

Опыт организации работы кабинета заместительной терапии метадон

¹Молочко С. М., ¹Пикиреня В. И., ²Скрипко О.А.

¹УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» г. Минска

²Группа управления грантами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Республике Беларусь.

В статье оценен опыт создания и организации работы кабинета заместительной терапии метадон в УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» г. Минск, с июля 2009 и по май 2012 года. Приводится описание сущности метода заместительной терапии опиоидной зависимости. Описаны критерии и порядок включения наркопотребителей в программу заместительной терапии, ведение отчетности по работе кабинета. Подведены итоги работы кабинета заместительной терапии, в котором в настоящее время получает лечение 114 человек.

There has been estimated the valuable experience in organization of work of the methadone maintenance therapy office in "Drug abuse clinical dispensary", Minsk from July 2009 to May 2012. There was given the correct description of the methadone maintenance method in opioid dependence treatment. There were described the main criteria and order of addicts' inclusion into the methadone maintenance therapy. There was given the report about the office work. There were also made some conclusions about the work of the methadone maintenance office where 114 people receive their treatment nowadays.

В последние десятилетия как во всем мире так и в Республике Беларусь растет количество потребителей инъекционных наркотиков [1,2,3]. Только на учете в Беларуси на конец 2010 года состояло 8943 человек с наркотической зависимостью, а общее количество инъекционных потребителей наркотиков, по мнению Винницкой А.Г., Разводовского Ю. Е., Лелевича В. В. (2011) может достигать 88400 человек [4].

Незаконный оборот наркотиков наносит существенный экономический ущерб государству [5] и включает в себя затраты на лечение заболеваний, приобретенных в результате злоупотребления наркотиками, смертность, медицинский уход, преступность и др.[6]. Кроме того, использование инъекционного способа введения наркотиков является основным путем передачи ВИЧ и вирусных гепатитов у наркопотребителей.

В связи с этим в мире разрабатываются и внедряются различные методы профилактики,

лечения и борьбы с наркоманией. Эти методы, в основном, ориентированы на полное воздержание наркозависимых от употребления психоактивных веществ. Однако, несмотря на все усилия ученых и клиницистов, на данный момент существует только два направления показавших себя эффективными в долгосрочной фармакотерапии с точки зрения доказательной медицины - это заместительная опиоидная терапия и терапия антагонистами опиоидных рецепторов [7,8].

Заместительная опиоидная терапия является классическим представителем стратегии снижения вреда и помогает снизить активность, связанную с риском инфицирования ВИЧ, гепатитами В и С, повысить приверженность потребителей инъекционных наркотиков антиретровирусной терапии, снизить их криминальную активность и улучшить социальную адаптацию [9,10].

Кроме заместительной опиоидной терапии в нашей стране действуют и другие программы, направленные на снижение ущерба от инъекционного потребления наркотиков – это программы обмена шприцев и игл, консультирование и информационное просвещение. В других странах мира применяют также меры по снижению или отмене уголовного наказания за нарушения, связанные с наркотиками и организуют комнаты для безопасного введения наркотиков.

Заместительная терапия метадонем в Республике Беларусь начата в 2007 году, когда в Гомельском областном наркологическом диспансере совместно с ВОЗ был реализован пилотный проект по применению заместительной терапии метадонем.

Метадон – один из первых синтетических опиоидов (второй после меперидина) был синтезирован в Германии в 1944 году в процессе поиска анальгетиков, не обладающих наркотическими свойствами. По химической структуре метадон относится к производным дифенилгептана и является полным агонистом опиоидных рецепторов. Метадон обладает выраженной агонистической активностью в отношении μ -рецепторов и имеет практически идентичный с морфином фармакологический профиль. Однако снотворное действие метадона выражено слабее, чем у героина и морфина [11].

Метадон – это первый препарат, который начал использоваться в заместительной терапии зависимости от опиатов (V. Dole и M. Nyswander 1964 г. США). Такой выбор обусловлен рядом уникальных свойств метадона. К ним относятся: высокая биодоступность (до 90%) при пероральном приеме, что позволяет избежать инъекций; замедленная элиминация, время полувыведения метадона составляет 14 — 30 ч, а при систематическом употреблении в среднем — 22 ч. В то же время период полувыведения для морфина колеблется около 1,9 ч, а для героина — 30 мин. Это дает возможность назначать метадон один раз в сутки. Важно

отметить, что при пероральном приеме метадон не оказывает эйфоризирующего эффекта.

На данный момент в Беларуси функционирует 13 кабинетов заместительного лечения, в которых почти 800 человек получают заместительную терапию метадоном и еще 3 кабинета готовятся к открытию.

В настоящее время по количеству получающих заместительную терапию метадоном кабинет заместительной терапии УЗ «Городской клинический наркологический диспансер», г. Минска является вторым после Гомельского областного наркологического диспансера. Он действует с июля 2009 года [12]. Всего со времени открытия кабинета в программу было принято 177 человек и по состоянию на 1 мая их количество составляет 114.

Включенными в программу заместительной терапии на базе ГКНД могут быть только пациенты, состоящие на учете с подтвержденным на основании критериев МКБ-10 диагнозом опиоидной зависимости, возраст которых не менее 18 лет, подтвержденный стаж употребления наркотиков более 3 лет и, по крайней мере, тремя безуспешными попытками прекратить употребление опиатов, способность к осознанному согласию на неанонимное участие в программе и соблюдение требований программы (дееспособность). Приоритетом включения в программу является лица, имеющие ВИЧ и гепатит С позитивный статус.

Перед включением в программу участковый нарколог проводит интервью, по результатам которого оценивает степень зависимости, историю предыдущего лечения, возникшие осложнения в результате употребления наркотиков, определяет другие медицинские и социальные проблемы пациента, выясняет мотивацию и цели пациента и выносит предварительное заключение о возможности проведения заместительного лечения в отношении этого пациента.

Противопоказаниями для принятия в программу заместительной терапии являются:

малый стаж наркотизации;

отсутствие зарегистрированных попыток детоксикации;

тяжелые соматические заболевания, которые не позволят пациенту ежедневно посещать пункт выдачи метадона;

полинаркомания;

аллергия на метадон либо компоненты сиропа.

В случае, когда, по мнению участкового нарколога, пациент подходит для заместительной терапии или он настаивает на включении в программу, наркопотребителю выдается список документов, которые необходимо собрать для принятия в программу заместительной терапии:

справка из психоневрологического диспансера;

выписка из амбулаторной карты поликлиники по месту жительства;
консультативное заключение врача-инфекциониста.

Также до вступления в программу пациент обязательно должен пройти собеседование с психологом.

Когда все документы собраны и психолог провел психодиагностическое интервью, участковый врач-нарколог еще раз объясняет суть заместительной метадонотерапии и заполняет утвержденную приказом главного врача УЗ ГКНД №75 от 11 мая 2009 года регистрационную форму для назначения метадона. Пациент подписывает соглашение о проведении заместительной терапии метадонотерапией, в котором указаны обязанности и права пациента и обязанности диспансера, а так же ответственность за несоблюдение пунктов соглашения и условия исключения из программы.

После того, как соглашение подписано, проводится заседание ВКК в составе участкового врача-нарколога, врача-нарколога кабинета заместительной терапии, психолога, заведующего наркологическим отделением, где проводится начальный подбор дозы метадона, заведующего лабораторией, заместителей главного врача по лечебной и амбулаторной частям. Председателем ВКК является главный врач. Комиссии представляется доклад участкового врача-нарколога, проводится собеседование с представляемым пациентом и в результате открытого голосования решается вопрос и принятия в программу.

При вступлении в программу на участника заводится индивидуальная карта участника программы. Она заполняется врачом-наркологом кабинета заместительной терапии и содержит:

клинический диагноз;
протоколы осмотров;
динамику терапии;
клиническую динамику;
социальную динамику;
обоснования исключения из программы.

Первоначальный подбор дозировки метадона проводится в стационаре ГКНД. При выписке из стационара анализируется концентрация свободного метадона в плазме крови. Дальнейшая корректировка дозы происходит в амбулаторных условиях.

При завершении лечения индивидуальная карта сдается в архив.

Метадон назначается в индивидуально подобранной дозировке и выдается медицинской сестрой кабинета заместительной терапии. Пациент обязан принять метадон непосредственно в пункте выдачи под наблюдением персонала.

В процессе заместительной терапии пациенты находятся под ежедневным наблюдением

медицинского персонала. Не реже 2 раз в месяц проводится химико-токсикологический анализ анализа мочи с использованием иммунохимического, хромато-масс-спектрометрического и метода тонкослойной хроматографии.

Условия хранения, выдачи и назначения метадона описаны в инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 № 51.

Метадон назначается лечащим врачом после осмотра пациента с указанием дозировки препарата. Назначение и применение лекарства оформляется в индивидуальной карте больного и в листе назначений. Старшая медицинская сестра ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней) сдает использованные флаконы из-под метадона главной медсестре для утилизации.

Кроме непосредственного назначения и выдачи метадона со всеми участниками заместительной терапии проводится реабилитационная работа. Для этого в штате ГКНД есть социальный работник, который предлагает помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем. Психолог кабинета заместительной терапии проводит индивидуальное и групповое психологическое консультирование не реже одного раза в неделю. К работе привлекаются врачи-инфекционисты, терапевты, гинекологи, хирурги, у которых пациенты могут получить грамотную консультацию по интересующих их вопросах.

Многие наркозависимые, находясь в программе заместительной терапии сами начинают работать в различных программах снижения вреда в качестве консультантов «равный равному» и аутрич-работников анонимных консультативных пунктов.

Участие в программе заместительной терапии и необходимость ежедневно посещать ГКНД привязывает пациентов к одному местоположению и может служить одним из противодействующих вступлению в программу факторов, однако уже внедрена и успешна действует схема, когда пациенты могут выезжать за пределы города и даже страны. В этом случае пациент совместно с лечащим врачом определяют место, где есть кабинет заместительной терапии. На имя главного врача организации здравоохранения, где планируется прохождение заместительной терапии, посылается запрос, и в случае положительного ответа согласовывается день переезда и условия прохождения лечения.

Право на временное прохождение заместительной терапии в другой организации здравоохранения на территории Республики Беларусь имеют пациенты, у которых за последние 6 месяцев не было нарушений режима. А в другую страну могут выехать те участники программы, которые не нарушали режим заместительной терапии более 1 года.

С целью сбора и систематизации информации о пациентах в каждом кабинете заместительной терапии созданы компьютерные база данных, в которые заносится информация о каждом пациенте, включающая паспортные данные, количество детей, дата вступления в программу, подобранная дозировка метадона, ВИЧ и гепатит С статусы, прием антиретровирусной терапии, количество судимостей, трудовой статус. С помощью этой базы каждый кабинет ежеквартально формирует отчет о своей деятельности и передает данные в группу управления грантами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Республике Беларусь и Министерство здравоохранения.

В настоящее время из 114 человек, находящихся на заместительной терапии в ГКНД 35 являются ВИЧ-инфицированными, из которых 21 принимают антиретровирусную терапию. За все время программы заместительной терапии ни у одного человека не было случаев впервые выявленного ВИЧ и гепатита С.

Из 114 человек, получающих метадон, работают 63 человека (56,75%). За 5 месяцев 2012 года в программу принято 10 человек, из которых 3 уже устроилось на работу

Таким образом опыт проведения заместительной терапии в нашем учреждении еще раз подтвердил эффективность этого метода лечения зависимости от опиоидов в отношении улучшения социальной адаптации, снижения риска инфицирования ВИЧ, гепатитом С и улучшении качества жизни наркозависимых.

Литература

1. UNODCCP (2002) Global illicit Drug Trends 2002. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
2. Всемирный доклад о наркотиках, 2009 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.09.XI.12)
3. Psychotropic Substances: Statistics for 2010; Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971 (E/INCB/2011/3)
4. Винницакая А. Г., Разводовский Ю. Е., Лелевич В. В. Оценка численности инъекционных потребителей наркотиков в Беларуси с использованием метода повторного захвата // Вопросы наркологии. - 2011. - №5 — С. 46-50.
5. Лечение потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ-инфекцией: обзор барьеров и путей их преодоления The Lancet, [Volume 376, Issue 9738](#), Pages 355 - 366, 31 July 2010 doi:10.1016/S0140-6736(10)60832-X
6. Thomas M. Wickizer, Ph.D., M.P.H. Rohm & Haas Professor of Public Health Sciences

- Department of Health Services University of Washington Seattle, «The Economic Costs of Drug and Alcohol Abuse in Washington State», 1996, WA. March 1999
7. WHO (2002) Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization.
 8. Е.М.Крупницкий, Р.Д.Илюк, О.Ф.Ерышев, М.В.Цой-Подосенин. «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева №1 2009 «Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии», Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева
 9. Hoffman J.A., Moolchan E.T. «The phases of treatment model for methadone maintenance: implementation and evaluation.» J Psychoact Drugs 1994; 26 (2): 181–97.
 10. Marsch LA. «The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis.» Addiction 1998; 93: 515–32.
 11. Сиволап Ю. П. «Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость» / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков – М., ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 59 — 63
 12. Приказ главного врача УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» от 11.05.2009 №75