
**Н А С О К И
ЗА
ДОБРА ПРАКТИКА
В СУБСТИТУИРАЩОТО
ЛЕЧЕНИЕ**

Материалът е изготвен в изпълнение на Двугодишното споразумение за сътрудничество между Министерство на здравеопазването на Република България и Европейското регионално бюро на Световната здравна организация за периода 2006 -2007 г.

Насоките за добра практика в субституиращо лечение имат за цел: подобряване на качеството и ефективността на работа в областта на субституиращото лечение в страната. Те са предназначени за ползване от:

- Екипите на лечебни програми;
- Лекари, психолози, социални работници и други специалисти, работещи в областта на субституиращото и поддържащо лечение;
- Експерти от Министерство на здравеопазването, работещи в областта на лечението на зависимости;
- Преподаватели и студенти.

Насоките са изготвени от екип в състав:

Д-р Борислава Пеева, ръководител МПП, Държавна психиатрична болница за лечение на алкохолизъм и наркомании

Д-р Дорита Кръстева, Директор, Столичен център по проблемите на наркоманиите

Д-р Емил Грашнов, Управител, Областен диспансер по психични заболявания, София-област

Д-р Цветелина Дончева, Ръководител МПП, Център за психично здраве, гр.Варна

Д-р Цвета Райчева, Директор, Национален център по наркомании

СЪДЪРЖАНИЕ :

Въведение

1. Основни характеристики на опиоидната зависимост
2. Основни понятия и дефиниции
 - Субституиращо лечение
 - Цели на субституиращото лечение
 - Принципи на субституиращото лечение
 - Медикаменти
 - Лечение на абстинентен синдром
 - Субституиращо поддържащо лечение
3. Нормативна рамка
4. Кратко представяне на лекарствените продукти, регистрирани в България
 - Метадон
 - Бупренорфин
 - Бавно разпадащ се морфин – субститол
5. Индикации за лечение и контра индикации
6. Фази на лечение
7. Уринно тестване
8. Вземане на медикаменти за вкъщи
9. Специфични клинични ситуации
10. Групи със специфични нужди
11. Екип
12. Минимален пакет услуги
13. Система за оценка на ефективността

В световен мащаб субституиращото лечение е най–широко разпространеният лечебен подход при лица с тежка зависимост към опиати. Научните изследвания и дългогодишната клинична практика потвърждават субституиращото поддържащо лечение, подкрепено с терапевтични дейности и психосоциални услуги, като най-успешната форма на лечение при напреднала степен на зависимост към хероин и други опиати, с доказана ефективност по отношение на общественя и личен здравен интерес. Субституиращото поддържащо лечение постига доказани социални и здравни ефекти:

- намаляване на злоупотребата с незаконни наркотици и инжекционната им употреба;
- намаляване на криминалното поведение;
- подобряване на общественото и лично здраве и социалната продуктивност;
- повишаване на задържането на пациентите в лечебните програми;
- намаляване на използването на общи инжекционни средства;
- намаляване и превенция на разпространението на ХИВ, Хепатити В и С и други кръвнопреносими болести.

Субституиращото лечение е един от основните компоненти на лечебната мрежа в областта на наркоманиите в България, наред със средносрочните стационарни програми, дневните центрове за психосоциална работа, центрове за вътреболнична и извън болнична детоксификация и терапевтичните общности.

1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ОПИОИДНАТА ЗАВИСИМОСТ

Зависимостта към хероин и други опиоидни наркотици се развива през времето с начална експериментална и употреба за развлечение към по-интензивна и компулсивна употреба, обикновено всеки ден. Разпространени са две диагностични системи: Международната класификация на болестите /10 ревизия/ и Американската система / Diagnostic and Statistical Manual-4-Th revision/. В България се работи с Международната класификация на болестите /10 ревизия/. В Международната класификация на болестите са описани психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества, сред които вредна употреба, синдром на зависимост, абстинентно състояние.

Вредна употреба: Начин на употреба, който уврежда здравето.

Абстинентно състояние: Група от симптоми с различна тежест и съчетание помежду си, които се появяват след пълното спиране или намаляване на приема на вещество, употребявано редовно и обикновено за дълъг период от време и/или във високи дози.

Синдром на зависимост: Съчетание от физиологични, поведенчески и когнитивни явления, които се развиват след повтаряща се употреба на вещества, при които употребата на определено вещество или клас от вещества придобива много по-висок приоритет за дадено лице, отколкото други видове поведение, които в миналото са имали по-висока стойност. Диагнозата може да се постави само ако три или повече от следните показатели са били налице по някое време през последните 12 месеца:

- силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества;
- нарушена способност за контрол върху приема на психоактивното вещество по отношение на началото, края или нивото на употреба;
- приемане на психоактивното вещество с цел облекчаване на абстинентни симптоми и със знанието, че това помага;
- физиологично състояние на абстиненция;
- данни за повишен толеранс, като нужда от по-високи дози за постигане на ефект, който първично се е постигал с по-ниски дози;
- стесняване на личния репертоар от начини на употреба на веществото;
- прогресивно отпадане на алтернативни удоволствия или интреси за сметка на употребата на психоактивното вещество;
- продължаване на употребата, въпреки наличието на очевидни вредни последици.

Основна описателна характеристика на синдрома на зависимост е желанието – силно, понякога непреодолимо – да се приемат вещества.

Зависимостта е разстройство със сложна био-психо-социална генеза и хронично-рецидивиращ ход на протичане. Както при всички останали хронични състояния, лечението на зависимостта е дълготраен процес за постигане на стабилна ремисия и трайно възстановяване.

Опиодната зависимост е медицинско състояние, което се контролира трудно поради компулсивната употреба на опиати и влечението, които водят до търсене на веществото и до повтаряща се употреба въпреки тежките здравни и социални последици. Опиевата зависимост (предимно тази от хероин) е сложно състояние, което има както метаболитни, така и психологически измерения и което, отчасти поради нелегалния си характер, в момента се приема като сериозно болестно състояние, с висок риск от смъртност¹.

За лечение на опиодната зависимост съществуват различни възможности. Повечето зависими към опиоди имат множество епизоди от различни лечения или получават различни услуги едновременно.

Основните видове лечение са следните: лечение без медикаменти и медикаментозно-асистирано лечение.

¹ Buprenorphine, Annette Verster&Ernst Buning, 2005

2. ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ

Медикаментозно-асистирано лечение²: лечение на опиоидна зависимост, което включва медикаментозно лечение при процеса на детоксификация и поддържащо лечение. **Неупотребата /Въздържанието** в рамките на това лечение означава неупотреба на алкохол и нелегални наркотици и липса на злоупотреба с предписаните лекарства. Медикаментозно-асистираното лечение се извършва с опиев агонисти, парциални агонисти и антагонисти.

Лечението с опиев агонисти и парциални агонисти се нарича **субституиращо (заместващо) лечение**. Според определението на СЗО³ то се дефинира като прием по лекарско предписание и под медицинско наблюдение на психоактивно вещество, фармакологично подобно на веществото, към което съществува зависимост, от лицата със зависимост с цел постигане на определени лечебни цели. Субституиращото лечение представлява широк спектър от лечебни технологии, включващи: краткосрочна и дългосрочна субституираща детоксификация и краткосрочна и дългосрочна субституция и поддържане.

Субституиращите лекарствени продукти се предписват в намаляващи дози за лечение на абстинентния синдром и в относително стабилни дози за дълъг период (обикновено над 6 месеца) при поддържащо лечение.

Цели на субституиращото лечение

- Да се намали или преустанови употребата на нелегални наркотици.
- Да предотврати абстинентните симптоми.
- Да се намали желанието за употреба.
- Да се подобри здравето, психологичното и социално функциониране на пациента и семейството му.
- Да се улесни социалната реинтеграция на пациентите.
- Да се намали разпространението на кръвнопреносими болести, свързани с инжекционната употреба.
- Да се намали риска от свръхдоза и смъртността, свързана с употребата на наркотици.
- Да се намали криминалното поведение сред употребяващите наркотици.

Принципи на субституиращото лечение

• Адекватната доза на субституиращия лекарствен продукт трябва да се титрира и проследява от специалист-психиатър.

• Приемането на терапевтична доза се осъществява под наблюдение и в съответствие с определения времеви график на явяване на пациентите в програмата за определен период.

За пациенти, които показват устойчива стабилизация, трайна ремисия, потвърдена с „чисти“ уринни проби, добро справяне с правилата на програмата и липса на дисциплинарни нарушения, се дава възможност да не посещават програмата ежедневно и да получават метадон за няколко дни (обикновено 7 дни, в определени случаи до 14 дни). Тази привилегия се отнема при наличие на положителни за наркотици проби или дисциплинарни нарушения.

• Контролът върху употребата на незаконни наркотици се осъществява посредством редовно и задължително уринно тестване за хероин и други психоактивни вещества.

• Разпространението на субституиращите лекарствени продукти от пациентите извън програмата е незаконно и се предприемат мерки за предотвратяването му.

• Строг контрол и отчетност при получаване, съхраняване и изписване на синтетичния опиев продукт.

• При дисциплинарни нарушения се прилага система от санкции и дисциплинарни наказания, като при системни и груби нарушения може да се приложи дисциплинарно изписване от лечебната програма с или без 21-дневна детоксификация.

• За повишаване на ефективността на лечебния процес субституиращите поддържащи програми включват и медицински дейности по намаляване на здравните щети (лечение на хепатит, соматични и психиатрични разстройства), както и дейности с психосоциален характер, насочени към подобряване на личностното функциониране и социална и трудова реинтеграция на пациентите.

² TIP 43. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs

³ Position paper, WHO/UNODC/UNAIDS 2004, Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and prevention of HIV/AIDS

- Субституиращите лекарствени продукти трябва да отговарят на следните основни изисквания:
- дълъг живот на полуразпад (по-дълъг от този на хероина), за да може пациентът да функционира 24 ч.;
- овладяване на абстиненцията;
- липса на симптоми на опиоидна интоксикация при прилагане в терапевтични дози;
- много бавно покачване на толеранса (желателно е никакво покачване);
- орална активност;
- не предизвикват нарушения на психомоториката.

Медикаментите, одобрени за използване в България са:

- метадон
- бавноразграждащ се морфин (субститол)
- бупренорфин

дихидрокодеин (ДНС) - в някои страни се използва само в случаи, когато пациентът показва не-толерантност към метадона, напр. алергична реакция. В България е регистриран с индикация за лечение на хронична болка.

Лечението на абстинентния синдром (детоксификация)⁴ с прилагане на опиевни агонисти и агонист/антагонисти представлява лечение със субституиращи лекарствени продукти в намаляващи дози за облекчаване на физиологични и психологични симптоми, присъщи на абстинентния синдром и е метод за преход на пациента към живот без вещества след периода на лечение.

Времетраенето и тежестта на абстинентния синдром при зависимите към опиати пациенти е свързано с времето, необходимо на опиатите да бъдат елиминирани от опиевните рецептори. При опиатите с кратко действие, като морфин, хероин или меперидин (лидол), абстинентната симптоматика се появява в рамките на няколко часа след спиране на употребата, като пикът на най-тежката абстиненция е между 24-ия и 72-ия час. При наркотични вещества, като метадон и кодеин, които имат по-дълъг период на полуживот и склонност към акумулация в тъканите, Това налага адаптиране на детоксификационния протокол към вида опиат, който е бил употребяван.

Основен принцип е да се използват медикаменти с по-нисък потенциал за пристрастяване от тези, които пациентът употребява.

Според продължителността, детоксификацията е:

- Краткосрочна детоксификация – до един месец
- Дългосрочна детоксификация - 3-6 месеца

Детоксификацията с опиевни агонисти и агонист/антагонист трябва да приключи в рамките на 6 месеца. Извършва се в лечебни заведения, които разкриват програми по условията и реда на **Наредба № 24** за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества. /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007г. /

Според регистрираните лекарствени продукти в страната, предлагаме следните видове лечение на абстинентния синдром с прилагане на опиевни агонисти и агонист/антагонисти:

- Краткосрочна детоксификация с метадон – 21-30 дни
- Дългосрочна детоксификация с метадон – 3–6 месеца
- Дългосрочна детоксификация със субститол - 3–6 месеца
- Краткосрочна детоксификация с бупренорфин⁵

Алгоритъмът е описан в Протокол за амбулаторна детоксификация при зависимост към наркотични вещества, д-р Г. Василев, д-р З. Герджикова, д-р М. Алтънкова.

Субституиращо поддържащо лечение

Субституиращото поддържащо лечение е форма на дългосрочна поддържаща фармакотерапия с опиевни

⁴ Протокол за амбулаторна детоксификация при зависимост към наркотични вещества, д-р Г.Василев, д-р З.Герджикова, д-р М.Алтънкова

⁵ Proposal for inclusion of buprenorphine in the WHO Model list of Essential Medicine, October 2004

агонисти и парциални агонисти при лица, хронично зависими към опиати (хероин, морфин и др.), с цел корекция на телесни, психични и поведенчески разстройства, както и за предотвратяване на здравните и социални щети, настъпващи в резултат на хронична злоупотреба с упойващи вещества. Прилагат се относително стабилни дози медикаменти. Цялостното поддържащо лечение изисква съчетание на фармакотерапията с широк кръг от подходящи медицински и психосоциални интервенции за улесняване на социалната интеграция на пациента.

Според продължителността, поддържащата субституираща терапия е:

- Краткосрочна - предписване на медикамент в стабилизиращи дози за период до бмесеца
- Дългосрочна - предписване на медикамент в стабилизиращи дози за период по-голям от 6 месеца

Успехът от лечението се увеличава, когато програмите са лесно достъпни, влизането в тях е бързо, задържането е дълготрайно и лечението на зависимия пациент е цялостно. Резултатът е толкова по-добър, колкото по-дълъг е лечебния процес.

Съществуват два основни вида поддържащи програми⁶:

1. Нископрагови програми:

- Лесно достъпни
- Ориентирани към намаляване на вредите
- Имат първостепенна цел да облекчат абстинентните симптоми, силното желание за прием на веществото и да подобрят качеството на живот

Нископраговата програма се стреми да премахне пречките за лечение чрез намаляване критериите за включване и оставане в програмата. Основната цел е да се установи и поддържа контакт с употребяващите наркотични вещества и да им се помогне да се стабилизират и да намалят някои от рисковете, произтичащи от употребата на наркотици. Нископраговите програми биха приели всеки с доказана зависимост към опиати, стига да желае да започне програма за лечение.

2. Високопрагови програми:

- Трудно достъпни / строги критерии за прием
- Непреклонна политика: не се допуска употреба на наркотични вещества
- Задължително консултиране и психотерапия
- Редовен уринен контрол
- Ориентирани към лечение

Предлагаме нископрагови програми да се създават за групи със специални потребности и в общности с повишен риск за разпространение на ХИВ/СПИН. Нископраговите програми се извършват от лечебни заведения по реда и условията на Закона за лечебните заведения.

Литература:

1. Buprenorphine, Annette Verster&Ernst Buning, 2005
2. Center for Substance Abuse Treatment. **Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs.** Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
3. Position paper, WHO/UNODC/UNAIDS 2004, Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and prevention of HIV/AIDS
4. Протокол за амбулаторна детоксификация при зависимост към наркотични вещества, д-р Г.Василев, д-р З.Герджикова, д-р М.Алтънкова
5. Proposal for inclusion of buprenorphine in the WHO Model list of Essential Medicine, October 2004
6. Methadone guidelines, Annette Verster, Ernst Buningq June 2000

⁶ Methadone guidelines, Annette Verster, Ernst Buningq June 2000

3. НОРМАТИВНА РАМКА

Предписването на субституираща терапия и даването на опиоидни агонисти на лица, зависими към опиоиди, в рамките на признатата медицинска практика, одобрена от съответните компетентни власти, е в съответствие с Конвенцията за упойващи наркотични вещества от 1961 и 1971 година. Разработен е съвместен бюлетин на WHO, UNODC и UNAIDS през 2004 г. относно важноста на субституиращата терапия при лечение на зависими към опиоиди. Метадонът и бупренорфинът са включени в Model list of Essential medicines на WHO през 2006 г.

Препоръката на Европейския съвет от 18 юни 2003 г. **за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества (2003/488/ЕС)** дава специфични насоки за развитие на мерки в страните-членки за намаляване на вредите, причинени от употребата на наркотици. Приоритет при изпълнението на тази препоръка е да се осигури „в съответствие с индивидуалните нужди на злоупотребяващия с наркотици, лечение без наркотици, както и подходящо заместително лечение, подпомагано от адекватни психосоциални грижи и рехабилитация, като се вземе предвид фактът, че на злоупотребяващия с наркотици трябва да се осигури голямо разнообразие от варианти за лечение“.

Европейската стратегия за борба с наркотиците 2005-2012 г. и първият План за действие 2005- 2008 г., които представят рамката за развитие на националните политики и препоръки за действия в страните-членки, отделят основно значение на дейностите за развитие и подобряване на ефективна и интегрирана цялостна, базирана на доказателства система за намаляване на търсенето на наркотици, включваща превенция, ранни интервенции, лечение, намаляване на вредите, рехабилитация и социална реинтеграция.

В България субституиращото лечение е нормативно уредено чрез Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и Наредба 24 от 31 октомври 2000 г. за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества. /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007г./

Субституиращи и поддържащи програми, използващи упойващи вещества (опиеви агонисти и агонисти-антагонисти), могат да се осъществяват от следните видове лечебни заведения, в които работи лекар с призната специалност психиатрия или токсикология или вътрешни болести:

- индивидуални практики за психиатрична помощ;
- групови практики за специализирана психиатрична помощ;
- медицински център;
- диагностично-консултативен център;
- психиатричен диспансер;
- лечебно заведение, осъществяващо психиатрична помощ.

Осъществяването на субституиращи и поддържащи програми има за цел намаляване на здравните щети от употребата на упойващи вещества, с цел корекция на телесни, психични и поведенчески разстройства, както и за предотвратяване на здравните и социалните щети, настъпили вследствие на хронична злоупотреба с упойващи вещества (опиеви агонисти и агонисти-антагонисти).

Осъществяването на субституиращи и поддържащи програми се извършва с разрешение на министъра на здравеопазването.

За субституиращо и поддържащо лечение могат да се използват само наркотични вещества и техните препарати (опиеви агонисти и агонисти-антагонисти) по списък, одобрен от министъра на здравеопазването. Съгласно последните изменения в Наредба № 24/31.10.2000 г. субституиращо и поддържащо лечение може да се извършва с лекарствените препарати Метадон и Субститол. Предстои включването в списъка на лекарствените продукти Субоксон (съдържащ бупренорфин хидрохлорид и налохон хидрохлорид дихидрат) и Субутекс (бупренорфин хидрохлорид).

Отчетността на наркотичните вещества и техните препарати използвани в субституиращите и поддържащи програми и контролът на дейностите се извършва в следните направления:

1. Отчетност на получените, отпуснатите и наличните наркотични вещества и техните препарати

Извършва се ежемесечно в срок 5 дни след края на месеца пред дирекция „Наркотични вещества“ в Министерство на здравеопазването.

2. Отчетност на дейността на субституиращите и поддържащи програми, тенденции в развитието и възникнали проблеми

Извършва се ежемесечно и тримесечно пред Националния център по наркомании.

3. Годишен отчет с оценка на ефективността на субституиращите и поддържащи програми

След приключване на календарната година субституиращите и поддържащи програми изготвят годишен отчет с оценка на ефективността и изводи, който представят пред Националния център по наркомании.

4. Поддържане на регистри на субституиращите и поддържащи програми и на пациентите, участващи в тях:

4.1. Регистър с данни за наименованието на наркотичните вещества и техните препарати, получени и отпуснати количества и наличност в края на месеца, номер на пациентите в програмата, отпуснатото количество на всеки пациент и датата на отпускането.

Води се задължително от всички лечебни заведения, осъществяващи субституиращи и поддържащи програми за лица, зависими от наркотични вещества.

4.2. Регистър към Националния център по наркомании на лечебните заведения в страната, които осъществяват субституиращи и поддържащи програми, за лица, зависими от наркотични вещества.

4.3. Общ национален регистър на пациентите, участващи в субституиращи и поддържащи програми.

Водеща роля в лечебния процес, според Медицинския стандарт по психиатрия, приет с Наредба 24/07.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, има специалистът-психиатър.

Литература:

1. **Наредба № 24** за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от Наредба № 24 за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000 г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007 г./

2. **Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите**/ 03.10.1999 г./.

/ Обн. ДВ. бр.30 от 2 Април 1999г., изм. ДВ. бр.63 от 1 Август 2000г., изм. ДВ. бр.74 от 30 Юли 2002г., изм. ДВ. бр.75 от 2 Август 2002г., изм. ДВ. бр.120 от 29 Декември 2002г., изм. ДВ. бр.56 от 20 Юни 2003г., изм. ДВ. бр.76 от 20 Септември 2005г., изм. ДВ. бр.79 от 4 Октомври 2005г., изм. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.30 от 11 Април 2006г., изм. ДВ. бр.75 от 12 Септември 2006г., изм. ДВ. бр.82 от 10 Октомври 2006г., изм. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г., изм. ДВ. бр.55 от 6 Юли 2007г./.

3. **Наредба № 24** на МЗ от 07.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт «Психиатрия», обн. ДВ бр. 79 от 07.09.2004 г.

4. КРАТКО ПРЕДСТАВЯНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ, РЕГИСТРИРАНИ В БЪЛГАРИЯ

В България са регистрирани препаратите:

4.1. Метадон

Metadon Alkaloid 10 mg /1 ml перорални капки – 1 ml разтвор (30 капки) съдържа 10 mg Methadone hydrochloride и

Metadon Alkaloid 10 mg /1 ml перорален разтвор - 1 ml разтвор съдържа 10 mg Methadone hydrochloride

Метадонът е регистриран за детоксификация и за поддържаща терапия в програми за преодоляване на хероинова и други (морфинова) зависимости.

Метадонът е синтетичен, с дълго действие агонист на мю-рецепторите. Фармакологичният му профил го прави полезен и най-често използван медикамент при заместителна терапия на зависимост към опиоиди – може да се употребява орално, веднъж дневно, достига постоянни плазмени нива след повторен прием. Метадоновата поддържаща терапия се свързва с ниска вероятност за поява на странични ефекти и със значително подобряване на здравето.

4.2. Бупренорфин

Subutex 0,4 mg, 2 mg и 8 mg сублингвални таблетки – съдържа Buprenorphine hydrochlorid.

Регистриран е за субституиращо лечение, като част от терапевтични програми.

Бупренорфинът е препарат с уникални фармакологични свойства. Той е частичен агонист на мю-опиоидните рецептори и слаб антагонист на капа-рецепторите, т.е. предизвиква слаби симптоми на отмяна и има по-малък потенциал за злоупотреба, потискане на дихателните функции и предозиране. Освен това, поради високия си афинитет към мю-рецепторите, бупренорфинът е способен да прояви продължителен ефект.

Единственият ефективен и добре понасян път на въвеждане на лекарствения продукт е сублингвалният път.

Лечението с този препарат е предназначено за приложение при възрастни и деца над 15 години, които са изразили съгласие да се лекуват за зависимост към опиоиди.

Suboxone 2 mg/0,5 mg сублингвални таблетки – всяка таблетка съдържа 2 mg бупренорфин (Buprenorphine hydrochlorid) и 0,5 mg налоксон (Naloxon hydrochlorid dihydrate).

Subuxon е показан за заместително лечение при опиоидна наркотична зависимост в рамките на цялостна терапевтична програма, включваща медицинско, социално и психологическо лечение.

Предназначението на влизания в състава на лекарствения продукт налоксон е предотвратяването на венозна злоупотреба.

Лекарственият продукт се препоръчва за лечение на възрастни и юноши на възраст над 15 години, които са дали съгласието си да бъдат лекувани за пристрастяване към опиоиди.

4.3. Бавно разпадащ се морфин

Substitol твърди капсули с удължено освобождаване на активната съставка от 120 mg и от 200 mg – съдържа Morphine sulphate pentahydrate.

Регистриран е за поддържаща терапия (заместителна), като част от психосоциални или психотерапевтични програми.

Морфинът е опиев агонист, особено по отношение на мю-рецепторите и в по-малка степен по отношение на капа-рецепторите в ЦНС.

Капсулите се вземат цели, през устата, веднъж дневно.

Литература:

1. Лечение с метадон – Андрю Престън. БПА
2. Изпълнителна агенция по лекарствата – „Кратки характеристики и листовки за пациента на регистрираните в Р.Б. лекарства“

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ И КОНТРАИНДИКАЦИИ

Според Наредба № 24 в субституиращите и поддържащите програми могат да се включат:

- лица, навършили 18 год.,
- с доказана зависимост към опиоеви агонисти и/или агонисти-антагонисти, съгласно критериите на МКБ 10,
- с най-малко три предишни документиран курс на лечение, но не са преустановили злоупотребата с наркотични вещества.

С приоритет се приемат пациенти с някои от следните медицински показания:

- бременност,
- заразяване с вируса на СПИН,
- заболяване от хепатит В и/или хепатит С.

Контраиндикации за субституиращо лечение

Лицата, които вероятно няма да имат достъп до опиоидни лечебни програми са:

- злоупотребяват с опиати, но не отговарят на критериите за опиоидна зависимост по МКБ 10;
- имат история на зависимостта към опиоиди по-малко от 1 година и нямат история на лечение, с изключение на пациентите, получаващи бупренорфин;
- не приемат правилата на лечебните програми;
- не са в състояние да подпишат информирано съгласие, и по-специално пациенти с остро психиатрично разстройство;
- пациенти в остра фаза на тежки чернодробни заболявания или респираторна недостатъчност;
- пациенти, които са показали чувствителност/алергични реакции към предлагания медикамент за субституция.

В допълнение, лица с опиоидна зависимост и с алкохолна зависимост или зависимост към седативни/сънотворни средства, според критериите на МКБ 10, биха били проблематични кандидати за опиоидна фармакотерапия, тъй като смесването на ефектите на опиоидите с алкохола или седативите може да причини неблагоприятни последици по време на медикаментозно-асистираното заместващо лечение поради сумарна депресия на ЦНС.

Литература:

1. *Наредба № 24 за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от Наредба № 24 за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000 г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007 г./*
2. *Center for Substance Abuse Treatment. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.*

6. ФАЗИ НА ЛЕЧЕНИЕ

Постигнат е консенсус медикаментозното субституиращо и поддържащо лечение да бъде структурирано на отделни фази така, че интервенциите да съвпадат с нивата на прогрес на пациентите и очаквания изход. Фазовият модел приема, че вида и интензивността на услугите, от които те се нуждаят, варират по време на лечението и следва да се определят индивидуално. В общи линии повечето от пациентите се нуждаят от по-интензивно лечение при постъпване, по-разнообразни услуги по време на стабилизирането и по-малко на брой, но по-специфични услуги в периода на възстановяването. Фазите на лечение не трябва да бъдат разглеждани като фиксирани стъпки със специфични времеви рамки и граници, а като динамичен континуум, който позволява на пациентите да прогресират

според индивидуалния си капацитет. Резултатите от лечението следва да бъдат оценени не само по това колко фази са били завършени или дали пациентът е трябвало да се върне на по-ранна фаза, а по степента, до която нуждите, целите и очакванията на пациента са били посрещнати.

Моделът на фазите на лечение за метадоново поддържане, описан от Moolchan и Hoffman (1994) включва съвместното планиране (от пациента и екипа) на относително дългосрочен, структуриран и индивидуализиран терапевтичен процес.

I. Фаза на интензивна стабилизация (остра фаза)

1. Обща характеристика - установяват се терапевтичните взаимоотношения между пациента и екипа, идентифицират се нуждите чрез мултидимензионална оценка и се изготвя индивидуален терапевтичен план. Извършват се необходимите изследвания и консултации с други специалисти. Затвърждава се и ангажимента на значимите близки в процеса на оздравяване. Определя се индивидуалната ефективна доза на субституиращото вещество, като се цели общото стабилизиране на пациента, прекратяване на злоупотребата с опиати, намаляване интензитета на други медицински, социални, законови и семейни проблеми, свързани със зависимостта. Основно е индивидуалното консултиране и водене на случая, които са фокусирани не само върху бързото идентифициране на нуждите, но и върху темата за употреба на наркотици, механизмите за контрол и др. По този начин се осигурява информация дали и кога се изисква промяна и/или интензифициране на плана за лечение. Клиничните ситуации, показващи нуждата от хоспитализация по време на фазата на интензивна стабилизация могат да се обобщят в четири категории: (1) медицински или психиатрични състояния, изискващи наблюдение (напр. детоксификация от алкохол или бензодиазепини); (2) домашно обкръжение, не водещо до възстановяване (напр. употреба на наркотици от други членове на семейството); (3) повтарящ се неуспех при предходни опити за стабилизиране в извънболнични условия; (4) при пациенти, зависими и към кокаин, които не преустановяват употребата.

Продължителността на фазата е различна - средно 3 месеца.

2. Основни цели

Тази фаза цели да идентифицира ефективна доза на субституиращия медикамент и възможно най-бързо да се постигне медицинска стабилност на пациента. Конкретните цели са:

- постигане на стабилен доза;
- идентифициране на медицинските, социалните, законите, семейните и други проблеми, свързани с опииодното пристрастяване;
- помагане на пациентите да идентифицират високо-рисковите ситуации за употребата на наркотик или алкохол;
- разработване на алтернативни стратегии за справяне с непреодолимото желание или нужда за злоупотреба с вещества.

3. Стратегии и процедури

3.1 Подготвителни процедури

- Първичен контакт и оценка - по време на него има възможност за първоначално изложение на целите на пациента в лечението. След това започва процеса на оценка. За целта могат да се използват структурирани интервюта – напр. Индекс за тежестта на зависимостта (ASI), както и самооценъчни формуляри. Те дават информация и за текущия психо-социален статус на пациентите, както и възможност да се проследи по-нататък прогреса им в лечението. Следва извършването на медицинска оценка, която включва анамнеза за употребата на наркотици, за други соматични и/или психични заболявания, лабораторни изследвания, физикален преглед.

- Планиране на лечението - информацията, събрана от структурираните интервюта, медицинската оценка и другите контакти с пациента се използва за разработване на план за лечение. Той включва краткосрочните и дългосрочните цели на пациента, стъпките и сроковете за тяхното реализиране. Пациентът играе активна и интегрална роля в разработването на плана за лечение и документира своето съгласие.

Планът за лечение включва и планираната честота на индивидуално консултиране, уринно тестване, насочване при нужда към по-интензивни или специализирани услуги и др.

По-специфични са проблемите, свързани с HIV-инфектираните пациенти. За тях има целеви места в програмите и те се приемат с предимство.

По време на лечението могат да се проявят симптоми като безпокойство, депресия и нарушения на съня, а по-късно и когнитивни, неврологични и др. нарушения. За такива пациенти са включени психиатрични, невропсихологични и социални услуги като компоненти на плана за лечение.

3.2 Предписване на медикамента

- Първоначално предписване на лекарствена дозировка
- Оценка на безопасността и адекватността на всяка доза след даване
- Бързо, но безопасно увеличаване на дозировката за овладяване на абстинентната симптоматика.

Метадон хидрохлорид - предписването на медикамента започва след приключване на всички процедури по приемането в програмата. За определяне на поддържащата доза метадон са необходими от 7 до 30 дни. Пациентите посещават програмата най-малко два пъти дневно с минимален интервал между посещенията 4 часа. След обективна оценка на състоянието от лекуващия лекар и установяване на начални симптоми на абстиненция се предписва началната доза, най-често 30 мг. Същата не може да бъде по-голяма от 50 мг (максимално допустимата дневна доза за здрав човек). След не по-малко от 4 часа отново се прави обективна оценка на състоянието. Мониторират се 4 основни обективни симптома на опиевата абстиненция :

- разширени зеници;
- изпотяване, настръхнала кожа, сълзотечение, ринорея;
- увеличение на пулса с повече от 10 уд./мин.;
- увеличение на систоличното налягане с повече от 10 mm Hg.

При необходимост се дава допълнително количество метадон, не повече от 20 мг.

От 2-рия до 30-тия ден:

Дозите се увеличават постепенно с не повече от 20 мг до изчезване на абстинентната симптоматика. Не се предвижда горна граница. Увеличението се дава сутринта, като целта е постепенно преминаване към еднократен прием. Най-често това се постига за около 6-7 дни.

При постигане на поддържаща доза и липса на симптоми на отнемане, посещаването на програмата е един път дневно. На пациента се осигурява медицинско наблюдение, индивидуално консултиране и/или групова работа, при необходимост - семейно консултиране.

Бавно разпадащ се морфин (субститол) — началната доза е 120 мг или 200 мг. Мониторират се извършва след 3 часа и при нужда дозата се повишава до 320 мг /по изключение - до 400 мг, при сериозни абстинентни прояви/.

Мониторират се 4-те основни обективни симптома на опиева абстиненция.

През следващите дни дозата се повишава постепенно, като би могла да достигне 800 мг. Максималната доза е 1200 мг, а средната- 400 мг.

Бупренорфин - през първия ден се дават 4 мг бупренорфин сублингвално и се мониторират 4-те основни обективни симптома на опиева абстиненция.

Ако след 2 часа обективно са налице поне 2 от посочените по-горе 4 симптома, се дават още 4 мг бупренорфин сублингвално.

Максималната доза за първия ден е 8 мг. През следващите дни тя се повишава при нужда чрез прибавяне на 2 до 12-16 мг. Максималната доза е 32 мг.

Когато дозата е стабилизирана, има възможност бупренорфинът да се използва 3 или 2 пъти в седмицата.

3.3 Контрол на употребата на опиоиди и други психоактивни вещества

Още в началото се изготвя терапевтичен план и се сключва терапевтичен договор. Целта е да се повиши мотивацията на пациента за преустановяване на употребата на психоактивни вещества и да се постигне позитивно отношение към лечението. Пациентите трябва да бъдат запознати с правата и задълженията си, както и със структурата, функционирането и правилата на програмата.

Особено внимание се обръща на употребата на непредписани вещества /други опиати, бензодиазепини, алкохол, стимуланти/, като пациентите се съветват да се въздържат от употребата им. При необходимост от постепенно намаляване на техните количества, дозата на субституиращия медикамент се съобразява с обстоятелствата. Стремешът на терапевтичния екип е създаване на условия за максимално добър контакт с пациентите, установяване на отношения на доверие и готовност за споделяне на информация относно приемането на непредписани вещества и други значими проблеми. Наказателните подходи са неприемливи. Пациентите трябва да получават информация за това как другите наркотици, никотин и алкохол си взаимодействат с поддържащия медикамент. Когато злоупотребата със субстанции продължава по време на острата фаза, екипът трябва да преразгледа и актуализира терапевтичния план - при нужда да промени дозата, да се интензифицира уринното тестване и др.

При явяване на пациента в състояние на интоксикация, предписаната доза субституиращ медикамент не се дава. Ако до края на първия месец от лечението не може да бъде установена поддържащата доза, поради нередовно посещение в програмата или явяване в интоксигирано състояние, се предприема изписване без осигуряване на намаляващи дози.

Процедури:

- Схема за тестване за наркотици и алкохол
- Образование за ефектите от алкохола и наркотиците; агитиране за отказване от тяхната консумация
- Осигуряване на текущ диалог на пациента с персонала
- Интензифициране на лечението, когато е необходимо
- Срещи с лекар от програмата за осигуряване на адекватна доза на субституиращия медикамент

3.4 Други заболявания - соматични и/ или психични

Част от пациентите имат съпътстващи психични заболявания, които могат да са предизвикани от употребата на психоактивни вещества или да са независими от нея (ендогенни психози и др.) Те трябва да се идентифицират по време на първоначалното оценяване и да бъдат наблюдавани. Ако симптомите са предизвикани от вещества - обикновено не изискват текущо лечение след преустановяване на употребата. Някои пациенти може да изискват фокусирана, краткосрочна фармакотерапия, психотерапия или и двете. Много пациенти, обаче, може да имат едновременно проявени ендogenous психиатрични разстройства, изискващи старателна психиатрична оценка и дългосрочно лечение.

Много често след включване на лечение се проявяват и пренебрегнати до този момент соматични заболявания, в това число хепатити (предимно хепатит С). Може да се наложи хоспитализация или продължително лечение. Освен това голяма част от пациентите имат проблеми със зъбите. След като е преустановена злоупотребата с опиоиди, те често изпитват болка, защото са изчезнали аналгетичните ефекти на веществото.

Процедури:

- Насочване на пациентите към личен лекар, кабинети за спешна и неотложна помощ или за болнично лечение
- Тестване или изпращане за изследване за кръвно- и полово-преносими инфекции
- Идентифициране на остри психични разстройства, които може да се нуждаят от незабавна интервенция
- Идентифициране на хроничните психични разстройства, насочване и осигуряване на необходимата терапия

3.5 Законови и други социални проблеми

Важно е проблемите със закона да се разглеждат възможно най-скоро, за предпочитане в първата фаза. Екипът трябва да е информиран за тях и да работи съвместно с органите на реда и правосъдието. Необходимо е да се разяснят същността и целите на лечение в субституиращите и поддържащи програми, при нужда да се информират съответните съдебни органи за състоянието на пациентите и прогреса им във връзка с преодоляване на зависимостта. Програмите трябва да работят с местните затвори, за да осигурят колкото е възможно повече подкрепа и консултация.

При бременни пациентки е необходимо да се установи контакт със специалист, проследяващ бременността, както и с лечебното заведение, където ще се извърши раждането и проследяването / лечението на новороденото.

Процедури:

- При проблеми със закона - съвместна работа със системата на правосъдието, връзка с адвокат, служби за пробация и др.
- При бременност - връзка с акушер-гинеколог, клиника и др.
- При майки с малки деца - връзка със социални служби и др.

3.6 Изграждане на терапевтична връзка и установяване на доверие

За да се постигне ангажиране и позитивно отношение на пациентите към лечението е необходимо още в тази фаза те да бъдат представени на всички членове на екипа и да се дефинират нивата на помощ. Важно е да се създаде атмосфера на безопасност, доверие и близост. Осигуряващото лечение трябва да минимизират времето за изчакване на срещи по график, за да демонстрират, че ценят времето на пациентите си. Ако екипът е гъвкав и е на разположение през острата фаза, това допринася за усещането за сигурност и доверие на пациентите.

Процедури:

- Минимизиране на времето за изчакване
- Образователна информация за целите на лечението, разсейване на митовете за него
- Осигуряване на стимули и изтъкване на ползите от лечение
- Изграждане на поддържаща система чрез включване на важните за пациента хора от външната среда - родители, приятели и др.

4. Критерии за преход от острата към рехабилитационната фаза:

- Намаляване/преустановяване на употребата на незаконни опиоиди и други субстанции, включително и алкохол
- Липса на абстинентни прояви
- Намаляване на влечението за прием на психоактивни вещества
- Изразени усещания за комфорт и благосъстояние
- Овладяване на острите психични и/или соматични заболявания
- Осигуряване на лечение за хроничните заболявания
- Ангажиране, съвместно с екипа, при оценка на медицинските и психосоциалните проблеми
- Признаване на пристрастяването като проблем и готовност за промени в начина на живот

II. Фаза на обвързване и рехабилитация

1. Обща характеристика

Има тенденция от страна на много пациенти, веднъж стабилизирани, да избягват или да отричат степента и дълбочината на тяхното пристрастяване. Дискомфортът, който ги е довел до лечение, е утихнал, и те може да започнат да мислят, че нямат нужда от друга промяна. Затова в първата част на втора фаза се цели да се постигне по-дълбока обвързаност към дългосрочния план за възстановяване. Заедно с екипа трябва да се проследят моделите

на зависимостта и последиците от тях. Именно в тази фаза се развиват уменията за превенция на рецидив и започва да се мисли за начин на живот, свободен от наркотици. Индивидуалното консултиране - поне два пъти месечно и груповите сбирки - до два пъти седмично се концентрират върху тези въпроси.

Промени в дозите на субституиращите медикаменти по-рядко се налага по време на тази фаза. Продължава уринното тестване най-малко веднъж месечно.

Важно е осигуряването на консултиране и лечение на съпътстващите заболявания.

Във втората част на тази фаза фокусът е върху постигането на стабилност в главните сфери на функционирането на пациентите, с акцент на професионалната реализация. Могат да се осигурят професионално обучение и съдействие за намиране на работа. Индивидуалното консултиране се свежда до минимум веднъж месечно, а груповото консултиране продължава два пъти седмично. При добър прогрес в лечението и отрицателни уринни тестове започва даване на субституиращия медикамент за дома. по определена схема - от получаването му за един ден до три дни седмично.

В заключение, важно е да се постигне обвързаност на пациента в процеса на лечение и рехабилитация и той ясно да демонстрира своята инвестиция в посока на възстановяването си и промяната в начина на живот. Терапевтичният процес се фокусира върху съдействието от страна на екипа да се формулират целите и представите за алтернативен начин на живот без наркотици. Пациентът се насърчава да идентифицира факторите, които го предразполагат към употребата и рисковите ситуации за срив и рецидив или за друго саморазрушително поведение. Трябва да се постигне стабилизирането на дозата на субституиращия медикамент. По време на тази фаза усилията трябва да са насочени към постигане на трудова заетост, образование, професионално обучение, грижи за семейството и др.

Продължителността на фазата е около 12 месеца.

2. Цели

Основната цел на фазата на рехабилитация е постигане на био-психо-социално равновесие и стабилност в основните сфери на функциониране чрез индивидуално, групово или семейно консултиране и терапия. Съответните подцели са:

- постигане (завършване) на медицинското стабилизиране;
- укрепване на мотивацията за лечение на пациентите и задържането им в програмата;
- поддържане на добро психично и телесно здраве;
- изграждане на социални умения и умения за предотвратяване на рецидива;
- ангажиране с работа, учение и грижи за семейството и др.

3. Стратегии и процедури

3.1 По отношение на продължаваща употреба на опиоиди и/или други психоактивни вещества

- препоръчва се елиминирането на злоупотребата с непредписани вещества да се постигне напълно и да бъде изискване за завършване на тази фаза. Доказателствата за употребата на психоактивни субстанции са индикатор за връщането на пациента към първата фаза. Ако един пациент използва медикаменти, с потенциален риск за злоупотреба, предписани от лекар извън програмата, екипът и съответният външен лекар трябва да обсъдят тези предписания. Пациенти, които продължават да употребяват незаконни наркотици и/или алкохол, не са подходящи за даване на субституиращия медикамент за дома.

Честотата на тестване за наркотици по време на рехабилитационната фаза и всички последващи фази зависи от прогреса на пациента в лечението. При тенденция за положителна промяна и последователно негативни тестове за наркотици се препоръчва тестване да се извършва веднъж или два пъти месечно. Критериите за това трябва да бъдат част от плана за лечение.

Процедури:

- При нужда - корекция на дозата на медикамента с цел намаляване на крейвинга и предотвратяване на употребата на опиоиди
- Лечение на комбинирана зависимост (в т. ч. и към алкохол)
- Поведенческо договаряне, представяне на системата от санкции и привилегии
- Индивидуално консултиране по различни проблеми
- Групова терапия с акцент върху превенция на рецидив
- Семейно консултиране

3.2 Текущи здравни проблеми

Препоръчва се интегриран подход към здравословното състояние на пациента. Текущите проблеми трябва да бъдат диагностицирани и лекувани незабавно. Медицински грижи могат да се наложат при пациенти с хронични заболявания (напр. диабет, високо кръвно налягане, припадъци, сърдечносъдови заболявания), инфекциозни заболявания (напр. ХИВ/СПИН, туберкулоза, хепатити В и С, други полово предавани болести), бременност, психични смущения, зъбни проблеми и др.

При липса на възможност лечение да се осъществи в поддържащите програми, се извършва насочване към съответните специалисти и звена. Трябва да се вземе пред вид и факта, че този тип пациенти са с висок риск за лечение на болков синдром.

Би било целесъобразно в тази фаза да се извършва и образователно консултиране по въпросите на здравословното хранене, дневен режим, прекратяване на тютюнопушенето и др.

Процедури:

- Оценка на състоянието
- Осигуряване на първична грижа на място или насочване към други служби
- Корекция на дозите във връзка със съпътстващото лечение
- Осигуряване на интегриран подход на лечение
- Образование за здравословен начин на живот
- Обучение в умения за ранно идентифициране на соматични и/или психични проблеми

3.3 Образователен и трудов статус

Едно от сериозните препятствия за успешна ресоциализация на пациентите в субституиращите и поддържащи програми е незавършеното образование и/или липсата на работа. Програмата би могла да осигурява консултиране и съдействие за намиране на работа или да насочва пациентите към съответните социални структури. В съответствие с действащото законодателство се имат предвид специални програми, насърчаване на работодателите, образователни действия, предотвратяване на дискриминацията и др.

Желателно е до края на рехабилитационната фаза пациентите или да бъдат наети на работа, или да са в процес на активно търсене на работа. Те трябва да имат стабилен източник на законни приходи.

По отношение на образованието си - целесъобразно е да се направят стъпки за завършването или продължаването му.

Процедури:

- Идентифициране на дефицитите в образованието
- Обучение в социални умения
- Осигуряване на професионално обучение
- Осигуряване на възможности за трудова заетост или насочване към съответната структура

3.4 Семейни и социални отношения

Разрушеното доверие, разочарованието и конфликта със семейството е актуален проблем по време на втората фаза. Някои пациенти са имали минимален, а други - липсващ семеен контакт през периода на зависимостта. Те се нуждаят от помощ, за да започнат да преизграждат нарушените семейни и партньорски взаимоотношения. Възможно е пълното отсъствие на система за семейна подкрепа или поява на актуални семейни проблеми.

Процедури:

- Увеличаване на ангажирането в семейния живот (при отсъствие на семейна дисфункция, която възпрепятства прогреса)
- Семейно консултиране и терапия
- Обезпечаване на добра грижа за детето
- Включване в група, базирана на вяра, приятелство, развлечение или друга равнопоставена група.

3.5 Проблеми със закона

Стресът, свързан с проблемите на пациентите със закона, може да е причина за срив и рецидив. Програмата може да осигури консултиране във връзка с висящи съдебни дела, попечителство над деца и др. По време на рехабилитационната фаза пациентите се нуждаят от подкрепа, за да преодолеят вината, страха или несигурността, произлизащи от техните проблеми със закона.

Процедури:

- Осигуряване на достъп до правен съвет
- Насърчаване на пациента да поеме отговорност за проблеми със закона
- Идентифициране на препятствията за елиминиране на незаконните дейности и тяхната подмяна с творчески дейности

4. Критерии за преминаване към следващата фаза:

- Неупотреба на опиати, доказана с отрицателни уринни тестове
- Неупотреба на други непредписани вещества
- Липса на злоупотреба с алкохол
- Стабилно соматично и психично състояние
- Наличие на условия, гарантиращи задоволяване на ежедневните жизнено потребности (жилище, финансови средства)
- Установени стабилни взаимоотношения в семейството
- Ангажиране с постоянна или временна работа, учение или грижи за семейството
- Липса на актуални проблеми със закона
- Наличие на система за социална подкрепа
- Увеличаване на отговорността за себе си и значимите други

III. Фаза на медицинско поддържане

1. Обща характеристика

Към медицинско поддържане се преминава когато пациентът е постигнал стабилно и продуктивно функциониране и отговаря на критериите за завършена фаза на рехабилитация, но съществува сериозен риск спирането на метадона да доведе до възобновяване на употребата на хероин.

Основна задача на екипа в тази фаза е поддържане на личния баланс и стабилност на пациентите, задържане и подобряване на постигнатата социална интеграция. Подходите са подкрепящи и обучителни, извършва се периодична оценка на функционирането в основните области (на 3 – 4 месеца). Желателно, но не задължително, е участието в група за развиване на социални умения и превенция на рецидива. Провежда се индивидуална или

групова психотерапия в зависимост от потребностите на пациента. По време на тази фаза, пациентите трябва да започнат да получават лекарство за домашно лечение за по-дълги периоди и да им бъде разрешено правят по-малко посещения на Програмата.

Препоръчва се даване на субституиращия медикамент за къщи за срок до 7 дни, в определени случаи - до 14 дни. Уринни тестове се правят по преценка на екипа, но не по-рядко от 2 пъти месечно. Тази фаза е времево неограничена, но считаме за оптимален срок 2 до 5 години.

2. Цели

Главната цел на фазата на лекарственото поддържане е да се постигне социална интеграция по време на поддържане на личен баланс и психологическа стабилност. Конкретните цели са:

- постигане на пълна медицинска стабилност;
- постигане на психологическа устойчивост;
- започване или продължаване на работа, ангажиране с учебна дейност;
- стабилизиране в областта на семейното и социалното функциониране.

3. Стратегии и процедури

3.1 Употреба на опиоиди и/или други психоактивни вещества

В тази фаза се извършва произволно тестване за психоактивни вещества. Положителните тестове са сигнали за връщане към предходната фаза, отнемане на привилегии, свързани с даването на субституиращия медикамент за в къщи.

Дори и да не използват наркотични вещества, пациентите може да се нуждаят от преразглеждане на дозата на субституиращия медикамент, поради употребата на друго предписано лекарство или в следствие промяна в метаболизма на опиевия агонист.

Процедури:

- Наблюдение, при нужда корекция на дозата на субституиращия медикамент
- Тестване за наркотични вещества с различна интензивност

3.2 Текущи здравни проблеми

По време на фазата на лекарствено поддържане, субституиращите програми могат да играят различни роли - да осигуряват директно лечение или да интегрират своите услуги с тези на други лечебни структури, осигуряващи медицинска грижа.

Процедури:

- Наблюдение във връзка със спазването на медицинските/психиатричните режими
- Насочване към и поддържане на връзка с осигуряващите здравни грижи структури

3.3 Образователен и трудов статус

В тази фаза по-голямата част от пациентите вече са започнали работа или са продължили образованието си. Препоръчва се продължаване на подкрепата в тази насока, връзка със съответните структури, съдействие за професионална квалификация и реализация.

Процедури:

- Наблюдение на професионалния статус и прогреса към образователните цели
- Съдействие при кандидатстване за работа, продължаване на образованието или възникнали проблеми на работното място

3.4 Семейни и социални отношения

Могат да продължат индивидуалните и фамилни консултации и насочване към специфична психотерапия.

Процедури:

- Наблюдение на семейната стабилност и отношения
- Отнасяне към семейна терапия, ако е необходимо

3.5 Проблеми със закона

Очаква се в тази фаза пациентите да нямат актуални проблеми със закона, но би могло да съществуват такива за стари криминални деяния.

Процедури:

- Наблюдение за текущи законови проблеми
- Осигуряване на подкрепа при нужда

4. Критерии за преминаване към следващата фаза:

- Непрекъснато лечение в продължение на 2-3 години
- 1 година въздържание от употреба на психоактивни вещества, валидизирано с уринно тестване
- Липса на злоупотреба с алкохол
- Липса на значими психиатрични проблеми
- Стабилни условия на живот и ангажираност с продуктивни дейности т.е. работа или учение
- Стабилен и легален източник на доходи
- Липса на криминални деяния поне 3 години
- Адекватна семейна и социална подкрепяща среда

IV. Фаза на детоксификация

1. Обща характеристика

Фазата на детоксификация на субституиращия медикамент позволява на пациента постепенно да преустанови терапията. В тази фаза се изготвя индивидуален план за излизане от програмата, определя се темпа на намаляване на дозите, проследява се медицинското и психологичното състояние на пациентите. Към детоксификация се преминава при заявено категорично желание на пациента, оценка от екипа или при напускане по други причини. В тази фаза пациентът посещава програмата ежедневно. Интензифицира се индивидуалното консултиране и уринното тестване.

Решението за детоксификация трябва да бъде взето без принуда и да включва внимателно разглеждане на желанията и предпочитанията на пациента, нивото на мотивация, продължителността на зависимостта, резултати от предходни опити за намаляване, семейна и приятелска среда и др. Пациентът трябва да е наясно, че съществува риск от рецидив, както и че ще е налице известен дискомфорт, дори ако дозата се намалява бавно с месеци.

Детоксификацията може да се раздели условно на два вида:

- Дългосрочна детоксификация – при заявено желание от страна на пациента, оценка за наличие на личностов ресурс за възстановяване и нисък риск от възобновяване на употребата на наркотични вещества. Провежда се бавно с постепенно намаляне на дозите за период от 6 до 12 месеца. Препоръчва се индивидуално психологическо консултиране за създаване на психологични умения у пациентите за справяне със зависимостта към Програмата, загубата на общност и среда и за да се подпомогне ресоциализацията и адаптацията.

- Краткосрочна детоксификация – извършва се когато пациентът се изписва предсрочно от Програмата, поради непредвидени обстоятелства. Медицинските интервенции са постепенно минимизирани на дозата за период от 4 седмици, или повече, но не по-малко от 21 дни. Психологичните интервенции са подкрепа, окуражаване и други.

При неправилна оценка или самооценка, липса на подкрепяща среда, семейни и социални проблеми, както и вследствие на физическия и емоционален стрес от опита да се прекрати вземането на субституиращия медикамент някои пациенти се връщат към приема на психоактивни вещества. Пациентите трябва да бъдат убеждавани да се върнат на предишната фаза ако имат нужда. Екипът разяснява, че за детоксификацията може да е необходимо различно време и ако възникне необходимост от увеличаване на дозата, това не бива да се възприема като провал. Важно е да се регистрират продромите и при несигурност пациентът да може да продължи лечението си.

При правилно построена система за подкрепа много пациенти са успели да преустановят употребата на опиоиди за години или дори за цял живот, но проучванията са показали, че някои са се върнали към предишното си състояние на злоупотреба с вещества. За част от пациентите с тежка и дългогодишна зависимост субституиращото и поддържащо лечение е доживотната алтернатива.

2. Цели

Главната цел на пациента в тази фаза е да се намали докрай дозата на метадона и да се премине към живот, свободен от наркотици. Освен въздържанието от прием на вещества се цели да се затвърдят уменията за превенция на рецидив, да продължи подкрепата, свързана с работната и семейната среда и пациентът да бъде ориентиран при необходимост към рехабилитационна програма, защитено жилище, групи за самопомощ и др. Конкретните цели могат да се изразят така:

- постепенно прекъсване на терапията чрез индивидуализирани, интензивни подкрепящи интервенции;
- въздържание от прием на опиоиди и други психоактивни вещества за дълго време (години);
- добро соматично и психично състояние;
- добро ниво на семейно и социално функциониране.

3. Стратегии и процедури

3.1 Употреба на опиоиди и/или други психоактивни вещества

По време на тази фаза могат да се наблюдават нарушение на съня, тревога, раздразнителност или цялостен дискомфорт, а по-късно - намален апетит, депресия и силно желание за приемане на опиоид. При подобни прояви се отлага процеса на детоксификация, като се прецизира настоящата доза.

Процедури:

- Интензивно наблюдение
- По-често уринно тестване
- Психотерапевтична работа в посока подкрепяне

3.2 Текущи здравни проблеми - аналогично на предходната фаза, осъществяват се контакти със съответните структури.

Процедури:

- Отчитане на соматични проблеми
- Поддържане на комуникация с осигуряващите медицински грижи
- Продължаване на здравното образование

3.3 Образователен и трудов статус - както при четвърта фаза.

Процедури:

- Наблюдение на прогреса
- Оставане на разположение за разглеждане на проблеми на работното място

3.4 Семейни и социални отношения - аналогично на предходната фаза.

Процедури:

- Наблюдение на семейното функциониране
- Препращане за семейна терапия при нужда

3.5 Проблеми със закона - както при при четвърта фаза.

Процедури:

- Регистриране на текущи законови проблеми
- Осигуряване на нужната подкрепа

4. Критерии за връщане към предходната фаза:

- Връщане към употреба на опиоиди
- Положителен тест за наркотици / незаконна субстанция
- Соматични и психични проблеми, водещи до нестабилност
- Несправяне на работното място
- Загуба на работа
- Недобро семейно функциониране
- Смърт или загуба на близък човек
- Социално-битови проблеми
- Ново въвличане в криминални деяния

V. Фаза на нулева доза и подкрепа

Много пациенти, които са приключили успешно фазата на детоксификация продължават да имат нужда от подкрепа и помощ, особено през първите месеци, за да се пренастроят към начин на живот, свободен от вещества. Затова на тях се осигурява фаза на „0“ доза за период от 3 до 6 месеца. Главната цел на тази фаза е да се предотврати връщането към зависимостта и да се подсилат уменията за справяне, необходими за поддържане на балансиран и стабилен начин на живот.

Фокусът на екипната работа е върху активиране на подкрепящите системи и позитивното поведение, обучение в решаване на проблеми, превенция на рецидив.

Първите успехи на пациентите трябва да бъдат поощрявани, за да се увеличава тяхната самостоятелност и да поддържат балансиран, стабилен и продуктивен начин на живот. Препоръчва се включването им в рехабилитационни програми, групи за самопомощ, продължаване с налтрексонова терапия и др. Най-малко веднъж седмично се извършват консултации от лекар и сесии с психолог. Целта е да се подкрепи пациента да задържи постигнатото състояние на живот, свободен от вещества. Извършва се ежеседмична клинична оценка и уринно тестване, разработва се план, включително и за връщане в Програмата, ако е необходимо. При рецидив, пациентът се връща във фаза на интензивна стабилизация.

При успешно справяне консултациите се разреждат постепенно до веднъж месечно, за да може пациентът плавно да се раздели с лечението.

В хода на лечението е възможно преминаването на пациентите от фаза във фаза двупосочно. Интензивността от грижи се променя в различните етапи. Най-интензивни са грижите в първите две фази и отново се интензифицират в последната.

VI. Преход между фазите на лечение. Връщане в субституиращите програми.

1. Индикатори на преход

Характеристиките на препоръчаните фази на лечение не са неизменни, а критериите за преход между фазите нямат за цел да бъдат стриктно интерпретирани и налагани. Системата на лечение трябва да бъде достатъчно гъвкава, за да позволи преход в съответствие с прогреса на пациента и обстоятелствата. Програмата трябва да определя лечение, базирано на интересите на пациента.

Инцидентни връщания към употребата на наркотици може да не изискват задължително връщане към предходна фаза. Най-напред трябва да се идентифицира проблема, да се преразгледа дозовия режим, да се интензифицират грижите.

Преустановяването на приема на наркотични вещества, доброто функциониране във всички сфери, позитивния собствен имидж и социално продуктивния начин на живот са ключови индикатори за прехода към следващите фази.

Екипът извършва текуща оценка на прогреса на пациента, статуса и готовността му да премине към следващата фаза. Пациентът също се самооценява с цел да се обхване функционирането му в ключовите био-психосоциални сфери. Той е информиран за критериите за преминаване във всяка фаза, както и последствията от регреса му в лечението. Трябва да бъде изяснено, че връщането към предишна фаза не е провал на лечението. В края на всяка фаза се преразглежда индивидуалния план, поставят се нови цели и се идентифицира нов фокус. При преустановяване на лечението се подготвя план за изписване. Планът разглежда възможността за повторно включване в програмата при необходимост.

2. Връщане към субституиращото и поддържащо лечение

При необходимост от повторно включване в Програмата, пациентът трябва да бъде информиран, че това е възможно и приемът ще бъде улеснен. Екипът разяснява, че такъв изход може да бъде очакван и не означава несправяне. За някои зависими поддържащото лечение е доживотна алтернатива. Трябва да се преработи чувството на срам, разочарование или вина, свързана с връщането към употребата на вещества.

Литература:

1. Galanter M; Kleber HD (eds.): *APA Textbook of Substance Abuse Treatment (3 ed.)*, APPublishing, Inc., Washington, DC, 2004
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA, 2000
3. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.): *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook (4th ed.)*, Williams & Wilkins, Baltimore, 2004
4. Centre for Substance Abuse Treatment. *Detoxification from Alcohol and Other Drugs, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 19*. DHHS Publication No (SMA) 95-3046, Rockville, MD: SAMHSA, 1995
5. Centre for Substance Abuse Treatment. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43*. DHHS Publication No (SMA) 05-4048, Rockville, MD: SAMHSA, 2005
6. Demand reduction: A glossary of terms. UNODCCP. New York 2000.
7. Международна класификация на заболяванията – 10 ревизия (МКБ-10), Том 1 /част 1/, СЗО, Женева
8. А. Верстер, Ъ. Бунинг. Насоки за лечение с метадон, НЦН, София, 2002
9. Г. Василев, Ал. Канчелов, Г. Арсенов, М. Александрова, Консенсусно становище относно препоръчителен подход за лечение на зависимости, НЦН, София, 2002
10. Наредба № 24 на МЗ от 07.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт «Психиатрия», обн. ДВ бр. 79 от 07.09.2004 г.
11. А. Престън. Лечение с метадон. Кратко практическо ръководство. Българска Психиатрична Асоциация.

7. УРИННО ТЕСТВАНЕ

От въвеждането на субституиращата терапия тестването за наркотици осигурява както обективна мярка за лечебната ефективност, така и механизъм за мониториране на прогреса на пациента. Понастоящем тестването се използва за откриване на употребата на наркотици и за мониториране на спазването на правилата на лечение (терапевтичен compliance). Нарастващото значение на терапевтичните резултати като доказателство за програмната ефективност засилва значимостта на тестването за психоактивни вещества.

Като стандартна процедура се приема, че назначаването на лечение започва както след снемане на цялостна психиатрична анамнеза и такава за употреба на психоактивни вещества, така и с провеждане на уринен тест за опиати и ако той е положителен, има сериозно основание за назначаване на лечение. Това е и предпазна мярка, която винаги трябва да бъде извършвана в началото на лечението, но не бива да се надценява важността ѝ.

Тестване за потвърждаване на факта, че се приема метадон (терапевтичен compliance):

Повечето пациенти на субституираща терапия трябва да бъдат проверявани за наличие в урината на метадон. Като потвърждение, че се приема метадон, се изисква пробата от урината да бъде положителна както за метадон, така и за неговите метаболити (за да се изключи фалшифициране чрез прибавяне на метадон към урината).

Потвърждаването на факта, че се приема метадон, е важна причина за анализ на урината при пациенти, които приемат заместителния медикамент вкъщи.

Уринното тестване е най-разпространено поради леснотата за вземане на урина и простотата на самото тестване. В добавка, техниката е добре проучена и е в употреба от много време. Проучванията показват, че повечето от пациентите приемат провеждането му.

Важно е да се отчита физическото състояние на пациента – не е подходящо при бъбречна недостатъчност и при лица на хемодиализа. С повишено внимание следва да се отчитат и тестовете при лица на ретровирусна терапия.

Даването на урина за изследване трябва да пази достойнството на пациента при минимизиране на възможностите за фалшификация. Помещенията, използвани за даване и анализ на урина трябва да се почистват редовно и да са снабдени със сапун и др. тоалетни принадлежности.

Няма единно правило относно честотата на тестване, като своите предимства имат както строго периодичното, така и инцидентното тестване, така че преценката остава на екипа. Приема се все пак, че трябва да има минимум от тестове, обикновено поне веднъж месечно, като отново преценката за това какви вещества ще бъде изследвани, остава на екипа - обикновено в индивидуалния контекст на пациента и в контекста на локалната ситуация, свързана с употребата на наркотици.

Интерпретиране на резултатите

Резултатите се съхраняват в пациентското досие заедно с подходящи обяснения защо например на пациента е разрешено вземане на метадон за вкъщи въпреки положителните резултати от теста. Такива резултати трябва да се проверяват, като се има предвид, че пациентът може да приема медикаменти, позитивиращи теста или храни, съдържащи макови семена.

Резултатите от теста на урината обикновено се използват за вземането на клинични решения, като:

- Получаване на разрешение за „вземане за вкъщи“
- Увеличаване или намаляване на броя на дните, в които пациентът получава метадон “за вкъщи”
- Корекция на предписаната доза
- Прекратяване на лечението (изписване от програмата)

Ръководителите на екипи трябва да се уверят, че резултатите от тестовете не се използват за принуждаване на пациента да напусне програмата и че никое терапевтично решение не е прието само на основата на един позитивен тест. Пациентите трябва да се информират своевременно за резултата от теста и да им бъде предоставена

възможност за обсъждането му с екипа. Необходимо е да се обърне внимание на пациенти, които отказват да приемат резултатите, особено когато има несъответствие с прогреса в лечението им.

Важно е да се отбележи, че макар и ценна процедура при лечението на зависимости, уринното тестване, подобно на много други параклинични процедури и манипулации в соматичната медицина, е само един от многото налични инструменти и не може да бъде от решаващо значение при терапевтичния процес. Резултатите от тестването могат да дадат повод за обсъждане с екипа на прогреса или липсата на такъв и промяна в лечебния план.

Литература:

1. *Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines for methadone and buprenorphine treatment* – Department of Health, NSW
2. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs, Number 43 in the Treatment Improvement Protocol (TIP) series published by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).*

8. ВЗЕМАНЕ НА МЕДИКАМЕНТИ ЗА ВКЪЩИ

Даването на дози от медикамента за вкъщи е важен терапевтичен инструмент за постигането на целите на програмите. Същевременно, поради риска от нерегламентираното му разпространение на черния пазар, процедурата е обект на особен контрол и задълбочена преценка от страна на екипа, като крайното решение е на ръководителя на програмата. При оценяването трябва да се имат предвид:

- Липса понастоящем на употреба на наркотици (доказана с ежедневното наблюдение на пациента и уринни тестове)
- Редовно посещение на програмата
- Липса на криминални действия
- Липса на поведенчески проблеми в програмата
- Наличие на подкрепа в семейната и социалната среда
- Продължителен период в програмата (повечето ръководства препоръчват обсъждането на молби след поне тримесечен период, като максималното количество не може да надвишава дозите за една седмица през първата година и двуседмичните дози през втората година от лечението).

През целия период на даване на дози за вкъщи, наблюдението и контролът трябва да са постоянни и при наличието на доказателства за злоупотреба, които екипът внимателно анализира, решението може да се преосмисли.

Предимства и недостатъци на даването на медикаменти за вкъщи

Предимства:

1. Освобождава пациента от нуждата да посещава програмата всекидневно, спестявайки време и пари за път и улеснява участието му в обучения, работа и домашни задължения. Тази цел се постига и с разреждане на дозовия режим при бупренорфин (това може да е по-добра алтернатива от дозите за вкъщи).
2. Засилва отговорността на пациента по отношение на лечението.
3. Заздравява съгласието на пациента относно терапевтичните цели.
4. Промотира установяването на отношения на взаимно доверие между пациента и екипа.
5. Предотвратява струпване на пациенти в програмите.

Недостатъци:

1. Пациентът може умишлено да даде медикамента на друго лице. Особено е опасно, ако се приеме от деца, тъй като дори и минимални дози може да бъдат фатални.
2. Пациентът може да се опита да си инжектира дозата. Инжектирането на метадон или бупренорфин може

да предизвика увреждане на вените, емболии и некрози на тъканите. Венозното въвеждане на бупренорфин и бупренорфин-налуксон може да преципитира абстинентен синдром.

3. Пациентът може да комбинира дозата с други психоактивни вещества и да увеличи риска от предозиране.

4. Пациентът може да събере и приеме няколко дози наведнъж, увеличавайки риска от предозиране.

5. Редките срещи с пациентите намаляват вероятността те да потърсят помощ за настоящи проблеми.

Литература:

1. *Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines for methadone and buprenorphine treatment* – Department of Health, NSW

2. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs, Number 43 in the Treatment Improvement Protocol (TIP) series published by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).*

9. СПЕЦИФИЧНИ КЛИНИЧНИ СИТУАЦИИ

9.1. Пропуснати дози

Когато пациентът пропусне дозата си субституиращ медикамент, може да бъде „изкушен“ да използва други непредписани/незаконни психоактивни вещества. Ако няколко последователни дози са пропуснати, толерансът към опиоидите намалява, което увеличава риска от свърхдоза при връщането в лечение. Предполага се, че това е свързано със степента на невroadаптация.

Връщането към прием на субституиращия медикамент след пропуснати дози изисква цялостна обективна оценка за симптоми на интоксикация или абстиненция. Обстоятелствата около пропускане на дозата трябва да бъдат документирани.

При всички ситуации, при които пациентът е интоксигиран, медикамент не му се дава.

Когато пациентът дойде неинтоксигиран, процедурата е:

Метадон

При 1 пропусната доза - дава се цялата терапевтична доза.

При 2 последователни пропуснати дози:

при доза, по голяма от 80 мг – даваме половината от обичайната доза;

при доза 40-80 мг – даваме 40 мг метадон;

при доза, по-малка от 40 мг – даваме обичайната доза.

При пропуснати 3-5 последователни дози - след изясняване на причините и оценка на наличните симптоми, се дава половината от обикновената доза или 40мг (което е по-малко).

При повече от 5 пропуснати дози - постъпваме като при новоприет пациент.

Бупренорфин

1 или 2 пропуснати дневни дози, без контраиндикации - дава се обичайната дневна доза.

3 или 4 пропуснати дневни дози, без контраиндикации и с ясни симптоми на абстиненция – дава се обичайната дневна доза до 23 мг. Ако обичайната дневна доза е по-висока, дава се половината до две трети от нея.

5 и повече пропуснати дневни дози – постъпваме като с новоприет пациент.

Пропуснати дози бупренорфин във фазата на въвеждане в лечение

Пропуснати 1-2 дози - ако няма пречки за получаване на бупренорфин, дозираме както обичайно. Ако пациентът съобщи за опиоидна употреба през последните 12 часа или наблюдаваме признаци на интоксикация с опиоиди отлагаме даването на дозата след 2-4 часа. Ако екипът, раздаващ веществото е несигурен относно състоянието на пациента се налага медицински преглед.

Пропуснати 3-4 последователни дози - ако при пациента са налице симптоми на абстиненция и няма причини той да не получи терапевтичната си доза бупренорфин, тогава дозираме както следва:

- При дневна доза от 8мг или по-малко - даваме обичайната доза
- При дневна доза 8-24мг и ясно изразени абстинентни симптоми - даваме обичайната дневна доза
- При дневна доза 8-24мг и не толкова изразени абстинентни симптоми – даваме половината до две трети от обичайната дневна доза
- При дневна доза над 24мг – даваме половината до две трети от обичайната дневна доза
- От следващия ден, ако не са налице проблеми, се връщаме към обичайната дневна доза

Пропуснати повече от 5 дози - също както при метадоновото лечение, пациентът трябва да бъде прегледан от лекуващия лекар и да се изяснят и документират причините за отсъствие. Дискутираме с пациента най-добрия начин отново да бъде върнат към лечение и постъпваме както при новоприет пациент.

9.2. Повърнати дози

Метадон

В някои случаи пациентите съобщават, че метадонът им предизвиква главозамайване, световъртеж и повръщане. Тези случаи са характерни за бременни пациентки, но се появяват и при други.

Ако повръщането е проблем, може да се премине към разделяне на дозата. По принцип разделената доза не е честа, но допустима практика. Прилага се при клинично стабилизирани пациенти, страдащи от хронична болка, за която други ненаркотични медикаменти не са ефективни. След отзвучаване на болката трябва да се премине към еднократна дневна доза. Разделената доза може да се прилага и при пациенти, демонстриращи „екстремна метаболитизъм“ на еднократната дневна доза метадон (бременост) или са на медикаменти, за които се знае, че засилват метаболитизма на метадона (лекуващи ХИВ-инфекция).

Разделената доза не се препоръчва при пациенти, които не отговарят на критериите за клинична стабилност или при пациенти, на които не се дава метадон за вкъщи.

На тези, които вземат дози за вкъщи, може да се предложи да отпиват метадона на малки глътки, за да се намали стомашното дразнене. Необходими са 20 до 30 мин. за да се абсорбира цялата доза метадон, а пиковата плазмена концентрация е след 4 - 6 часа.

При повръщане повече от 20 мин. след приема на метадон - трябва да успокоим пациента, че дозата е адекватно усвоена.

При повръщане по-малко от 20 мин след приема на метадон – ако пациентът е в лечение повече от 2 седмици и повръщането му е в присъствие на член от екипа, дозата се заменя наполовина.

При бременни пациентки с повръщане се дава същата доза, за да се избегне абстиненция, което създава стрес на плода.

Бупренорфин

Бупренорфинът се абсорбира напълно от организма за 2 до 7 минути. Повръщането след това време не оказва влияние на абсорбирането на дозата.

9.3. Интоксикирани пациенти

Политоксикоманията е често срещана сред опиоидно зависимите. Много пациенти, които търсят лечение със субституиращ медикамент е възможно да бъдат зависими от бензодиазепини, алкохол или други психоактивни вещества. Много от тях е възможно да употребяват тези вещества в опасни за тях дози или количества.

Пациенти, които идват за дозата си интоксикирани с алкохол или други депресанти на ЦНС, не получават терапевтичната си доза от субституиращ медикамент, както и не им се дава за вкъщи.

9.4. Високорисково поведение

То включва често явяване на пациента в състояние на интоксикация, хаотична употреба на всякакви психоактивни вещества.

В този случай трябва да се установят ясни правила при дозирането на субституиращия медикамент. Ако лекуващият лекар смята, че е безопасно, дозата може да бъде увеличена или да бъде променена честотата на приема на дозата. Пациентът трябва да се покани да сподели причините за рисковото си поведение, да се търсят специфични обстоятелства, напр. съжителство с други зависими или наличие на съпътстващи психични заболявания като тревожност, депресивни състояния, параноя или органични когнитивни нарушения, които могат да бъдат предпоставка за това рисково поведение. Това трябва да бъде отразено в медицинската документация и да бъдат описани стъпките за по-нататъшното поведение на екипа. Необходимо е да се търси съгласието и участието на пациента.

При пациенти, които не са сигурни дали искат да спрат политоксикоманната употреба е подходящ подхода на мотивационно интервю.

Необходимо е да се прецени риска от комбинираното използване на субституиращ медикамент и други, непредписани/незаконни психоактивни вещества. Ако вредите са доминиращи и пациентът не желае или му е невъзможно да направи промяна, може да се премине към постепенно намаляване на дозата на лекарството и изключване от лечението.

Пациенти, които в момента използват други опиоиди, бензодиазепини или алкохол в големи дози, не би трябвало да получават медикамент за вкъщи и дозата му трябва да се прецизира.

Бензодиазепините често се използват за индуциране на съня, но не рядко в дози, многократно надвишаващи терапевтичните. Могат да се използват и през деня, за да се получат следните ефекти:

- намаляване остротата на симптомите на опиева абстиненция;
- засилване действието на алкохола;
- и не рядко, по оценка на пациентите - за удължаване ефекта на метадона.

Предписването на бензодиазепини на зависими към бензодиазепини и опиати трябва да се прави много внимателно. Пациенти с такава зависимост често си осигуряват сами рецепти. Целта е безопасно намаляване на бензодиазепините, а не комфорта на пациента. Диазепам трябва да бъде единственият предписван бензодиазепин. По време на употреба на бензодиазепини пациентът не трябва да получава метадон за вкъщи. Никога не започвайте лечение с бензодиазепини по време на метадоново поддържане, тъй като съществува голям риск от свръхдоза.

Друга често наблюдавана ситуация, потенцираща високорисково поведение е когато пациентите имат вредна употреба на алкохол или са зависими от алкохол. Алкохолът и метадонът взаимно усилват ефекта си. Това е предпоставка за предозиране на метадона, при което обичайната терапевтична доза метадон се явява „свръхдоза“. Препоръките за поведение при тези пациенти включват:

- тестване за алкохол преди приема на метадон;
- прием на метадон под строгата супервизия на член от екипа;
- провеждане на болнична или амбулаторна детоксификация преди включване в програмата за субституция или по време на метадоновата субституция;
- редовно изследване на чернодробната функция;
- предлагане на аверзивно лечение;
- дискусия по въпроси, свързани с употребата на алкохол, като част от терапевтичния план.

Процедури

В терапевтичния договор, подписан с пациента, трябва да бъдат описани мерките, които ще бъдат предприети в случаите на рисково проблемно поведение, а именно:

1. Отправяне на официално предупреждение
2. Промяна на обстоятелствата, при които пациентът ще посещава програмата - премахване на дози за вкъщи и пациентът се задължава да посещава програмата по-често за срещи с членовете на екипа
3. Преминаване към по-супервизиран лечебен план
4. Изключване от програмата

Определени действия като: насилие или заплаха за насилие към членове на екипа или други участници в програмата, разрушаване на собственост или кражба от програмата, продажба на лекарството за субституция в района на програмата, неприемането му по предназначение може да доведе до незабавно освобождаване от лечение.

Когато екипът е изправен пред предизвикателно и трудно поведение от страна на пациента, той трябва да остане спокоен, да изслуша пациента по емпатичен и неконфронтационен начин, да подчертае желанието си за помощ и да се опита да създаде комфорт на пациента.

9.5. Свръхдоза

Метадонова свръхдоза

През първите няколко дни след започване на метадоново лечение има риск от предозиране на дозата метадон, поради приемането от пациента и на други психоактивни вещества. Това налага той да бъде уведомен за риска от настъпване на смърт по време на сън у дома. Сутрешният прием намалява риска. Семейството трябва да бъде предупредено, че дълбокото хъркане по време на сън в първите дни на лечението може да бъде сигнал за опасна респираторна подтиснатост.

При опиоидна свръхдоза може да бъде употребен налоксон (Narcan) венозно или мускулно, поради бързия му ефект. На пациента трябва да бъде препоръчано да постъпи в болница, тъй като ефекта на налоксона трае по-кратко от ефекта на хероина и метадона.

Бупренорфинова свръхдоза

Рискът от смъртоносна свръхдоза при бупренорфина при опиоидно зависими лица е по-малък от този при метадона.

Въпреки това, ефектът от бупренорфина не е обратим от обичайна доза налоксон. Необходими са дози от 10 до 35mg/kg (10-30 пъти по-големи дози от тези, използвани при хероинова свръхдоза) за неутрализация на бупренорфиновата токсичност.

Когато се лекува ефекта от свръхдоза, трябва да се има предвид дългата продължителност на действие на бупренорфина.

Неправилно бупренорфиново дозиране

Пациентът трябва да бъде предупреден за възможните ефекти, за рисковете, свързани с неправилната употреба на бупренорфин и рисковете при шофиране или управление на тежки машини.

Пациентът трябва да бъде наблюдаван поне шест часа, ако са на лице признаци на интоксикация при следните случаи:

- лечението му е започнало преди по-малко от 2 седмици;
- консумираната доза е 16 мг или повече при терапевтична доза 4мг или по-малко;
- консумираната доза е 64мг или повече.

9.6. Препоръки за мениджмънт на лечението при пациенти с доза метадон, по-висока от 120 mg

- **Разделената доза е по-ефективна от високата доза при пациенти с ускорен метаболизъм.**
- Дозата се увеличава само когато пациентът се оплаква от прояви на абстиненция в края на дозовия период, преди следващия прием на предписаната, „терапевтична“ доза метадон. Симптомите на абстиненция трябва да бъдат обективизирани от лекар.

- Ако пациентът продължава да съобщава за абстинентни симптоми, въпреки високата (увеличена) доза, лекарят би трябвало да следи систематично причините за опиоидната абстиненция и да мисли за подобни състояния, които могат да се объркат с абстиненция.

- Трябва да се потърси консултация с трето лице, ако лекарят се затруднява продължително да стабилизира пациента при доза над 120 мг.

• Необходимо е да се направи ЕКГ при пациенти с доза, по-висока от 150 мг и да се повтори при доза, приближаваща 180-200 мг. Пациенти сQT интервал от 470 msec или повече трябва да се насочат за консултация с кардиолог и дозата им трябва да бъде внимателно редуцирана. Специално внимание е необходимо при пациенти с висок риск от аритмия.

Литература:

1. *NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines, NSW Health Department 1999,*

ISBN: 0 7347 3002 0, рл. 5.34-47

2. *Methadone Maintenance Guidelines, The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Canada 2005*

10. ГРУПИ СЪС СПЕЦИФИЧНИ НУЖДИ

10.1 Опиоидно-зависими бременни жени

Бременността при жени, употребяващи хероин е голям риск, който е свързан и с редица други фактори:

- употребата на алкохол и тютюн,
- чести инфекции,
- нестабилни условия на живот,
- недोхранване,
- липса на семейство,
- липса на медицинско проследяване.

Хероинът и другите опиоиди сами по себе си не са тератогенни. Конгениталните малформации трябва да се отдадат на други фактори (алкохол) или честото инжектиране на субстанции, прибавяни към хероина. Процентът на спонтанните аборти при жени, зависими от хероин е по-висок от този в общата популация. Теглото на бебетата при такива майки се колебае между 2,3 - 2,6 кг. Ниското тегло се дължи на директното действие на хероина. Най-общо казано, жени, които приемат опиоидни вещества, са подложени на висок риск от усложнения по време на бременността, като:

- преждевременно раждане;
- вътрематочно забавяне на растежа;
- спонтанен аборт;
- вътрематочна инфекция;
- кръвоизливи анте- и пост-партум;
- вътрематочна хипоксия или аноксия;
- пре-еклампсия;
- пренатална хипоксия на плода, поради понижена утероплацентарна перфузия.

Това налага включването на бременна, опиоидно зависима, в лечебна програма. Изборът на лечебен план трябва да бъде съобразен с оценка на честотата и количеството на приемания опиоид. Например, ако бременна жена е приемала опиоиди не по-често от три пъти седмично, за по-малко от три месеца или пък е вземала много малко количество, може да ѝ бъде предложено друг вид лечение.

Целта на лечението на бременни жени, които приемат наркотични вещества са същите, валидни за всички бременни – да се намали до минимум вероятността от усложнения и да се осигури цялостна пред- и следродова грижа.

За бременни, които са опиоидно зависими, субституиращият медикамент улеснява постигането на тези цели. Затова опиоидно зависими бременни, които искат да бъдат лекувани с метадон, трябва да имат предимство. Това е предвидено в нормативната уредба, регламентираща метадоновото лечение.

Бупренорфинът не се препоръчва на бременни и кърмещи.

Ако бременната жена е оценена като подходяща за метадоново лечение, ранната стабилизация в програмата е от първостепенно значение. Главният принцип е стремежът да се постигне стабилност с възможно най-ниската

доза. Въпреки това ако е необходима висока доза, за да се прекрати употребата на опиоиди, то тогава трябва да бъде предложена такава. Бременните жени трябва да бъдат лекувани с адекватна доза метадон, за да се постигне стабилност и да се предотврати рецидив или продължителна незаконна употреба на психоактивни вещества. Жени, които преди да забременеят са били на метадоново лечение могат да го продължат по време на бременността си. След като веднъж пациентката се стабилизира с метадон, с нея трябва да се обсъди дали да се премине към бавното редуциране на метадона, завършващо малко преди раждането или поддържащото лечение трябва да се продължи.

Бременността е времето, през което много жени са способни да направят значима промяна в живота си, като спиране употребата на вещества. Има ли такова намерение, и ако то се оцени като възможно, трябва да бъде окуражавано и подкрепено. Извършването на подробна, внимателна и безпристрастна оценка на ситуацията е съществен момент преди формулирането на терапевтичен план. Ако се наложи да бъде предприета редукция на дозата, това трябва да стане през второто тримесечие на бременността. В такива случаи намаляване от 2,5 мг до 5 мг на седмица се считат за сигурни. Най-важното е регулирането на дозите, от гледна точка на техния размер и честота, да бъде гъвкаво. Това изисква да се следи за симптоми на опиоидно отнемане, за способността на пациентката да ги овладее, тъй като те могат да причинят значителен дистрес на плода. С напредването на бременността настъпват някои физиологични промени, които водят до намаляване на плазмената концентрация на метадона. Поява на симптоми на отнемане увеличава риска от рецидив. Решението за завишаване на дневната терапевтична доза метадон по време на късните стадии на бременността, трябва да бъде балансирано между ползите и потенциалните вреди.

Налоксоне не трябва да бъде предписван на бременни жени, тъй като това ще изложи бременността на значителен риск.

10.2 Синдром на отнемане при новороденото

Поради преминаване на опиоидите през плацентата на бременната, може да се наблюдава абстиненция при новороденото. Според някои автори, между 60% и 90% при хероино-зависимите бременни пациентки, неонаталният абстинентен синдром се явява след 4 до 24 часа след раждането, а при метадоново лечение може и по-късно - дори между 7-я и 14-ия ден, защото метадонът се излъчва по-бавно от организма. Няма биологични маркери за тежестта на синдрома, той се следи от неонатолога. Подпомагащото лечение на неонаталната абстиненция включва намаляване на стимулите на средата и увеличаване комфорта на бебето. В литературата има описани различни терапевтични практики, при които се използват неопиеви медикаменти – фенобарбитал, хлоразин, клонидин, диазепам.

10.3 Кърмене

Няма категорични доказателства за това, до каква степен метадонът преминава от майката в бебето при кърмене. Ако преминаване има, то количеството е малко. Доколкото кърменето, като цяло има значителни предимства, а минималните количества метадон намаляват абстинентната симптоматика, няма никакви основания за отказване от него, а напротив - кърменето трябва да бъде насърчавано. Две особено важни изключения от това правило са случаите, в които жената е HIV-позитивна или HCV-позитивна, с напукани или кървящи зърна на гърдите.

Ако обаче метадоновата доза на кърмещата майка трябва да бъде увеличавана с повече от 10 мг след раждането, необходимо е да се наблюдава новороденото за симптоми на интоксикация. Жените, приемащи високи дози метадон е добре да се посъветват да отбият бебетата си постепенно за няколко седмици, за да избегнат синдрома на отнемане при бебето.

Не се дава налоксон на бебето на опиоидно зависима жена, защото това може да предизвика сериозни усложнения.

10.4 Пациенти с психиатрични проблеми

Наличността на психични разстройства при пациенти с опиоидна зависимост е по-голяма в проценти, отколкото в общата популация.

Оценката на психичния статус е неразривна част от общата оценка на пациента при включването в субституиращо и поддържащо лечение. Проверката за суицидни мисли е задължителна.

Метадоновото лечение може да намали нивото на психичния дистрес и това се наблюдава още през първите седмици. След фазата на стабилизиране отново трябва да се направи оценка на психичния статус. Психотерапията, като важен елемент от лечението, е полезна при пациенти със средно и високо ниво на психиатрични проблеми. Възможно е депресивни и тревожни разстройства, личностови декомпенсации да бъдат овладени по време на лечението с метадон, като част от общото стабилизиране на пациента. Няма убедителни доказателства за ефективността на включването на антидепресанти при пациенти на лечение с метадон. Включването на трициклични антидепресанти по време на лечение с метадон повишава риска от свръх доза. За тази цел се предпочитат SSRI .

Не е добра практика пациенти с тежки психиатрични разстройства, които в анамнезата си имат данни за употреба на психоактивни вещества, да бъдат изцяло и единствено насочвани към службите, занимаващи се със зависимости.

10.5 ХИВ/СПИН

Пациентите с ХИВ-инфекция трябва преимуществено да бъдат включени в метадоново поддържане. В света има практики, при които се предлага метадоново лечение и на партньора на ХИВ-позитивния пациент. ХИВ-позитивните пациенти трябва, ако е възможно, да се лекуват в сътрудничество със специализирани служби, както и със служби за подкрепа в общността.

В раните стадии на ХИВ-инфекцията пациентите обикновено са работоспособни и добре се справят с процеса и условията на метадоновото лечение.

В напредналите стадии на болестта терапевтичният план трябва да бъде гъвкав и да бъде съобразен с всички други медикаменти, прилагани както за лечение на основното заболяване, така и за придружаващите такива. Пациенти, развили висок толеранс към опиоиди, вследствие на приема на други болкоуспокоителни, се нуждаят от по-високи дози метадон.

Метадонът и бупренорфинът имат взаимодействие с някои медикаменти, прилагани при антиретровирусна терапия.

10.6 Хепатит В и хепатит С

Препоръчва се на пациентите на поддържащо лечение, за които е установено, че нямат имунитет към вируса на хепатит В, да се ваксинират. За пациентите, хронични носители на вируса на хепатит В, са необходими консултации с гастроентеролог за специализирана оценка на състоянието.

Хепатит С, поради механизма на заразяване с вируса (кръвнопреносима инфекция), е основен повод за безпокойство на обществото за публичното здраве. Висок е процентът на венозно употребяващи с хепатит С. Затова е важно тестовете за болестта да бъдат достъпни. От съществено значение е и предоставяне на информация и консултации за болестта, което ще намали рисковото поведение и по-нататъшното разпространение на болестта.

10.7 Хронична болка

За някои лица с хронични болкови състояния и зависимост, поддържащата терапия с метадон може да бъде от полза.

Пациенти с хронична болка, на които може да бъде приложено поддържащо лечение с метадон са тези, които:

- приемат забранени наркотични вещества (хероин) в комбинация с предписани аналгетици;
- приемат големи дози аналгетици, придобити от различни източници по несанкциониран начин;
- не могат да контролират приема на опиоидни аналгетици (приемат все по-големи дози) въпреки различни

стратегии, като посещаване само на един лекуващ лекар, изписване на малки количества от опиоида, и приемане на дози всеки ден или през ден.

Литература:

1. *NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines, NSW Health Department 1999, ISBN: 0 7347 3002 0, гл.6., 49-53.*
2. *Methadone Maintenance Guidelines, The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Canada 2005*

11. ЕКИП

Екипният принцип на работа дава възможност за прилагане на комплексен подход при провеждане на лечението, съгласно съвременното разбиране за био-психо-социалния модел на зависимостите. Терапевтичният екип трябва да притежава необходимите знания и умения за осъществяване на лечението. Всички членове на екипа трябва да са преминали през специализирано обучение в обем, определен от Националния център по наркомании (НЦН).

Принципът на екипна работа е в основата на програмата и цели:

- ★ **в терапевтичен аспект** - подобряване и поддържане на качеството на грижите, чрез взаимодействие на разнообразното познание, което предоставят различните дисциплини и схващането на целостта на всеки пациент;
- ★ **в административно-организационен аспект** - разрешаване на междуличностни проблеми и кризи в екипа, придобиване и подобряване на умения, добро разпределение на работата, свободно общуване, планиране, оценяване и развитие на програмата.

Ръководител: според Наредба № 24 за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000 г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007 г./, програмите за субституиращо и поддържащо лечение могат да се ръководят от лекар с призната специалност по психиатрия или токсикология или вътрешни болести, преминали съответен сертификационен курс за обучение на ръководители.

Екипът на програмата включва: лекуващ лекар, медицински сестри, клиничен психолог, социален работник и др. медицински и/или немедицински специалисти, съобразно обема на програмата и на извършваната дейност. Всеки специалист изпълнява задълженията си според длъжностната характеристика, утвърдена от съответния управителен орган на лечебното заведение или практика, към които е разкрита програмата.

Водеща роля в лечебната дейност има лекарят с призната специалност по психиатрия, преминал обучителен курс по програма, утвърдена от НЦН. Психиатърът ръководи мултидисциплинарния терапевтичен екип.

Медицинска сестра – медицинската сестра отмерва и/или дава на пациента лекарството, контролира приема му, провежда уринни тестове, попълва документация. Нейните умения трябва да се простират и върху консултиране на пациенти, водене на случай, участие в здравно промотивни дейности и в терапевтични групи.

Психолог - участва с лекуващия лекар и старшата сестра в комисията по приемане на пациенти. Извършва индивидуална психологическа оценка. Осъществява индивидуални, групови и семейни консултации. Сформира и ръководи терапевтични групи. Участва в здравно-промотивни дейности.

Социален работник - провежда оценка на социалния статус, помага за решаване на социални проблеми, насочва пациентите към различни социални служби, осъществява контакти с други здравни и обществени организации. Водещ е на случай.

Водещият случай се избира според нуждите на пациента – напр. ако са повече социалните му нужди, водещ случая е социален работник, ако са повече биологичните му нужди, водещ случая е лекар. Т.е. важна е компетентността на специалиста, съобразно нуждите на пациента.

Екипът функционира чрез:

- редовни екипни съвещания, които се протоколират;
- ясни роли и отговорности;
- гъвкави работни графици;
- непрекъснато обучение;
- външна супервизия.

12. МИНИМАЛЕН ПАКЕТ УСЛУГИ

Пакетът от услуги, който предлага една програма е от съществено значение за ефикасността на лечението на зависимите от наркотични вещества. Множество изследвания подкрепят вярването, че психосоциалните интервенции допринасят за увеличаване на ползите чрез задържане на пациентите в лечение. Добре планираната и подкрепена всеобхватна лечебна програма увеличава задържането на пациентите и вероятността от позитивен лечебен резултат.

Според Приложение № 3 към чл. 12, ал. 2 на Наредба № 24, на лицата, включени в субституиращи и поддържащи програми, трябва да се предоставя следният минимален пакет от услуги:

1. Поставяне на диагноза и цялостна соматична и психосоциална оценка, план на лечение и проследяване.
2. Психологично тестване при постъпването и по преценка.
3. Съставяне на терапевтичен план и назначаване на лечение.
4. Водене на случай.
5. Индивидуално консултиране от лекар-психиатър – ежемесечно и при необходимост.
6. Идентифициране на съпътстващи психични и други заболявания и насочване към съответните специалисти.
7. Предоставяне на лекарства под наблюдение.
8. Уринно тестване – ежемесечно и при необходимост.
9. Насочване за тестване за ХИВ/СПИН, хепатит В и С, туберкулоза и сифилис.
10. Кризисни интервенции.
11. Водене на медицинска документация.
12. Ежемесечно консултиране – индивидуално, групово или семейно.

Литература:

1. Наредба № 24 за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества /Обн. ДВ. бр.91 от 7 ноември 2000 г., изм. ДВ. бр.70 от 28 август 2007 г./
2. Center for Substance Abuse Treatment. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.*

13. СИСТЕМА ЗА ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТТА

Системата от процедури за оценка на ефективността се основава на редовната регистрация на състоянието на отделните пациенти в техните лични досиета (ИЗ), обхващаща информация относно:

1. анамнеза на здравното състояние – диагнози по органи и системи, проведени лечения, фамилна анамнеза; настоящо общо соматично състояние и пълен физикален преглед - наличие на актуални соматични заболявания, болнично или извънболнично лечение и резултати от него, наличие на личен лекар и активни грижи за собственото здраве, актуално състояние и периодично тестване за кръвнопреносими инфекции (наличие на динамика);
2. анамнеза и психичен статус – наличие на актуално придружаващо психиатрично разстройство, болнично или извънболнично лечение и резултати от него, фамилна анамнеза;
3. прилагане на психологични и психиатрични въпросници и тестове;
4. анамнеза и история на злоупотреба с психоактивни вещества – начало, предпочитано/и вещество/а, начин на употреба, честота, ремисии (продължителност, обстоятелства), рецидиви (причини);
5. работа/липса на такава;
6. правен статус – при приемането и евентуална динамика;
7. семеен статус и взаимоотношения със значими близки;
8. проведени психосоциални интервенции и техния ефект;
9. проведени психотерапевтични интервенции и резултат от тях;
10. нарушения на правилата на програмата;
11. наличие на употреба на други наркотични вещества – легални и/или нелегални, установено от периодични уринни тестове или клинични прегледи;
12. задържане в програмата, както и причини за напускане, като особено внимание се обръща на процента на отпадане в отделните фази;
13. отбелязване на видовете нарушения на правилата, тяхната честота, полът, възрастта, образование и етап на лечение на нарушителя.

Екипни срещи и протоколи от тях – наличие на график и неговото спазване.

Проведени супервизии и протоколи от тях

Редовното водене на подробно пациентско досие позволява правилното и обективно оценяване на ефективността на програмата. Оценката се базира на проследяването на есенциалните индикатори за ефективност на терапията, а именно:

1. Редукция на степента на употреба на забранените психоактивни вещества
2. Влияние върху рисковите поведения и криминалните прояви и деяния
3. Как се подобряват физическото и психичното здраве
4. Превенция на трансмисивните инфекции – доколко включените в програмите не се заразяват по време на терапията
5. Как се подобрява цялостното социално функциониране
6. Реинтеграция към трудова активност и/или към подобряване на образованието.

Всички те се оценяват в контекста на терапията и следването на терапевтичния протокол, описващ етапите на лечението, отделните процедури и техния алгоритъм:

1. Спазване на процедури по приемане

- Приемане на заявката.
- Първично интервю. Установява се наличието на критерии за включване в програмата - наличие на документи за самоличност, доказващи навършени 18 години; доказана зависимост към опиев агонисти; анамнеза за редовна злоупотреба с опиати през последните 3 г. или по-дълго; наличие на поне 3 опита за лечение в различни лечебни програми и липса на траен терапевтичен ефект.

-
- Уговаряне на терапевтичен план и дата за започване на лечението.

2. Дозов режим

• Установяване на индивидуалната терапевтична доза – ежедневно посещение на програмата до достигане на доза, при която пациентът не изпитва симптоми на абстиненция или предозиране. В първите няколко дни са задължителни двукратните посещения.

• При заявка от страна на пациента дозата на медикамента може да бъде коригирана през различните етапи на лечението.

3. Преход през отделните фази на терапията

До каква степен се изпълнява терапевтичният план – плавност при преминаване в отделните фази, стабилност във всяка една фаза.

4. Режим на даване на медикамента за вкъщи

- Процедури.
- Критерии за одобряване на заявката.
- Критерии за отнемане правото за вземане на дози за вкъщи.
- Определяне на график (честота) на посещенията в програмата.

5. Процедури по напускане на програмата

- Планово напускане след 180 дневна редукция на дозите
- Административно изписване с бързо намаляване на дозите в рамките на 20 дни ли с рязко спиране на приема на медикамента
- Договаряне за проследяване
- Честота
- Начини
- Лица за връзка
- Пренасочване

Стриктното спазване на терапевтичния протокол дава възможност за детайлен сравнителен анализ на терапията на отделните пациенти, както и между отделните програми (с еднакви или различни медикаменти за субституция).

За правилното и обективно оценяване значение имат и характеристиките на клиентите, а именно:

- Брой в програмата
- Разпределение по възраст и пол
- Източник на насочване (има значение при елементи на законов натиск/принуда)
- История на лечение
- Мотивация за лечение и готовност за промяна (при постъпване)
- Периоди на ремисия (брой, продължителност, обстоятелства), условия и обстоятелства, довели до рецидив
- Семейно положение
- Образование
- Работа/доходи
- Жилищен статус
- Въвлеченост с правосъдната система
- Използване на здравни и социални услуги
- Степен и начин на употреба на наркотици
- Степен на употреба на алкохол (наличие на зависимост)

-
- Степен на употреба на легални психотропни вещества – с/без медицинско предписание
 - Рисков потенциал на лекарствени взаимодействия, застрашаващи терапията
 - Психиатрични проблеми
 - Себеоценка
 - Умения за справяне
 - Социални взаимоотношения.

При преценката на лечението съществена роля има и вида и дозата на приеманото вещество. На щателен и задълбочен анализ се подлагат връзките между медикамента и характеристиките на пациентите, отразени в динамиката на отделните индикатори.

Във всички материали по въпроса ясно са отразени връзките между прогреса на пациентите и:

- продължителността на лечението;
- приема на нерегламентирани вещества;
- наличието на съпътстващо психиатрично заболяване;
- сериозни правни проблеми;
- липса на подкрепа в семейната и социална среда;
- продължителна безработица или намиране на работа;
- установяването на терапевтична връзка, изразена в регулярни или при заявена нужда психосоциални интервенции.

Оценката на ефективността, представляваща прецизен анализ на динамиката в състоянието на пациентите по отношение на есенциалните индикатори, е мощно средство за подобряване и корекция от набора от предоставяните услуги, с цел подобряване на резултатите на терапията, както и инструмент за повлияване на политиката в областта на заместващата терапия на зависимостите.

Литература:

1. *NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines*, NSW Health Department 1999, ISBN: 0 7347 3002 0, гл. 5.34–47
2. ***Methadone Maintenance Guidelines***, The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Canada 2005
3. *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs*, Number 43 in the *Treatment Improvement Protocol (TIP) series* published by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
















































































