳҳолати инсонии аллақай аз маводи нашъа вобастаро бад намесозад ва бе тасдиқи ташҳиси клиникӣ ва озмоишгоҳии синдроми вобастагӣ аз маводи афюн дастрасӣ ба барномаҳои табобати ҷойивазкунанда ғайриимкон аст.

Ва он эродҳои марбут ба он, ки табобати ҷойивазкунанда ҳавасмандии иштирокчиёро дар барномаҳои "drug free" (озод аз маводи нашъадор) маҳдуд месозад, низ беасос шуморида мешавад. Аввалан, барномаҳои кӯтоҳмуддати табобати ҷойивазкунанда мавҷуд аст, ки бо ба анҷом расонидани он мизоҷ имконияти гузаштани табобати беаҳролудгардонӣ ва шомил шудан ба корҳои барқарорсозӣ ва тавонбахширо дорад. Сониян, шумораи вобастагони ризоманди дар аввал бо барномаҳои "drug free" (озод аз маводи нашъадор) коркунанда аз шумораи умумии одамони истеъмолкунандаи маводи нашъадори тазриқӣ хеле кам аст ва интизор шудани он ки ҳавасмандии онҳо ба миён меояд ин маъноӣ дар зери хатари ба ВНМО мубтало шудани онҳо, сарфи беш аз ҳадди воя, тела додан ба фаъолияти ҷиноятиро дорад.

Ҳамин тавр, набудани зарар аз таъйини табобати ҷойивазкунанда ба шахсони вобастабуда аз маводи нашъадор ба принципҳои асосии тиббӣ "non nocere (зарар нарасон)" ҷавобгӯ аст.

Равшану возеҳ аст, ки таъйини дорувории ҷойивазкунанда ба мизоҷи аллақай вобастабуда вобастагии навро ба миён намеоварад ва бо ин зарари иловагӣ намерасонад. Табобати ҷойивазкунанда имконияти мизоҷро аз пурра тарк кардани қабули нашъа ягон зарра ҳам кам намесозад. Таъсири манфии истифодаи дарозмуддати доруҳои ҷойивазкунанда аз тарафи мутахассисони гуногун хеле хуб омӯхта шудааст ва барои таъйин кардани он монеа ба ҳисоб намеравад.

Дигар аз ҷанбаи муҳим ин риояи ахлоқ аст, ки дар асоси ҳуқуқи интихоби озод ташаккул ёфтааст. Шароити зарурӣ ва ҳатмии ин ҳуқуқ иттилоотонии мизоҷ ба ҳисоб меравад. Дар барномаҳои табобати ҷойивазкунанда ин амал бо роҳи ба тасвиб расонидани шартномаи махсус ва ё ризоияти огоҳона ба даст оварда мешавад, ки дар он ҳуқуқҳои тарафҳо, уҳдадориҳои табибу мизоҷ ва имкониятҳои табобати ҷойивазкунанда, сабт шудааст.

## 15. РЀЙХАТИ ҲУЧҚАТҶО БАРОИ ТҶЁ БО МЕТАДОН

15.1. Дафтари бақайдгири барои қабули мизоҷон ба барномаи ТҶЁ

15.2. Дафтари бақайдгирии мизоҷон барои равона намудан ба дигар бахшҳои ТҶЁ

15.3. Дафтари бақайдгири мизоҷон барои қабул аз дигар бахшҳои ТҶЁ

15.4. Дафтари «Варақаи интизорӣ»

15.5. Шакли картаи тиббии иштирокчии барномаи ТҶЁ

15.6. Намунаи Шартнома оид ба таботати қойивазкунандёрирасондар байни мизоҷ ва марказе, ки оид ба ТҶЁ хидмат мерасонад

15.7. Намунаи аризаи мизоҷон

### 15.1. Дафтари бақайдгири барои қабули мизоҷон ба барнома

Р/Т №	Санаи бақайдгирӣ	Ному насаби мизоҷ	Соли таваллуд	Ҷои истиқомат	Бо кӣ равона шудааст	Дар қайди (номгӯи муассиса) меистад	ВГС, ВГВ	ВНМО	СИЛ	ТЗРВ

### 15.2. Дафтари бақайдгирии мизоҷон барои равона намудан ба дигар бахшҳо

Р/Т №	Санаи бақайдгирӣ ва додани роҳхат	Ному насаби мизоҷ	Соли таваллуд	№ картаи тиббӣ	Ба кучо равона мешавад	Вояи шабонарӯзии метадон бо мг/мл

### 15.3. Дафтари бақайдгирии мизоҷон барои қабул аз дигар бахшҳо

Р/Т №	Санаи бақайдгирӣ ва додани роҳхат	Ному насаби мизоҷ	Соли таваллуд	№ картаи тиббӣ	Аз кучо кучо мурочиат намуд	Вояи шабонарӯзии метадон бо мг/мл

15.4. Дафтари «Варақаи интизорӣ»

р/т №	Санаи бақайдгирӣ	Ному насаби мизоҷ	Сабаби қабул накардан	Эзоҳ

15.5.

Ба қайд гирифта шудааст \_\_\_\_\_ формаи № \_\_\_\_\_

Рамз бо ТУБ-10 \_\_\_\_ Тасдиқ карда шуд аз тарафи

ВТ ва ҲИА ХТ

Гуруҳи қйд \_\_\_\_\_ аз \_\_\_\_ « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ с.

№ \_\_\_\_\_

Номгӯи муассиса

Таботати ҷойивазкунандаи ёрирасон

Картаи тиббии иштирокчии

барномаи ТҚЁ

1. Ном ва насаб: \_\_\_\_\_

2. Санаитаваллуд: \_\_\_\_\_

3. Суроғаи истиқомат: \_\_\_\_\_

4. Вазъи оилавӣ: \_\_\_\_\_ фарзандон \_\_\_\_\_

5. Телефони хона \_\_\_\_\_ мобилӣ \_\_\_\_\_

6. Ҷои кор \_\_\_\_\_

7. Ихтисос \_\_\_\_\_

8. Шиноснома \_\_\_\_\_

9. Рӯзи қабул ба барнома \_\_\_\_\_

10. Рӯзи ҷавоб аз барнома \_\_\_\_\_

15.6.

ШАРТНОМА  
ДОИР БА ТАБОБАТИ ҚОЙИВАЗКУНАНДАИ ЁРИРАСОН  
БА ВОСИТАИ МЕТАДОН

Шаҳрванд \_\_\_\_\_ минбаъд ҳамчун «Иштирокчӣ» аз як тараф (номи муассиса) \_\_\_\_\_, минбаъд ҳамчун “Марказ” номида мешавад, дар шахси Сартабиби беморхонаи марказӣ \_\_\_\_\_ шартномаи мазкурро доир ба ворид намудан ба барномаи табобати қойивазкунандаи ёрирасон бо шартҳои зерин тартиб додаанд:

Марказ ӯҳдадор мешавад, ки:

1. Ба Иштирокчӣ маълумоти пурраро оид ба барномаи табобати қойивазкунандаи ёрирасонтавассути метадон ва таъсири метадон ба организм пешниҳод намояд.
2. Барои мизоч нақшаи хусусии беаҳрқунониро тавассути метадон тартиб дода, барои ӯ вояи мувофиқи хусусии онро интиҳоб намояд.
3. Барои гузаронидани муолиҷа тамоми шароитҳоро муҳайё намуда, то охири барномаи табобати қойивазкунандаи ёрирасон иштирокчиро бо метадон таъмин намояд.
4. Ҳамарӯза дар вақти муайяншуда вояи аз тарафи духтури табобатӣ муқараргардидаи мизочро ба ӯ диҳад.
5. Ба мизоч маслиҳати духтури нарқолог, психолог, корманди иҷтимоӣ ва ҳангоми зарурат маслиҳати дигар мутахассисони тиббиро таъмин намояд.
6. Саривақт иштирокчиро доир ба тамоми тағйирот дар барномаи табобати қойивазкунандаи ёрирасон тавассути метадон, муҳлати анҷоми барнома ва аз қайд баровардани пешбинишудаи мизоч аз барнома огоҳ намояд.
7. Маълумоти клиникиро оид ба мизоч махфӣ нигоҳ дошта, танҳо ҳангоми розигии хаттии мизоч онро ба шахси сеюм диҳад (ба истисноии мақомоти ҳуқуқӣ тартиботӣ).

Иштирокчӣ ӯҳдадор аст:

Қоидаҳои зеринро, ки барои иштирокчиёни табобати қойивазкунандаи ёрирасон муайян карда шудааст, риоя намояд:

1. Ҳамарӯза ба Марказ дар вақти муайяншуда барои қабули метадон дар ҳуҷраи барномаи метадонӣ зери назорати кормандони марказ биёяд;
2. Ба зуроварӣ нисбат ба кормандони тибби Марказ ва мизочон даст назазад;
3. Дигар маводи нашъаовари ғайриқонунӣ ва маводи тиракунандаи асабродар ҳудуди Марказ нафурӯшад ва истеъмол накунад;
4. Баъд аз қабули метадон бе ягон сабаб дар ҳудуди Марказ нагардад;

5. Тамоми таъйинот ва гуфтаҳоти духтурро иҷро намояд;
6. Бо хоҳиши кормандони тиб санҷиши пешобро барои муайян намудани дигар маводи тиракунандаи асаб супорад;
7. Ашӯҳои Марказро вайрон насозад;
8. Дар ҳуҷраҳои Марказ ва зинапояхо тамоку накашад;
9. Метадонро аз Марказ берун набарорад;
10. Ҳангоми муроҷиат намудан ба дигар духтурон бояд ҳатман онҳоро огоҳ намояд, ки ӯ иштирокчии барномаи табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон ба ҳисоб меравад.

Иштирокчӣ доир ба масъалаҳои зерин огоҳонида шудааст:

- \_ Мақсадҳои табобат
- \_ Афзалият ва норасоӣҳои табобат
- \_ Намудҳои назорат аз болои мизоч
- \_ Табобати дарозмуддати интизоршаванда
- \_ Таъсирҳои манфии метадон
- \_ Хатари истеъмоли ҳамзамони моддаҳои тиракунандаи асаб
- \_ Имконоти истифодаи усулҳои алтернативии табобатӣ
- \_ Доир ба метадон, ки моддаи нашъаовари дарозмуддат таъсиркунанда буда, метавонад ба вобастагӣ аз он биёрад.
- \_ Метадоне, ки воситаи нашъадори таъсири дурудароз дошта ҳисобида мешавад, метавонад ба вобастагӣ оварда расонад.
- \_ Доир бақабули такрорӣ ба барномаи табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон, ки дар асоси қарори комиссияи махсуси машваратӣ (КММ) танҳо баъд аз гузаштани на камтар аз ду моҳи хориҷ шудан аз барнома қабул карда мешавад.

Бо қарори КММ иштирокчӣ метавонад аз барнома дар асосҳои зерин хориҷ карда шавад:

- \_ Ҳангоми кӯшиши баровардани метадон аз ҳуҷра (ҳатто яккарата);
- \_ Ҳангоми бе сабабҳои узрнокташриф наоварданба Марказ дар муддати се рӯз;
- \_ Ҳангоми тавассути санҷишҳо исботшудани истеъмоли якчандкаратаи дигар маводи тиракунандаи асаб;
- \_ Ҳангоми дасткашидан аз супоридани пешоб барои санҷиш ё кӯшиши фиреб намудани кормандони тиб тавассути иваз кардани пешоби барои санҷиш супоридашаванда;
- \_ Ҳангоми содир кардани ҷиноят;
- \_ Ҳангоми иҷро накардани дигар шартҳои шартномаи мазкур.

Иштирокчӣ ҳуқуқҳои зеринро дорост:

- \_ Ҳуқуқи доштани тамоми маълумот оид ба таботати худ;
- \_ Бо хоҳиши худ қатъ намудани иштирок дар барнома.

Шартнома дар ду нусха тартиб дода шудааст, ки дар Иштирокчӣ ва Марказ нигоҳдошта мешавад.

Иштирокчӣ

Марказ

Сана:

Суроға:

Ному насаб:

Директор \_\_\_\_\_

Ҳуҷҷати

тасдиқкунандаи

шахсият:

Имзо \_\_\_\_\_

Имзо \_\_\_\_\_



15.7.

Ба Роҳбари ТҶЁ,  
ё ба Менечери сайт

аз номи мизоч \_\_\_\_\_

(Ному насаб)

Ҷои истиқомат \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

### АРИЗА

Ман, \_\_\_\_\_ соли таваллуд, аз Шумо хоҳиш менамоям, ки манро ба Барномаи табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон васоити метадон қабул намоед.

Пурра оиди таъсири фармакологии метадон маълумот гирифтам. Ёҳдадорам ҳамаи бандҳои дар Шартнома дарҷгардидаро байни ман ва \_\_\_\_\_ роя намоям.  
(номгӯи муассиса)

Ариза аз суханони ман дар компютер чоп гардид ва имзои худро мегузорам.

Имзо \_\_\_\_\_ сана \_\_\_\_\_

16. Нақшаи табобат ва таҳлилҳо

Фармакотерапияи маводи \_\_\_\_\_

Мизочи қабулқунанда \_\_\_\_\_

Нақшаи табобат ва таҳлилҳо

аз \_\_\_\_\_ то \_\_\_\_\_

даврае, ки нақшаи ёрии тиббӣ ва иҷтимоӣ тартиб дода шудааст

Мақсадҳои пешакии ёрии тиббӣ ва иҷтимоӣ ва нақшаҳои амалиёт:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Нақшаи ёриро тартиб доданд:

Менечери маврид \_\_\_\_\_ Табиб \_\_\_\_\_

Ному насаб, имзо

имзо, мӯҳр

Мизоч \_\_\_\_\_

ИМЗО

тағйирёбии вояи метадон	Сана								
	сана								
Тестҳо	Сана	OPI	AMF	BZD	THC				
Машварати мутахассисон (Сана)	Машварати корманди иҷтимоӣ – менечери маврид								
	Машварати табиби психиатр								
Таҳлили хун		Сана _____	ВНМО _____		Гепатити С _____		Гепатити В _____		
		Сана _____							
		Сана _____							

Баҳои иҷрошавии нақшаи ёрии тиббӣ ва иҷтимоӣ \_\_\_\_\_

Сана

## 16.1. ШАКЛИ БАҚАЙДГИРИИ МИЗОҶОН

Шакли кайди мизоҷон барои гузаронидаани табобати ҷойивакуанда  
Аз тарафи табибе, ки муолиҷаро таъйин мекунад, пур карда мешавад.

№ шакл		Муассисаи ислоҳотӣ	
Санзи бақайдгирӣ		номи мизоҷ (рамз)	
Ному насаби шахси пуркунандан шакл		Ҷойи доимии истиқомат	
<b>Маълумоти умумӣ</b>			
Санзи таваллуд		Марра	Зан
Вақти оилаӣ			Бева/ Зан- мурда
Мучаррад/бешавхар	<input type="checkbox"/>	Оила- дор	<input type="checkbox"/>
		Шарик	<input type="checkbox"/>
		Ҷудошуда	<input type="checkbox"/>
Машғулият то боздошт/маҳкум шудан:			
Бекор	<input type="checkbox"/>	Донишҷӯ	<input type="checkbox"/>
		Кор мекард	<input type="checkbox"/>
Қобилияти хондану навиштан:			
	Тоҷикӣ	<input type="checkbox"/>	Русӣ
		<input type="checkbox"/>	Узбакӣ
Усули истеъмоли маводи нашъадор:			
таъриқӣ	<input type="checkbox"/>	Маводи нашъадор	<input type="checkbox"/>
тавассути даҳон	<input type="checkbox"/>	Ҷанг маротиба дар 1 рӯз	<input type="checkbox"/>
дудкашӣ	<input type="checkbox"/>		
бо нафасгирӣ	<input type="checkbox"/>		
Собикан истеъмоли маводи нашъадор			
	моқ	<input type="checkbox"/>	еол
Санҷиши ВНМО:			
Мусбӣ	<input type="checkbox"/>	Манфӣ	<input type="checkbox"/>
		Санҷиш гуза- ронидани шуд Кай?	<input type="checkbox"/>
		Санҷиш гуза- ронидани шуд Дар кучо?	<input type="checkbox"/>
Мизоҷ дар ТЗР:			
Ҳа	<input type="checkbox"/>	Не	<input type="checkbox"/>
		Табобатро катъ кард	<input type="checkbox"/>
Агар ҳа			
Накшани табобат	<input type="checkbox"/>	Табобат кай оғоз шуда буд?	<input type="checkbox"/>
Аллергия ба доруворихо			
Аниқ кунед <input type="checkbox"/>			
<b>Маълумот оид ба рафтори хатарнок</b>			
Оё ҳама вақт аз рифола истифода мебаред?	Ҳа (100%)	<input type="checkbox"/>	Не (1-99%)
Оё сўзанчорун шакли бегонаро истифода бурдаед?	Ҳа (1-99%)	<input type="checkbox"/>	Не (100%)
Аз лавозимоти умумӣ бар он мав/нашъа истиф. бурдаед?	Ҳа (1-99%)	<input type="checkbox"/>	Не (100%)
Оё аз маводи нашъадор, ки шакли дигар омода кардааст, истифода бурдаед?	Ҳа (1-99%)	<input type="checkbox"/>	Не (100%)
Оё аз оби усулӣ барои шўстани сўзан ва сўзанчорун истифода бурдаед?	Ҳа (1-99%)	<input type="checkbox"/>	Не (100%)
			Агар, ҳа, охири маротиба кай
			<input type="checkbox"/>
			Агар, ҳа, охири маротиба кай
			<input type="checkbox"/>
			Агар, ҳа, охири маротиба кай
			<input type="checkbox"/>
			Агар, ҳа, охири маротиба кай
			<input type="checkbox"/>
<b>Санҷиши умумӣ</b>			
Набз ( зарба дар 1 дақ.)	<input type="checkbox"/>	Пўст	<input type="checkbox"/>
Фишори шараён (ФШ)	<input type="checkbox"/>	Харорати бадан	<input type="checkbox"/>
Зудлияти нафасгирӣ	<input type="checkbox"/>	Кабудшавӣ/сианоз	<input type="checkbox"/>
Вази	<input type="checkbox"/>	Зардшавӣ	<input type="checkbox"/>
Қал	<input type="checkbox"/>	Варамҳо	<input type="checkbox"/>
Нишонаҳои сўзанзанӣ			
(нуқтаҳо, абсцессҳо, захм)	<input type="checkbox"/>	Пурра нависел	<input type="checkbox"/>
<b>МУОИНАИ ПУРРАИ УЗВҲОИ БАДАН</b>			
Системаи дилу рағҳо	<input type="checkbox"/>		
Системаи нафаскашӣ	<input type="checkbox"/>		

ДАСТУРИ КЛИНИКИ

Ушқон ҳолати	
Системан маркази асаб	
САНЧИШИ ХОЛАТИ РҲҲИ	

ТАШХИСИ АСОСИ ВА БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲИ
ТАБОБАТИ ҶОИИВАЗКУНАНДАИ ТАЪЙИНШУДА

НАҚШАИ ТАБОБАТ (ташҳиси таъйиншуда, табобати ҷойивазкунанда, табобати бемориҳои ҳамроҳӣ ва амсоли ин).

ТАЪЙИН ТАЪБИРИ ВОЛИ МЕТАДОН		
Санаи таъйин/ таъбир	Воли метадон	Саббаҳон таъбири воли

16.2. НАҚШАИ ФАРДИИ МУШОИАТКУНАНДАИ МИЗОЧ

Ному насаби мизоч \_\_\_\_\_

Санаи тартибдиҳии нақша \_\_\_\_\_

Амалхое, ки иҷро намудан зарур аст	Ҷои гирифтани хизматрасонӣ  (Номгӯи муассисаи таботатӣ ва мутахассисро нишон диҳед, мисол: Маркази БПНМ, фтизиатр)	Санаи нақшаи гирифтани хизматрасонӣ	Санаи назорат  (ба ёдоварӣ)	Мувафақшавии натиҷа  Қайд кунед «Ҳа» ё «Не»	Сабабҳои номувафақшавии натиҷа  (нагирифтани хизматҳо аз тарафи мизоч)

16.3. КИТОБИ БАҲИСОБГИРИИ ВОСИТАҲОИ НАШЪАДОР, МОДДАҲОИ ПСИХОТРОПӢ, САХТТАЪСИР ВА ЗАҲРНОК ДАР УТОҚҲОИ МТГ

Номгӯи маводидоругӣ \_\_\_\_\_

Воҳидиченак \_\_\_\_\_

Санаи қабул	Воридот			Харочот				Бақия
	Тахвилкунанда № ва санаи ҳуҷат	Миқдори маводи доругӣ	Ном, насаб, н.п. шахси қабулкарда	Миқдори маводи доругӣ	№ таърихномаи беморӣ, ном, насаб, н.п. бемор	Санаи додашуда	Ном, насаб, н.п. имзои шахси қабулкарда	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

#### 16.4. ҶАДВАЛИ КЛИНИКИИ АЛОИМИ ПАРҶЕЗӢ АЗ АФӢОНҲО (COWS)

(Wesson DR, Ling W., Jara G.)

Дар ҳар як нуқта санаеро, ки аломатҳо ва нишонаҳои мизочро ба тарзи беҳтарин шарҳ медиҳад, бо доира ишора кунед. Баҳоро танҳо аз нуқтаи назари иртиботи ошкоро бо қатъи афюнҳо гузored. Масалан, агар задани қалб баланд гардидааст, бо сабаби он ки мизоч пеш аз баҳодихӣ ба давидан машғул шудааст, ин зиёдшавӣ ягон баллро илова намекунад.

Ному насаби мизоч: \_\_\_\_\_

Сана ва вақт \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Сабабе, ки аз рӯи он баҳо дода мешавад: \_\_\_\_\_

<p>Задани набз дар ҳолати оромӣ: ___ набз/дақиқа</p> <p>Пас аз он ки мизоч дар муддати як дақиқа менишинад ва ё дароз мекашад, чен карда мешавад</p> <p>0 задани набз 80 ва ё камтар аз он аст</p> <p>1 задани набз 81-100</p> <p>2 задағни набз 101-120</p> <p>4 задани набз аз 120 зиёдтар аст</p>	<p>Илллати узвҳои ҳозима: дар ним соати охир</p> <p>0 аломатҳои илллати узвҳои ҳозима нест</p> <p>1 ихтилоҷи меъда</p> <p>2 дилбеҳузуршавӣ ва исҳол</p> <p>3 қайкунӣ ва дарунравӣ</p> <p>5 лаҳзаҳои чандкаратаи исҳол ва ё қайкунӣ</p>
<p>Араққунӣ: дар ним соати охир бо сабабаи баланд шудани ҳарорат дарбино ва ё фаъолияти бадан</p> <p>0 дар бораи ларзиш ва ё аз ҳад зиёд гарм шудан хабар намедиҳад</p> <p>1 хабари субъективӣ дар бораи ларзиш ва гармшавӣ</p> <p>2 сурхшавӣ ва ё намии дидашаванда дар рӯй</p> <p>3 қатраҳои арақ дар пешонӣ ва ё дар рӯй</p> <p>4 арақ аз рӯй мешорад</p>	<p>Ларзиш: назорат ба дастони дарозкардаи мизоч.</p> <p>0 ларзиш нест</p> <p>1 ларзишро метавон ҳис кард, вале мушоҳида намекунад</p> <p>2 ларзиши сабук дида мешавад</p> <p>4 ларзиши сахт ва ё кашиши мушакҳо</p>
<p>Изтироб: назорат дарҷараёни баҳодихӣ</p> <p>0 метавонад беҳаракат нишинад</p> <p>1 хабар медиҳад, ки беҳаракат нишастан душвор аст, аммо имконпазир аст</p> <p>3 тағйирёбии бештари ҳолат ва ё ҳаракати ночойи пову даст</p> <p>5 бештар аз чанд сония ором нишаста наметавонад</p>	<p>Хамёзакашӣ: назорат дар ҷараёни баҳодихӣ</p> <p>0 хамёзакашӣ мавҷуд нест</p> <p>1 дар вақти баҳодихӣ як ё ду маротиба хамёза кашид</p> <p>2 дар вақти баҳодихӣ се ва ё бештар аз он хамёза кашид</p> <p>4 дар як дақиқа якчанд маротиба хамёза кашид</p>
<p>Ҳаҷми мардумачи чашм:</p> <p>0 мардумачи чашм кашада шудааст ва ё барои равшании ҳуҷра мӯътадил аст</p> <p>1 мардумачи чашм шояд аз олдат васеътар бошад нисбат ба равшании ҳуҷра</p> <p>2 мардумачи чашм дар ҳадди миёна васеъ аст</p> <p>5 мардумачи чашм то ба дараҷае васеъ аст, ки танҳо канораи инабияро дидан мумкин аст ҳалос</p>	<p>Изтироб ва хашмгинӣ:</p> <p>0 мавҷуд нест</p> <p>1 мизоч дар бораи афзоиши хашмгинӣ ва ё тарс хабар медиҳад</p> <p>2 мизоч бараъло хашмгин аст ва ё дар ҳолати тарси патологӣ (ғайритабӣ) қарор дорад</p> <p>4 мизоч то ба дараҷае хашмгин аст ва ё дар чунин ҳолати тарси патологӣ қарор дорад, ки иштироки минбаъдаи ӯ дар баҳодихӣ душвор аст</p>

<p>Дард дар устухон ва буғумҳо:</p> <p>Агар дар мизоҷ дард пештар буд, бал танҳо ба бахши иловагӣ, ки ба ҳисоби афюнҳо вобаста аст, гузошта мешавад</p> <p>0 мавҷуд нест</p> <p>1 сустии умумии сабук</p> <p>2 мизоҷ дар бораи дарди сахти умумӣ дар буғумҳо / мушакҳо хабар медиҳад</p> <p>4 мизоҷ буғумҳо ва ё мушакҳоро молиш медиҳад ва наметавонад бо сабаби заифӣ ором нишинад</p>	<p>«Пӯсти ғоз»:</p> <p>0 пӯст ҳамвору суфта аст</p> <p>3 пилорексияи пӯстро бо ламс эҳсос кардан мумкин аст ва ё дар дастон мӯйҳо ростанд</p> <p>5 пилорексияро бо чашм дидан мумкин аст</p>
<p>Зуком ва ё рехтани ашкони чашм: бо иллати аломатҳои шамолхӯрӣ ва ё таассури аллергӣ вобастагӣ надорад</p> <p>0 мавҷуд нест</p> <p>1 бини руст аст ва ё чашмони ғайриоддии намнок</p> <p>2 шоридани оби бинӣ ва ё шоридани ашкони чашм</p> <p>4 шоридани доимии оби бинӣ ва ё ашкон ба рухсораҳо мешорад</p>	<p>Балли умумӣ: _____</p> <p>Балли умумӣ ин ҷамъи баллҳои ҳамаи 11 нуқта аст.</p> <p>Ному насабаи баҳодиҳанда: _____</p>

5—12 бал: дараҷаи сабук; 13-24: дараҷаи миёна; 25-36: дараҷаи миёнаи душвор; беш аз 36: дараҷаи душвори синдроми қатъ.

16.5. Ҷадвали кесслер барои муаяйн кардани парешонии равонӣ (K10)

KesslerPsychologicalDistressScale

Лутфан, ҷавобҳои муносибро қайд кунед: <u>Дар муддати моҳи охирон</u>	Ҳама вақт (5)	Қисмати бештари вақт (4)	Баъ зан (3)	Қисмати камтари вақт (2)	Ҳеҷ вақт (1)
1. Шумо бештар чӣ гуна худро бе ягон сабаб хаста ҳис мекунед?					
2. Шумо бештар чӣ гуна худро асабӣ ҳис мекунед?					
3. Чӣ гуна Шумо бештар худро то ба дараҷае асабонӣ ҳис кардед, ки Шумор чизе ором карда натавонист?					
4. Шумо чӣ гуна бештар худро дармонда ҳис кардед?					
5. Чӣ гуна Шумо бештар худро ноором ҳис кардед?					
6. Чӣ гуна Шумо бештар худро то ба дараҷае ноором ҳис кардед, ки оромона нишаста натавонистед? сидеть?					
7. Чӣ гуна Шумо худро парешонхотиру афсурда ҳис кардед?					
8. Чӣ гуна Шумо бештар ҳис кардед, ки ҳамааш талошро талаб мекунад?					
9. Шумо чӣ гуна худро то ба дараҷае зикҳис кардед, ки ҳеҷ чизе Шуморо хурсанд карда натавонт?					
10. Чӣ гуна Шумо худро бештар бефоида ҳис кардед?					

Ҳисоб кардани баллҳо

Ҷавоб ба ҳар яки савол аз рӯи ҷадвал аз “ҳеҷ вақт” то “ҳама вақт” баҳо дода мешавад. Маҷмӯи 10 савол ба балли умумӣ аз 10 то ба 50 балл чамъ карда мешавад. Баллҳои паст сатҳи пастии парешонии равонӣ ва баллҳои баланд ҳолати нисбатан вазнинро нишон медиҳад.

Тафсири баллҳо

чамъи баллҳо, ки аз рӯи K10 чамъ шудааст, эҳтимолияти мавҷуд будани бемории равониро (парешонии равонӣ) нишон медиҳад.

10 - 19 балл – ба эҳтимоли зиёд мизоч саломат аст.

20 - 24 балл – ба эҳтимоли зиёд мизоч бемории сабуки равонӣ дорад

25 - 29 балл – эҳтимол мизоч бемории миёна дорад

30 - 50 балл – эҳтимол мизоч бемории ҷиддӣ дорад



## Манбаъ

KesslerRC, BarkerPR, ColpeLJ, EpsteinJF, GfroererJC, HiripiE, etal. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):184-9.

## 16.6. Ахборот оиди рафтори хавфнок

	Сол _____			
	1 семоҳа	2 семоҳа	3 семоҳа	4 семоҳа
13.1. Ҳодисаҳои алоқаи ҷинсии бемухофизавӣ буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.2 Се моҳи охир бо Шумо ҳодисаи истеъмоли тазриқии маводҳои нашъадор буданд? (агар дар ҳолати ҷавоби «2-Не» ё «Дар хотир надорам» гузаред ба боби 14)	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.3 Ҳодисаҳои истифодаи сӯзандоруи бегона буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.4 Ҳодисаҳои истифодаи зарфҳои умумӣ барои гирифтани маҳлули маводи нашъадор буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.5 БҲодисаҳои истифодаи маводи нашъадор бо сӯзандоруе, ки шахси дигар пур карда бошад буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.6 Ҳодисаҳои истифодаи оби умумӣ барои шустани сӯзандору ва сӯзан буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
	Сол _____			
	1 семоҳа	2 семоҳа	3 семоҳа	4 семоҳа
13.1. Ҳодисаҳои алоқаи ҷинсии бемухофизавӣ буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.2 Се моҳи охир бо Шумо ҳодисаи истеъмоли тазриқии маводҳои нашъадор буданд? (агар дар	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам

ДАСТУРИ КЛИНИКИ

ҳолати ҷавоби «2-Не» ё «Дар хотир надорам» гузаред ба боби 14)				
13.3 Ҳодисаҳои истифодаи сӯзандоруи бегона буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.4 Ҳодисаҳои истифодаи зарфҳои умумӣ барои гирифтани маҳлули маводи нашъадор буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.5 Б Ҳодисаҳои истифодаи маводи нашъадор бо сӯзандоруе, ки шахси дигар пур карда бошад буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам
13.6 Ҳодисаҳои истифодаи оби умумӣ барои шустани сӯзандору ва сӯзан буданд?	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам	_ 1-Ҳа, _ 2-Не, _ 3 – Дар хотир надорам

## 16.7. ТАЪСИРИ МУТАҚОБИЛИ МЕТАДОН БО ДОРУҶОИ ЗИДДИ РЕТРОВИРУСӢ (ЗРВ)

Номи дору	таъсир	Тавсия
<b>Ингибиторҳои интегразӣ</b>		
Элвитегравир/ кобитсистат	Тадқиқот гузаронида нашудааст; мумкин аст ғизати метадонро афзоиш медиҳад	Мониторинги ҳолати мизоҷ ва танзими вояи метадон вобаста ба ҳолат
Ралтегравир	Ҳодисаҳои клиникӣ ва ё лаборатории аломатҳои мутақобилаи манфӣ мавҷуд нест.	Зарурати ба танзим даровардани вояи метадон нест
<b>ИНТБ (ингибиторҳои нуклеозидии транскриптазаи баргашт)</b>		
Делавирдин	Метадон ба фармакинетикаи делавирдин таъсир намерасонад. Тадқиқот оид ба таъсири делавирдин ба метадон мавҷуд нест.	Чун делавирдин ингибитори 3А4 ба шумор меравад ҳатман бояд мавҷудияти аломатҳои захролудшавии афюнро назорат кардан лозим аст (масалан, миоз, хоболудӣ, миқдори нафаскашӣ ва амсоли ин). Ҳангоми пайдо шудани ин аломатҳо паст кардани вояи метадон зарур аст.
Невирапин	Сатҳи метадонро дар хун ба ҳисоби миёна то ба 40% паст мекунад	Мониторинги ҳолати мизоҷ ва танзими вояи метадон вобаста ба ҳолат
Эфавиренс	Эфавиренс сатҳи метадонро дар хун то ба 50-60% аз рӯзи 8-10 пас аз оғози қабул, паст мекунад.	Танзими вояи метадон зарур аст. Вояи метадонро ба таври иловагӣ то ба 10 мг дар як рӯз то таскини аломатҳои қатъ баланд кардан лозим аст.
Этравирин	Бе хусусиятҳои муҳими клиникӣ.	Зарурати ба танзим даровардани вояи метадон нест
Лерсивирин	Бе хусусиятҳои муҳими клиникӣ.	Зарурати ба танзим даровардани вояи метадон нест
Рилпивирин	Бе хусусиятҳои муҳими клиникӣ.	Зарурати ба танзим даровардани вояи метадон нест
<b>ИП (ингибиторҳои протеаза)</b>		
Ампренавир	Мумкин аст таъхир дар таъсири Ампренавир дида шавад. Фармакокинетикаи метадона тағйир намеёбад.	Назорати самарнокии Ампренавир. Зарурати ба танзим даровардани вояи метадон нест
Атазанавир	Бе хусусиятҳои муҳими клиникӣ.	Зарурати ба танзим даровардани ҷадвали табобат ва вояи дору нест.
Дарунавир /ритонавир	Мумкин аст коҳиши ночизи ғилзати метадон дида шавад	Назорати пайдошавии аломатҳои қатъи афюн
Индинавир	Ба ғилзати метадон таъсир намекунад	Танзими воя талаб карда намешавад
Лопинавир/ритонавир	Коҳиши ғилзати метадон то ба 26-46 %.	Барои баъзе аз мизоҷон баланд кардани вояи метадон зарур аст
Нелфинавир	Коҳиши ғилзати метадон	Барои баъзе аз мизоҷон баланд кардани вояи метадон зарур аст

ДАСТУРИ КЛИНИКИ

Саквинавир/ ритонавир	Коҳиши ғилзати метадон то ба 32%;	Барои баъзе аз мизоҷон баланд кардани вояи метадон зарур аст
Типранавир	Коҳиши ғилзати метадон то ба 53%;	Чаксаран зиёд кардани вояи метадон зарур аст
<b>ИННТБ(ингибиторҳои нуклеозидии транскриптазаи баргашт)</b>		
Абакавир	Таъсир намерасонад	Тағйири воя талаб намешавад
Диданозин	Ғилзати диданозин паст мешавад	Истифодаи ҳабҳои дар рӯдаҳо маҳлулшаванда тавсия дода мешавад
Диданозин, ҳабҳои дар рӯдаҳо маҳлулшаванда	Таъсир намерасонад	Тағйири воя талаб намешавад
Ламивудин	Мавҷуд нест	Мавҷуд нест
Тенофовир	Таъсири мутақобила мавҷуд нест	Мавҷуд нест
Зидовудин (Азидотимидин)	Зиёдшавии ғилзати зидовудин дар хун	Мониторингитаъсири манфии зидовудин, ҳангоми зарурат паст кардани вояи зидовудин
Фосампренавир/ритонавир	Коҳиши ғилзати метадон то ба 20%	Танзими вояи метадон одатан талаб намешавад

## ВОЖАНОМА

Агонистҳои ретсепторҳои афюнӣ – моддаҳои, ки ретсепторҳои намуди муайяно пайваст ва фаъол менамоянд. Онҳо таъсири монанд ба таъсири моддаҳои тиракунондаи асаб/моддаҳои нашъаоварро доро мебошанд.

Антагонистҳо – баста шудани ретсепторҳои муайяни мағзи сар, ки барои фаъол шудани он мамоният мекунонд. Аз лиҳози фармакологӣ, антагонист боретсепторҳо таъсири мутақобила намуда, таъсири агентҳо (агонистҳо)-ро, ки натиҷаҳои муайяни физиологӣ ва рафторӣ тавассути ин ретсепторҳо ба вуҷуд меоранд, аз байн мебаранд. Масалан, налтрексон, ки антогонисти афюнӣ башумор меравад, фаъолшавии ретсепторҳои афюниро бозмедорад.

Бензодиазепинҳо – ҳар яке аз гурӯҳи аминҳои ароматикӣ липофилӣ (ба монанди диазепам ва хлордiazепоксид), ки пеш аз ҳама ҳамчун транквилизаторҳо истифода бурда мешаванд, яъне доруҳои, ки барои паст намудани ҳолатҳои вайроншудаи рӯҳӣ истифода мешавад.

Рафтори беҳавф – робитаи шахсонӣ, ки имконияти бавуҷудоии хавфи ҷароҳатҳои психикӣ ва дигар оқибатҳои зараровар ба саломатии одамро истисно менамояд.

ВНМО (ВИЧ)– вирусҳои норасоии масунияти одам, ки ба бемории БПНМ оварда мерасонад. Ба лентивирусҳои зергурӯҳи ретровирусҳо мансуб аст. Дар аксари вирусҳо ба монанди бактерияҳо, наботот ва ҳайвонт, коди генетикӣ он аз ДНК иборат мебошад, аммо РНК-ро барои сохтани сафедаҳои махсус истифода мебаранд. Масолеҳи генетикӣ ретровирус - худ РНК ба ҳисоб меравад. ВНМО ба ДНК-аи ҳуҷайраи соҳибаш РНК-аи худро ворид мекунад ва бо ин кори мӯътадили ҳуҷайраро вайрон месозад ва онро ба як фабрикаи истеҳсолкунондаи вирус мубаддал мегардонад.

Сироятёбӣ бо ВНМО – беморие, ки зеро таъсири вирусҳои норасоии масунияти одам пайдо мешавад.

Ҳепатит – илтиҳоби ҷигар, ки дар натиҷаи таъсири яке аз омилҳои бемориангезанда, ба монанди вирусҳо, суистеъмол аз алкоҳол, ҳар гуна маводҳои доругӣ ва ғайра ба вуҷуд меояд. Дар натиҷа беморӣ метавонад ба шакли музмини он мубаддал гардад, ки барои саломатӣ хатари калон дошта метавонад. Ҷор намуди ҳепатитҳои вирусӣ мавҷуд аст: ҳепатити А (сироятӣ), ки тавассути даҳону наҷосати метавонад сироят ёбад, баъд аз гирифтани шудан ба бемории ҳепатити А иммунитетӣ тамомиҳаётӣ пайдо мешавад; ҳепатити В, тавассути алоқаи ҷинсӣ ва хун мегузарад; ҳепатити С (ҳепатити вирусӣ бо роҳи гузариши парентералӣ), ки ба монанди ҳепати В тавассути алоқаи ҷинсӣ ва хун мегузарад; ҳепатити Е (гузариши наҷосатию даҳонӣ); ҳепатити D (сирояти делта-вирусӣ), ки шахсонӣ бо ҳепатити В сироятшудагонро аз нав сироят мекунад. Пешгирии ҳепатитҳои А ва Е – риояи қоидаҳои гигиенӣ ва назорати тозагии маводи хӯрокаи ва об. Пешгирии ҳепатитҳои В, С ва D ба монанди пешгирии бемории ВНМО/БПНМ – истифодабарии рифола ва сӯзанҳои тоза барои сӯзандоругузаронӣ. Барои муолиҷаи ҳепатити музмини В алфа-интерферон, ки бо роҳи инжинерияи генетикӣ ба даст оварда шудааст, истифода бурда мешавад.

Дискриминатсия (поймолкунии ҳуқуқи касе) – поймолкунии ҳуқуқ ва озодии одамоне, ки дар зиндагӣ аз ВНМО/БПНМ зарар дидаанд.

Доруҳои ҷойивазкунанда (ДЧ) - воситаҳои дорувориест, ки хусусияти агонисти афюнро дорад. Ин метавонад агонисти афюни пурра –метадон, ЛААМ ва ё агонисти афюни қисмӣ (агонист –антагонист) – бупренорфин бошад

Табобати ҷойивазкунанда (ТЧ) – таъйини доруҳои ҷойивазкунанда дар табобати маҷмӯи синдроми вобастагӣ аз маводи афюн. Табобати ҷойивазкунанда ҳолати беморро беҳтар месозад, рушди синдроми қатъи афюнро ҳифз менамояд, ҳавасмандиро ба нашъаҳои ғайриқонунӣ коҳиш медиҳад, имконияти барқароршавиро ба миён меоварад ва рафтори хатарнокро паст мекунад (вобаста ба интиқоли ВНМО ва дигар бемориҳои, ки ба воситаи хун мегузарад). Дору бо хусусияти ҷойивазкунандагӣ метавонад ба муҳлати аз якчанд ҳафта то ба чандин сол таъйин карда шавад.

Детоксикатсия бо ёрии доруҳои ҷойивазкунанда – табобати таъйиншуда бо ДЧ дар воя, ки ҳамеша бо мақсади ба ҳадди ақал расонидани пайдошавии синдроми қатъ ва таъмини қатъи пурраи воситаҳои нашъадор кам карда мешавад.

Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон - истифодаи дарозмуддати (6 моҳ ва аз ин зиёд) вояи доимии доруҳои ҷойивазкунанда (ДЧ) дар табобати маҷмӯавии вобастагӣ аз маводи афюн бо мақсади устувор гардонидани ҳолати рӯҳии бемор, кам кардани оқибатҳои тиббӣ ва иҷтимоии истеъмоли маводи ғайриқонунии нашъадор, фароҳам овардани шароит барои барқарорсозӣ ва табобати дигар бемориҳо (БПНМ, ҳепатит В ва С, сил, ҳолати септикӣ).

Мувофиқи муайянкунаандаҳои ТУТ, намудҳои зерини табобати ҷойивазкунанда мавҷуд аст:

- Детоксикатсияи кӯтоҳмуддат – табобат бо ДЧ, ки вояҳои он ҳамеша дар давоми як моҳ ва ё камтар паст карда мешавад.
- Детоксикатсияи дарозмуддат – табобатест, ки кам кардани вояи ДЧ беш аз 1 моҳ идома меёбад.
- Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасони кӯтоҳмуддат- табобат бо вояҳои доимии ДЧ то ба муддати 6 моҳ.
- Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасони дарозмуддат- табобат бо вояҳои доимии ДЧ то ба муддати беш аз 6 моҳ.

Иммунитет – масунияти организм ба омилҳои сироятӣ ва моддаҳои ғайрисироятӣ: бактерияҳо, вирусҳо, захр ва дигар маҳсулотҳои ба организми одам бегона. Масунияти модарзодӣ ва масунияти дар муддати ҳаёт бадастоварда вучуд дорад. Масунияти модарзодӣ ба монанди дигар аломатҳои ирсӣ аз насл ба насл мегузарад. Масунияти дар муддати ҳаёт ба даст омада (он метавонад фаъол ва ғайрифактор бошад) дар натиҷаи аз сар гузаронидани беморӣ ё гузаронидани эмкунӣ пайдо мешавад ва аз насл ба насл намегузарад.

Иммуноблот – усули лаборатории санҷиши зардобаи хун барои муайян намудани антителлаҳо ба ВНМО; ин санҷиш назар ба ИФА аниқтар буда, барои исботи ИФА истифода бурда мешавад.

Норасоии масуният (иммунодефитсит) – ҳолати сустии баъзе аз қисматҳои системаи масуният барои фаъолияти мунтазам, ки дар натиҷаи он қобилияти организм барои истодагарӣ намудан бар зидди омилҳои сироятӣ паст шуда, эҳтимолияти гирифтورشавӣ ба бемориҳои гуногун зиёд мегардад, дар ҳоле, ки дар мавридҳои муқаррарӣ шахс ба он гирифтормебард. Ҳангоми бемориҳои вобаста ба ВНМО, масунияти сатҳи ҳуҷайравӣ вайрон мешавад, ки он аз вазифаи Т-лимфоситҳо – ёрдамчиҳо вобаста мебошад.

Санҷиши иммуноферментӣ - ИФА – санҷиши лабораторӣ, ки дар хун мавҷуд будани ВНМО-антителлаҳоро муайян менамояд.

Истеъмомқунандагони маводи нашъадори тазриқӣ - ин зан ва мардоне, ки маводи нашъаоварро тавассути сӯзандору истифода мебаранд, новобаста аз ташхиси муйяншуда ва марҳилаи вобастагии нашъамандӣ, муддати истеъмом, намуд ва вояҳои истеъмомшаванда.

Махфӣ (конфидентсиалӣ) - «боварикунанда», «дар асоси боварӣ». Ҳангоми тадқиқот ё таъбаоти конфидентсиалӣ ному насаби бемор танҳо ба духтур маълум асту ҳалос ва онро наметавон ба дигар шахсон ошкор кард.

Шахсони бо ВНМО/БПНМ зиндагикунанда – шахсоне, ки бо вируси норасоии масунияти одам сироят ёфтаанд, чи дар марҳилаи мавҷуд набудани аломатҳои беморӣ ва чи дар марҳилаи осебёбии пурраи системаи масунияти инсон, ки зери таъсири вирус ба вуқӯъ омадааст.

Метадон – маводи нашъадори сунъӣ буда, барои паст намудани дард ва таъбаоти вобастагӣ аз маводи афюнӣ (масалан, ҳероин) истифода бурда мешавад.

Мусоҳибаҳои далелнок – шакли мусоҳибаронӣ, ки ба баланд бардоштани хоҳишу рафтори мизоҷон баҳри тағйири рафтор худ равона карда шудааст.

Афюн – яке аз гурӯҳҳои алкалоидҳои табиӣ, ки аз растании кӯкнор (*Papaver somniferum*) гирифта шудааст, ки ретсепторҳои афюнии мағзи сарро фаъол менамояд ва қодир аст бедардӣ, шодиву сархушӣ ва дар вояи зиёдтар ба кундзехниву беҳушӣ ва танг кардан нафас оварда расонад. Ба ин мафҳум афюн, ҳероин, морфин дохил мешаванд.

Гурӯҳи афюнӣ – мафҳуми умумӣ буда, барои алкалоидҳои аз афюни кукнор (*Papaver somniferum*), ҳаммонанди сунъии онҳо ва инчунин пайвастагӣҳое, ки дар бадан синтез мешавад истифода мегардад, ки бо ҳамон ретсепторҳои мушаххас дар мағзи сар таъсири мутақобила дорад, қудрати паст кардани дардро дорост ва ҳиссиёти шодмониву сурурро ба вуҷуд меоварад. Алкалоидҳои афюн ва ҳаммонанди сунъии онҳо низ дар вояҳои баланд кундзехниву беҳиссӣ ва ба баъзе шахсон нафастангиро ба вуҷуд меоварад. Ба онҳо кодеин, метадон, бупренорфин ва (декстро) пропоксифен дохил мешаванд.

Ҳавасмандӣ ба таъбаоти ДЗР – зарурати истеъмоли якумраи ҳамарӯзаи доруҳои

Зиддиретровирусӣ, ки на камтар аз се дорубуда, бо вояҳои зиёд тағйин карда мешавад.

Машварати иҷтимоӣ рӯҳӣ - мусоҳибаи конфидентсиалии байни шахси муоинашаванда ва шахсе, ки баҳри бартараф кардани стрессҳои эҳсосотию рӯҳӣ ва қабули қарор оид ба ВНМО/БПНМ дастгирӣ пешниҳод менамояд. Чараёни машварати иҷтимоӣ рӯҳӣ аз гузаронидани машваратҳои пеш аз тестӣ ва баъд аз тестӣ иборат мебошад.

Дастгирии иҷтимоӣ рӯҳӣ - расонидани ёри, ки ҳам ба шароити иҷтимоӣ вобастагӣ дораду ҳам ба саломатию рӯҳӣ.

Коҳиши зарар – ин маҷмуи чорабиниҳо, ки баҳри коҳиши зарар аз истеъмоли маводи нашъадор (на ба пуррагӣ аз байн бурдани истеъмоли маводи нашъадор) равона карда шудааст. Мақсади фаъолият доир ба коҳиши зарар: пешгирии паҳншавии сироятҳое, ки ба воситаи хун мегузарад (ВНМО, ҳепатит ва дигар); коҳиши хатари суистеъмом аз маводи нашъадор ва пешгирии дигар ҳодисаҳои нохуш дар робита бо эҳтимолияти ба ҳалокат расидан аз истеъмоли он; коҳиши ҳолатҳои манфӣ аз истеъмоли маводи

нашъадор (камбағалӣ, ҷинояткорӣ ва амсоли ин), ҷӣ нисбат ба шахсони алоҳида ва ҷӣ нисбат ба ҷомеа дар маҷмуъ. Стратегияҳои асосии паст намудани зарар иборат аст аз: барномаҳои ивазкунии сӯзандору в сӯзанҳо, табобати ҷойивазкунанда, баланд бардоштани иттилоотнокӣ ва маърифатнокӣ, фиристодан ба назди табибон барои гирифтани ёри тиббӣ, фароҳам овардани ҳуҷраҳои нисбатан бехатар барои истеъмоли маводи нашъадори тазриқӣ, коҳиш барои қонунвайронкунӣ вобаста ба нашъа ва амсоли ин.

Шахсони ҳамвобаста – шахсони аз атрофи гурӯҳҳои осебпазир (аъзои оила, рафиқон, наздикон, хешу таборон ва ғайраҳо).

Стигматизатсия – ба шахс ё гурӯҳи шахсон додани хусусиятҳои пасткунандаи шаъну шарафи онҳо вобаста ба ВНМО/БПНМ.

Сил – бемории сирояткунанда буда, барангезандаи он микобактерияҳои сил мебошад. Дар бисёр мавридҳо он роҳҳои нафасро сироят менамояд, вале сили дигар узвҳо ва берун аз низ вомехӯрад, ки олотӣ таносул ва роҳи шоша, чашм, ғадудҳои лимфовии ғайримарказӣ, устухону буғумҳо, ҷилди пӯстро иллатнок мекунад.

Сироятёбӣ дар бисёр мавридҳо ба воситаи ҳавою қатравӣ - ҳангоми нафаскашии қатраҳои микроскопии туфи даҳон ва ё балғам, ки шахси сироятёфта ҳангоми сулфа, атса задан, гуфтугӯ ва амсоли ин хориҷмекунад ба миён меояд. . Усули асосии ташхис ин – санҷиши воридаи пӯстии Манту ба ҳисоб меравад. Ҳангоми табобат изониазид, рифампин истифода бурда мешавад.

Гурӯҳҳои осебпазир – ин гурӯҳи шахсоне мебошанд, ки хавфи паҳншавии ВНМО вобаста аз хусусиятҳои рафтори онҳо, аз ҷумла алоқаи ҷинсии бемуҳофизат ва ё истеъмоли варидии маводи нашъаовар хеле зиёд аст, ки ба низоми тандурустии ҷамъиятӣ хавфи калон доранд.



## АДАБИЁТ

1. Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R.P., 2008. Reference Group to the U.N. on HIV and Injecting Drug Use, 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 372, 1733–1745.
2. Омори Маркази ҷумҳуриявии мубориза ва пешгирии БПНМ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2013 (<http://www.nc-aids.tj/statistika.html>).
3. Барнома оид ба пешгирии паҳншавии вобастагии нашъамандӣ ва такмили ёри наркологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраҳои солҳои 2013-2017 (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, № 183 аз 30.04.2012).
4. Барнома оид ба аксуламал ба эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2015. (Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №62 аз 30.10.2010).
5. Shewan, D., Stöver, H.; Dolan, K.: Injecting in Prisons. In: Pates, R.; McBride, A.; Arnold, K. (ed.): *Injecting Illicit Drugs*. Blackwell: Oxford, 2005, pp.69-81.
6. Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Laticevschi, D.; Nelles, J.; Stöver, H. (2006); *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2nd edition 2006.
7. UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV AIDS prevention, treatment, and care in prison (2006).
8. World Health Organization (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (Geneva: WHO), [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf). 08)
9. World Health Organization (2005), *Model list of essential medicines*. 14th edition, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf)
10. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
11. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman Huang YF, Kuo HS, Lew-Ting CY, Tian F, Yang CH, Tsai TI, et al. Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*. 2011;106(8):1437–45.
12. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L, et al. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. 2005;100(7):981–9.
13. Subata, E., Karymbaeva, S., & Moller, L. (2011), *Evaluation of opioid substitution therapy in prisons. Pilot study in Kyrgyzstan* (Copenhagen: WHO)
14. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *HIV in prisons. Situation and needs assessment toolkit*
15. World Health Organization (2005), *Status paper on prisons, drugs and harm reduction* Copenhagen: WHO
16. Дастури амалиётии “Табобати ҷойивазкунандаи ёрирасон тавассути метадон ҳангоми синдроми вобастагӣ аз афюн”, Малахов М.Р., Холов С.С., Душанбе 2009
17. Таснифи умумичаҳонии омории бемориҳо, 10 маротиба (<http://mkb-10.com>).
18. World Health Organization. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. B: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, Copenhagen: World Health Organization; 2001, p. 2337.

19. Bellin E, Wesson J, Tomasino V, Nolan J, Glick AJ, Oquendo S. High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addict Res.* 1999; 7:193-29
20. Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM: Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2006, 83:122-129.
21. Dolan K, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *BMJ* 1996, 312:1162.
22. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus waitlist control in an Australian prisons system. *Drug Alcohol Depend* 2003, 72:59-65.
23. Dolan KA, Wodak AD, Hall W: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998, 17:153-158.
24. Impact of Methadone Maintenance Treatment on Women Offenders' Post-Release Recidivism Farrell-MacDonald S, MacSwain M, A. Cheverie M, Tiesmaki M, Fischer B. *Ear Addict Res* 2014; 20:192-199
25. Panagiotis Vagenasa, Lyuba Azbela, Maxim Polonskya, Nina Kerimi, Mirlan Mamyrov, Sergey Dvoryak, Frederick L. Altice a,d, A review of medical and substance use comorbidities in Central Asian prisons: Implications for HIV prevention and treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2013.
26. Sylla, L., Bruce, R.D., Kamarulzaman, A., Altice, F.L., 2007. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int. J. Drug Policy* 18,306–312.
27. World Health Organization, 2009. WHO Europe: Prison Health – HIV, Drugs and Tuberculosis, Geneva.
28. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
29. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman, A., Zahari, M.M., Altice, F.L., 2013a. Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull. WHO* 91, 124–129.
30. Латыпов А., Отиашвили Д., Айзберг О., Болтаев А. Табобати ҷойивазкунандаи афюн дар Осиёи Марказӣ: дар роҳи табобати бисёршакла ва самарноки вобастагӣ аз нашъамандӣ. *ЕССВ: Вильнюс. ЕССВ (2010).*
31. Болтаев А., Холов С., Акматова Д., Дерябина А., Эльман Т. Алгоритмҳои клиникӣ барои табобати ҷойивазкунандаи афюнӣ. Лоихаи МУСОИДАТ, IСАР Донишгоҳи Колумбия, соли 2014 *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response (UNODC, WHO and UNAIDS, 2006)*



Министерство здравоохранения и социальной защиты населения  
Республики Таджикистан

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

по заместительной терапии при синдроме опиоидной  
зависимости в учреждениях наркологической службы  
Республики Таджикистан

Душанбе-2015

Данный материал подготовлен при финансовой поддержке Гранта 5 U2G PS002985 Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC). Содержание данной публикации – исключительно ответственность авторов и необязательно является отражением взглядов Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) и Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (PEPFAR).



Клинический протокол по заместительной поддерживающей терапии метадоном при синдроме зависимости от опиоидов рассмотрено Постоянно действующей рабочей группой при Министерстве здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан по координации процесса разработки и утверждения клинических руководств, основанных на доказательной медицине, и утверждено Приказом МЗ и СЗ РТ от 09 декабря 2015г №1040

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан

Настоящий Клинический протокол было подготовлено рабочей группой из числа высококвалифицированных специалистов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Малахов М.Н.	Председатель рабочей группы, КМН., директор Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Шарипов Р.М.	Зам. директора по лечебной части Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Джобиров А.Р.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Ибодов Ф.М.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Раджабов А.Б.	Заведующий организационно-методическим отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Мисоков С.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова

### Консультанты:

Шаропова Н.М.	Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М. Г. Гулямова, ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор.
Бойбобоев А.А.	Заведующий курсом психиатрии и наркологии ТИППМК к.м.н., доцент.
Ким И. А.	Менеджер пункта ОЗТ, консультант программы ОЗТ.

### Консультативная и методологическая поддержка:

Рахимов З.Я.	Главный специалист по кардиологии и клинической фармакологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Заведующий кафедрой кардиологии и клинической фармакологии ТИППМК к.м.н., доцент.
Холов С.С.	Координатор ICAP в Республике Таджикистан, Региональный Координатор по ОЗТ

## Декларация конфликта интересов

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

## Методы разработки протокола

Настоящий Клинический протокол по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов разработано в соответствии с рекомендациями международной эффективной практики и на основе многолетнего практического опыта работы в Республики.

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

По каждому ключевому клиническому вопросу (Abstinence, Detoxification, Opioid, Opioidintoxication, Opioidoverdose, Withdrawalsyndrome, Tolerance, и т.д.) был проведен поиск литературы с целью выявления современных источников доказательств по данной теме. Качество фактических данных оценивалось по методике, описанной рабочей группой GRADE. Эта методика предполагает оценку качества фактических данных по тому или иному вопросу с учетом значимости эффекта значения имеющихся данных для поставленного клинического вопроса, размера выборки в соответствующих испытаниях, методики проведения испытаний и постоянства полученных результатов.

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

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

## Шкала уровней доказательности

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

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

Учитывая темпы научных исследований в данной области, множество альтернативных тактик лечения, которые не были рассмотрены в этом протоколе, а также относительно узкий круг публикаций по практическому опыту, накопленному на сегодняшний день в странах Средней Азии, данное руководство, будет обновляться с учетом новых ключевых доказательств каждые три года. Следующий пересмотр планируется в 2018 году. Ответственность за обновление рекомендаций этого протокола несет Республиканский клинический центр наркологии имени профессора М.Г. Гулямова Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

#### Клиническая проблема

Опиоидная зависимость

Название документа:

Клинический протокол по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан

Цель создания Клинического протокола

Создание единой методологии диагностики и опиоидной заместительной терапии метадонном, при опиоидной зависимости, базирующейся на принципах доказательной медицины и отражающей достижения передовой мировой науки и практики.

Целевые группы

Врачи, психиатры, наркологи, психотерапевты, психологи, социальные работники, фармацевты медицинские сестры и руководители медицинских учреждений.

Этапы оказания медицинской помощи:

Амбулаторная наркологическая помощь, стационарная наркологическая помощь.

Применимость

Данный Клинический протокол по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан предусмотрено для внедрение во всех медицинских учреждениях реализующее опиоидное заместительной терапии пациентам с опиоидной зависимостью.

Планируемая дата обновления

Пересмотр данного руководства запланировано на 2018 год, либо в более ранние сроки в случае появления новых научных данных и доказательств.

Комментарии и пожелания по содержанию клинического протокола приветствуются.

Контактная информация

Республиканский клинический центр наркологии

Душанбе, Таджикистан

ул. 40-лет Победы, 3

факс: +992(377) 2347891;

тел.: +992(372) 2340587

e-mail: rahim\_malakhov@mail.ru



## СОДЕРЖАНИЕ

Список условных сокращений .....	67
Введение .....	68
1. Опиоидная зависимость .....	71
1.1. Определение основных понятий .....	71
2. Диагностика синдрома зависимости от опиоидов .....	72
2.1. Диагностическая оценка пациента .....	72
2.2. Дополнительные методы обследования .....	74
2.3. Критерии диагностики .....	74
3. Лечение опиоидной зависимости .....	74
3.1. Лечение опиоидной зависимости на основе отмены опиоидов .....	75
3.2. Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии агонистами .....	76
3.3. Заместительная поддерживающая терапия метадонном в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы .....	77
3.4. Показания и условия для включения в терапию .....	78
3.5. Информированное согласие и терапевтический контракт .....	78
4. Метадон гидрохлорид .....	79
4.1. Назначение и дозирование метадона .....	80
4.2. Начальный этап терапии (подбор дозировки) .....	80
4.3. Этап поддержания .....	81
4.4. Процедура выдачи метадона участнику .....	82
4.5. Выдача доз на руки .....	82
4.6. Важные критерии выдачи дозы на руки .....	83
4.7. Контроль мочи на употребление не назначенных ПАВ .....	84
4.8. Пропуск доз метадона .....	84
4.9. Рвота .....	84
4.10. Этап завершения терапии метадонном .....	85
5. Детоксикация при помощи ЗТМ .....	86
6. Механизм обеспечения в лечебно-профилактических учреждениях препаратом метадон .....	87
7. Психосоциальная поддержка .....	87
8. Продолжительность терапии .....	88
9. Мониторинг эффективности терапии .....	88
10. Побочные действия метадона .....	89
11. Передозировка метадонном .....	89

12. Беременность и опиоидная зависимость .....	90
12.1. Доза.....	91
12.2. Снижение дозы (детоксикация).....	91
12.3. Повышение дозы.....	92
12.4. Взаимодействие между метадоном и АРВ препаратами у беременных .....	92
12.5. Грудное вскармливание и метадон.....	92
13. ВИЧ-инфекция, туберкулез и опиоидная зависимость .....	92
14. Медицинские этические аспекты программ ОЗТ .....	93
15. Перечень документов для ЗПТМ.....	94
15.1. Журнал регистрации для приёма пациентов в программу ЗПТ .....	95
15.2. Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты .....	95
15.3. Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов.....	95
15.4. Журнал «листа ожидания» .....	95
15.5. Форма медицинской карты на пациента ОЗТ .....	96
15.6. Образец Договора по заместительной поддерживающей терапии между пациентов и центром, оказывающий услуги по ЗПТ.....	97
15.7. Образец заявление пациента.....	100
16. План лечения и анализов .....	101
16.1. Форма регистрации пациентов .....	102
16.2. Индивидуальный план сопровождения клиента.....	104
16.3. Книга учёта наркотических лекарственных средств в отделениях и кабинетах в ЛПУ .....	104
16.4. Клиническая шкала тяжести синдрома отмены опиатов .....	105
16.5. Шкала Кесслера для определения психологического дистресса.....	107
16.6. Информация о рисковом поведении.....	108
16.7. Взаимодействие между АРВ – препаратами и метадоном .....	110
17. Глоссарий .....	112
18. Библиография.....	115

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
АКН	Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКК	Врачебно консультативная комиссия
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИД, туберкулез и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЗП	Заместительный препарат
ЗТ	Заместительная терапия
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадонем
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ЛААМ	Левоальфаацетилметадол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗи СЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
НКК	Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией
ННОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
НПО	Неправительственные организации
ООН	Организация объединенных наций
ПАВ	Психоактивные вещества
РТ	Республика Таджикистан
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита

## ВВЕДЕНИЕ

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является тщательно изученным и научно обоснованным медицинским вмешательством, направленным на лечение опиоидной зависимости, и заключается в назначении опиоидных агонистов в качестве заместителя нелегальных уличных опиоидных наркотических средств, таких как героин. Исследования, проведенные на сегодняшний день в области лечения опиоидной зависимости, доказывают, что ОЗТ в сочетании с психологической поддержкой дает наилучшие результаты в отношении снижения частоты нелегального употребления наркотиков и инъекций, снижения криминального поведения и улучшения социальной адаптации.<sup>1</sup>

В Республике Таджикистан программа опиоидной заместительной терапии реализуется на основании Программы по профилактике распространения наркозависимости и совершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2013-2017 годы (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 183 от 30.04.2012 года), Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД-а в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 562 от 30.10.2010 года), а также соглашением между программой развития ООН в РТ о реализации программы «Усиление поддерживающей среды и расширение профилактики, лечения и ухода с целью сдерживания эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ» и Приказа МЗ РТ № 500 от 27 июня 2009 года.

Учитывая низкую эффективность существующих лечебных и реабилитационных программ для лиц с зависимостью от психоактивных веществ и с целью воздействия на снижение темпов распространения ВИЧ с стране, возникло необходимость внедрение в медицинскую практику заместительную поддерживающую терапию. Заместительная поддерживающая терапия на сегодняшний день, один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих пациентов, их семей и для общества в целом, главным образом благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним преступного поведения, поведения сопряженной с риском инфицирования ВИЧ, а также снижению смертельных исходов. Заместительную терапию нельзя рассматривать как просто прописывание больному опиоида. Она должна рассматриваться как часть комплексной программы помощи наркозависимому и сочетаться в большинстве случаев с психотерапией и социальной реабилитацией, а также с лечением соматических заболеваний. Данный метод лечения является научно обоснованным и этический оправданным методом оказания помощи больным с опиоидной зависимостью.

ВОЗ также рассматривает заместительную поддерживающую терапию как важный вариант выбора среди возможных методов лечения в странах с высокой распространенностью опиоидной зависимости, особенно там, где вследствие употребления инъекционных наркотиков их потребители подвержены риску заражения ВИЧ и другими вирусами, которые передаются через кровь. В «Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД», принятой резолюцией Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН №26/2 от 27 июня 2001 года в ряду других важных рекомендаций есть также пункт о

<sup>1</sup>ВОЗ, УНПООН, ЮНЭЙДС. (2004). Совместная позиция: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ- инфекции и СПИД.

необходимости развития программ по снижению вреда от употребления наркотиков, которые, как известно, включают триаду: а) профилактическая информация; б) обеспечение доступа наркоманов к стерильному инъекционному инструментарию; в) обеспечение возможности получения инъекционными наркоманами заместительной терапии.

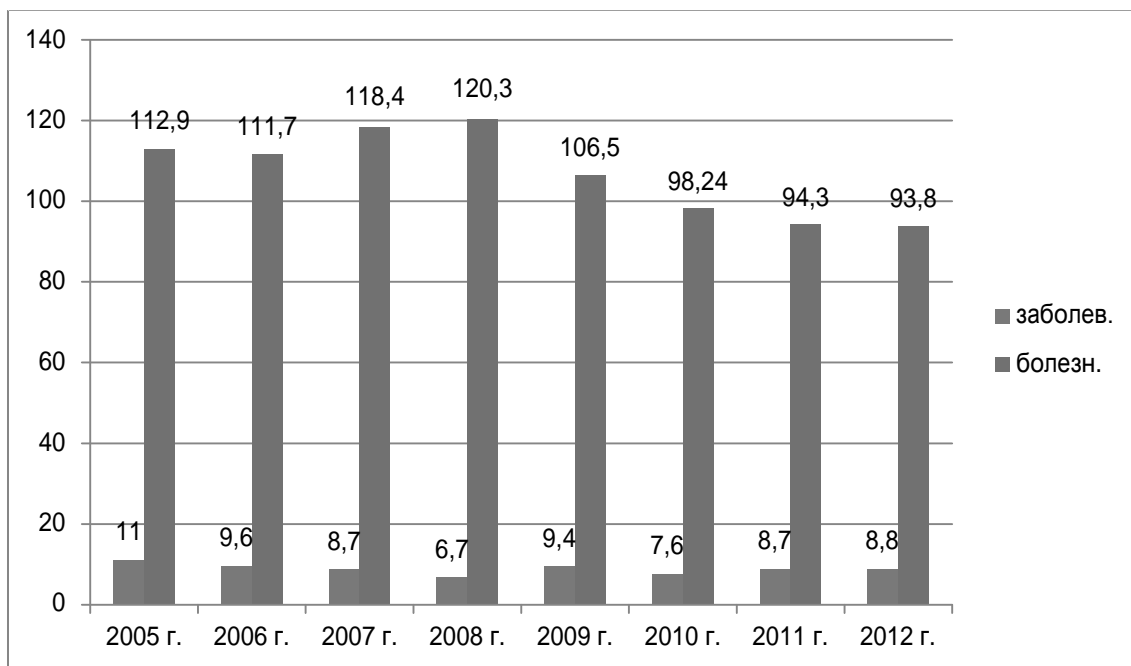
В настоящее время в мире насчитывается около 27млн. людей, употребляющих инъекционные наркотики, из которых 1,65млн. являются ВИЧ-положительными. ЛУИН уязвимы не только перед ВИЧ-инфекцией, но и перед такими заболеваниями, как вирусный гепатит, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, и другими бактериальными заболеваниями. Более того, им угрожает смерть от передозировки.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие в мире отмечается снижение темпов распространения ВИЧ инфекции, в странах Центральной Азии продолжается рост новых случаев ВИЧ инфекции (ЮНЭДС, 2009). Из оценочного количества в 3,1 миллион людей употребляющие инъекционные наркотик в странах Центральной и Восточной Европы, а также Центральной Азии, приблизительно 1 миллион инфицированы ВИЧ инфекцией. По данным Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистана к концу 2014 года в Таджикистане было зарегистрировано 6558 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 3161 или 48,2 % случаев зарегистрированы среди ЛУИН.

Анализ численности потребителей наркотиков, зарегистрированных учреждениями наркологической службы Республики Таджикистан, выявил выраженную тенденцию роста.

Рисунок 1.

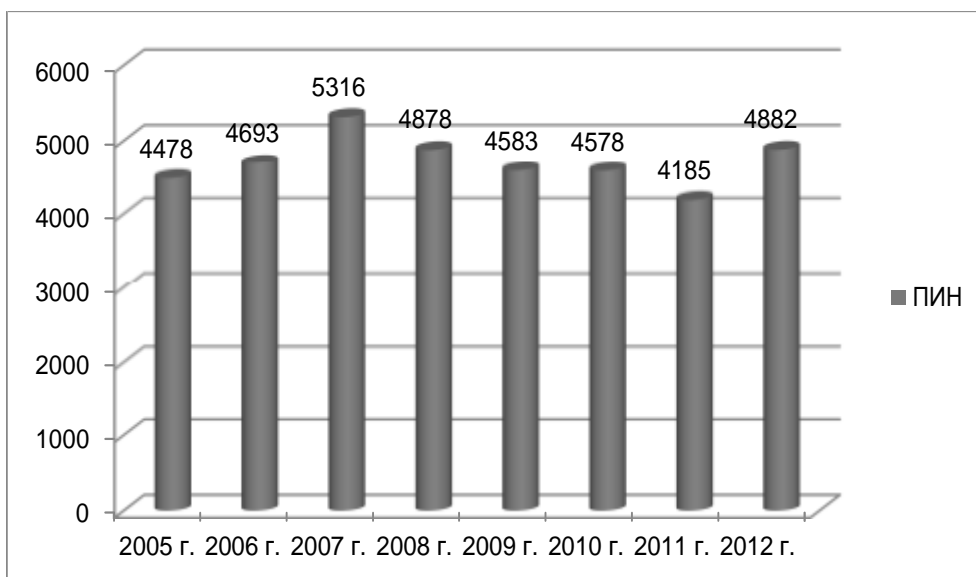
Ситуации с наркопотреблением в Республике Таджикистан 2005-2012г.  
( на 100 000 населения)



Из них более 67% являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и являются одной из основных групп риска в отношении ВИЧ-инфекции и гепатитов.

Рисунок 2.

## Динамика численность инъекционных потребителей наркотиков



С 2001 года отмечается рост количества больных, употребляющих наркотики инъекционным путем. К 2013 году их число достигло 4837 человек или 67,2% от общего числа больных наркоманией. Рискованная практика многократного использования одного шприца, при внутривенном потреблении наркотиков, формирует один из основных и особо опасных путей передачи ВИЧ/СПИД-а в республике, который составляет 52,3 от всех зарегистрированных случаев инфицированности.

Из общего числа инъекционных наркозависимых (ПИН) мужчины составляют 89,7%. Практически все потребители наркотиков практикуют незащищенный секс, что создает дополнительный риск распространения ВИЧ-инфекции половым путем. В 2013 году зарегистрировано 876 новых случаев инфицированности ВИЧ, из них 239 случаев (28%) из числа потребителей инъекционных наркотиков. Как видно, показатель пути передачи инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков намного ниже, сравнительно предыдущим годам. Это в основном связано с внедрением в Республике программы снижения вреда от наркотиков и улучшением показателя охвата профилактическими программами этого контингента.

В связи с этим, в последние годы в структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения при поддержке Правительства Республики Таджикистан реализуются программы снижения вреда от употребления наркотиков. В том числе, в наркологических учреждениях с целью предотвращения распространения ВИЧ инфекции и болезней, передающихся с кровью, была внедрена пилотная программа опиоидной заместительной терапии.

С учетом ситуации, и в соответствии с международными обязательствами и рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, в целях сокращения последствий, связанных с инъекционным потреблением наркотиков, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, предприняло ряд мер по совершенствованию системы оказания наркологической помощи в сторону повышения ее доступности, качества, а также расширения спектра оказываемых медицинских услуг. Одной из таких мер явилось принятие в 2010 году решения о проведении заместительной терапии метадонном в медицинских учреждениях.

На сегодняшний день, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является одним из наиболее хорошо изученных и в то же время самых эффективных методов лечения опиоидной зависимости, когда она применяется в сочетании с психо-социальной помощью.

В 2005 году Всемирная организация здравоохранения включила метадон и бупренорфин в Модельный список основных лекарственных средств. Исследования показали, что в результате применения ОЗТ значительно снижается уровень потребления нелегальных наркотиков, снижается уровень криминального поведения людей с опиоидной зависимостью, скорость распространения инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит С), улучшается психическое и физическое здоровье пациентов, их социальный образ жизни, уменьшается уровень передозировок, сокращается смертность.

## 1. ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

### 1.1. Определение основных понятий

Заместительный препарат – лекарственное средство, которое имеет свойства опиатного агониста. Это может быть полный опиатный агонист – метадон, ЛААМ или частичный (агонист – антагонист) – бупренорфин.

Заместительная терапия – назначение заместительного препарата в комплексном лечении синдрома опиоидной зависимости. Заместительный препарат улучшает состояние больного, предохраняет развитие синдрома отмены опиоидов, уменьшает тягу к нелегальным наркотикам, создает возможность реабилитации и уменьшает рискованное поведение (относительно передачи ВИЧ-инфекции и других болезней, которые передаются через кровь). Препараты с заместительными свойствами могут назначаться на срок от нескольких недель до многих лет.

Детоксикация при помощи заместительных препаратов – лечение назначенным ЗП в дозах, которые постоянно уменьшаются, с целью минимизировать проявления синдрома отмены и обеспечить полное прекращение употребления наркотических веществ.

Заместительная поддерживающая терапия – долгосрочное (6 месяцев и больше) применение постоянных доз ЗП в комплексном лечении зависимости от опиоидов с целью стабилизации психического состояния больного, уменьшения медицинских и социальных последствий употребления незаконных наркотиков, создание предпосылок для реабилитации и лечения других болезней (СПИД, гепатит В и С, ТБС, септические состояния).

Согласно определениям ВОЗ, существуют следующие виды заместительной терапии:

- Кратковременная детоксикация – лечение ЗП, дозы которого постепенно уменьшаются на протяжении одного месяца или меньше
- Долговременная детоксикация – лечение, когда уменьшение дозировки ЗП продолжается более 1 месяца
- Кратковременная заместительная поддерживающая терапия – лечение постоянными дозами ЗП до 6 месяцев.
- Долговременная заместительная поддерживающая терапия – лечение постоянными дозами ЗП на протяжении более 6 месяцев.

Опиат – один из группы естественных алкалоидов, полученных из опийного мака (*Papaversomniferum*), который активизирует опиатные рецепторы в мозге, и обладает способностью индуцировать анальгезию, эйфорию, а в более высоких дозах приводит к ступору, коме и угнетению дыхания. Этот термин включает в себя опиум, героин, морфин и исключает синтетические опиоиды.

Опиоидный - общий термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака (*Papaversomniferum*), их синтетических аналогов, а также соединений, синтезирующихся в организме, которые взаимодействуют с теми же конкретными рецепторами в головном мозге, имеют потенциал для облегчения боли, и производят ощущение благополучия (эйфорию). Алкалоиды опия и их синтетические аналоги в высоких дозах также вызывают сонливость, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон гидрохлорид, бупренорфин и (декстро) пропоксифен.

Синдром зависимости от опиоидов – совокупность физиологических, поведенческих и когнитивных (познавательных) расстройств, при которых употребление опиоидов становится доминирующей в системе ценностей индивидуума. Главной характеристикой синдрома зависимости является психическое и физическое зависимость от наркотиков, то есть желание (часто сильное, непреодолимое) принимать опиоиды, которые могли быть назначены, а могли и не назначаться врачом.

## 2. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Диагностика синдрома зависимости от опиатов должна быть тщательной с хорошо поставленной методикой, исключающей ошибки и ошибочные толкования, должна проводиться со знанием клинических и психологических аспектов, достижений мировой медицинской практики и при хорошем контакте врача с пациентом.

### 2.1. Диагностическая оценка пациента

Диагностическая оценка пациента должна включать в себя диагностику опиоидной зависимости в соответствии с критериями МКБ-10, диагностику сопутствующих соматических и психических заболеваний и определение показаний к проведению заместительной терапии. Сбор анамнестических данных должен помочь врачу в составлении плана терапии. Анамнестические данные следует собирать в соответствии со следующим планом:

#### 2.1.1. Анамнез жизни

#### 2.1.2. Наркологический анамнез: употребление наркотических и психоактивных веществ (легальных и нелегальных)

1. первый контакт с наркотическим, психоактивным веществом,
2. начала и регулярность употребления, длительность употребления,
3. способ употребления,
4. наличие толерантности,
5. наличие синдрома отмены,
6. применявшееся ранее лечение,



7. осложнения при детоксикации (судорожные приступы при сопутствующей зависимости от алкоголя или седативных препаратов),
8. наличие передозировок в прошлом,
9. наличие спонтанных и терапевтических ремиссий,
10. контекст употребления психоактивных веществ,
11. отношение к психоактивным веществам в кругу друзей,
12. описание состояний одурманивания, опьянения (субъективно переживаемое действие вещества) и синдрома отмены,
13. негативные последствия употребления психоактивных веществ на семейную жизнь, работу или учебу,
14. криминальная активность (воровство, агрессивные действия),
15. нехимические зависимости (азартные игры (гэмблинг), аддикции отношений - сексуальная, любовная и аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег и др),
16. проблемы, связанные с употреблением наркотиков (семейные, социальные, медицинские, юридические, финансовые, психологические).

#### 2.1.3. Соматический анамнез

2.1.4. Наличие инфекционных заболеваний: сифилис, ВИЧ/СПИД, гепатиты В и С, туберкулез

2.1.5. Применяемые в настоящее время лекарственные средства

2.1.6. Психиатрический анамнез: лечение по поводу психических заболеваний, суицидальные попытки, наличие в прошлом психопатологической неврологической симптоматики (бред и галлюцинации, нарушения пищевого поведения, периоды пониженного или повышенного настроения, обмороки, судорожные приступы и др.).

2.1.7. Семейный анамнез: наличие наркологических и психических заболеваний в семье.

2.1.8. Социальная ситуация: жилье, образование, наличие долгов.

Социальные связи: наличие партнера, детей, друзья. Поведение пациента в свободное время, хобби.

2.1.9. Проблемы с законом: судимости и т.д.

2.1.10. Сексуальность: сексуальные нарушения, применение противозачаточных средств.

2.1.11. Мотивация и ресурсы представления о своем будущем, причины, которые побудили обратиться за лечением, мотивы употребления и мотивы прекращения употребления.

2.1.12. Психический статус: память, внимание, нарушения мышления, обманы восприятия, изменение личности.

2.1.13. Физикальный осмотр: важен осмотр кожных покровов для выявления мест инъекций, абсцессов, флегмон, порезов и др.

## 2.2. Дополнительные методы обследования

2.2.1. Исследование мочи на психоактивные вещества.

2.2.2. Исследование на ВИЧ, гепатиты, сифилис, туберкулез.

2.2.3. Флюорография или рентгенография грудной клетки.

## 2.3. Критерии диагностики

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

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему опиоидов;
- нарушение способности контролировать прием опиоидов, т.е. начала употребления, окончания или дозировки вещества;
- состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием опиоидов уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств (ринорея или чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, тошнота или рвота, диарея, расширение зрачков, образование "гусиной кожи", периодический озноб, тахикардия или артериальная гипертензия, зевота, раздражительность, бессонница), которые смягчаются при возобновлении приема опиоидов;
- повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз и увеличение дозы вещества для достижения прежнего эффекта;
- увеличение объема времени, затрачиваемого на добывание опиоидов, прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением социальной активности и интересов личности;
- продолжение приема опиоидов, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

## 3. ЛЕЧЕНИЕ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Лечение опиоидной зависимости – это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств, направленных на уменьшение или прекращение употребления опиоидов и предупреждение вреда, связанного с употреблением опиоидов, а также улучшение качества жизни и благополучия пациента, зависимого от опиоидов.

В большинстве случаев лечение потребует в течение долгого времени, а может быть и в течение всей жизни. В таких случаях цель служб, предоставляющих лечение, заключается не только в том, чтобы снизить или прекратить употребление опиоидов, но и улучшить здоровье и социальное функционирование и помочь пациентам избежать наиболее тяжелых последствий употребления наркотиков.

В широком плане существует два фармакологических подхода к лечению опиоидной зависимости:

- а) на основе отмены опиоидов (холодный дэтокс);
- б) на основе поддерживающего введения агонистов. (тёплый дэтокс).

### 3.1. Лечение опиоидной зависимости на основе отмены опиоидов

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

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

Методы детоксикации от опиоидов другими препаратами сосредоточены главным образом, на клонидине альфа-2 агонисте, который снижает норадреналиновую активность при синдроме отмены опиоидов. Ранние исследования показали эффективность клонидина в уменьшении симптомов отмены. Клонидин по-видимому наиболее эффективен в устранении симптомов со стороны периферической нервной системы, но менее эффективен в облегчении субъективных переживаний симптомов отмены. В этой связи по необходимости назначаются и другие средства (обезболивающие нестероидные противовоспалительные средства, бензодиазепины при нарушениях сна, карбамазепин с целью коррекции поведения, противорвотные и т.д.).

При ведении отмены опиоидов клонидин обычно вводится дозами до 100-300 мкг по три или четыре раза в день, не более 10-17 мкг/кг/день. После первых двух дней доза понижается, а к 4-му или 5-му дню прекращается совсем. В условиях стационара или лечебницы начальная доза должна быть в пределах 1-2 мкг/кг, а последующие дозы должны соответственно корректироваться. В амбулаторных условиях, где контроля за кровяным давлением нет, следует назначать меньшие дозы, не более 450-900 мкг в сутки, в зависимости от массы тела пациента и тяжести состояния отмены опиоидов. Если систолическое артериальное давление ниже 90мм.рт.ст., а диастолическое ниже 50мм.с.т.с., то клонидин не назначается.

#### 1. Схема лечения клонидином:

Клонидин 0,15мг, 0,9-1,2мг (Под контролем, А/Д), согласно по схеме:

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

2. Диазепам 5-10мг, 1мг, сибазон 5 - 10мг.

3. Карбамазепин (200 мг) 3 раза сут, начальная доза 100-200 мг. При необходимости до 400 мг 2-3 в сут.

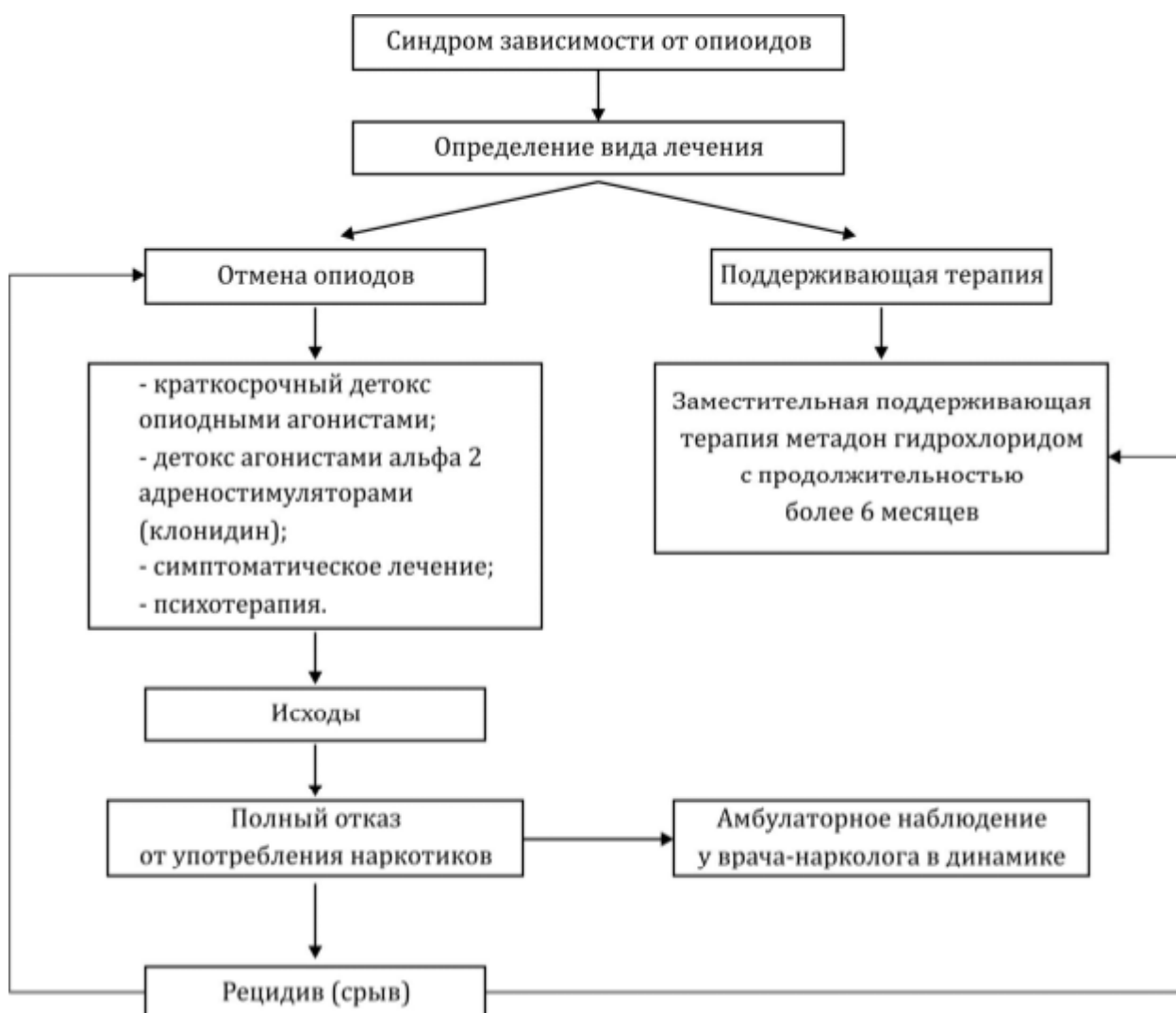
4. Галаперидол -5мг таб. (5-15 мг/ в сут.); галоперидол деканоат -1,0 50 мг/в месяц; рисперидон-2-4мг (рисполепт) 4-6 мг/в сутки;  
хлорпромазин (аминазин 100мг) 50 – 200 мг/суточная доза.
5. Амитриптилин, от 0,075 (75 мг) суточная доза, прибавляя по 0,025(25 мг) до терапевтической дозе 0,15(150 мг) /суточная доза; феварин-100мг, 20 мг суточная доза.
6. Метоклопрамид 10 мг таб. (30мг/ в сут.) или 2,0мл (10мг) при рвоте.
7. Лоперамид при диарее в капсуле по 2мг. Начиная с 2 капсуле (4мг) и по схеме

### 3.2. Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии агонистами

Поддерживающее лечение состоит из ежедневного введения какого-либо опиоидного агониста (метадон гидрохлорид) или частичного агониста (бупренорфин). При достижении стабильного уровня опиоидного агониста (метадона гидрохлорида) пациентом не ощущается синдром отмены, а скорее он чувствует себя как «нормальное состояние». На практике разным пациентам подходят разные дозы препарата. Многим пациентам приходится пройти несколько эпизодов разных доз препарата, прежде чем будет найден эффективный, стабилизирующий для них дозы метадона гидрохлорида. Подбор дозы препарата нужно делать вместе, врачу консультанту и пациенту, учитывая при этом приоритеты пациента, принципы врачебной этики и доказательства эффективности лечения, а также индивидуальные факторы из жизни пациента, такие как, например, прохождения лечения в прошлом.

Далее в настоящем руководстве будет отражена методология второго фармакологического подхода в лечении опиоидной зависимости – заместительная поддерживающая терапия.

Алгоритм ведения пациентов с опиоидной зависимостью  
в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы



### 3.3. Заместительная поддерживающая терапия метадон гидрохлоридом в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы

Заместительная поддерживающая терапия - это метод длительной (более шести месяцев) медицинской помощи с использованием лекарственных средств относимых к агонистам опиатов, в сочетании с оказанием социально-психологической помощи лицам, страдающим зависимостью от опиоидов. В Республике Таджикистан для заместительной поддерживающей терапии лиц с опиоидной зависимостью используется препарат метадона гидрохлорид.

Для обеспечения эффективности заместительной терапии этот вид лечения, как и любой другой, должен:

- быть основан на потребностях пациента;
- предоставляться в течение нужного периода времени при правильной дозировке, подобранной для данного пациента;
- предоставляться непрерывно.



Главные цели заместительной терапии строятся на концепции общественного здравоохранения и снижения вреда. В заместительной терапии ставятся следующие цели:

- помочь людям оставаться здоровыми до тех пор, пока при надлежащей помощи и поддержке они не смогут достичь жизни без наркотиков, или же, если они не могут достичь этого или желают выйти из программы, оставаться в программе лечения в течение многих лет или даже всю свою жизнь;
- уменьшить употребление незаконных наркотиков или не предписанных врачом препаратов;
- решить проблемы, связанные с употреблением наркотиков;
- уменьшить опасности, связанные с употреблением наркотиков, в частности, риск передачи ВИЧ, вирусов гепатитов В и С и других гемоконтактных инфекций, сопряженный с употреблением инъекционных наркотиков и использованием общих принадлежностей для инъекций;
- уменьшить продолжительность эпизодов употребления наркотиков;
- уменьшить вероятность рецидива употребления наркотиков в будущем;
- снизить криминальную активность больного, для добывания денег на покупку наркотиков.

### 3.4. Показания и условия для включения в терапию

Показания для применения заместительной терапии:

- Установленный диагноз зависимости от опиоидов;
- Инъекционный способ употребления опиоидов на момент обращения.
- Индивидуальные показания по решению специальной консультативной комиссии.

Противопоказания для включения в программу заместительной терапии:

1. Аллергическая реакция на метадон гидрохлорид или составные части препарата;
2. Дыхательная недостаточность;
3. Значительная печеночная недостаточность (риск развития печеночной энцефалопатии);
4. Невозможность дать информированное согласие. (Психическое расстройство, возраст до 18 лет)

### 3.5. Информированное согласие и терапевтический контракт

Перед началом заместительной терапии необходимо получить информированное согласие пациента.

Информирование пациентов включает в себя следующие основные компоненты:

1. Описание смысла заместительной терапии,
2. Описание целей лечения,
3. Информация о преимуществах и недостатках лечения,
4. Формы контроля за пациентом,

5. Ожидаемая длительность лечения,
6. Побочные эффекты метадона,
7. Риск сопутствующего употребления психоактивных веществ,
8. Возможные альтернативные способы лечения.

После информирования пациента о программе лечения с ним заключается терапевтический контракт. В контракте должны быть отражены обязанности участвующих сторон.

Медперсонал лечебно-профилактических учреждений наркологической службы обязуются:

1. Обсуждать возможные изменения в схеме терапии с пациентом;
2. Встречаться с пациентом через определенные интервалы времени.

Пациент обязуется:

- Регулярно встречаться с врачом и другими медперсоналом;
- Со всей ответственностью относиться к назначениям врача;
- По первому требованию сдавать образцы мочи для проверки на содержание наркотиков;
- Минимизировать/полностью прекратить потребление незаконных наркотиков;
- Запрещается незаконный оборот наркотиков и любое проявление агрессии со стороны пациента.

Пациента информируют, что при серьезном нарушении соглашения курс лечения может быть прерван.

#### 4. МЕТАДОН ГИДРОХЛОРИД

Метадон (метадона гидрохлорид) является наиболее часто употребляемым препаратом при ОЗТ используемым в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы. Это синтетический опиоидный агонист, который имеет действие, аналогичное действию морфина. Он выпускается в двух формах – в виде таблетки и жидкого раствора. Метадон хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, независимо от формы (сиропа или таблетки). Метадон имеет очень хорошую биодоступность 80-95%. Его применяют в форме 0,5% раствора (1 мл раствора содержит 5 мг метадона) или в таблетках по 5, 10, 20 и 40 мг. При пероральном применении он появляется в крови через 30 минут. Пиковая концентрация в крови появляется через 2-4 часа после его приема. Метаболизм метадона происходит в основном в печени, выведение метаболитов с мочой и желчью. Продолжительность полужизни препарата в плазме составляет от 14 до 30 часов, в среднем 24 часа. Эта фармацевтическая особенность препарата делает метадон гидрохлорид препаратом выбора в качестве замены опиоидных наркотиков, потому что позволяет один раз в день употреблять препарат а пероральное введение позволяет избегать инъекции.

Для достижения равновесной концентрации в крови необходимо прием метадона в постоянной дозе в течение 5-10 суток. Метадон сильнее, чем морфин связывается с тка-



невыми белками и белками крови, что обеспечивает стабильную концентрацию в крови. При постоянном приеме он накапливается в жировой ткани, создавая тем самым депо, и его концентрация в крови колеблется незначительно. В дозе 60-120 мг он обеспечивает блокаду опиоидных рецепторов, и если пациент параллельно употребляет другие опиоиды, то они не оказывают эйфоризирующего эффекта. Эйфоризирующий эффект метадона при приеме внутрь выражен значительно меньше, чем при приеме героина.

Эффект «прихода» при употреблении героина внутривенно обусловлен быстрым нарастанием его концентрации в головном мозге. Метадон является менее липофильным и поэтому медленно проникает через гематоэнцефалический барьер. Побочные действия препарата возникают у 20% пациентов.

#### 4.1. Назначение и дозирование метадона гидрохлорид

Общие принципы: начинать с низких доз, увеличивать медленно, но стремиться к оптимальным дозам.

- Прежде всего, не навредить: оценки степени зависимости и толерантности не надежны и ни в коем случае не должны браться за основу при определении начальных доз метадона, которые в случае неправильной оценки могут вызвать передозировку.
- Никакой моральной ценности, ассоциирующей с «высокими» или «низкими» дозами, не существует.
- Метадон не должен даваться как «награда» или не даваться как «наказание».
- Чем шире услуг может быть предложено, тем лучше, но такие услуги не должны быть обязательными.
- Одним из главных препятствий, мешающих эффективности метадоновой терапии, является широко распространенное клеймо позора, или стигма, ассоциирующая с данной болезнью, с проходящим лечение человеком и с самим лечением. Необходимо оказывать поддержку потребителям наркотиков в преодолении этой стигмы, а медработникам следует изыскивать любую возможность для просвещения контингента учреждения (в том числе – и, пожалуй, самое главное – своих коллег-медиков).
- Если нет однозначного документального подтверждения того, что ранее, в других условиях пациенту давались более высокие дозы метадона, следует применять дозировку, рекомендуемую в методических указаниях для впервые начинающих лечение.
- В максимально возможной степени необходимо принимать меры к интеграции услуг.

#### 4.2. Начальный этап терапии (подбор дозировки)

Метадон является сильнодействующим опиоидом. Для взрослых, не имевших опыта употребления опиоидов, летальная доза составляет 50 мг, для детей 10 мг. При заместительной терапии различают две стадии лечения: стадия индукции и стадия стабилизации. На стадии индукции происходит постепенное увеличение суточной дозы препарата до оптимальной. На стадии стабилизации пациент получает постоянную дозу метадона, которая в некоторых случаях может быть изменена (интеркуррентные заболевания, сопутствующая терапия другими медикаментами и др).

Рекомендуется начинать подбор начальных доз метадона с 20 мг, а если есть сомнения в толерантности пациента, то и с 10 мг. Повышение дозы, при сохранении симптомов отмены опиоидов, возможно через 3 часа после первого приема. Дополнительная доза составляет 5 мг, а через 3 часа можно добавить еще 5 мг. На протяжении этого времени пациент должен находиться под контролем. Учитывая, что метадон способен аккумулироваться в организме, увеличение дозировки метадона в первую неделю не должно быть более 5 мг в сутки и не более 15 мг в течении всей первой недели. Необходимо помнить, что передозировка метадоном представляет большую опасность, но с другой стороны, недостаточная доза является неэффективной. Первоочередной задачей первого этапа индукции является устранение синдрома отмены опиатов.

Во избежание развития симптомов отмены и своевременного купирования возникших симптомов абстиненции, на начальном этапе терапии необходимо ежедневное наблюдение и консультирование пациента до стабилизации его состояния. Время, которое необходимо для того, чтобы правильным образом стабилизировать пациента в рамках лечения метадоном, может составлять до шести недель и более.

Пациентам, находящимся в состоянии опьянения (наркотического или алкогольного), нельзя давать очередную дозу метадона до тех пор, пока у них не пройдет состояние интоксикации.

#### 4.3. Этап поддержания

После первичной индукции начинается этап определения поддерживающей дозы метадона. Его целью является преодоление тяги к нелегальным наркотикам, а также достижение „эффекта блокады”. Этот эффект заключается в том, что применение соответствующей дозы метадона блокирует острые эйфорические ощущения в случае употребления пациентом нелегальных опиатов. На этом этапе доза увеличивается постепенно. Темпы повышения дозы зависят от базовой дневной дозы метадона, Если она составляет 60 мг, темп изменений может составлять 5 мг за 5 дней, если эта доза выше, скорость изменений составляет 10 мг за 3 дня. В среднем параметры повышения дозы составляют 10 мг в неделю при дозе 40-100 мг и 15 мг в неделю при дозе более 100 мг.

По данным различных исследований оптимальный диапазон для большинства больных колеблется в пределах 80-120 мг/сут. Для некоторых пациентов будут достаточными и меньшие дозы (40-60 мг), другие по своему состоянию нуждаются в 120-180 мг и более. Величина дозы никак не должна быть связана с моральными принципами, а базироваться только на взвешенном клиническом решении. Следует так же избегать «манипулированием» дозой, повышая ее в качестве «награды» или снижая в качестве «наказания» пациента.

Важным фактором терапии является контроль над состоянием пациентов. Медсестра (фельдшер), которая выдают пациенту ежедневную дозу метадона и наблюдает за ним, при наличии признаков измененного состояния (проявления интоксикации или, наоборот, синдрома отмены, изменений в состоянии здоровья, пр.), перед тем, как дать назначенную дозу метадона, направляет пациента на осмотр к врачу. Пациенты, которые пропустили предыдущий визит, также направляются к врачу.

На этапе поддержания у пациента могут быть выявлены симптомы отмены, возникшие по различным причинам (низкие дозировки метадона, прием алкоголя, антибактериальных и АРВ препаратов, пропуск в приеме препарата и т.д.). Наличие тяги к употреблению опиоидов, признаков синдрома отмены и сопутствующего употреблению психоактивных веществ, свидетельствует, как правило, о недостаточной суточной дозе ме-

тадона. Пациент должен быть информирован, что в процессе подбора суточной дозы метадона могут наблюдаться явления синдрома отмены и тяга к наркотику. Изменение дозы метадона может потребоваться в случае назначения лекарств, которые изменяют его метаболизм в организме. Если наблюдается головокружение и сонливость, то необходимо снизить дозу метадона. На этапе индукции поддерживающей дозы пациент осматривается врачом ежедневно, а при дополнительном назначении метадона - несколько раз на протяжении дня, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карточке или в медицинской карте стационарного больного. Наблюдение за состоянием пациента осуществляется специалистами по мере обращения его за консультацией, но не менее одного раза в неделю во 2-й месяц; каждые две недели со второго месяца; далее раз в месяц (при необходимости чаще). Любые существенные изменения состояния пациента, а также дополнительные назначения или смена дозировки должны фиксироваться во врачебных записях.

#### 4.4. Процедура выдачи метадона участнику

Метадон выдается пациентам ежедневно, согласно графику работы сайта/пункта. Дозирование согласно с листом назначений осуществляет медсестра. Жидкая форма метадона любой концентрации дозируется при помощи дозатора. Пациенты принимают метадон исключительно в присутствии и под наблюдением медсестры. Личные данные сотрудников, задействованных в транспортировке, хранении и выдачи раствора метадона предоставляются руководителями программ в АКН Республики.

#### 4.5. Выдача доз на руки

В перспективе с целью обеспечения приверженности к терапии необходимо будет решить вопрос о выдаче доз на руки с учётом соблюдения конкретных правил со стороны участника программы. Выдача доз на руки для дома может играть важную роль в сельской местности или там, где есть материально-технические трудности, связанные с ежедневным посещением места отпуска. Такая практика может начинаться не раньше, чем через 6 месяцев после начала терапии при условии стабильности дозы, регулярной явки, отсутствия замечаний и отрицательных анализов на содержание наркотиков. Практика приёма метадона дома расширяется постепенно от 1 дня в неделю до максимального периода в 1 неделю (не раньше, чем через год после начала успешного лечения). Решение про льготы домашнего приёма метадона принимает СКК. Решение фиксируется письменно с указанием дозы метадона и дни домашнего приёма на протяжении недели. Один экземпляр этого решения выдаётся на руки пациенту. При наличии данных о злоупотреблении этой привилегией или изменений в состоянии пациента он опять переводится на приём метадона в сайт клиник.

В любом случае, пациент, который получил метадон для приёма дома, несет полную ответственность за его сохранность и целевое использование согласно с действующим законодательством. Метадон для приема дома может выдаваться непосредственно в центре ОЗТ в заранее расфасованном виде. Другой вариант распределения метадона, который не противоречит действующему законодательству – это выписка его по рецептам (спецбланк для назначения наркотических препаратов). Учреждения, которые выписывают рецепты на специальных бланках должны четко придерживаться всех требований и наладить взаимодействие с аптеками.

Метадон, который выдается домой, принимается пациентом самостоятельно.

#### 4.6. Важные критерии выдачи дозы на руки

Выдача доз на руки для приёма на дому в целом относится только к метадоновой заместительной терапии и оно должно осуществляться в соответствии с законодательством страны, где реализуется программа. Выдача доз бупренорфина на руки для приёма дома обычно не рекомендуется, так как у пациента высок риск инъекционного потребления бупренорфина. Пациенты должны быть клинически стабильными до того, как им выдадут на руки дозы. Выдаваемая на руки для приёма на дому доза лекарства должна быть идентичной дозе, отпуск и приём которой находится под контролем или наблюдением.

Необходимо провести оценку пациента на предмет его стабильности, прежде чем он начнет приём доз на дому. Оценка стабильности (как правило, в течение предыдущих двух месяцев), должна включать в себя следующее:

- Текущая приверженность контролируемому дозированию
- Существующая приверженность назначениям/встречам с командой по лечению
- Отсутствие случаев потребления дополнительных незаконных опиоидов или других ПАВ (может или не может быть подтверждено выборочным тестом мочи на содержание наркотиков)
- Стабильное психическое здоровье
- Стабильное жильё
- Безопасное место для хранения лекарств (особенно если есть дети в доме).

Может быть трудным оценить, является ли тот или иной пациент достаточно стабильным, чтобы брать дозы для их приёма на дому. Необходимо проконсультироваться со всей лечащей командой, включая социального работника, фармацевта, для принятия решения относительно выдачи доз на руки для их приёма на дому.

Развитие событий относительно выдачи доз для их приёма на дому может идти в следующей последовательности:

- Не принимать дозы дома в первые шесть месяцев лечения
- Оценка стабильности – одна доза на руки в неделю
- Оценка стабильности в течение месяца - приём двух доз дома в неделю
- Оценка устойчивости в течение одного месяца – приём трех доз дома в неделю
- Оценка устойчивости в течение одного месяца - приём четырех доз дома в неделю.

Для высокостабильных пациентов рекомендуется максимум выдача на руки четырех доз метадона каждую неделю, а это означает, что пациенты будут иметь контролируемое дозирование три раза в неделю.

Выдача доз на руки для их приёма на дому не рекомендуется в следующих ситуациях:

- Потребление других ПАВ
- Последние случаи передозировки или появление в состоянии опьянения для получения дозы
- Нестабильные психиатрические состояния
- Считается, что пациент может потребить принесенные домой дозы инъекционным способом.
- Нарушение правил терапевтического контракта

#### 4.7. Контроль мочи на употребление не назначенных ПАВ

С целью объективной оценки состояния и поведения пациентов предусмотрено проведение уриноконтроля. Анализ проводится на наличие опиатов (морфин, героин). А также барбитуратов, бензодиазепинов и амфетаминов. Рекомендованная частота уриноконтроля – 1 раз в месяц, на протяжении первого года терапии. При успешном лечении на протяжении года, эта частота может быть уменьшена до 1 раза в квартал. В случае необходимости, врач имеет право назначать проведение уриноконтроля и чаще. Результаты анализов используются для более тщательной установки дозы метадона, особенно “блокирующего” действия, а также для проведения дополнительных интервенций, если выявляются признаки злоупотребления другими психоактивными веществами.

Процедура уриноконтроля должна выполняться с соблюдением этических норм и одновременно обеспечивать достоверность результатов. Лабораторный анализ может осуществляться как при помощи стандартных тест-систем, так и методами тонкослойной хроматографии. Выбор конкретной методики зависит от возможностей того или другого учреждения.

#### 4.8. Пропуск доз метадона

##### Управление пропущенными дозами при опиоидной заместительной терапии

Количество пропущенных дней	Рекомендуемые действия
1 день	1. Продолжение лечение существующей дозы, рассмотреть при следующем назначении
2 день	2. Рассмотреть вопрос на СКК 3. Продолжить лечение существующей дозой
3 день	4. Рассмотреть вопрос на СКК 5. Дать половину дозы метадона и возобновить нормальный режим дозирования на следующий день
Более чем 3 дня	6. Рассмотреть вопрос на СКК 7. Дать половину дозы метадона и возобновить нормальный режим дозирования на следующий день 8. Держать пациента под пристальным наблюдением в течение следующих нескольких дней
Если были пропущены 5 дней, начать новое введение	

#### 4.9. Рвота

Если рвота произошла через 20 мин. и более после приема метадона, то он успел всосаться. Если рвота произошла в течение 20 мин. после приема метадона, то необходимо наблюдение в течение 4-6 часов. При развитии синдрома отмены опиоида пациенту дополнительно назначают половину его суточной дозы.

Управление дозами, которые пациенты вырвали,  
в течение опиоидной заместительной терапии

Время рвоты	В присутствии	Действие
Рвота > 20 минут после дозы	Рвота при свидетелях или незамеченная рвота	Метадон, вероятно, уже абсорбировался, поэтому действия не требуется
Рвота < 20 минут после дозы	Рвота дозы метадона в присутствии	Повторное введение той же дозы метадона
	Рвота дозы метадона без свидетелей	Обзор больного спустя 4 часа для оценки того, испытывает ли или нет пациент абстиненцию <ul style="list-style-type: none"> <li>• Признаки абстиненции – - дать половинную дозу</li> <li>• Нет признаков абстиненции - дозы не давать, а возобновить её прием на следующий день</li> </ul>

#### 4.10. Этап завершения терапии метадоном

Основания для завершения терапии пациентом:

1. Плановое завершение лечения по согласованному решению пациента и врача.
2. Досрочный отказ от дальнейшего участия по одностороннему решению пациента.
3. Исключение пациента из терапии.

Критериями для исключения пациента из терапии могут являться:

- Нерегулярный прием метадона, отказ от контактов с медперсоналом;
- проявление агрессии к персоналу сайта;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета выдачи препарата;
- наличие индивидуальной повышенной чувствительности к препарату.

В случае планового завершения терапии назначается следующая схема снижения дозировок метадона: по 10 мг еженедельно до достижения 80 мг в сутки, далее по 5 мг в неделю до достижения суточной дозы до 40 мг. Последующее снижение дозы должно быть в пределах 2,5 мг в неделю. В последние два дня участия в лечебной программе рекомендуются дозы 5 мг/сутки с последующей отменой препарата.

В случае намерения пациента досрочно прекратить лечение или исключения пациента рекомендуется ежедневное снижение дозы метадона на 10 мг до достижения уровня 40 мг. По достижению дозировки 40 мг/сутки ОЗТ может быть остановлено. Если обстоятельства позволяют, снижение дозировки должно быть продолжено так же, как при схеме добровольной отмены ОЗТ. Более скорая отмена метадона может быть приемлема только для предупреждения насилия со стороны выписываемого пациента в отношении сотрудников или других пациентов программы ОЗТ.

Важно помнить, что до определенного этапа снижения дозировки метадона пациент будет чувствовать себя довольно комфортно, после чего может наступить момент, когда для пациента потребуется снижение интенсивности/скорости отмены или вернуться на некоторое время к назначению последней, более комфортной, дозировки метадона до стабилизации состояния и далее продолжить постепенную отмену ОЗТ.

## 5. ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ПОМОЩИ ЗТМ

Некоторые потребители наркотиков успешно достигают состояние полной и стабильной абстиненции методом детоксификации. Тем не менее, детоксикация не будет эффективным в долгосрочной перспективе для большинства потребителей. Преимущества ОЗТ можно преумножит путем сохранения клиентов в лечении, назначения оптимальных, а не низких доз метадона гидрохлорида, ориентация программы ОЗТ на поддержание, а не воздержание. В рамках программы ОЗТ предлагая консультации, обследование и лечение психических сопутствующих заболеваний, и социальных методов лечения и укрепление терапевтического альянса между врачом и пациентом, добиваются стабилизацией состояние пациентов чтобы минимизировать рисковое поведения.

Детоксикация при помощи метадона гидрохлорида или другого заместительного препарата может проводиться как с целью детоксикации от нелегальных опиатов, так и с целью выхода из программы ОЗТ, прекращения терапией метадоном. Для детоксикации рекомендуется использование одного из ниже приведенных по продолжительностью стандартных схем детоксикации:

Режим детоксикации – 2 недели:	Режим детоксикации – 1 месяц:	Режим детоксикации – 4 месяца:
25 мг в течение 3 дней	40 мг в течение 4 дней	45 мг в течение 14 дней
20 мг в течение 3 дней	35 мг в течение 3 дней	35 мг в течение 14 дней
15 мг в течение 3 дней	30 мг в течение 4 дней	30 мг в течение 14 дней
10 мг в течение 3 дней	25 мг в течение 3 дней	25 мг в течение 14 дней
5 мг в течение 2 дней	20 мг в течение 4 дней	20 мг в течение 14 дней
	15 мг в течение 3 дней	15 мг в течение 14 дней
	10 мг в течение 4 дней	10 мг в течение 14 дней
	5 мг в течение 3 дней	7 мг в течение 14 дней

Во всех указанных случаях не исключена возможность выработки схемы снижения дозы метадона лечащим врачом совместно с пациентом индивидуально. Врач может внести изменения в существующие схемы, если пациент ещё не готов к дальнейшему снижению, он может «задержаться» на некоторое время на одной дозе или даже временно её увеличить.

В некоторых случаях на финальной стадии детоксикации возникает в необходимости дополнительной детоксификации с использованием клонидина, обезболивающих средств не опиоидной группы, снотворных или бензодиазепинов. После проведения де-

токсикации крайне важным является создание системы поддержки путем дальнейшее реабилитации и привлечения в группы самопомощи.

## 6. МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАСТВОРОМ МЕТАДОНА ГИДРОХЛОРИДА

Транспортировка недельного запаса раствора метадона в аптеки/аптечные склады, филиалы, кабинеты ЗПТМ ОЗТ осуществляется фармацевтом/провизором или медицинской сестрой ЗПТМ лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения и социальной защиты населения в сопровождении экспедитора-охранника. Готовый раствор метадона гидрохлорида содержится в промаркированной посуде с указанием наименования раствора, даты приготовления, серийного номера, срока годности. Срок годности приготовленного раствора 10 дней.

Хранение раствора метадона осуществляется в сейфах, установленных в специально оборудованных помещениях, отвечающим установленным требованиям по хранению и использованию наркотических средств (приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О порядке хранения, учета, отпуска и применения в медицинской практике наркотических средств, ядовитых, психотропных, сильнодействующих веществ и прекурсоров в Республике Таджикистан»), а также установленным требованиям в медицинском учреждении, где внедряется терапия.

## 7. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Опиоидная зависимость эффективно лечится с помощью лекарственных средств. Однако применять лекарственные средства без оказания какой-либо психосоциальной помощи – это значит, не учитывать полифакторной, комплексной природы опиоидной зависимости, потерять возможность осуществления оптимальных вмешательств и требовать от лечебного персонала, действовать вопреки своей профессиональной врачебной склонности к реагированию на всю совокупность потребностей пациентов. Программы по лечению опиоидной зависимости должны стремиться оказывать интегрированную всеобъемлющую психосоциальную помощь каждому пациенту на месте. В Руководстве ВОЗ по фармакологическому лечению опиоидной зависимости и психосоциальной помощи (2010) даются следующие рекомендации по психосоциальной поддержке в программах ОЗТ: «Психосоциальная поддержка оказывается всем пациентам с опиоидной зависимостью в комплексе с фармакологическим лечением опиоидной зависимости. Она должна включать в себя, как минимум, оценку психосоциальных потребностей, благожелательное консультирование и связи с существующими службами по работе с семьями и общинами».

В целях эффективной терапии в рамках ОЗТ в зависимости от потребностей пациентов и результатов психологических тестов необходимо обеспечить пациентам доступ в получении следующих видов психотерапевтической помощи:

- ситуационное управление или мотивационные беседы - такая беседа стимулирует и укрепляет стремление пациента изменить поведение;
- когнитивно-поведенческая психотерапия - ограниченное во времени, структурированное целеориентированное психологическое вмешательство, направленное на решение проблем потребителей наркотиков, проходящих лечение. В ходе лечения выявляются детерминанты или факторы высокого риска приема наркотиков, что



позволяет пациенту освоить навыки преодоления проблем и приобщиться к более здоровому образу жизни;

- Группы самопомощи или программы с участием равных по положению.

Социальное сопровождение пациентов влечебно-профилактических учреждений наркологической службы в рамках комплексной терапии должно включать:

- помощь пациентам в налаживании утраченных семейных отношений;
- направление их в службы социальной поддержки;
- предоставление информации по процедуре восстановления документов, удостоверяющих личность после утери;
- формирование сотрудничества и преемственности в работе с государственными, реабилитационными, благотворительными и неправительственными организациями, деятельность которых тесно связана с ЛУИН, живущими с ВИЧ;
- организацию различных образовательных семинаров для пациентов и сотрудников программ.

## 8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ

Продолжительность участия в поддерживающем лечении не ограничена и определяется желанием пациента, согласованным с лечащим врачом.

## 9. МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Мониторинг эффективности ОЗТ проводится различными методами. Особенно важно планировать лечение и регулярно его пересматривать. Это позволяет улучшить результаты терапии. В плане лечения можно указать кратко-, средне- и долгосрочные цели; по результатам их достижения можно судить об успехах. Все сведения об обследовании, лечении и достигнутых успехах должны заноситься в медицинскую карту пациента. В ней должна быть отражена следующая информация:

- оценка результатов обследования;
- план лечения;
- суточные дозы метадона;
- побочные эффекты назначенных препаратов;
- схемы медикаментозной терапии (включая АРВ-препараты);
- оказанная медицинская помощь;
- оказанная психологическая и психиатрическая помощь;
- оказанная социальная помощь;
- данные лабораторных исследований;
- клинические наблюдения;
- сведения о соблюдении лечебных рекомендаций;
- обстоятельства прекращения и окончания лечения;
- согласие на прекращение лечения.

### Критерия эффективности ОЗТ

- Улучшение соматического состояния
- Улучшение психоэмоционального состояния
- Возобновление и/или увеличение контактов с родными и близкими
- Снижение уровня криминального поведения
- Снижение уровня потребления нелегальных наркотиков и уменьшение рискованного поведения.

## 10. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕТАДОНА

Седативный эффект. Все опиоиды оказывают на организм седативное воздействие но у тех, кто постоянно принимает стабильную дозу метадона, ощущение вялости появляется достаточно редко. Причиной может быть слишком высокая суточная доза метадона, сопутствующий прием седативных препаратов, прием медикаментов, увеличивающих концентрацию метадона в крови.

Запоры. Метадон может способствовать снижению мышечных сокращений стенки толстой кишки, которое приводит к задержке пассажа каловых масс по кишечнику. Метадон также заметно понижает раздражения рецепторов, вызывающих акт дефекации, и увеличивает давление анального жома, что еще больше повышает вероятность запоров, от которых страдают очень многие потребители опиатов.

Повышенное потоотделение наблюдается у 50 % пациентов. При выраженной потливости показаннифедипин.

Нарушение менструального цикла наблюдаются у 90 % женщин, употребляющих опиоиды внутривенно. Это связано не только с фармакологическим действием наркотика, но и со стрессами и плохим питанием. При проведении заместительной терапии нарушения менструального цикла встречаются у 20 % женщин.

Увеличение массы тела. Раствор метадона не отличается высокой калорийностью (всего 1,7 ккал на 1 мл) и потому появление лишнего веса во время метадоновой терапии может быть связана со следующими факторами: •повышенный аппетит у лиц, принимающих метадон (по сравнению с потребителями героина); •неправильное питание; недостаточность веса в начале курса терапии; •недостаточно подвижный образ жизни; уменьшение стрессов.

Такие побочные эффекты обычно возникают в начале терапии и со временем ослабевают. У некоторых пациентов они проявляются в течение длительного времени, однако, как правило, не приводят к медицинским последствиям.

## 11. ПЕРЕДОЗИРОВКА МЕТАДОНОМ

Для детей и взрослых, у которых не выработалась толерантность к метадону, доза в 50 мг (0,8-1,5 мг/кг) может оказаться смертельной. Летальными могут стать и меньшие дозы, если метадон принимают в сочетании с препаратами седативного воздействия (алкоголь, бензодиазепины, барбитураты, димедрол). Более чувствительными являются пациенты с дыхательной недостаточностью и нарушениями функции печени.

Пациентов необходимо информировать о следующих правилах, которые они должны соблюдать, чтобы не допустить передозировки.

- Нельзя оставаться в одиночестве или же заснуть в течение первых четырех часов после принятия первой дозы назначенного метадона.
- Опасным является сопутствующий прием «уличных» опиоидов, барбитуратов, бензодиазепинов и алкоголя.
- Если пациенту назначены какие-либо лекарства, то он должен сообщить об этом врачу метадоновой программы, т.к. это может потребовать коррекции дозировки метадона.

Признаками передозировки являются:

- медленное поверхностное дыхание;
- снижение артериального давления;
- ослабление или исчезновение пульса;
- уменьшение частоты сердцебиения;
- сужение зрачков;
- посинение губ и кончиков пальцев;
- бледность и сухость кожи;
- нарушение сознания (от состояния сонливости до полного отсутствия сознания);
- тошнота, рвота;
- нарушение речи.

Основным лекарственным средством для терапии передозировки метадоном (и другими опиоидами) является налоксон. Он является конкурентным антагонистом опиоидов за воздействие на рецепторы головного мозга. Налоксон вводят внутривенно, внутримышечно или подкожно в начальной дозе 0,2 - 0,4 мг. Если дыхательная функция не восстанавливается, рекомендуется назначить повторные (более высокие) дозы налоксона через каждые 3-5 минуты до восстановления сознания и спонтанного дыхания в суммарной дозе до 10 мг. Даже если у пациента намечается улучшение он может снова испытать ухудшение, когда действие налоксона заканчивается. По этому терапия налоксоном при передозировкой от метадона должна быть продолжительной. Крайне важно чтобы пострадавший от передозировки находился под наблюдением врачей по крайней мере 24 часа. Если пациентам с угнетением дыхательной функции не помогает налоксон, необходимо применение искусственной вентиляции легких.

## 12. БЕРЕМЕННОСТЬ И ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Демографические характеристики опиоидной зависимости показывают тенденцию, что опиоидо зависимые женщины, как правило, находятся в фертильном возрасте, а это означает, что беременность не является редкостью среди женщин-пациенток. Беременные женщины с активным синдромом зависимости от опиоидов должны приниматься в ОЗТ вне очереди. Многочисленными исследованиями доказано, что метадон не имеет тератогенного влияния на плод, его использование на протяжении беременности по сравнению с употреблением нелегальных наркотиков значительно улучшает состояние здоровья женщины и протекание беременности. У новорождённых наблюдаются проявления синдрома отмены опиоидов, которые хорошо лечатся.

Все попытки должны быть направлены на привлечение и сохранения в схеме лечения беременных женщин на ранних стадиях беременности, чтобы оптимизировать дородовой уход. Это включает в себя скрининг на предмет потребления других веществ и вопросы психического здоровья, а также наличия вирусов, передаваемых через кровь.

Опиоидный выход обычно не рекомендуется во время беременности из-за плохих результатов беременности. Там, где это возможно, беременным женщинам нужно рекомендовать заместительную терапию с использованием метадона, так как он ассоциируется с наиболее благоприятными результатами. Так как в большинстве случаев беременность у этой категории населения не является планируемой, женщинам, которые начинают лечение опиоидной зависимости, должны быть предложены услуги по планированию семьи и контролю рождаемости, включая эффективные противозачаточные средства.

В настоящее время метадон рекомендуется в качестве основного препарата для ОЗТ у беременных с опиоидной зависимостью. ОЗТ предупреждает рецидивы использования нелегальных наркотиков, предотвращает симптомы абстиненции и уменьшает риск осложнений беременности. Она должна сочетаться с дородовой помощью и психосоциальным консультированием (группы поддержки, социальная поддержка, управление неожиданными ситуациями, обучение поведенческим навыкам, мотивационная и семейная поведенческая психотерапия).

Факты показывают, что воздержание от наркотиков у беременных с опиоидной зависимостью (включая тех, кто получает метадон) повышает риск внутриутробной гибели плода даже при самых благоприятных в остальном условиях. Доказано, что заместительная терапия метадоном в сочетании с дородовой помощью улучшает развитие плода, в то время как продолжение употребления героина во время беременности может привести к гибели ребенка.

Метадон – препарат длительного действия, который при назначении в адекватных дозах обеспечивает относительно благоприятные условия для развития плода. У беременных лечение метадоном необходимо начинать как можно раньше. Начало лечения в первом триместре беременности оптимально как для матери, так и для ребёнка, и ассоциируется с более высокой массой тела новорожденного.

### 12.1. Доза

Дозу метадона всегда необходимо подбирать индивидуально; она должна быть достаточной для устранения субъективных и объективных симптомов абстиненции и уменьшения тяги к наркотику. Следует использовать минимальную эффективную дозу. Дозы менее 60 мг/сут неэффективны; назначение низких доз у беременных пациенток часто приводит к повышению потребления незаконных наркотиков, а также к отказу от заместительной терапии. У небольшого числа пациенток, получающих метадон, из-за особенностей обмена веществ или приёма некоторых препаратов метаболизм метадона в печени ускоряется. Это может потребовать назначения доз, превышающих 80-120 мг/сут.

### 12.2. Снижение дозы (детоксикация)

Как только состояние пациентки, получающей метадон, стабилизируется, необходимо обсудить с ней, готова ли она к постепенному снижению дозы и прекращению заместительной терапии перед родами, или же поддерживающую терапию следует про-

должать. Снижать дозу можно только в том случае, если беременность протекает без осложнений, и достигла второго триместра. Снижение дозы на 2,5–5 мг в неделю считается безопасным. Необходимо сделать все возможное, чтобы не допустить симптомов абстиненции, так как они вызывают выраженный дистресс у плода.

### 12.3. Повышение дозы

На поздних сроках беременности может потребоваться повышение дозы метадона или деление дозы пополам (приёмом утром и вечером), чтобы не допустить низких концентраций метадона в крови вследствие увеличения объёма циркулирующей плазмы, повышения связывания метадона белками плазмы и усиления почечного кровотока. Иногда дозу метадона приходится повышать на 5–10 мг, для того чтобы избежать абстиненции и рецидивов потребления наркотиков. Необходимо отметить, что назначение схемы для ППМР, содержащей невирапин или эфавиренз, требует повышения дозы метадона.

### 12.4. Взаимодействие между метадоном и АРВ-препаратами у беременных

У беременных женщин взаимодействия между метадоном и АРВ-препаратами такие же, как у других пациентов. Если в составе схемы для ППМР беременная получает ННИОТ (невирапин или эфавиренз), дозу метадона необходимо повысить, так как ННИОТ существенно снижают концентрацию метадона, что может вызывать симптомы абстиненции.

При исследовании серии случаев показано, что у пациенток, длительно получавших метадон, с началом приёма невирапина для устранения абстиненции ежедневную дозу метадона приходилось повышать до 50–100%. Абстинентный синдром обычно развивался на 4–8-е сутки после начала приёма невирапина.

Метадон существенно повышает концентрацию зидовудина (до 43%), что увеличивает риск побочных эффектов. В связи с этим необходимо тщательное наблюдение за пациентками.

Саквинавир/ритонавир немного снижает уровень метадона; изменение дозы не требуется, однако за пациенткой необходимо наблюдать.

Если возможно, эпидуральную анестезию необходимо провести на самом раннем этапе родов; ее можно повторить в раннем послеродовом периоде, особенно после КС.

### 12.5. Грудное вскармливание и метадон

Грудное вскармливание во время лечения метадоном не связано с неблагоприятными результатами и должно быть рекомендовано всем женщинам.

## 13. ВИЧ ИНФЕКЦИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ И ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Заместительная терапия открывает возможности для улучшения приверженности к АРТ для потребителей опиоидных наркотиков, живущих с ВИЧ. Заместительная терапия позволяет им стабилизировать свою жизнь и избежать или управлять многими осложнениями в связи с рискованным инъекционным поведением. Поэтому ОЗТ рассматривается как важный компонент в стратегии сохранения активных потребителей

инъекционных наркотиков в терапии. Он также предоставляет дополнительные возможности для расширения масштабов антиретровирусной терапии, улучшает приверженность и увеличивает доступ к медицинским услугам.

В программах заместительной терапии интегрированных с программами по ВИЧ лечению и уходу могут быть организованы следующие услуги: тестирование на ВИЧ инфекцию, направление их к службам по ВИЧ, поддержание связи с ВИЧ-услугами в отношении лечения и ухода, подготовка потребителей инъекционных наркотиков для АРТ, выдача антиретровирусных препаратов в сочетании с опиоидной заместительной терапией, мониторинг и управление побочными эффектами антиретровирусной терапии, мониторинг и управление взаимодействия между метадоном и антиретровирусными препаратами.

ЛУИН относятся также к группе повышенного риска заболевания ТБ по ряду причин. Угрозы, которым особенно подвержены потребители наркотиков, – бедность, бездомность, скученность и нахождение в местах лишения свободы – являются ключевыми социальными детерминантами ТБ. Коинфекция ВИЧ также значительно увеличивает риск прогрессирования латентного ТБ в активное заболевание. Поэтому рекомендуется интегрированные подходы в лечении ТБ/ВИЧ и опиоидной зависимости у ЛУИН. В пунктах заместительной терапии рекомендовано организовать выдачу ДOTS препаратов и мониторинг их употребления, предоставление профилактического лечения изониазодом (ПЛИ) людям с латентным ТБ, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), предоставление больным ТБ услуг по тестированию на ВИЧ, консультирование, а также услуг по профилактике ВИЧ-инфекции; предоставление АРТ, котримоксазола и непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией больным ТБ, живущим с ВИЧ.

#### 14. МЕДИЦИНСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Этические аспекты опиоидной заместительной терапии основаны на научных доказательствах и соответствующие рекомендациям ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС и национальному законодательству.

Каждый врач в своей деятельности вынужден решать морально-этические дилеммы и оценивать свою практику из позиций общечеловеческой и профессиональной этики. Заместительная терапия в наркологии не является исключением. Очевидно, что заместительная терапия никак не может ухудшить состояние человека, уже зависимого от наркотиков, а без клинического и лабораторного подтверждения диагноза синдрома зависимости от опиатов доступ к программам заместительной терапии невозможен.

Замечания, касающиеся того, что заместительная терапия будет ограничивать мотивацию к участию пациентов в "drugfree" (свободный от наркотиков) программах так же являются безосновательными. Во-первых, существуют краткосрочные программы заместительной терапии, по окончании которых пациент имеет возможность пройти курс детоксикации и включиться в реабилитационную работу. Во-вторых, число зависимых, первоначально согласных работать в "drugfree" программах, значительно меньше общего количества ЛУИН и ждать пока мотивация других "созреет" – означает подвергать их риску заражения ВИЧ, передозировки, привлечения к преступной деятельности.

Таким образом, отсутствие вреда от назначения заместительной терапии лицам, зависимым от наркотиков, отвечает основному медицинскому принципу "nonnocere (не навреди)". Совершенно очевидно, что назначение замещающего препарата уже зави-

симому пациенту не формирует новой зависимости и тем самым не наносит дополнительного вреда. Заместительная терапия ничуть не уменьшает шансы пациента полностью избавиться от приема опиатов. Побочные эффекты длительного использования замещающих препаратов хорошо изучены различными специалистами и не являются препятствием для их назначения.

Другим важнейшим аспектом является соблюдение этики базирующейся на праве свободного выбора. Необходимым условием этого права является информированность пациента. В программах заместительной терапии это достигается оформлением специального договора или информированного согласия, где очерчены взаимные права и обязательства врача и пациента, изложены возможности заместительной терапии.

## 15. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ЗПТМ

1. Журнал регистрации для приёма пациентов в программу.
2. Журнал СКК для приёма пациентов
3. Журнал СКК для исключения пациентов
4. Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты
5. Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов
6. Журнал «листа ожидания»
7. Форма №\_\_\_ медицинской карты на пациента ОЗТ
8. Двухсторонний договор ЗПТМ
9. Лист назначения метадона
10. Заявление пациента
11. План лечения и анализов
12. Форма регистрации пациентов
13. Индивидуальный план лечения.
14. Индивидуальный план сопровождения клиента

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Журнал регистрации для приёма пациентов в программу

п/н №	Дата регистрации	Ф И О пациента	Год рождения	Место жительства	Кем направлен	Состоит на учете в (названия учреждения)	ВГС, ВГВ	ВИЧ	ТВС	АРВТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты

п/н №	Дата регистрации и выдачи направления	Ф И О пациента	Год рождения	№ истории	Куда направляется	Суточная доза метадона в мг/мл

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов

п/н №	Дата регистрации и выдачи направления	Ф И О пациента	Год рождения	№ истории	откуда прибыл	Суточная доза метадона в мг/мл

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Журнал «листа ожидания»

п/н №	Дата регистрации	Ф И О пациента	Причина не принятия	Примечание



Ба қайд гирифташудааст \_\_\_\_\_ форма № \_\_\_\_\_  
Рамз бо МКБ \_\_\_\_\_ Тасдиқ карда шуд аз тарафи ВТ ва Ҳ И А ҚТ  
Гурӯҳи кайд \_\_\_\_\_ аз \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ с.

№ \_\_\_\_\_

Номгӯи муассиса  
Табоботи ҷойивазкунандаи ёрирасон

Картаи тиббии иштирокчии  
Барномаи ТҚЁ

1. Ном ва насаб: \_\_\_\_\_
2. Санаитаваллуд: \_\_\_\_\_
3. Суроғаи истиқомат: \_\_\_\_\_
4. Вазъи оилавӣ: \_\_\_\_\_ фарзандон \_\_\_\_\_
5. Телефони хона \_\_\_\_\_ мобилӣ \_\_\_\_\_
6. Ҷои кор \_\_\_\_\_
7. Ихтисос \_\_\_\_\_
8. Шиноснома \_\_\_\_\_
9. Рӯзиқабул ба барнома \_\_\_\_\_
10. Рӯзи ҷавоб аз барнома \_\_\_\_\_

ДОГОВОР  
ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Участник» с одной стороны и (название учреждения здравоохранения) \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Центр», в лице директора Центра \_\_\_\_\_ составили настоящий договор по включению в программу заместительной поддерживающей терапии метадонном в следующих условиях

Центр обязуется:

1. Предоставить Участнику полную информацию о программе заместительной терапии метадонном и действии метадона на организм.
2. Составить для пациента индивидуальный план детоксификации метадонном и подобрать адекватную индивидуальную дозу препарата.
3. Создать надлежащие условия для терапии и бесплатно обеспечить участников программы метадонном в течение всего времени участия пациента в программе заместительной терапии метадонном.
4. Ежедневно выдавать метадон в установленное время в дозировках, прописанных лечащим врачом.
5. Обеспечить пациента консультациями врача-нарколога, психолога, социального работника, а при необходимости консультациями врачей – специалистов.
6. Своевременно информировать Участника об изменениях в программе заместительной терапии метадонном, о сроках окончания программы или предстоящем исключении Участника из программы.
7. Сохранить клиническую информацию о пациенте конфиденциально, и только при письменном разрешении клиента выдавать третьему лицу (за исключением правоохранительных органов)

Участник обязуется:

Соблюдать следующие правила, установленные для участников заместительной терапии метадонном:

1. Ежедневно посещать Центр для приема метадона в кабинете метадоновой программы в установленное время и под присмотром персонала;
2. Не проявлять агрессии против медперсонала Центра, пациентов и живущих по соседству с центром граждан;

3. Не продавать и не употреблять нелегальные наркотики и другие психоактивные вещества на территории и в помещениях Центра;
4. После приема метадона не пребывать на территории Центра без основательных причин;
5. Выполнять все назначения и предписания врача;
6. По просьбе персонала сдавать анализы мочи на наличие других психоактивных веществ;
7. Не портить имущество Центра;
8. Не курить в помещениях Центра, на лестничных площадках;
9. Своевременно информировать об отказе от участия в программе;
10. Не выносить метадон из Центра;
11. При посещении Центра не имеет при себе холодное или огнестрельное оружие;
12. При посещении других врачей информировать их, что ты являешься участником программы заместительной терапии.

Участник информирован о:

- \_ Целей лечения
- \_ Преимуществ и недостатках лечения
- \_ Форме контроля за пациентом
- \_ Ожидаемой длительности лечения
- \_ Побочных эффектах метадона
- \_ Риске сопутствующего употребления психоактивных веществ
- \_ Возможных альтернативных методах лечения
- \_ Метадоне, который является наркотическим веществом длительного действия, что может вызывать зависимость.
- \_ Повторном приеме в программу терапии метадонном, что осуществляется на основании решения специальной консультативной комиссии (СКК) и не ранее, чем через 2 месяца после последнего приема метадона.
- o При попытке незаконного оборота предусматривается уголовная ответственность в соответствии УКРТ.
- o Метадон действует седативно и может нарушить способность выполнять сложные задачи, включая вождение автотранспортом, в связи, чем во время приема метадона (пребывание в ОЗТ) запрещается вождение транспортным средством.

По решению СКК Участник может быть исключен  
из программы по следующим основаниям:

- \_ в случае попытки выноса метадона из кабинета (хотя бы однократного);
- \_ в случае 3х-дневного отсутствия в Центре без уважительной причины;
- \_ в случае подтвержденного анализами неоднократного дополнительного употребления других психоактивных веществ;
- \_ в случае отказа от сдачи мочи на анализы или попыток обмана персонала путем подмены, сдаваемой мочи;
- \_ в случае совершения преступления,
- \_ в случае невыполнения других условий настоящего договора.

Участник имеет право:

- \_ иметь полную информацию о своем лечении;
- \_ по собственному желанию прекратить участие в программе.

Договор составлен в 2х экземплярах, которые хранятся у Участника и в Центре.

Участник

Центр

Дата:

Адрес:

Имя, фамилия:

Директор \_\_\_\_\_.

Документ,  
удостоверяющий личность:

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Руководителю ЗПТМ,  
Менеджеру сайта \_\_\_\_\_  
от пациента \_\_\_\_\_  
(ФИО)  
Место жительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
телефон: \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_ года рождения, прошу Вас принять меня в программу заместительной поддерживающей терапии метадонном.

Полностью информирован о фармакологическом действии метадона. Обязуюсь соблюдать пункты, указанные в Договоре между мной и \_\_\_\_\_.  
(название учреждения)

Заявление набрано с моих слов на компьютере и подписано собственноручно.

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Фармакотерапию препаратом \_\_\_\_\_

Получающий пациент \_\_\_\_\_

План лечения и анализов

от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

период, на который составлен план медицинской и социальной помощи

Предварительные цели медицинской и социальной помощи и планируемые действия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

План помощи составили:

Менеджер случая \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

имя, фамилия, подпись

подпись, штамп

Пациент \_\_\_\_\_

подпись

Изменения дозы метадона	Дата								
	Доза								
Тесты	Дата	ОРИ	AMF	BZD	THC				
Консультации специа	Консультации социального работника – менеджера случая								
	Консультации врача-психиатра								
Анализ крови	Дата _____	ВИЧ _____		Гепатит С _____		Гепатит В _____			
	Дата _____								
	Дата _____								

Оценка выполнения плана медицинской и социальной помощи \_\_\_\_\_

Дата

Форма регистрации пациентов

**Шакли таъхисию муолиҷавии мизоҷон барои гузаронидани ТҶБ**  
 Аз тарафи дуктур ва корманди иҷтимоие, ки муолиҷа ба тавил мекунанд, пур карда мешавад (ҳаҷми қабул ба боринома ва ҳар як семестр)

№ шакл		Минтақавиноқия	
Табриқи бақайдгири		Номи мизоҷ (р.в.м.)	
Номи насаби шахси пурқундаи шакл		Суроғи истиқомати мизоҷ	

**МАЪЛУМОТИ УМУМИ**

Санаи таваллуд: \_\_\_\_\_ МАРД \_\_\_\_\_ ЭАМ \_\_\_\_\_

Ҳолати оиладорӣ:

Муҷаррад/бешакор  Оиладор  Шарҳ  Чола шуда  Бенаҳза

Маъмулият

Бакор  Донишҷӯ  Кор мекунад

Қобилияти навиштагӣ ҳамагон:

Тоҷик  Рус  Узбек

**Тарзи истеъмоли маводҳои психотропӣ:**

Сўзандору/таъриқӣ  Маъдади наъшлардор

Дарсон  Чанд маротиба дар 1 рӯз

Дудекон

Бо наъшлардор  Мақ  Сол

Собилал истеъмоли маводҳои наъшлардор

Самъаҳои ВИММО

Мурод  Маъра  Ҳаҷми гузаронида  Санаи гузаронида шуд. Дар

Мизоҷ дар МЭР (АРТ)  Ҳа  Не  Табибати қатъ карда

Агар, ҳа

Ҳа  Муштарак  Санаи оғози муштарак

Ақуламал ба дозуворӣ:  Аниқ намоиш

**МАЪЛУМОТ ДИҶР БА РАҶТОРИ ҲАТАРНОҚ**

Оё ҳама ВЭР ҳаҷми асосии қисми рибонларо истифода мекунанд?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи оғирин <input type="checkbox"/>
Оё сўзандорум шакли боринома истифода бурдад?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи оғирин <input type="checkbox"/>
Оё аз лавозимоти умумӣ барои маъдади наъшлардор истифода бурдад?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи оғирин <input type="checkbox"/>
Оё на маъдади наъшлардор, ки шакли дигар ба сўзандорум гирифтад, истифода бурдад?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи оғирин <input type="checkbox"/>
Оё аз оби умумӣ барои шустани сўзандорум истифода бурдад?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи оғирин <input type="checkbox"/>

**Назорати истеъмоли маводҳои ғайриқонунии тиррақундаи асаб ва алкоҳол (бо ишораи + ё - қайд намоед)**

Санаи гузаронидани таъхис	Ҷули муайян кардад	СРП	BZD	AMF	THC	BAR	MDMA	Алқоҳол	Тропика анал	Диле анал	Дигар

**Ҳизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ**

Санаи мувоҷизат	Себаби мувоҷизат	Шакли ҳизматрасонӣ	Мутавассис/муа осисаи ҳизматрасонӣ	Санаи гирифтани ҳизматрасонӣ

САҶЧИШИ УМУМИ		
Раби рақба ҳақ Таъри Ғаъраи шаҳрон (АД) Эҳдидати нафисаҷиб Ёки ҲАҚ	Ҳуҷ Ҳисороти таъри Ҳаҷудоти ҳаҷи-си Ҳаҷудоти Ҳаҷи-си	
Ҳаҷи рақбаи ҳаҷи-си, аҷи-си, аҷи-си	Ҳуҷи ҳаҷи-си	
МУОИНАИ ҲУҶРАИ УЗВҲОИ БАДАН		
Системаи ҳаҷи рақба		
Системаи нафисаҷиб		
Уҷудоти ҳаҷи-си		
СМА		
САҶЧИШИ ҲАҶАТИ ҲУҶИ		
ТАҶИХИ АҶОСИ ВА БЕМОРИҲОИ ҲАҶИ		
НАҶШАИ МУОЛИҶА (ТАБОСАТИ ҲОИВАЗҲУҶАНДАИ ТАҶИХИ НАҶШАИ БАҶРАФ НАМУДАНИ ПРОБЛЕМАҲОИ ИҶТИМОИИ ҲУҶИ), ТАБОСАТИ БЕМОРИҲОИ ҲАҶИ ВА ТАҶИХИ ЛАБОРАТОРИ		
ТАҶИХИ ВА ТАҶИРОТИ ВОҶИ МЕТАДОН		
Савли таҶиҳоти таҶиҳот	ВоҶи метадон (мг)	Савли таҶиҳоти воҶи метадон



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОПРОВОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА

Фамилия, имя, отчество клиента \_\_\_\_\_

Дата составления плана \_\_\_\_\_

Действие которые необходимо выполнить	Место получения услуги (укажите название ЛУ, специалиста, например, Центр СПИД, Фтизиатр)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля напоминание	Достигнут ли результат Отметьте «Да» или «Нет»	Причина не достижения результата (не получения услуг клиентом)

Книга учёта наркотических лекарственных средств  
в отделениях и в кабинетах ЛПУ

Наименование лекарственного средства \_\_\_\_\_

Единица измерения \_\_\_\_\_

Дата получения	Приход			Расход				Остаток
	Поставщик № и дата документа	Количество препарата	Фамилия, и., о., и подпись получившего	Количество препарата	№ истории болезни, фамилия, и., о. больного	Дата выдачи	Фамилия, и., о., и подпись получившего	Количество препарата
1	2	3	4	5	6	7	8	9

КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ (COWS)

(Wesson DR, Ling W., Jara G.)

В каждом пункте обведите кружком число, которое наилучшим образом описывает признаки и симптомы у пациента. Оценку ставьте только с точки зрения очевидной связи с отменой опиатов. Например, если частота сердечных сокращений повысилась из-за того, что пациент перед самой оценкой совершил пробежку, это увеличение не добавляет баллов.

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата и время \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Причина, по которой проводится оценка: \_\_\_\_\_

<p>Частота пульса в состоянии покоя: ___ бие- ний/мин</p> <p>Измеряется после того, как пациент посидит или полежит в течение одной минуты</p> <p>0 частота пульса 80 или меньше</p> <p>1 частота пульса 81-100</p> <p>2 частота пульса 101-120</p> <p>4 частота пульса больше 120</p>	<p>Расстройство желудочно-кишечного тракта: за последние полчаса</p> <p>0 симптомов расстройства ЖКТ нет</p> <p>1 спазмы в желудке</p> <p>2 тошнота или жидкий стул</p> <p>3 рвота или понос</p> <p>5 многократные эпизоды поноса или рвоты</p>
<p>Потоотделение: за последние полчаса, не из—за температуры в помещении или физической нагруз- ки</p> <p>0 не сообщает об ознобе или приливах жара</p> <p>1 субъективное сообщение об ознобе или приливах жара</p> <p>2 покраснение или видимая влажность лица</p> <p>3 капли пота на лбу или на лице</p> <p>4 пот струится по лицу</p>	<p>Тремор: наблюдение за вытянутыми руками пациента.</p> <p>0 дрожания нет</p> <p>1 дрожание можно почувствовать, но не заметить</p> <p>2 заметно легкое дрожание</p> <p>4 сильное дрожание или подергивание мышц</p>
<p>Беспокойство: наблюдение в ходе оценки</p> <p>0 может сидеть неподвижно</p> <p>1 сообщает о том, что сидеть неподвижно трудно, но можно</p> <p>3 частые изменения положения или неуместные движения ног/рук</p> <p>5 не может сидеть спокойно дольше нескольких се- кунд</p>	<p>Зевота:наблюдение в ходе оценки</p> <p>0 зевоты нет</p> <p>1 зевнул раз или два за время оценки</p> <p>2 зевнул три или более раз за время оценки</p> <p>4 зевал по нескольку раз в минуту</p>
<p>Размер зрачков:</p> <p>0 зрачки сужены или нормальных размеров для комнатного света</p> <p>1 зрачки, возможно, шире, чем обычно при комнат- ном свете</p>	<p>Тревога или раздражительность:</p> <p>0 отсутствует</p> <p>1 пациент сообщает о нарастании раздражительно- сти или страха</p> <p>2 пациент явно раздражен или находится в состоя-</p>

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

<p>2 зрачки умеренно расширены 5 зрачки расширены настолько, что можно видеть только край радужной оболочки</p>	<p>нии патологического страха 4 пациент настолько раздражен или находится в таком состоянии патологического страха, что его дальнейшее участие в оценке затруднено</p>
<p>Боль в костях или суставах: Если у пациента была боль раньше, баллы ставятся только за дополнительный компонент, относимый на счет опиатов 0 отсутствует 1 легкое генерализованное недомогание 2 пациент сообщает о сильной генерализованной боли в суставах/мышцах 4 пациент потирает суставы или мышцы и не может сидеть спокойно из-за недомогания</p>	<p>«Гусиная кожа»: 0 кожа гладкая 3 пилоэрекцию кожи можно почувствовать на ощупь или на руках поднимаются волосы 5 пилоэрекция бросается в глаза</p>
<p>Насморк или слезотечение: не обусловлены симптомами простуды или аллергическими реакциями 0 отсутствуют 1 заложен нос или необычно влажные глаза 2 обильное выделение из носа или слезотечение 4 постоянное выделение из носа или по щекам текут слезы</p>	<p>Общий балл: _____ Общий балл представляет собой сумму баллов по всем 11 пунктам.  Инициалы лица, проводившего оценку: _____</p>

5—12 баллов: легкая степень; 13-24: умеренная степень; 25-36: умеренно тяжелая степень; более 36: тяжелая степень синдрома отмены.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 13

## Шкала Кесслера для определения психологического дистресса (К10)

## KesslerPsychologicalDistressScale

Пожалуйста, отметьте наиболее подходящий ответ: <u>В течении последнего месяца</u>	Всё время (5)	Большую часть времени (4)	Иногда (3)	Меньшую часть времени (2)	Ни разу (1)
1. Как часто Вам приходилось чувствовать себя усталым без видимой причины?					
2. Как часто Вы себя чувствовали нервным?					
3. Как часто Вы чувствовали себя настолько нервным, что ничто не могло Вас успокоить?					
4. Как часто Вы чувствовали себя беспомощным?					
5. Как часто Вы чувствовали себя беспокойным?					
6. Как часто Вы чувствовали себя настолько беспокойным, что не могли спокойно сидеть?					
7. Как часто Вы чувствовали себя в депрессии?					
8. Как часто Вы чувствовали, что всё требует усилия?					
9. Как часто Вы чувствовали себя настолько грустным, что ничто не могло Вас развеселить?					
10. Как часто Вы чувствовали себя бесполезным?					

## Подсчёт баллов

Ответы на каждый из вопросов оцениваются по шкале от «ни разу» до «всё время». Ответы на 10 вопросов суммируются в итог от 10 до 50 баллов. Низкие баллы указывают на низкий уровень психологического дистресса, а высокие баллы указывают на более тяжелое состояние.

## Интерпретация баллов

Сумма баллов, набранная по К10, указывает на вероятность наличия психического расстройства (психологического дистресса):

10 - 19 баллов – вероятнее всего пациент здоров

20 - 24 баллов – вероятнее всего пациент имеет легкое расстройство

25 - 29 баллов – вероятнее всего пациент имеет расстройство средней тяжести

30 - 50 баллов – вероятнее всего пациент имеет тяжелое расстройство

## Источник

KesslerRC, BarkerPR, ColpeLJ, EpsteinJF, GfroererJC, HiripiE, et al. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):184-9.

ИНФОРМАЦИЯ О РИСКОВАННОМ ПОВЕДЕНИИ

	Год _____			
	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
13.1 Были ли случаи незащищенного полового контакта?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.2 Были ли у Вас случаи инъекционного употребления наркотиков за последние 3 месяца? (в случае ответа «2-Нет» и «3-Не помню» переход к разделу 14)	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.3 Были ли случаи использования чужого шприца?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.4 Были ли случаи использования общей посуды для забора р-ра наркотика?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.5 Были ли случаи использования наркотика, заправленного в шприц кем-то другим?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.6 Были ли случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
	Год _____			
	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
13.1 Были ли случаи незащищенного полового контакта?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.2 Были ли у Вас случаи инъекционного употребления наркотиков за последние 3 месяца? (в случае ответа «2-Нет» и «3-Не помню» переход к разделу 14)	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.3 Были ли случаи использования чужого шприца?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.4 Были ли случаи использования общей посуды для забора р-ра наркотика?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню

13.5 Были ли случаи использования наркотика, заправленного в шприц кем-то другим?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню
13.6 Были ли случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы?	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню	_ 1-Да, _ 2-Нет, _ 3 – Не помню

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕТАДОНА С АНТИРЕТРОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Название препарата	Действие	Рекомендация
<b>Ингибиторы интегразы</b>		
Элвитегравир/ кобицистат	Нет исследований; возможно повышение концентрации метадона	Мониторинг состояния пациента и коррекция дозы метадона соответственно ситуации
Ралтегравир	Нет случаев клинических или лабораторных признаков неблагоприятного взаимодействия.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
<b>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)</b>		
Делавердин	Метадон не влияет на фармакокинетику делавердина. Нет исследований по воздействию делавердина на метадон.	Так как делавердин является ингибитором 3A4 необходимо отслеживать наличие симптомов опиоидной интоксикации (напр. миоз, сонливость, ↓ частота дыхания, брадикардия и т.д.). При появлении этих симптомов необходимо снижение дозы метадона
Невирапин	Снижает уровень метадона в крови в среднем на 40%	Мониторинг состояния пациента и коррекция дозы метадона соответственно ситуации
Эфавиренц	Эфавиренц понижает уровень метадона в крови на 50-60% начиная с 8-10 дня после начала приёма.	Необходима корректировка дозы метадона. Дополнительно повышать дозу метадона на 10 мг в день до купирования симптомов отмены.
Этравирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Лерсивирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Рилпивирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
<b>Ингибиторы протеаз</b>		
Ампренавир	Возможна задержка в действии Ампренавира. Фармакокинетика метадона не меняется.	Отслеживать эффективность Ампренавира. Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Атазанавир	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции схемы лечения и дозировки лекарств.
Дарунавир /ритонавир	Возможно незначительное снижение концентрации метадона	Отслеживание появления симптомов отмены опиоидов.
Индинавир	Не влияет на концентрацию метадона	Коррекция дозы не требуется
Лопинавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 26- 46 %.	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона
Нелфинавир	Снижение концентрации метадона.	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона

Саквинавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 32%;	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона.
Типранавир	Снижение концентрации метадона на 53%;	часто необходимо повышение дозы метадона
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Абакавир	Не влияет	Изменение дозировки не требуется
Диданозин	Концентрация диданозина снижается	Рекомендуется использовать кишечнорастворимые таблетки
Диданозин, кишечнорастворимые таблетки	Не влияет	Коррекция дозы не требуется
Ламивудин	Отсутствует	Отсутствует
Тенофовир	Взаимодействие отсутствует	Отсутствует
Зидовудин (Азидотимидин)	Увеличение концентрации зидовудина в крови	Мониторинг побочных эффектов зидовудина, при необходимости – снижение дозы зидовудина
Фосампренавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 20%	Коррекции дозировки метадона обычно не требуется



## ГЛОССАРИЙ

Агонисты опиоидных рецепторов – вещества, которые связывают и активируют конкретный вид рецепторов. Они производят эффекты, аналогичные действиям психоактивных веществ/наркотиков.

Антагонисты - блокирующие определенный тип рецепторов в мозге, препятствуя его активации. Фармакологически, антагонист взаимодействует с рецептором, чтобы подавить действие агентов (агонистов), которые производят конкретные физиологические или поведенческие эффекты при посредничестве этого рецептора. Например, налтрексон является опиоидным антагонистом, т.е. блокирует и препятствует активации опиоидных рецепторов.

Бензодиазепины- любой из группы ароматических липофильных аминов (как диазепам и хлордиазепоксид), которые используются прежде всего как транквилизаторы, то есть препараты, применяемые для снижения психических расстройств (как тревога и напряженность).

Безопасное поведение - сексуальные взаимоотношения, исключающие возможность психических травм и вредных последствий для здоровья человека.

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, который приводит к заболеванию СПИДом. Относится к лентивирусам, подгруппа ретровирусов. У большинства вирусов, как и у бактерий, растений и животных, генетический код состоит из ДНК, а РНК используется для построения специфических белков. Генетический материал ретровируса - сама РНК. ВИЧ внедряет свою РНК в ДНК клетки-хозяина, препятствуя тем самым нормальному функционированию клетки, превращая ее в фабрику по производству вируса.

ВИЧ-инфекция - заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека.

Гепатит - воспаление печени, вызванное одним из нескольких различных болезнетворных факторов, которыми могут быть ряд вирусов, злоупотребление алкоголем, некоторые лекарства и т.д. При этом, болезнь может перейти в хроническую форму и стать опасной для жизни. Существует четыре вида вирусных гепатитов: гепатит А (инфекционный), который передается фекально-оральным путем, после перенесения гепатита А развивается пожизненный иммунитет; гепатит В, передающийся половым путем или через кровь; гепатит С (вирусный гепатит с парентеральным механизмом передачи), который передается, подобно гепатиту В, через половой контакт или кровь; гепатит Е (фекально-оральный механизм передачи); гепатит D (дельта-вирусная инфекция), который поражает людей, уже зараженных вирусом гепатита В. Профилактика гепатитов А и Е - соблюдение правил гигиены и контроль за чистотой пищевых продуктов и воды. Профилактика гепатитов В, С и D аналогична профилактике заражения ВИЧ/СПИДом - использование презервативов и чистых игл для инъекций. Для лечения хронического гепатита В применяется рекомбинантный альфа-интерферон, полученный путем генной инженерии.

Дискриминация - ущемление прав и свобод людей, живущих и пострадавших от ВИЧ/СПИДа, по мотивам ВИЧ/СПИДа.

Иммунитет - невосприимчивость организма к инфекционным и неинфекционным агентам и веществам: бактериям, вирусам, ядам и другим продуктам, чужеродным для организма. Различают врожденный и приобретенный иммунитет. Врожденный имму-

нитет передается по наследству, как и другие генетические признаки. Приобретенный иммунитет (он может быть активно или пассивно приобретенным) возникает в результате перенесенной болезни или вакцинации и по наследству не передается.

Иммуноблот- метод лабораторного исследования сыворотки крови на присутствие антител к ВИЧ; это более точный анализ, чем ИФА, и используется для подтверждения результатов ИФА.

Иммунодефицит - неспособность некоторых звеньев иммунной системы нормально функционировать, в результате чего снижается сопротивляемость организма человека к инфекционным агентам и повышается вероятность развития различных заболеваний, которым в ином случае пациент не был бы подвержен (см. оппортунистические инфекции). При заболеваниях, связанных с ВИЧ, разрушается клеточный иммунитет, связанный с функцией Т-лимфоцитов-помощников.

Иммуноферментный анализ - ИФА - лабораторное исследование, позволяющее определить присутствие в крови ВИЧ-антител; тест на ВИЧ-антитела.

Люди употребляющие инъекционные наркотики - это мужчины и женщины, употребляющие наркотики путем инъекций, независимо от установленного диагноза и стадии наркотической зависимости, стажа и частоты употребления наркотиков, их видов и доз.

Конфиденциальный - "доверительный", "основанный на доверии". При конфиденциальном обследовании или лечении фамилия пациента известна врачу, но не может быть раскрыта другим лицам.

ЛЖВС (лица, живущие с ВИЧ/СПИДом) - лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека, как на стадии отсутствия проявлений болезни, так на стадии глубокого поражения иммунной системы, вызванного вирусом иммунодефицита человека.

Метадон - синтетический наркотик, принимаемый перорально для облегчения боли или лечения опиатной (например, героиновой) зависимости.

Мотивационное интервьюирование - стиль интервьюирования, которое направлено на повышение мотивации пациента к изменению своего поведения

Опиат – один из группы естественных алкалоидов, полученных из опийного мака (*Papaversomniferum*), который активизирует опиатные рецепторы в мозге, и обладает способностью индуцировать анальгезию, эйфорию, а в более высоких дозах приводит к ступору, коме и угнетению дыхания. Этот термин включает в себя опиум, героин, морфин и исключает синтетические опиоиды.

Опиоидный - общий термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака (*Papaversomniferum*), их синтетических аналогов, а также соединений, синтезирующихся в организме, которые взаимодействуют с теми же конкретными рецепторами в головном мозге, имеют потенциал для облегчения боли, и производят ощущение благополучия (эйфорию). Алкалоиды опия и их синтетические аналоги в высоких дозах также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон, бупренорфин и (декстро) пропоксифен.

Приверженность АРВ терапии - необходимость повседневного пожизненного приема антиретровирусных препаратов, включающих не менее 3 препаратов, назначаемых в больших дозах.

Психосоциальное консультирование - конфиденциальный диалог между обследуемым лицом и лицом, предоставляющим поддержку, дающий возможность преодолеть

психоэмоциональный стресс и принять решение относительно ВИЧ/СПИДа. Процесс психосоциального консультирования при ВИЧ-инфекции состоит из дотестового и посттестового консультирования.

Психосоциальная поддержка - оказание помощи, связанной как с социальными условиями, так и с психическим здоровьем.

Снижение вреда - это концентрация усилий, направленных на уменьшение вреда от употребления наркотиков (не на искоренение самого употребления наркотиков). Цель деятельности по снижению вреда: профилактика распространения инфекций, передающихся с кровью (ВИЧ, гепатит и др.); снижение риска передозировки и других несчастных случаев, сопряженных с вероятностью смертельного исхода; смягчение негативных последствий от употребления наркотиков (нищета, преступность и т.д.), как в отношении отдельных лиц, так и в отношении сообщества в целом. Основные стратегии снижения вреда включают: программы обмена шприцев и игл, заместительную терапию, консультирование и информационное просвещение, направление к врачам для получения медицинской помощи, комнаты более безопасного инъекционного употребления наркотиков, снижение или отмену уголовного наказания за нарушения, связанные с наркотиками.

Созависимые лица - люди из окружения представителей уязвимых групп (члены семьи, друзья, близкие родственники и т.д.).

Стигматизация - присвоение человеку или группе лиц унижающих их достоинство свойств, связанных с ВИЧ/СПИДом.

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Чаще всего туберкулез поражает органы дыхания, но встречается туберкулез других органов и систем (внелегочный), поражающий мочеполовую систему, глаза, периферические лимфоузлы, кости и суставы, кожные покровы. Заражение, как правило, происходит воздушно-капельным путем - при вдыхании микроскопических капель слюны или мокроты, выделяемых зараженным человеком при кашле, чихании, разговоре и т.п. Основным методом диагностики - внутрикожная проба Манту. При лечении используются изониазид; рифампин.

Уязвимые группы - группы лиц, в которых риск распространения ВИЧ-инфекции наиболее велик в силу особенностей поведения ее членов, в частности, незащищенного секса или внутривенного введения наркотиков, и которые потенциально представляют наибольшую угрозу общественному здоровью.

## Библиография

1. Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R.P., 2008. Reference Group to the U.N. on HIV and Injecting Drug Use, 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 372, 1733–1745.
2. Статистика Республиканского центра по борьбе и профилактике СПИД Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2013 год (<http://www.nc-aids.tj/statistika.html>).
3. Программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2013-2017 годы (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 183 от 30.04.2012г).
4. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республики Таджикистан на период 2010-2015 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 62 от 30.10.2010г).
5. Shewan, D., Stöver, H.; Dolan, K.: Injecting in Prisons. In: Pates, R.; McBride, A.; Arnold, K. (ed.): *Injecting Illicit Drugs*. Blackwell: Oxford, 2005, pp.69-81.
6. Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Laticevschi, D.; Nelles, J.; Stöver, H. (2006); *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2nd edition 2006.
7. UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV AIDS prevention, treatment, and care in prison (2006).
8. World Health Organization (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (Geneva: WHO), [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf). 08)
9. World Health Organization (2005), *Model list of essential medicines*. 14th edition, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf)
10. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
11. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman Huang YF, Kuo HS, Lew-Ting CY, Tian F, Yang CH, Tsai TI, et al. Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*. 2011;106(8):1437–45.
12. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L, et al. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. 2005;100(7):981–9.)
13. Subata, E., Karymbaeva, S., & Moller, L. (2011), *Evaluation of opioid substitution therapy in prisons. Pilot study in Kyrgyzstan* (Copenhagen: WHO)
14. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *HIV in prisons. Situation and needs assessment toolkit*
15. World Health Organization (2005), *Status paper on prisons, drugs and harm reduction* Copenhagen: WHO
16. Оперативное руководство «Заместительная поддерживающая терапия метадонном при синдроме зависимости от опиоидов», Малахов М.Н., Холов С.С., Душанбе 2009
17. Международная статистическая классификация болезней, 10 пересмотр (<http://mkb-10.com>).

18. World Health Organization. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. B: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, Copenhagen: World Health Organization; 2001, p. 2337.
19. Bellin E, Wesson J, Tomasino V, Nolan J, Glick AJ, Oquendo S. High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addict Res.* 1999; 7:193-29
20. Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM: Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2006, 83:122-129.
21. Dolan K, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *BMJ* 1996, 312:1162.
22. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus waitlist control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003, 72:59-65.
23. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998, 17:153-158.
24. Impact of Methadone Maintenance Treatment on Women Offenders' Post-Release Recidivism Farrell-MacDonald S, MacSwain M, A. Cheverie M, Tiesmaki M, Fischer B. *Ear Addict Res* 2014; 20:192-199
25. Panagiotis Vagenasa, Lyuba Azbela, Maxim Polonskya, Nina Kerimi, Mirlan Mamyrov, Sergey Dvoryak, Frederick L. Altice, d, A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: Implications for HIV prevention and treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2013.
26. Sylla, L., Bruce, R.D., Kamarulzaman, A., Altice, F.L., 2007. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int. J. Drug Policy* 18, 306–312.
27. World Health Organization, 2009. WHO Europe: Prison Health – HIV, Drugs and Tuberculosis, Geneva.
28. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
29. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman, A., Zahari, M.M., Altice, F.L., 2013a. Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull. WHO* 91, 124–129.
30. Латыпов А., Отиашвили Д., Айзберг О., Болтаев А. Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. ЕССВ: Вильнюс. ЕССВ (2010).
31. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response (UNODC, WHO and UNAIDS, 2006)