

МЕТАДОН

Популярный справочник по метадону для врачей и представителей прочих сфер здравоохранения

“Метадон” – составление, написание и общая редакция – Эндрю Престон

Авторы отдельных материалов:

Джеральд Беннет
Сайл О’Коннор
ФилипФлеминг
Майк Бланк
Френсис Кини
Джон Деррикот
Том Олдридж
Джейни Шериден

Отрывки из данной книги могут воспроизводиться и распространяться бесплатно без специального решения со стороны автора при условии, что будут даны ссылки: “Отрывок из “Melhadone Briefing” ISDD, Тел. 0171 928 1211.

При любом воспроизведении текста в коммерческих целях необходимо разрешение. Автор был бы весьма признателен за присланные копии материалов, где использовались бы фрагменты настоящей книги.

Рецензенты:

Майкл Фаррел
Мери Гловер
Ким Хагер
Энди Малиновски
Джон Меррил
Дункан Растрик
Гарри Шапиро
Ник Уилсон

Мы благодарим “Мартиндейл фармасьютикалз” за грант, который сделал возможным эту публикацию.

Отзывы и предложения относительно “Метадона” будут с благодарностью приняты и учтены при переиздании книги. Просьба отправлять их по адресу

Andrew Preston
c/o CADAS, 28 High West Street,
Dorchester, Dorset DT1 1 UP

Автор выражает признательность за помощь в проверке фактов, а также полезные советы и предложения следующими лицам. Это:

Джеки Акхерст
Дэвид Битти
Джон Дэвис
Пэм Филдс
Алан Фишер
Джон Геррард
Расс Хейтон
Дебби Престон
Энди Роуз

Мартин Шеппард
Т. Снуин
Дэйв Тейлор
Андреа Уорд
Саймон Уиллс

Автор особенно признателен:

Коллегам-рецензентам (см. выше) за все их замечания и пожелания.

Дженни Уитон и Энни Райан из информационной службы и библиотеки ISDD за неустанный труд по поиску статей и отсылок, порой в очень сжатые сроки.

Кристин Кофтон, прочитавшей корректуру и составившей сводный список пожеланий рецензентов.

Джанет Уайтхауз за чтение окончательной корректуры.

Карин Вудраф за составление указателя.

Тому Олдриджу, который в качестве консультанта проекта высказал немало полезных замечаний.

И наконец:

Привет Тому, Сэму и Рейчел!

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

Раздел 1. История метадона и его использования как средства терапии

Раздел 2. Научно-исследовательские основы метадоновой терапии

Раздел 3. Производство метадона и существующие формы

Раздел 4. Метадон: физиологическое воздействие и фармакологические свойства

Раздел 5. Метадон и закон

Раздел 6. Оценка состояния клиента/пациента

Раздел 7. Задачи и виды метадоновой терапии

Раздел 8. Как правильно рассчитать начальную дозу

Раздел 9. Метадон и детоксикация

Раздел 10. Практические аспекты метадоновой терапии

Раздел 11. Метадоновая терапия для групп с особыми потребностями

Список использованной литературы

ПРЕДИСЛОВИЕ

д-р Майкл Фаррелл

Применение метадона в терапевтических целях и по сей день остается подходом, вызывающим к себе самое неоднозначное отношение. Несмотря на все очевидные преимущества лечения с помощью метадона и вообще заместительной терапии, последняя продолжает вызывать самые противоречивые чувства – до глубоких сомнений и антипатии у потребителей наркотиков, работников наркологических служб, врачей и представителей широкой общественности.

Столь массовое неприятие идеи лечения метадоном делает работу организаций, предлагающих такие услуги, сложной и весьма уязвимой для враждебной критики. В основе дискуссий по этому поводу – мировоззренческие установки, независимо от того, какие проблемы обсуждаются – медицинские, религиозные или философские. Как правило, негативные отношение в таких случаях не меняется даже в свете конкретных фактов об эффективности заместительной терапии.

Данная книга являет собой подробный обзор исторических, научно-исследовательских, фармакологических и юридических аспектов лечения с помощью метадона. В ней

рассматриваются практические моменты терапевтических программ – принципы оценки состояния клиента/пациента, задачи лечения, дозировки, виды детоксикации. Это делает издание весьма ценным пособием для всех, кто работает в этой области.

Идея заместительной терапии рассматривается здесь в трех ракурсах:

1. Тип назначенного препарата, его свойства, схема приема (принимается ли он клиентом в специализированном учреждении под наблюдением персонала или клиент получает его на дом и принимает самостоятельно).
2. Какие иные правила (и запасные варианты экстренного характера) используются в программах терапии с помощью метадона.
3. Какие виды социально-психологической помощи дополняют такую терапию (профессионально-техническое обучение, общее образование, консультативная помощь, контроль за здоровьем клиента, а также предоставление ему информации о его юридических правах и праве на социальное обеспечение).

Само собой разумеется, что лечение метадоном может проводиться хорошо и может проводиться плохо. Не менее очевидно, что плохо проведенный курс лечения метадоном приносит гораздо больше вреда, чем неудачное лечение без применения этого средства. Эндрю Престон проделал гигантскую и подлинно научную работу, сведя воедино все эти отдельные данные.

Раздел, посвященный истории возникновения и применения метадона, призван разрушить немало устоявшихся мифов. Так, среди прочего, в книге объясняется, что название препарата “дольфин”, считавшееся производным от “Адольф Гитлер”, на самом деле утвердилось в качестве торговой марки лишь по окончании второй мировой войны по инициативе фармацевтической фирмы “Эли-Лилли”. Не исключено, что в его основе французские слова “dolor” (боль) и “fin” (конец).

Кроме того, при конкретном обсуждении основ заместительной терапии, особое внимание уделяется таким вопросам, как соотношение между долгосрочным и краткосрочным курсами лечения, назначение метадона в инъекциях и для приема внутрь. Обо всем этом говорится подробно и со знанием дела, что, в свою очередь, составляет неплохую основу для дальнейших дискуссий.

Я не сомневаюсь, что эта книга окажется весьма полезным руководством для всех тех, кто взял на себя трудную, но благодарную задачу работы с потребителями наркотиков, чтобы помочь им добиться большего контроля над своими судьбами.

РАЗДЕЛ 1

ИСТОРИЯ МЕТАДОНА И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАК СРЕДСТВА ТЕРАПИИ

Возникновение юридического контроля

Доклад Роллестона

Открытие метадона

1960-е годы

1970-е годы

1980-е годы

Американский опыт

Специализированные службы, предлагающие метадоновую терапию в современной Великобритании.

Основные моменты в истории метадоновой терапии

Резюме

Введение

К употреблению наркотиков в разных странах относятся по-разному, и эти реакции во многом носят исторически обусловленный характер.

Умение понять этот исторический контекст в отношении употребления опиатов позволит не только правильно оценить существующие подходы к лечению наркозависимости, но и сделать верные прогнозы на будущее.

В этом разделе освещаются первый официальные отклики на употребление наркотиков в Соединенном королевстве, различные влияния, формировавшие отношения общества к этой проблеме, в том числе и пришедшие из США, рассказывается о том, как был открыт метадон, и как постепенно он стал играть свою уникальную роль в лечении наркозависимости.

Деятельность служб, предлагающих в Соединенном Королевстве лечение лицам, употребляющим наркотики, описывается в свете исторического развития этих структур.

Возникновение юридического контроля

На рубеже столетий в большинстве стран по сути дела не было законов, регулирующих вопросы хранения и употребления наркотиков.

Нарастающая озабоченность общественности употреблением наркотических веществ привела к подписанию Первой конвенции по наркотикам в Гааге в 1912 году.

Великобритания, как страна, принявшая участие в подписании итогового документа, согласилась с общими принципами контроля за употреблением опиума, морфия и кокаина. В июле 1916 года в результате усилившихся разговоров о том, что британские солдаты, находящиеся в отпуску, употребляют кокаин, был принят так называемый Закон о защите государства (Defence of the Realm Regulation), согласно которому употребление кокаина допускалось исключительно по предписанию врача.

В 1920 и 1923 годах, согласно Законам об опасных наркотических веществах, был расширен список препаратов, которые нельзя было хранить, ввозить или продавать без специального разрешения. В него вошли опиум и такие его производные, как героин. Врачам по-прежнему разрешалось прописывать вышеназванные препараты, но в ограниченных количествах (по каждому рецепту в аптеке отпускалось не более трех разовых дозировок).

Это нововведение вызвало немалую озабоченность врачей, так как создавало неопределенность в вопросе о законности назначений такого рода и рассматривалось многими из них как вмешательство Министерства внутренних дел во внутренние дела медиков.

В 1924 году по инициативе Министерства здравоохранения была создана специальная комиссия под председательством сэра Хамфри Роллестона для изучения ситуации, сложившейся в этой области.

Доклад Роллестона

В докладе Роллестона, опубликованном в 1926 году, в качестве основополагающего принципа утверждалось право врачей прописывать наркотические средства в рамках лечения наркозависимости.

Авторы доклада особо отмечали, что хотя и конечной задачей лечения должно быть достижение абстиненции, долгосрочное назначение наркотических веществ являлось законным методом оказания помощи лицам, оказавшимся не в состоянии перестать употреблять наркотики.

В докладе были названы две группы лиц, имеющих право на терапию с помощью морфия или героина.

- 1) Те, кто старается избавиться от привычки к наркотикам через метод постепенной отмены.
- 2) Те, кто, попытавшись излечиться от наркозависимости, оказался не в силах отказаться от наркотиков по следующим причинам:
 - а) полная отмена вызывает такие реакции организма, которые не могут быть подавлены в нормальных условиях частной медицинской практики;

б) пациент, способный вести более или менее нормальный образ жизни, коль скоро принимает постоянные, обычно незначительные, дозы соответствующего наркотика, теряет способность функционировать, если не получает дозу.

Такой вполне прагматический подход, при котором лечение наркозависимых лиц было доверено врачам, просуществовал без сколько-нибудь значительных изменений, до конца 1950-х годов. Тем не менее, такое лечение проходило достаточно ограниченное количество лиц – не более нескольких сотен одновременно, и их состояние считалось стабильным.

Когда в 1935 году были проведены статистические подсчеты, оказалось, что в стране насчитывалось 700 наркоманов. Примерно одну шестую от этого количества составляли медицинские работники. В общем-то такая же картина (в смысле общего количества и соотношения наркоманов) сохранялось и в 40-е и в 50-е годы. В 1959 году на учете состояло 454 наркомана, из которых большинство (204) употребляли морфий, 68 – героин и 60 – метадон. 76% из них стали наркоманами в результате употребления болеутоляющих средств, а 15% работали в сфере медицинского обслуживания.

Открытие метадона

Начало исследований

В 1939 году Отто Айслеб и его коллега О. Шауман, ученые, работавшие в большой немецкой химической корпорации “ИГ Фарбениндустри”, в Хехсте-на-Майне, обнаружили эффективный анальгетик-опиат, которому присвоили обозначение “препарат 8909” и назвали долантин. Так был открыт петидин. Как и ранее в случае с диаморфином (героином), а также впоследствии с бупренорфином (темгезиком), надежды на то, что удалось открыть новый, не вызывающий привыкания анальгетик, не оправдались. Тем не менее, мощные анальгетические средства петидина оказались востребованы в ходе второй мировой войны. Его промышленное производство началось в 1939 году, а в разгар военных действий, в 1944 году, годовое производство этого препарата достигло цифры 1600 кг.

Тем временем Макс Бокмюль и Эрхарт Густав активно работали с фармакологическими материалами, по структуре схожими с долантином, в надежде получить:

- а) растворимые в воде вещества гипнотического и снотворного воздействия;
- б) эффективные средства для замедления работы желудочно-кишечного тракта для облегчения проведения хирургических операций;
- в) эффективные анальгетики, структурно отличающиеся от морфия, которые не вызывали бы привыкания, а кроме того, не оказались бы под тем строгим контролем, который существовал для всех наркотических, содержащих опиум веществ.

Вопреки весьма популярному в США и Великобритании мнению, эти исследования отнюдь не были санкционированы Гитлером в виде попытки компенсировать потери в поставках в страну опиума, вызванных войной. Согласно этому же мифу, очень многие свято верят в то, что названия долофин связано с именем Адольф Гитлер, что препарат первоначально вообще именовался адольфин, но “а” было опущено по окончании второй мировой войны. В реальности торговое название долофин возникло в США уже после войны для обозначения продукции американской фармацевтической компании “Эли-Лилли”. Есть точка зрения, что в его основу легли французские слова *dolor* (боль) и *fin* (конец).

Открытие препарата “Хехст-10820” (метадон)

В течение всего 1937 года, а также весной и летом 1938 года, Бокмюль и Эрхарт работали над созданием нового препарата, который сначала называли “Хехст-10820”, а затем “поламидон”.

Патентное заявление было официально зарегистрировано 11 сентября 1941 года и честь открытия препарата официально приписана Бокмюлю и Эрхарту (см. оборот). Не раз утверждалось, что, поскольку двумерная структура нового препарат не имела сходства с морфином, его болеутоляющие свойства были признаны лишь по окончании войны. Но хотя в ходе военных действий город Хехст подвергался весьма интенсивным бомбардировкам, фабрика “ИГ Фарбениндустри” получила самые незначительные повреждения и поэтому экспериментальные работы проводились все время, пока не кончались запасы угля и не выходила из строя железнодорожная ветка. Осенью 1942 года, когда было установлено, что препарат обладает как анальгетическими, так и спазмолитическими (спазмолитическими) свойствами, его передали военным для дальнейших исследований под кодовым названием амидон. В то время никем не предпринимались попытки довести производство поламидона до уровня петидина. Работы по расширению производственных мощностей проводились в Хехсте исключительно на новом заводе по производству петидина.

Объяснение причин, по которым в период с 1939 по 1945 гг. поламидон разрабатывался недостаточно интенсивно, было предложено доктором К. К. Ченом, американским врачом, проводившим после войны обширные клинические исследования в этой области. По его словам, бывший сотрудник “ИГ Фарбениндустри” сообщил ему в ходе частной переписки, что фирма утратила интерес к возможности использования поламидона из-за его сильных побочных воздействий. Чен предположил, что в ходе клинических экспериментов применялись слишком сильные дозировки, что вызывало тошноту, отравление и пр. После войны все германские патенты и торговые марки, в том числе и связанные с поламидоном, были реквизированы союзниками в качестве военных трофеев. Завод “ИГ Фарбениндустри” оказался в американской оккупационной зоне, а стало быть, управлялся американцами. Департамент зарубежного экономического менеджмента отправил в Хехст специальную комиссию из четырех человек (Клайдерер, Райс, Конквест и Уильямс) для изучения деятельности упоминавшегося фармацевтического предприятия в ходе войны. В 1945 году Управление промышленной разведки США опубликовало доклад Клайдерера. Впервые были напечатаны сведения об разработках Бокмюля и Эрхарта и отмечено, что при всем структурном своеобразии пеламидон по своему воздействию удачно имитирует морфин. Формула поламидона была предана гласности и была взята на вооружение самыми разными фармацевтическими компаниями, что и объясняет такое большое количество торговых марок. В результате после войны в Хехсте было прекращено производство анальгетиков и завод по производству петидина, к тому времени наполовину построенный, был переориентирован на производство пенициллина. Империя “ИГ Фарбениндустри” была разрушена союзниками, и завод, где разрабатывалось производство метадона стал частью вновь образованной компании “Хехст АГ”.

“Эли Лилли” и другие американские и британские фармацевтические компании довольно быстро приступили к клиническим испытаниям, а затем оперативно наладили промышленное производство нового препарата поламидона.

В 1947 году Исбелл и другие, проводившие обширные эксперименты с метадоном, опубликовали результаты своих опытов не животных и людях, а также сведения о его применении в лечении пациентов. Лицам добровольно участвовавшим в экспериментах, давали по 200 мг метадона четыре раза в день, что привело к быстрому привыканию и эйфории. Исследователи были вынуждены быстро снизить дозы, поскольку среди прочего, препарат вызывал “признаки токсикоза, воспаления кожи, глубокий наркоз и, вообще, все клинические признаки заболевания”. Исследователи также обнаружили, что “лица, употреблявшие морфин, давали весьма положительную реакцию на метадон”. Это привело их к заключению, что у метадона высокий наркотический потенциал. “Мы полагаем, что если производство и применение метадона не будет взято под контроль, могут возникнуть серьезные проблемы наркологического плана”.

На ранних этапах проводились обширные опыты, которые подтвердили, что метадон является сильным анальгетиком. Только в 1948 году Бокмюль и Эрхарт смогли предоставить предварительные результаты исследований (которые передали Клайдереру)

по 60 с лишним препаратам, которые они обнаружили “в новом классе анальгетического и антиспазматического действия”. Эти сведения были опубликованы в 1949 году.

Использование метадона в Великобритании (ранняя стадия)

Первые сообщения об использовании метадона в Соединенном Королевстве были опубликованы в журнале “Ланцет” в 1947 году, где метадон был охарактеризован как “средство по силе воздействия равное морфину и в десять раз сильнее петидина”. Далее в публикации описывалось использование метадона как анальгетика при родах в лондонском Университетском колледже. Исследования, однако, пришлось прекратить в связи с возникновением у новорожденных угнетения дыхательной функции.

В ранних рекламных аннотациях утверждалось, что прием физептона (торговое название метадона в фирме “Уэлком”) не сопряжен с риском привыкания, что, по всеобщему мнению специалистов, физептон является более сильным анальгетиком, чем морфин.

Следовательно нетрудно предположить, что первыми в зависимость от него попали те, кто испытывал сильные боли, или проходил лечение у врачей, считавших, что новый препарат не будет вызывать такой зависимости, как прочие седатики.

В 1951 году Британское министерство внутренних дел располагало сведениями о 21 наркомане, находившимся в зависимости от метадона. К 1960 году их число возросло до шестидесяти.

В 1968 году, когда в Министерстве внутренних дел была принята новая система регистрации наркозависимости, уже 1 января на учет были поставлены девятнадцатилетняя жительница Лондона (район SW12) и двадцатилетний лондонец из района SE23. К концу года было зарегистрировано 297 человек, попавших в зависимость от метадона. В 1969 году, когда были открыты специальные клиники (см. ниже) количество лиц, принимающих метадон, возросло до 1687.

1960-е годы

В 1958 году по инициативе Министерства внутренних дел Министерство здравоохранения образовало Комиссию по наркомании, чтобы скорректировать общий подход к ситуации с наркотиками, учитывая появление на рынке новых синтетических опиатов. Доклад Комиссии (нередко именуемый Первым докладом Брейна) был опубликован в 1961 году. Выводы, к которым пришли его авторы, развивали основные положения доклада Роллестона.

В начале 1960-х годов количество наркозависимых лиц в стране заметно увеличилось. Более того, изменился общий характер употребления наркотиков. В 1962 году, согласно статистике, героин опережал морфин в качестве наиболее употребляемого наркотика. Большинство “новых наркоманов” проживало в Лондоне. Что касается героина, то он отличался чистотой и, как правило, выписывался ограниченной группой медиков. Именно тогда общественность стала проявлять обеспокоенность тем, что, вопреки принципам, изложенным в докладе Роллестона, некоторые врачи не выказывали большого желания “сделать все возможное для излечения наркозависимости”. Эта обеспокоенность стала причиной нового созыва Комиссии по наркомании в 1964 году.

Второй доклад Брейна

Этот доклад был опубликован в 1965 году и привел к значительным изменениям как в британском законодательстве, так и в медицинской практике.

Право выписывать героин и прочие особо контролируемые препараты, для лечения наркозависимости, получили лишь те врачи, кто имел специальную лицензию Министерства внутренних дел. Врачи должны были в соответствии с новым законом, официально сообщать сведения о наркозависимых лицах для регистрации в картотеке

Министерства внутренних дел. Были открыты клиники для оказания специализированной помощи наркозависимым лицам.

Вопреки мнению, бытующему среди представителей медицинских кругов, метадон никогда не входил в список особо контролируемых препаратов, которые могли выписывать лишь врачи, обладающие специальной лицензией.

Конец 1960-х

К 1966 году количество лиц, употребляющих героин, в шесть раз превышало число тех, кто находился в зависимости от морфина.

В 1968 году начали работу новые наркологические клиники. Это привело к тому, что за медицинской помощью обратилось очень большое количество наркозависимых лиц, в результате чего официально зарегистрированное число наркоманов возросло до 2881, из которых 2240 употребляли героин. Клиники были призваны обеспечить выполнение следующих задач:

- Открыть официальный доступ потребителям опиатов к наркотическим средствам.
- Привлечь тех, кто употреблял героин, в контакт со службой помощи.
- Воспрепятствовать незаконному обороту наркотиков.
- Воспрепятствовать росту преступлений, связанных с наркоманией.
- Помочь всем желающим избавиться от наркозависимости.

В первые годы работы наркологических клиник, врачи выписывали пациентам именно те вещества, которые те принимали, причем преимущественно в виде инъекций. В некоторых клиниках функционировали особые кабинеты, где пациенты могли сами вводить себе соответствующие препараты.

К концу 1969 года в центральном Лондоне на черном рынке наркотиков имелись в большом количестве физептон в ампулах и диаморфина в 10-миллиграммовых таблетках. Такую таблетку называли “Джеком” от глагола to jack up (“накачаться”). Физептон в ампулах на черном рынке имелся в такой изобилии, что наркоманы его использовали:

- как стерильную жидкость для промывания шприцев между вводом диаморфина;
 - в качестве растворителя для наркотиков;
 - в качестве “премии” при купле-продаже диаморфина в 10-миллиграммовых таблетках.
- Эти препараты поступали в незаконный оборот как из клиник, так и от небольшой группы медиков центрального Лондона, обслуживавших большое количество пациентов и свободно назначавших им вышеуказанные препараты.

1970-е годы

В 70-е годы количество лиц, употребляющих героин, продолжало возрастать. Впервые на черном рынке появился незаконный импортный героин.

У врачей, работавших в наркологических клиниках, стали возникать сомнения в эффективности назначения для лечения наркозависимых пациентов тех наркотиков, которые они привыкли употреблять. Постепенно произошел переход от выписывания героина для инъекций к метадону для принятия внутрь. Врачи исходили из того, что не предназначенный для инъекции препарат обладает особой терапевтической значимостью и что его повышенная длительность воздействия позволяет принимать метадон раз в день, а не через каждые несколько часов.

В одном очень важном исследовании той поры (единственном, кстати, построенном по случайностной модели) были сопоставлены реакции произвольно выбранных лиц, употребляющих героин, на каждый из вышеупомянутых подходов. Исследования, проводившиеся Мартином Митчесоном и Ричардом Хартноллом, в 1971—1976 годах, показали, что лечение метадонном приносит гораздо более поляризованные результаты, чем терапия с помощью героина. Члены “группы метадона” были более подвержены стремлению прекратить курс лечения, но, с другой стороны, именно в этой группе многим

удавалось достичь абстиненции. Те, кто составлял “группу героина”, в целом имели тенденцию оставаться на прежнем уровне. Исследователи пришли к такому выводу: “Терапия с помощью героина позволяет сохранять статус кво, облегчая в то же время пациентам возможность получать необходимые препараты... Попытки заменить инъекции героина метадонном, принимаемым внутрь, напротив, являют собой более активный подход с целью добиться кардинальных перемен в отношении к наркотикам”.

Когда результаты этих исследований оказались достоянием гласности, наркологические клиники стали иметь дело с новым контингентом: туда начало обращаться большое количество представителей рабочих классов, которые предпочитали инъекциям героина более дешевый героин для курения, ввозимый в страну с Ближнего Востока.

Учитывая как изменения в составе клиентуры, которые не требовали уже героин для инъекций, так и результаты клинических исследований, работники наркологических клиник взяли за ориентир задачу достижения кардинальных сдвигов в отношении клиентов и наркотикам, а потому стали активно применять методон для употребления внутрь.

Отход от заместительной терапии

В ряде наркологических клиник идея эффективности заместительной терапии подверглась пересмотру. Так, исследования, проводившиеся в 1975 году в наркологической клинике Глазго, свидетельствовали: новые пациенты, которым переставали прописывать метадон, чувствовали себя не хуже, чем те, кто проходил курс заместительной терапии. При всей своей слабости в научном отношении эти данные, будучи опубликованными, заставили многих усомниться в эффективности заместительной терапии.

1980-е годы

Начало 1980-х годов было отмечено резким ростом числа лиц, употребляющих героин. Если в 70-е годы количество официально зарегистрированных наркозависимых лиц увеличивалось медленно – от 509 человек в 1973 году до 607 – в 1976-м, и до 1100 – в 1979-м, то за период с 1979 по 1982 год оно удвоилось, а к 1984 году и это количество также возросло вдвое.

Рост числа наркозависимых лиц в начале 80-х отличался от роста начала 60-х годов в том смысле, что теперь уже это явление охватило всю Англию, причем предпочтение отдавалось курению героина, а не инъекциям (это называлось “гонять дракона”). В качестве ответной меры была избрана программа детоксикации с помощью метадона – то, что в докладе Роллестона именовалось “методом постепенной отмены”. Вместе с тем, резкое увеличение числа потребителей опиатов означало необходимость расширения сети наркологических служб и облегчения доступа желающих к услугам профессионалов-наркологов. Учитывая новую ситуацию, а также доклад о лечении и реабилитации наркозависимых лиц Консультативного совета по контролю за использованием наркотических средств, правительство предложило программу финансирования развития негосударственных наркологических клиник и/или местных наркологических центров во всех регионах Соединенного Королевства. Большинство этих новых центров использовали программу метадонотерапии – привлекая наркологов или психиатров для назначений препаратов или вступая в контакт с т. наз. врачами общей практики.

СПИД и возврат к заместительной терапии

Вероятность быстрой передачи ВИЧ среди тех, кто употребляет наркотики путем инъекций, а также нарастание количества ВИЧ-инфицированных среди наркоманов (статистические данные по Эдинбургу) поставили вопрос о пересмотре существующего отношения к наркомании и наркотикам.

Публикация доклада за 1988 год Консультативного совета по контролю за использованием наркотических веществ (часть I) привела к созданию и распространению по всей стране службы обмена шприцев.

В докладе подчеркивалась безусловная необходимость достижения абстиненции как конечной задачи при уделении внимания к таким промежуточным целям, как:

- прекращение использования при инъекциях нестерильных шприцев;
- прием наркотиков внутрь (или путем ингаляции);
- прием наркотиков по предписанию врача (а не приобретенных незаконно).

В докладе, где отмечалась необходимость всестороннего подхода к проблеме прекращения распространения СПИДа, среди прочего, отмечалось:

“ВИЧ являет собой гораздо более серьезную угрозу для здоровья нации в целом и ее отдельных представителей в частности, чем злоупотребление наркотическими средствами. Следовательно, первой задачей при работе с теми, кто употребляет наркотики, является недопущения получения или передачи ими ВИЧ-инфекции. В ряде случаев это достигается через абстиненцию. В обстоятельствах, когда невозможно добиться абстиненции, все усилия должны быть направлены на уменьшение степени риска. При том, что абстиненция продолжает оставаться главной целью работы, все усилия по ее осуществлению, не должны ставить под удар профилактические меры по уменьшению степени заражения вирусом ВИЧ, которые удалось осуществить”.

Это означало смену ранее взятого курса на полную абстиненцию как на главную задачу. Теперь врачи получили возможность выписывать наркотические средства на более длительные сроки, чтобы воспрепятствовать увлечению своих подопечных инъекциями. И хотя взамен программам краткосрочной детоксикации существовал достаточно широкий выбор вариантов, многие врачи предпочитали выписывать метадон в растворе на достаточно короткие периоды времени.

Вскоре выяснилось, что столь высокие показатели ВИЧ-инфицированных по Эдинбургу, -- это чисто местное явление, вызванное такими, например, факторами, как отсутствие в необходимых количествах шприцев для инъекций и не отражавшее общую ситуацию в Великобритании.

Тем не менее, возникновение наркологических центров, призванных бороться с распространением ВИЧ, привело к тому, что среди лиц, постоянно принимающих наркотики, уровень ВИЧ-инфицированных оказался относительно низок.

Возражения против заместительной терапии с помощью метадона

Таковые отнюдь не носили универсальный характер. Когда была закрыта клиника в Шеффилде, специализировавшаяся на заместительной терапии, взамен начал функционировать стационар по детоксикации и реабилитации. Поначалу в Эдинбурге, где вспышка СПИДа привела к тому, что у половины наркоманов пользовавшихся инъекциями, была обнаружена положительная реакция на ВИЧ, метадон предлагался только ВИЧ-инфицированным. Только в 1988 году был открыт координационный центр по заместительной терапии.

Некоторые врачи-наркологи Мерсейсайда вернулись к практике назначения героина в форме инъекций или для курения.

Конфликт, имевший место в 80-е годы, по вопросу о назначении терапии с помощью наркотических средств, заставил многих обратить особое внимание на дело д-ра Анны Делли, которая как раз была горячей сторонницей заместительной терапии. Генеральный медицинский совет счел доктора Делли “виновной в серьезных нарушениях профессионального характера, так как, она занималась безответственной частной практикой, прописывая наркозависимым лицам метадон на длительные сроки и без надлежащего медицинского контроля”. Некоторые увидели в этом решении стремление медицинского истеблишмента покарать врача за ее приверженность к заместительной терапии, в том числе за назначение препаратов в виде инъекций.

Американский опыт

Полезно иметь представление об американском опыте метадоновой терапии так как:

- именно там возникла идея его применения в терапевтических целях;
 - в Америке существуют различные способы его использования при терапии;
 - большинство исследований по метадону проводилось именно в Соединенных Штатах.
- Американский опыт свидетельствует: терапия наркозависимых пациентов с помощью одного и того же средства может осуществляться самыми различными способами, и эти способы могут играть не менее существенную роль при оценке результатов терапии, чем выбор препарата.

Еще со времен первой мировой войны да и впоследствии способы отношения к наркотическим средствам в США и Великобритании значительно разошлись. Так, в США в 1914 году был принят так называемый Акт Гаррисона, регулировавший продажу и хранение наркотиков. В нем упоминалась возможность назначения наркотических препаратов “в законных медицинских целях и с лучшими намерениями”. Тем не менее, в 1922 году в решении по делу Бермана отмечалось, что “назначая наркоману наркотики, врач совершает преступление”, что вступало в явное противоречие с подходом, существовавшим в Великобритании.

К 1938 году около 25 000 врачей в США подверглось судебному преследованию, причем более 3000 были приговорены к лишению свободы. Чтобы добиться обвинительных приговоров, агенты ФБР активно полагались на свидетельские показатели потребителей наркотиков, а чтобы последние охотнее с ними сотрудничали, предоставляли им необходимые наркотики в небольших количествах. Это, естественно, привело к тому, что врачи старались как можно реже иметь дело с наркозависимыми больными.

После второй мировой войны в стране существовало всего лишь два крупных медицинских учреждения стационарного характера, в задачу которых входило “предоставление наркоманам помощи в их стремлении избавиться от наркозависимости”. Стационар в Форт-Уорте, штат Техас, обслуживал тех мужчин, кто жил к западу от Миссисипи, а клиника в Лексингтоне, штат Кентукки, принимала мужчин, живших к востоку от Миссисипи и всех женщин, проживающих в США.

Начало применения метадона при лечении наркозависимых больных

История того, как был впервые применен метадон в терапии наркозависимых больных, рассказанная доктором М. Дж. Криком в 1989 г., цитируется Томасом Лайтом в его статье 1991 г. “Краткая история метадона при лечении наркозависимости”.

В начале 1960-х годов доктор Мари Нисвандер и известный психиатр и ученый доктор Винсент Доул пришли к выводу, что невозможно добиться стабилизации потребителей опиатов на морфине без постоянного увеличения дозировок. Они стали изучать медицинскую литературу по этому вопросу в поисках выхода. В результате они сумели сказать новое слово, предложив метадон, который был эффективен при применении внутрь и, судя по исследованиям в области снятия боли и программам детоксикации, обладал длительным воздействием (в те дни медики еще не умели определять его уровень в крови). Они вскоре установили, что, подобрав для того или иного конкретного пациента адекватную дозировку, можно было успешно поддерживать его на ней в течении весьма длительного времени.

Доулу, впрочем, пришлось выдержать сильный нажим со стороны представителей Федерального Бюро по контролю за распространением наркотиков, утверждавших, что он нарушает закон, и угрожавших “прикрыть его лавочку”. Учитывая печальный судебный опыт многих коллег-врачей, Доул совершил отважный поступок. Он предложил агентам Бюро по наркотикам подать на него в суд с тем, чтобы “добиться официального судебного решения”. Но его вызов принят не был.

Нисвандер и Доул: пионеры американской заместительной терапии с применением метадона

Примерно в течение года Нисвандер и Доул разработали программу заместительной терапии на основе метадона. Они начали проводить эксперименты в закрытых палатах, тщательно соблюдая все необходимые меры безопасности. Вскоре выяснилось, что применяемые ими предосторожности чрезмерны, и сначала пациентов перевели в открытое отделение, а затем позволили им днем покидать стационар (ходить на работу) и возвращаться вечером. Этот новый подход применялся только к потребителям героина, которым не удалось помочь другими видами терапии.

Подход Нисвандер-Доула был основан на убеждении, что, однажды попав в зависимость от опиатов, пациенты страдают от расстройств метаболического характера – как это, например, происходит у больных диабетом.

Подобно тому, как инсулин нормализует обмен веществ при диабете, метадон, по мысли специалистов, был призван ликвидировать дисфункцию обменной системы, возникающей при наркомании. Они настаивали на необходимости больших дозировок (80—150 мг) для того, чтобы создать блокаду против героина и его эффекта – тогда, принимая героин, наркоманы, по их концепции, уже перестанут испытывать эйфорию.

Несмотря на то, что Нисвандер и Доул рассматривали метадон как средство лечения физиологических расстройств, они с самого начала старались сочетать заместительную метадоновую терапию с социально-психологической реабилитацией. Многим из их пациентов такой новый тип лечения, безусловно, пошел на пользу.

Распространение программ заместительной терапии с применением метадона

Новый вид терапии стал быстро распространяться в Соединенных Штатах, хотя нередко его реализация осуществлялась без той необходимой гибкости, которая была присуща оригинальной концепции Нисвандер и Доула. Следовательно, лишь немногие конкретные программы приносили такие же положительные результаты, как их ранние эксперименты. Методы реализации таких программ в начале 70-х годов носили отпечаток разнообразных конъюнктурных факторов, причем регулирование со стороны государства было весьма значительным.

Медицинская сторона таких программ была жестко увязана с формальными моментами. Во многих случаях пациенты ежедневно посещали наркологическую клинику (или центр), принимали там положенную дозу метадона, и, находясь под постоянным контролем (через анализ мочи, сбор которой также строго контролировал). Кроме того, они получали консультативную помощь. Некоторые программы предусматривали различные виды помощи, в том числе социально-психологического плана и в области поиска работы и т.д. Количество лиц, получавших заместительную метадоновую терапию (ЗМТ) в 90-е годы в США, стало возрастать: так, в 1992 году существовало более 800 программ, обслуживавших около 120 000 пациентов.

Помимо назначения метадона – при всех различиях в дозировках – программы предлагали широкий выбор услуг как реабилитационного, так и социально-психологического плана. Более половины пациентов получает менее 60 мг метадона в сутки, -- дозировка, считающаяся в США терапевтическим минимумом. Это, кстати, заметно ниже того, что предлагали Нисвандер и Доул.

Специализированные службы, предлагающие метадоновую терапию в Соединенном Королевстве

Система служб и организаций, предлагающих метадоновую терапию в Соединенном Королевстве, не отличается большой упорядоченностью. Таковые учреждения существуют в большинстве регионов страны, но различия между ними в разных медицинских округах

очень велики. Эти службы также могут именоваться по-разному, но помимо системы врачей общей практики, функционируют службы тех основных типов:

- уличные пункты (Street agencies);
- местные наркологические центры;
- наркологические клиники.

Имеется также довольно незначительное число врачей, обслуживающих потребителей наркотиков в рамках общей практики.

Врачи общей практики

Каждый житель Великобритании может обратиться к врачу общей практики. Последние имеют право назначать метадон (а также другие наркотические средства) при лечении наркозависимости, хотя многие из них отказываются иметь дело с этой проблемой. Врачи общей практики, как свидетельствует статистика, ставят на учет почти 5% из числа тех своих пациентов, которым прописывают метадон.

Как правило при кабинетах врачей общей практики не существует собственного лабораторного оборудования для проведения анализов (например, анализа мочи), но к работе в центрах первичной медицинской помощи все чаще и чаще привлекаются консультанты.

Среди врачей общей практики существуют значительные расхождения в отношении к проблеме наркозависимости и методам ее лечения. Так, если врач общей практики не считает нужным выписывать метадон потребителям опиатов, его по сути дела невозможно заставить изменить свою позицию, поскольку врачи в Англии пользуются достаточной самостоятельностью при решении, каким должен быть оптимальный курс лечения для их пациентов.

“Уличные пункты” -- общедоступные, часто негосударственные учреждения

Подобные службы нередко именуются “наркологическими консультациями” или чем-то в этом роде и располагаются в центре города, чтобы быть на виду и обеспечивать легкий доступ всем желающим. В них, как правило, дежурят как профессионалы на зарплате, так и добровольцы. Там можно получить совет по телефону доверия или консультацию специалиста, обменять старый шприц на новый, узнать где и как пройти курс реабилитации или детоксикации. Такие пункты обычно оказывают помощь широкому кругу лиц с наркозависимостью, а также членам их семей.

Местные наркологические центры

Эти государственные службы укомплектованы, как правило, медсестрами, и социальными работниками, а иногда также и психологами, инспекторами по делам условно осужденных, консультантами и/или врачами. В некоторых районах такие местные центры выполняют примерно те же функции, что и “уличные пункты”, однако основной упор в них делается на консультативную и терапевтическую помощь. В таком центре может работать свой постоянный врач или сотрудники центра поддерживают постоянный контакт с врачом общей практики для выработки совместной программы действий (при контроле и консультациях местного наркологического центра). Такие центры, как правило, оказывают помощь потребителям опиатов, но, кроме того, обслуживают лиц с другими проблемами наркологического характера, а также членов их семей.

Наркологические клиники

Специализированные наркологические клиники обычно действуют на базе больниц, хотя в основном работают с амбулаторными пациентами. Их часто возглавляют психиатры, а штаты укомплектованы врачами, медсестрами, социальными работниками, а порой еще и

специалистами по трудотерапии и психологами. Клиенты обычно посещают дневной стационар несколько раз в неделю в рамках программы заместительной терапии с применением метадона в малых дозах. Они, как правило, принимают свою суточную дозу метадона внутрь в присутствии кого-либо из медперсонала клиники.

Чтобы не тратить лишнего времени на выписывание рецептов, во многих клиниках для этой цели используют компьютеры (см. раздел 5 – Метадон и закон). Затем эти рецепты направляются в аптеки для обеспечения лекарством. Нередко, однако, метадон поступает из больничных аптек (что обходится финансирующей стороне значительно дешевле).

Для осуществления детоксикации и прочих терапевтических программ, наркологические клиники пользуются стационарным оборудованием. В некоторых клиниках имеются фармацевтические отделы для отпуска метадона пациентам, получающим его исключительно во время нахождения в дневном стационаре. В наркологических клиниках имеется широкий выбор терапевтических методик.

Основная деятельность крупных наркологических клиник сводится к назначению метадона большому количеству потребителей опиатов, так как именно они преобладают в крупных городах страны над другими наркозависимыми лицами.

Частная практика

Несмотря на печальный опыт доктора Анны Делли (о чем рассказывалось выше), существует небольшое количество частнопрактикующих врачей, которые продолжают выписывать метадон (для приема внутрь или в инъекциях) потребителям наркотиков. Некоторые делают это, исходя из веры в необходимость более отзывчивой модели медицинского обслуживания дополнявшей бы государственную систему здравоохранения. Другие, однако, руководствуются не столько высокими принципами и являются источником поступления наркотиков на черный рынок. Деятельность таких врачей лишена терапевтической значимости. Тем не менее, выписывание клиентам повышенных дозировок, а также бесконтрольные назначения характерны не только для представителей частной практики, но и для самых разных наркологических служб Соединенного Королевства.

В целом, к врачам частной практики чаще обращаются лица, работающие полную неделю, их привлекает отсутствие очередей, возможность получать все увеличивающиеся дозировки, а также готовность врачей выписывать метадон в рамках заместительной терапии.

Основные моменты в истории метадоновой терапии

Примечание: для демонстрации динамики роста потребления опиатов столбец 2 в нижеприведенной таблице показывает ежегодное количество новых наркоманов, зарегистрированных Министерством внутренних дел как производное от числа 616 (т.е. от количества наркоманов), зарегистрированного в 1936 году.

Год	Относительное количество наркоманов (1936 г. – 1)	Общее количество наркоманов	События в Великобритании	События в других странах
1869			Британский закон о фармацевтике ограничивает возможности продажи опиатов	
1914				В США принят Закон Гаррисона, ограничивающий

				реализацию наркотических веществ
1916			Закон о защите государства ограничивает оборот наркотических средств	
1920			Закон об опасных наркотиках	
1922				Признано противозаконным назначение наркотических средств
1923			Закон об опасных наркотиках	
1026	1		Доклад Роллестона: Наркомания объявляется медицинской проблемой	
1936	1	616		
1942	0,8	524		Германия. Открытие вещества "Хехст-10820", или метадона
1945	0,6	307		США: начато промышленное производство метадона
1958	0,7	442	Образование первого комитета Брейна	
1961	0,8	470	Доклад Брейна подтверждает правильность подхода, выработанного комиссией Роллестона	
1963	1	636		США: Нисвандер и Доул разрабатывают первую программу заместительной терапии посредством метадона
1964	1,2	753	Образование второй комиссии Брейна	
1965	1,5	937	Доклад Брейна рекомендует изменить законодательство по наркотикам, ввести новую систему назначения метадона и начать регистрацию наркозависимых лиц	
1968	4,7	2881	Открытие наркологических клиник	
1970			В клиниках начинают	

			применять метадон перорально	
1975	5,6	3425	Отход от заместительной терапии	
1980	8,3	5107		
1983	16,6	10235	Смерть первого больного СПИДом, принимавшего наркотики через инъекции	
1985	23,8	14688	Программа централизованного финансирования (направлена на поддержание работы наркологических клиник)	
1988			Доклад Консультативного совета по контролю за употреблением наркотиков по проблемам уменьшения вреда от СПИДа и наркотиков	
1990	28,6	17755		
1993	45,4	27976	Дополнительный доклад Консультативного совета, одобряющий заместительную терапию	
1994			Составление обзора “Эффективность лечения наркомании”	

Резюме

- Подход к проблеме наркомании в Великобритании всегда отличался прагматизмом и сочетал в себе такие ориентиры, как уменьшение вреда, абстиненция и социальный контроль.
- Вопрос о терапии с помощью наркотиков со всей очевидностью никогда не являлся чисто медицинской проблемой, хотя и находился в зависимости от открытий в области медицины (например, появление метадона).
- При решении этой проблемы трудно отделить медицинские факторы от юридических и социально-политических.
- Разговоры о “терапевтической стратегии” и “Британской системе” могут создать ложное впечатление о единой монолитной системе терапии в Соединенном Королевстве. Это совершенно не соответствует реальности.
- Те, кто во что бы то ни стало старается выступить в поддержку перемен, нередко спешат ухватиться за данные новейших медицинских исследований, не особенно вникая в то, насколько последние достоверны, или за ту или иную фразу из доклада комиссии по интересующему вопросу, чтобы лучше аргументировать свою позицию.
- Споры о том, какой должен быть терапевтический подход, пульсируют между совершенно взаимоисключающими точками зрения.
- Большинство врачей, вопреки рекомендациям ученых специалистов и тех, кто определяет общую медицинскую политику, склонны проявлять консерватизм и придерживаться в своей работе проверенных методов.

- Открытие метадона не имело ничего общего с попытками германского военного руководства компенсировать возникшие во время войны перебои с поступлением опиума. Долофин был ранней американской торговой маркой метадона, а вовсе не производным от имени Адольфа.

РАЗДЕЛ 2

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ОСНОВЫ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ

Методы исследования

Исследования в области детоксикации с использованием метадона

Исследование в области заместительной терапии с использованием метадона

Резюме

Введение

Изучение свойств метадона в рамках проблемы контроля за потреблением опиатов, по необходимости потребовало проведения обширных опытов по его возможному использованию при детоксикации и заместительной терапии.

Метадон используется и при детоксикации и в заместительной терапии, так как он:

- обладает перекрестной толерантностью относительно всех опиатов и может успешно их заменять;
- может приниматься внутрь, что позволяет потребителям наркотиков обходиться без инъекций;
- обладает длительным воздействием и, следовательно, вполне может приниматься раз в день – в отличие от прочих наркотических средств, вроде героина, которые обычно принимаются гораздо чаще.

Следует с большой осторожностью делать выводы из результатов клинических исследований, особенно если они проводились в одном месте, а рекомендации ученых применяются в другом. Важно иметь в виду, что большинство исследований по метадону проводилось в Соединенных Штатах, где:

- пациенты принимают прописанные им препараты вовсе не так, как это практикуется в Великобритании;
 - героин, приобретаемый на американском черном рынке, по своей чистоте заметно уступает европейскому;
 - в Америке гораздо чаще, чем в Европе, наркозависимые лица употребляют кокаин.
- Имеет смысл также не забывать о том, что на научные исследования оказывают немалое влияние доминирующие в данный период времени точки зрения на проблему наркотиков и лечения наркозависимости.

Существуют самые разные способы научного исследования, призванные оценивать разные явления с разных точек зрения. ниже комментируются и основные методы исследования свойств метадона, и выводы, к которым пришли исследователи.

Методы исследования

Контрольные эксперименты со случайной выборкой

Наиболее убедительный способ определить эффективность того или иного метода лечения – это провести так называемый контролируемый эксперимент со случайной выборкой, когда пациентам произвольно назначают разные методы лечения, а потому различия в результатах можно объяснить различиями в терапии.

При исследовании метадона как средства заместительной терапии и детоксикации такие контролируемые эксперименты со случайной выборкой проводились достаточно редко.

Единственный опыт такого рода был проведен в Великобритании в начале 70-х, в годы, когда при заместительной терапии обычно использовался героин. В ходе опыта одним пациентам предлагался метадон в растворе, другим – героин. Было установлено, что героин позволял пациентам лучше выдерживать курс терапии, но не приводил к тем заметным улучшениям, которые имели место при применении метадона. Теперь, двадцать с лишним лет спустя, результаты эксперимента возможно были бы другими. Теперь метадон в растворе как раз является терапевтической нормой и его назначение не сопряжено с конфликтными моментами, как это нередко случалось ранее.

Социальные и экономические факторы, которые всегда следует принимать во внимание, также претерпели за эти годы существенные изменения. Как отмечается у Хартнолла и др., наркоманы редко оказывались безработными по независящим от них причинам. При желании пациенты без особых усилий находили работу или получали возможность пройти курс профессионального обучения.

Важность получения работы для лиц, прекративших потребление опиатов, и, стало быть, кардинально изменивших образ жизни, лишней раз напоминает о необходимости более критического отношения к результатам клинических исследований, проводившихся в одном месте, если применять их на практике приходится совсем в других обстоятельствах.

Описательный подход

Такие исследования сами по себе могут представлять и интерес, и значимость, но вряд ли в состоянии выявить некие важные причинно-следственные зависимости, ибо не существует контрольных групп, для сравнения с тем, что было получено при работе с лицами, ставшими объектом последования. Например, в Америке в 1993 году при обследовании 633 пациентов, проходивших заместительную терапию на метадоне, было установлено, что лица, получавшие более высокие дозы метадона, были менее расположены принимать героин. Но на основании этого было бы ошибочно прийти к заключению, что повышенные дозы метадона всегда побуждают пациентов проявлять меньший интерес к героину. Вполне вероятно, что тут могут существовать и иные объяснения. Зависимость между величиной дозы метадона и употреблением героина. Взято из исследования Болла и Роуза, 1991 г. (см. график).

% пациентов, употребляющих героин (в последние 30 дней)

доза метадона (в мг)

График

Дескриптивные исследования вроде этого интересны, полезны, наводят на размышления и ставят вопросы, ответы на которые могут быть полезны при проведении экспериментального исследования. В данном случае был проведен эксперимент, где сопоставлены реакции пациентов на ежедневные дозы метадона в 0 мг, 20 мг и 50 мг, причем было установлено, что более высокие дозы гораздо эффективнее подавляют пристрастие к героину.

Эта гипотеза, возникшая при описательном исследовании, получила подтверждение в ходе контролируемого эксперимента со случайной выборкой.

Некоторые вопросы могут быть рассмотрены только посредством описательного исследования. Например, Хаббард и др. провели весьма обширное обследование 1175 потребителей наркотиков, которые с 1979 по 1981 годы пытались избавиться от наркозависимости в рамках одной из программ (общим числом 4), действующих в США. Исследователи наблюдали за этими пациентами от трех до пяти лет после завершения ими курса, чтобы сравнить результаты трех совершенно разных подходов.

- Заместительная терапия (метадон).

- Программы “жизнь без наркотиков” (в условиях стационара).
- Программы амбулаторной терапии (без назначения наркотиков).

Невозможно (хотя, конечно, это было бы крайне полезно) провести такое исследование в виде эксперимента со случайной выборкой. Тем не менее, полученные при описательном анализе данные в высшей степени интересны и, в свою очередь, подводят к интересным вопросам, требующим ответов.

Самым любопытным выводом следует считать то, что все эти три подхода, несмотря на свою очевидную несхожесть, в конечном итоге приводили к весьма схожим результатам. Оказалось, что самым надежным показателем успеха является количество времени, затраченного на прохождение курса. Фактор времени таким образом, оказался гораздо важнее типа терапии.

Вполне возможно, что главное в курсах лечения – это то, что они представляют пациентам возможность (каждый, разумеется, по своему), подвергаясь терапии, в то же время скорректировать свое поведение, и чем больше времени оказывается в распоряжении пациента на то, чтобы оставить старые привычки и выработать новые стереотипы поведения. Тем больше вероятность того, что эти стереотипы закрепляются и сохраняются и по окончании курса терапии и, в свою очередь, станут катализаторами дальнейших перемен. И хотя в этом исследовании отсутствовал жесткий контроль, присущий экспериментам со случайной выборкой и помогающий четко определить, где причина, и где следствие, оно снабдило специалистов ценными сведениями, дающими обильную пищу для размышления.

Исследования в области детоксикации с использованием метадона

Исбелл и Вогел опубликовали отчет о применении метадона при детоксикации в 1948 году. Они пришли к выводу, что метадон гораздо безопаснее средств, обычно применявшихся в подобных случаях с 1900 года. В те годы были весьма популярны методики с применением препаратов, вызывавших достаточно высокий уровень смертности, а именно:

- Лечение сном (белладонна).
- Лечение сном (бромиды).
- Лечение сном (инсулин).
- Тиоцианат натрия (вызывавший у некоторых пациентов гипнотические состояния).

Обзор, составленный в 1938 году, показал, что вышеперечисленные методики либо бесполезны, либо опасны для здоровья (либо и то и другое одновременно), и что наиболее эффективным представляется, рассчитанный на десять дней, курс лечения с применением морфина и кодеина (с постепенным уменьшением дозировок). Метадон представлялся исследователям наименее опасным для здоровья препаратом, чем все названные выше средства.

Большинство исследований по эффективности метадона при детоксикации проводились в Великобритании в условиях стационарного лечения.

Субъективные впечатления по поводу симптомов отмены

Серия исследований, проведенных Майклом Госсопом и его коллегами в Королевской больнице Телем в графстве Кент, была посвящена индивидуальным реакциям на метадон пациентов, проходивших курс детоксикации.

При изучении связи между 21-дневным режимом детоксикации и симптомами отмены у пациентов было установлено значительное нарастание таких симптомов после десяти дней детоксикации, которые достигали пика на двадцатый день (когда пациенты принимали метадон в последний раз). После этого симптомы отмены начинали постепенно угасать, но только еще через двадцать дней они почти сходили на нет. Из этого следует, что пациенты, только прошедшие курс детоксикации, отличаются повышенной уязвимостью.

Дополнительные исследования показали, что интенсивность симптомов отмены зависит не столько от количества опиатов, которые ранее принимали пациенты, сколько от уровня их

тревоги. Многочисленные исследования реакции пациентов на малоприятные медицинские процедуры свидетельствуют: основным источником тревоги выступает неопределенность представлений пациентов относительно того, что их может ожидать. Кроме того, в процессе таких исследований было также установлено: объясняя пациентам, что конкретно их ожидает, снимая их неуверенность относительно предстоящего, медикам удается значительно понизить уровень их тревоги.

Грин и Госсоп провели эксперимент с участием 30 пациентов, проходивших детоксикацию, причем пятнадцати из них было объяснено, чего они могут ожидать и испытывать в лечении определенного периода времени в будущем. Те, кто был информирован о предстоящем, в целом испытывали менее острые симптомы отмены и лучше прошли курс.

Программы детоксикации (10 и 21-дневные)

Еще одна серия исследований была посвящена сравнительному анализу двух программ детоксикации (протяженностью в 10 и 21 день). В обоих случаях отмечалась сходная картина возникновения симптомов отмены с той лишь разницей, что острота этих симптомов достигала пика на тринадцатый день при прохождении более короткого курса и на двадцатый – более длительного.

При том, что пациенты, проходившие укороченный курс детоксикации, испытывали более интенсивные симптомы отмены, количество лиц, успешно прошедших курс (70%) примерно соответствовало количеству пациентов, успешно выдержавших 21-дневную программу детоксикации.

Программы краткосрочной детоксикации с использованием метадона и героина

Госсоп и Стрент сравнили реакцию на 10-дневный курс детоксикации с помощью метадона со стороны потребителей героина и метадона. Выяснилось, что потребители метадона испытывали более острые симптомы отмены, особенно в первые десять дней (когда им давали метадон по схеме). Они жаловались на особенно сильную бессонницу, мускульное напряжение, различные боли и общую слабость. Однако несмотря на всех эти болезненные реакции, выраженные у них гораздо отчетливее, чем у потребителей героина, они столь же успешно проходили курс детоксикации.

Детоксикация с помощью метадона (амбулаторное лечение)

Поскольку большинство программ детоксикации реализуется в Великобритании через систему местных наркологических центров, существует мало научных исследований о детоксикации амбулаторных пациентов.

Два эксперимента, проводившихся в местном наркологическом центре Модсли, свидетельствуют, что краткосрочные программы детоксикации не приводят обычно к полной абстиненции. Сравнительный анализ успехов амбулаторных и стационарных пациентов (с помощью эксперимента со случайной выборкой) свидетельствует: только 17% амбулаторных пациентов успешно прошли курс, в то время как у стационарных пациентов этот показатель достигал 81%.

Еще одно исследование было посвящено сопоставлению двух курсов амбулаторной детоксикации. Одна группа пациентов в течение шести недель получала метадон по жестко установленной понижающей схеме. Пациенты, составившие вторую группу, имели возможность обсуждать с врачом схему понижения метадона с условием, что по истечении шестинедельного срока доза понизится до нуля. Те, кто получал метадон по жесткой схеме, в три раза успешнее проходили курс детоксикации, чем представители второй группы. Анализ мочи проходивших курс пациентов показал, что у 40% из них имелись признаки употребления других опиатов, но лишь 28% из них успешно выполнили программу.

При том, что такой метод амбулаторной детоксикации не выглядит особо эффективным в смысле достижения полной абстиненции, он, тем не менее, является достаточно полезным инструментом в попытках врачей помочь пациенту осознать природу своей наркозависимости. Результаты могут стать лучше, если в процессе прохождения курса, а также и по его окончании, клиенту будет оказываться необходимая консультативная помощь.

*Исследования в области заместительной терапии с использованием метадона
Контролируемые эксперименты со случайной выборкой*

В исследовании, проведенном в Бангкоке, были сопоставлены и 45-дневный курс заместительной терапии и 45-дневный курс детоксикации с использованием метадона. Среди тех, кто проходил курс детоксикации случаев самовольного прекращения пациентами лечения было зарегистрировано в шесть раз больше, чем у пациентов, получавших заместительную терапию. Кроме того, анализы мочи показывали: у лиц, проходивших детоксикацию обнаруживались признаки употребления опиатов в 10 раз чаще, чем у тех, кто получал заместительную терапию.

В 1991 году в Нью-Йорке был проведен сравнительный анализ двух групп из числа лиц, ожидавших своей очереди для прохождения обширной программы заместительной терапии. Одна группа получала метадон, другая не получала никакой терапевтической помощи. Число лиц, получавших метадон и бросивших принимать героин, в три раза превышало число лиц, бросивших героин, из второй группы. Похожим образом, представителей первой группы было в два раза больше чем членов второй группы среди тех, кто, дождавшись своей очереди, не утерьял желания пройти курс терапии.

Это исследования демонстрируют эффективность заместительной терапии с помощью метадона, даже если последняя не сопровождается помощью консультативного плана. В США, Гонконге и Швеции было проведено три специальных исследования, где эффективность от терапии с помощью метадона выявлялась при сравнении поведения тех, кто получал метадон, с поведением членов контрольной группы, не получавших никакой терапии. Эксперименты в каждой из стран были проведены сразу после того, как там были введены в действие соответствующие терапевтические программы. Это означало, что участники контрольной группы просто не имели возможности ранее получить соответствующую помощь – что исключает серьезную проблему этического свойства, когда по тем или иным причинам наркозависимым лицам отказывается в прохождении курса лечения, который, как им известно, в состоянии принести серьезное облегчение.

К каждому из экспериментов привлекались лица, которые:

- на данный момент являлись потребителями опиатов;
- употребляли опиаты не менее четырех лет;
- после, по крайней мере, одного периода реабилитации снова вернулись к наркотикам.

В американском эксперименте было сопоставлено поведение лиц, получавших заместительную терапию, с поведением тех, кто ожидал очереди на лечение. После года наблюдений оказалось, что лица, не получавшие терапии, в 97 раз чаще принимали героин и в 53 раза чаще попадали в тюрьму, чем те, кто проходил курс лечения.

Экспериментальные исследования в Гонконге строились на сопоставлении поведения тех, кто в ходе заместительной терапии получал метадон, и тех, кому его назначали, но реально давали не препарат, а плацебо, нейтральное вещество, имитирующее наркотическое средство. В этом эксперименте участникам “группы плацебо” первоначально давали метадон, но затем постепенно уменьшали дозировки и переводили на плацебо. Все пациенты получали консультативную помощь, но по окончании трехлетнего срока наблюдений было установлено, что участники группы плацебо в 63 раза чаще исключались из программ, так как употребляли незаконный героин.

В шведском эксперименте сравнивались показатели группы, члены которой получали метадон и проходили курс реабилитации в сочетании с профессиональным обучением, с контрольной группой, не получавшей ни терапевтической, ни консультативной поддержки.

По истечению двухлетнего периода выяснилось, что члены первой группы в 38 раз чаще прекращали незаконное употребление героина, чем представители второй группы. Эти три исследования в своей совокупности убедительно показали, что заместительная терапия с помощью метадона весьма эффективна как средство снизить незаконное потребление наркотиков, и уменьшить связанные с этим опасности для здоровья, а также помешать криминальной активности тех, кто страдает наркозависимостью.

Длительность и эффективность терапии

В 1989 году Хаббард возглавил исследовательскую группу, которая провела обзор ситуации с лечением от наркозависимости в США. Было установлено: чем больше времени уходит на курс лечения (но не менее трех месяцев), тем более положительные результаты это приносит.

Это может свидетельствовать о действенности фактора самоотбора – успех ожидает более мотивированных пациентов, готовых тратить больше времени на лечение. С другой стороны, это может означать также и то, что любая терапия сама по себе достаточно эффективна и чем дольше пациенты лечатся, тем устойчивей и необратимей их прогресс. Нисвандер и Доул в своих новаторских экспериментах предлагали пациентам достаточно большие дозы (от 80 мг метадона в день) для установления так называемой “фармакологической блокады”. Они исходили из теоретической предпосылки согласно которой, чем больше метадона принимает пациент, тем сильнее и надежнее блокируются в его организме все рецепторы опиатов, и в результате дополнительно принимаемый героин не оказывает никакого эффекта.

Впоследствии, однако, в США при такой терапии применялись меньшие дозы метадона. В описательных исследованиях, однако, подчеркивалось: чем больше дозировки метадона, тем меньше вероятность потребления героина. Национальный институт наркологии в США рекомендует в качестве минимальной эффективной дозы 60 мг метадона ежедневно. В Великобритании, однако, принято назначать менее высокие дозы. В основе этого подхода лежит убеждение, что метадон следует назначать в количествах, минимально необходимых для снятия симптомов отмены, а также для того, чтобы избежать прочих традиционных рисков (например, передозировки или вероятности проникновения “лишнего” метадона на черный рынок).

Трудно сказать, насколько привилась в Великобритании гипотеза Нисвандер-Доула о необходимости значительных доз метадона для создания “фармакологической блокады”. Как известно, в Соединенном Королевстве “уличный героин” бывает гораздо чище, чем в США, и, следовательно, он действует на организм куда эффективнее, преодолевая самые разные “фармакологические блокады”.

В 1993 году Стрейн с коллегами провел двойной слепой эксперимент, проверяя, как действуют суточные дозы в 0, 20 и 50 мг метадона (принимаемые в течение 20 дней). Чем выше была доза, тем с большей вероятностью пациенты продолжали лечение и тем охотнее сокращали они потребление незаконного героина. Это лишнее подтвердило гипотезу о том, что эффективность терапии зависит от дозировки метадона, причем если она превышает 50 мг в день, результаты оказываются более положительными.

Использование метадоновой терапии в качестве стимула для сокращения употребления прочих наркотиков

Весьма серьезной проблемой в связи с терапией посредством метадона оказывается то, что, сокращая потребление героина, некоторые пациенты продолжают тайком принимать такие наркотики, как бензидиазепины или алкоголь.

Одним из способов уменьшить вероятности приема других наркотиков выступает способность врача систематически демонстрировать пациенту связь между уменьшением приема наркотиков и большей его стабилизацией. Среди многих способов стимулирования

пациента следует назвать большую частотность отпуска метадона через аптеки (в Соединенном Королевстве) или выдачу его на руки для приема дома (в США). В одном контролируемом эксперименте со случайной выборкой половина пациентов, которые дополнительно принимали наркотики, получала метадон “на руки” для приема дома (после того, как анализы мочи засвидетельствовали отсутствие в организме героина), вторая половина получала на руки аналогичные дозы, но независимо от результатов анализов. Из тех, кто получал метадон на руки “в награду” за положительные сдвиги и более трети пациентов впрямь удалось добиться улучшения, чего не смог сделать ни один представитель контрольной группы.

Сокращение потребления наркотиков из группы бензодиазепинов, приводит к заметному улучшению психического состояния наркозависимых лиц, позволяя им добиваться новых улучшений в поведении, нормализовать свою жизненную деятельность. Систематическое моральное стимулирование пациентов, принимающих метадон, -- простой и безопасный способ понижения вероятности употребления дополнительных наркотиков теми, кто проходит метадоновую терапию.

Программы заместительной терапии (описательные исследования)

Неоднократно предпринимались попытки провести различия между различными программами заместительной терапии с помощью метадона для определения наиболее эффективных из них. Разумеется, все они различаются с этой точки зрения, но в исследованиях такого рода лишь делаются попытки выявить факторы, определяющие самые существенные различия.

В своем очень важном исследовании Болл и Росс самым детальным образом проанализировали шесть таких программ, провели независимое обследование 633 пациентов мужского пола, после чего, год спустя обследовали вторично 507 человек из этих 633. Они установили общее улучшение состояния обследуемых, но также констатировали существенные различия между программами. Так 71% от общего числа обследованных перестал употреблять наркотики путем инъекций, но внутри каждой из программ такое соотношение могло колебаться от 43% до 90%.

Наиболее высокие показатели были характерны для программ с хорошо налаженной системой консультативной помощи и ориентации на заместительную терапию и реабилитацию. Была также установлена зависимость между более высокими дозами метадона и понижением потребления героина.

Эти выводы при отсутствии претензий на “абсолютную истину” указывают на важность психосоциальной терапии и правильного дозирования метадона. Их справедливость была затем уже подтверждена клиническими экспериментальными опытами, о которых шла речь выше.

Консультативная помощь, социально-психологическое вмешательство и перемены к лучшему

Программы, которые предлагают пациентам услуги такого рода, как правило, демонстрируют лучшие результаты по сравнению с “чисто фармакологическими” курсами. Первоначально схемы терапии, разработанные Нисвандер-Доулом, содержали моменты реабилитационного плана. Экспериментальные исследования, сопоставившие три уровня социально-психологической помощи в сочетании с назначением метадона, показали: чем интенсивнее консультативная помощь, тем выше общие результаты. Проверки уровня потребления метадона через анализы мочи и собеседования явно недостаточно. Включение в программу консультативной помощи привело к уменьшению в два раза положительных реакций на незаконные опиаты. Дополнительные услуги психологического и социального порядка еще более способствовали уменьшению незаконного потребления наркотиков (что подтверждали анализы мочи пациентов), а кроме того:

- снижали потребление алкоголя;

- помогали в поисках работы;
- предотвращали криминальную активность;
- улучшали психическое здоровье.

Поскольку все пациенты проходили один и тот же курс метадонотерапии, зафиксированные различия связаны именно с типами социально-психологической помощи. По сравнению с Соединенными Штатами пациенты в Соединенном Королевстве, проходящие курс лечения метадонотерапией, получают гораздо менее интенсивную поддержку социально-психологического порядка.

Программы, которые разрабатываются исходя из тезиса о том, что зависимость от опиатов – недуг хронический и что лечение метадонотерапией – долгосрочный процесс, прежде всего необходимый для достижения стабилизации, оказываются в целом эффективнее программ краткосрочных, ориентированных на абстиненцию. Кроме того, не раз отмечалось, что консультативная помощь, носящая обязательный характер и не ориентированная на конкретного пациента, порой не только не приносит положительных результатов, но и вовсе оказывается контрпродуктивной.

Резюме

- Всегда следует иметь в виду, что научно-исследовательская деятельность связана с многочисленными социальными и историческими факторами, оказывающими на нее определенное давление.
- Как это часто бывает с фармакологическими методами лечения, действенность терапии с помощью метадона зависит не от одного лишь метадона. Психологические и социальные составляющие играют особую роль в достижении успеха.
- Правильно налаженная система снабжения пациентов метадонотерапией при долгосрочных терапевтических программах вносит порядок в хаотический образ жизни потребителей опиатов, будь то получение метадона в аптеках или (как это принято в Соединенных Штатах) при ежедневном посещении соответствующих учреждений для прохождения курса.
- Стимсон и Оппенгеймер сделали весьма интересное наблюдение, отметив, что “система клиник с их ограничениями, социально обусловленными подходами, терапевтическими курсами и контролем заставляет очень многих пациентов вести стабильное существование. Стабилизация, следовательно, определяется не столько самим фактом употребления или неупотребления наркотиков, сколько созданием социальной среды, в которой к ним обеспечен законный доступ”.
- Сотрудники наркологических служб, как и многие их клиенты, порой оказываются в плену “химического мышления”. Иначе говоря, они настолько застревают на самих наркотиках, что оказываются не в состоянии оценить по достоинству нефармакологические аспекты метадонотерапии.
- Принятие решения о выборе терапевтической программы для того или иного пациента должно, по возможности, основываться на тщательном анализе того, что лучше всего подходит данному индивиду с учетом того, что обычно приносит хорошие результаты.
- Выводы, полученные в рамках научных исследований, следует увязывать с практической деятельностью британских наркологов. Эти рекомендации ученых необходимо учитывать при принятии конкретных решений.
- Научные исследования подтверждают справедливость гипотезы о том, что заместительная терапия гораздо эффективнее, чем отсутствие терапии или применение плацебо для сокращения незаконного потребления героина и прочих наркотиков, а также профилактики криминальной деятельности. Те, кто получает такую терапию, реже оказываются в местах лишения свободы.
- Одной лишь детоксикации бывает недостаточно чтобы обеспечить долговременное улучшение.
- В течение шести месяцев после курса детоксикации и социально-психологической терапии в стационарных условиях (в рамках системы Британского здравоохранения)

обычно до 50% наркозависимых больных не принимают опиатов. Прохождение лечения в условиях, где помощь оказывают менее квалифицированные кадры, соответственно дает худшие показатели.

- Десятидневный курс детоксикации в стационарных условиях может вызывать у пациентов более острые отрицательные реакции, но по своей эффективности не уступает курсу протяженностью в 21 день.
- Положительный эффект заместительной метадонотерапии сохраняется на протяжении всего курса. Для некоторых пациентов такие положительные результаты не менее важны, чем успех, достигнутый в следствие реабилитации в условиях стационара.
- Положительный эффект от терапии может быть усилен разными способами. Это и продолжительная заместительная терапия, и назначение более, а не менее, высоких доз метадона, и при составлении программ на заместительную терапию, а не на абстиненцию, консультативная помощь, социальная терапия, использование различных социально-психологических стимулов для снижения незаконного потребления прочих наркотиков и пр.

РАЗДЕЛ 3

ПРОИЗВОДСТВО МЕТАДОНА И СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ

Правила и инструкции регулирующие производство метадона
 Существующие разновидности метадона для приема внутрь
 Преимущества и недостатки метадона для приема внутрь
 Резюме

Метадон производится в растворах, таблетках и ампулах. В данном разделе рассказывается о законах, регулирующих производство метадона и описываются формы, в которых он предлагается потребителям.

Правила и инструкции, регулирующие производство метадона

Метадон, как правило, назначается работниками наркологических служб, как общее, непатентованное средство. Это означает, что в рамках конкретного лекарства, способа применения и концентрации, провизор в аптеке принимает решение о том, какова должна быть соответствующая рецептура.

Фармацевты могут пользоваться готовыми формами или изготавливать необходимое лекарство в аптеке. Последний вариант именуется “приготовление лекарства для немедленного приема”. Если речь идет о растворе метадона, то обычно используются концентрат метадона и какой-либо растворитель.

Производство метадона, как, впрочем, и других лекарственных средств, регулируется в Великобритании Законом о лекарствах. Прежде чем производитель может предлагать лекарство для реализации или рекламировать свой товар, он должен получить соответствующую лицензию. Некоторые фармацевтические компании имеют право в соответствии с лицензией, полученной на основании Закона о контроле лекарственных средств, изготавливать лекарства по конкретному заказу медиков (при наличии у них соответствующей лицензии). Производители лекарственных средств, требующих особого лицензирования, не имеют права рекламировать свой товар.

Существует несколько фармацевтических компаний, имеющих общую лицензию на производство метадона в растворе, метадонотерапевтического концентрата и метадона в ампулах для инъекций. Ряд других фирм могут изготавливать метадон по особой лицензии.

Доктора могут (что и нередко делают) назначать пациентам наркотические средства, не включенные в список продукции общего лицензирования (например, клонидин для детоксикации потребителей опиатов) или выписывать средство, не имеющее товарной

лицензии. Когда врач принимает такое решение, то берет на себя всю полноту ответственности и за эффективность и за безопасность избранной методики лечения, а фирма, производящая лекарство, никаких претензий не принимает.

Разновидности метадона для приема внутрь

Метадон для приема внутрь (перорально) производится как в таблетках, так и в растворах.

Терминология

Терминология, применяющаяся для описания имеющихся в наличии видов жидкого метадона, вызывает немало проблем как у медиков, так и у пациентов. Раствор метадона из расчета 1 мг/1 мл не считается “микстурой” (см. ниже). Такой раствор описывается, как:

- раствор DTF;
- раствор метадона;
- раствор метадона для приема внутрь;
- раствор Мартиндейла.

Раствор DTF 1 мг/1 мл

Предпочтительное средство для лечения потребителей опиатов. Есть ряд фармацевтических фирм, производящих зеленый сироп по рецептуре DTF (Drug Tariff Formulary)

- метадон гидрохлорид HCL(BP) 1 мг/1 мл
- сироп на глюкозе
- сироп зеленый green S (E142)
- тартразин (E102)
- желтый закат (Sunset Yellow, E110)
- парабенс (консервант)
- этанол
- раствор хлороформа

До начала 1995 года в Великобритании метадон DTF производила одна-единственная фармацевтическая фирма. Впоследствии, однако, к этому процессу подключились и другие производители. Это означает, что цвет, вкус и консистенция предлагаемых растворов может подвергаться изменениям. Если такое и случается, необходимо тщательно разъяснять пациентам, в чем дело, чтобы у них не возникли сомнения относительно эффективности лекарства с непривычным цветом, запахом и пр., ведь все это определяется исключительно типом растворителя для стандартного концентрата метадона. Во избежание всевозможных недоразумений, врачи могут прописывать своим пациентам патентованный раствор Мартиндейла (1 мг/1 мл)

Растворы местного изготовления (1 мг/1 мл)

Фармацевты, приготавливающие метадон на местах, в аптеках, обычно пользуются такой рецептурой:

раствор 1 мг/1 мл на 5 мл

- метадон HCL BP 5 мг
- краситель
- сироп без консерванта 2,5 мл
- двойной хлороформ (до 5 мл)

раствор 1 мг/1 мл без сахара

- метадон HCL BP 5 мг
- концентрированный водный раствор хлороформа 0,1 мл

- сироп (сорбитол) 2 мл
- дистиллированная вода 5 мл

раствор 1 мг/1 мл без сахара и красителей

Целый ряд фирм предлагает широкий выбор растворов метадона, которые:

- не содержат сахара
- не содержат красителей
- не содержат ни сахара, ни красителей

Некоторые выпускаются по общей лицензии, некоторые – по специальной.

Микстура метадона 2 мг/5 мл

Микстуру метадона часто путают с раствором как врачи, так и их пациенты. Это непатентованное средство, которое в Соединенном Королевстве производится как средство от кашля при неизлечимых заболеваниях, но не при наркозависимости. “Физептон в микстуре”, производимый ранее в Соединенном Королевстве фирмой “Уэлком”, в настоящее время более не производится. Физептон в микстуре, однако, применяется при лечении наркозависимых лиц в Ирландской Республике. Микстура метадона крайне редко применяется в Великобритании для лечения потребителей опиатов, а когда это все же происходит, ее назначают скорее по ошибке. Типичная рецептура такой микстуры имеет следующий состав.

- Метадон HCL BP – 2 мг/5 мл
- Сахароза BP
- Глицерин BP
- Хлороформ BP
- Этанол
- Краситель ВРС 1973
- Вкусовая добавка IFF 1831
- Очищенная вода BP
- Бензоаты (консерванты)

Как правило, это прозрачная коричневая микстура на сиропе во флаконах по 500 мл.

Метадон в таблетках по 5 мг

Метадон в таблетках по 5 мг обычно выписывается под торговым названием физептон. Физептон в таблетках не имеет лицензии как средство для лечения зависимости от опиатов. Непатентованные таблетки производятся рядом фармацевтических фирм, но назначение метадона в таблетках обычно не поощряется, потому что:

- таблетки можно измельчить и использовать для инъекций,
- они высоко котируются на черном рынке (потому что хорошо хранятся),
- не столь удобны при схеме постепенного снижения дозировки, как метадон в растворе.

Таблетки физептона содержат:

- Метадон HCL BP 5 мг
- Крахмал
- Стеарат магния
- Глицерин

Похожий состав и у других форм метадона, выпускаемых в таблетках. Таблетки физептона – маленькие, круглые, белые, с насечкой и надписью “Wellcome 4 LA”, выпускаются в стандартных упаковках по 50 штук.

Метадоновые свечи

Метадон может также выпускаться в форме свеч (по специальной лицензии), хотя такие свечи при лечении наркозависимости используются весьма редко. При том, что такие свечи оказывают достаточно быстрое воздействие на организм, их возможные

терапевтические преимущества здесь перебиваются серьезным недостатком: они легко растворяются в воде, а следовательно, могут с успехом использоваться для инъекций. Существует достаточно широкий выбор метадона в ампулах, выпускаемого, согласно лицензии, для лечения наркозависимости. Как правило, концентрация метадона в таких случаях составляет 10 мг/1 мл (однопроцентный метадон). Препарат выпускается в ампулах.

1 мл (10 мг)

2 мл (20 мг)

3,5 мл (35 мг)

5 мл (50 мг)

В случае необходимости по особой лицензии производится метадон для инъекций в концентрации до 50 мг на 1 мл.

Преимущества и недостатки метадона для приема внутрь

В лицензии на производство метадона в ампулах отмечается, что это средство для подкожных или внутримышечных инъекций, хотя обычно его назначают (и вводят) внутривенно.

Существует мнение, основанное на устных свидетельствах потребителей, относительно болезненности таких инъекций, особенно при повышенной концентрации метадона. Есть также отдельные жалобы клиентов насчет появления горечи во рту после инъекций.

Преимущества и недостатки метадона для приема внутрь

Раствор DTF 1 мг/1 мл

Преимущества	Недостатки
Наиболее известный и полностью лицензированный препарат	При длительном употреблении приводит к порче зубов в силу высокого содержания сахара.
Хорошо известен потребителям	Теперь производится различными фирмами, что нередко приводит к различиям в консистенции и вкусе
Зеленый цвет раствора легко опознать и трудно спутать с другим средством, что снижает риск передозировки	Тартразин может вызывать аллергическую реакцию у лиц, обладающих повышенной чувствительностью (впрочем, это бывает достаточно редко и, как правило, у клиентов, страдающих астмой)
Плохо подходит для инъекций, так как а) при инъекции хлороформ вызывает болезненные ощущения, б) относительно большой объем и липкость раствора делают инъекцию затруднительной	В больших объемах создает проблемы с хранением – как для аптек, так и для клиентов
При инъекциях приводит к повреждению вен (польза: заставляет потребителей отказаться от инъекции)	При инъекции приводит к повреждению вен (вред, если потребители все равно продолжают инъекцию)
Высокое содержание сахара придает раствору вкус, который многим нравится	Высокое содержание сахара и яркая окраска могут привлечь внимание детей и привести к отравлению
Большой объем в расчете на 1 мг создает впечатление внушительной дозы	Может помешать контролировать диабет
Продается в стандартной заводской расфасовке и в стандартных объемах	Некоторые жалуются, что начинают набирать вес
Хороший срок годности: 36 дней	Слишком большие объемы – особенно для тех,

	кто принимает высокие дозы
Другие виды метадона в растворе для приема внутрь	
Преимущества	Недостатки
Могут делаться по индивидуальному заказу (что позволяет варьировать объем, дозировку, концентрацию)	Вызывают недоверие клиентов, сомневающих в абсолютной надежности продукции
Могут не содержать сахара	Требуют значительного времени для изготовления
Могут не содержать искусственных красителей	Могут быть спутаны с другими лекарствами или не быть опознанными как метадон, если клиент убежден, что раствор метадона обязательно зеленого цвета
Растворы с концентрацией, превышающей 1 мг/1 мл легче хранить и проще принимать	Повышенный риск отравления от передозировки, особенно если концентрация превышает 1 мг/1 мл
Могут быть дешевле, чем стандартные препараты заводского производства	Уменьшенные объемы нередко не устраивают клиентов
	Некоторые разновидности обладают неприятным вкусом
	Малые сроки годности, отсутствует информация о стабильности
Микстура 2 мг/5 мл	
Преимущества	Недостатки
Большие объемы создают впечатление внушительной дозы	При длительном употреблении содержание сахара вызывает опасения, как возможная причина проблем с зубами, а также приобретения лишнего веса
Бывает полезной при детоксикации (позволяет постепенно уменьшать дозировку)	Наличие красителей и вкусовых добавок может настораживать (как возможная причина аллергии)
Плохо подходит для инъекций	Относительно большие объемы в расчете на 1 мг означают необходимость употребления препарата в больших количествах, что создает проблемы с хранением
Потребители из Ирландской Республики отдают этому препарату предпочтение, так как у них на родине он назначается так же часто, как в Соединенном Королевстве метадон в растворе	Сотрудники аптек могут изготавливать растворы метадона любой концентрации и не нести дополнительные расходы по приобретению микстуры
	Микстура не входит в перечень препаратов, лицензированных для лечения наркозависимости
Таблетки по 5 мг (физептон)	
Преимущества	Недостатки
Клиенты предпочитают принимать не растворы, а таблетки (для большего удобства)	Таблетки можно измельчать и использовать для инъекций
Гораздо удобнее в обращении, особенно в командировках и при выезде на отдых (нельзя пролить, как раствор)	Выше ценятся на черном рынке
Легче глотать, не оставляют неприятного привкуса, реже вызывают тошноту	Тошнота и рвота, на которые жалуются многие клиенты, принимавшие метадон в растворе, зачастую связаны с употреблением алкоголя или вызваны какими-то иными заболеваниями

Хорошо хранятся	Удобно не только хранить, но и принимать украдкой в общественных местах (на работе или на отдыхе)
Занимают меньше места, чем метадон в растворе и удобнее для хранения	Малые дозировки заставляют людей принимать в день довольно много таблеток
Дешево обходятся частным пациентам, оплачивающим лекарства из своего кармана	Не входят в список лицензированных средств для лечения наркозависимости, и их назначение пациентам не поощряется

Резюме

- Метадон – общее название, не торговая марка.
- Метадон в растворе 1 мг/1 мл – наиболее предпочтительное средство для терапии потребителей опиатов.
- Большинство лиц, принимающих метадон, получают так называемый раствор DTF 1 мг/1 мл, хотя одновременно имеется большой выбор других препаратов, которые, впрочем, не вызывают большого энтузиазма у клиентов.
- Различные рецепты для жидкого метадона, как правило, отличаются лишь типом растворителя для концентрата и, следовательно, оказывают схожее воздействие на потребителей.
- Метадон в микстуре – гораздо более слабый препарат 2 мг/5 мл, который достаточно редко используется при терапии наркозависимости, его не следует путать с раствором 1 мг/1 мл, существующим в ряде разновидностей.
- Назначение метадона в таблетках редко оправдано с терапевтической точки зрения и без крайней необходимости прибегать к этой форме не следует.
- Метадон для инъекций выпускают в ампулах с разной концентрацией. Его обычно назначают врачи в особых случаях, и, хотя считается, что его следует вводить внутримышечно или подкожно, практика показывает, что гораздо чаще такие инъекции делаются внутривенно.

РАЗДЕЛ 4

МЕТАДОН: ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Химический состав

Воздействие метадона на организм

Воздействие опиатов на центральную нервную систему

Воздействие опиатов на вегетативную нервную систему

Воздействия, связанные с выделением гистамина

Прочие реакции организма на метадон

Воздействие на новорожденных

Когда метадон не при чем

Долгосрочные побочные явления

Стоматологические проблемы

Метадон и обмен веществ

Толерантность

Передозировки

Лечение отравлений от передозировок

Симптомы отмены и их причины

Взаимодействие наркотических средств

Метадон и различные заболевания

Резюме

Введение

Как и большинство опиатов, метадон – относительно простое вещество, оказывающее сильное и достаточно многообразное воздействие на тех, кто его принимает. Но степень и виды воздействия метадона во многом зависят от индивидуальных особенностей потребителей.

В этом разделе речь пойдет о воздействии метадона на организм человека вообще и мозг, в частности, о том, как реагирует на метадон организм и как вырабатывается толерантность. Кроме того, в разделе приводятся сведения о том, что собой представляет метадон и как он сочетается с прочими наркотическими веществами.

Поскольку вопрос о том, как установить нужную дозировку метадона в зависимости от количества незаконно потребляемых наркотиков, связан как с проблемой общего отношения к наркотикам, методов оценки состояния клиентов, терапевтических методик и их осуществления на местах, так и с чисто медицинскими аспектами, подробнее об этом речь пойдет в разделе 8 (Как правильно рассчитать начальную дозировку).

Вот состав молекулы метадона гидрохлорида

Углерод – 21 атом

Водород – 27 атомов

Азот – 1 атом

Кислород – 1 атом

Гидрохлорид

Формула

(см. текст с. 40)

Принятое название метадона гидрохлорида -- 6-диметиламин-4,4-3гепагон гидрохлорид.

Вот примерный вид молекулы метадона:

Формула

В молекуле метадона есть два самостоятельных активных компонента

Атом водорода с соединением гидрохлорида, как считается, воздействует на вегетативную нервную систему.

Два фениловых кольца, которые необходимы для оказания воздействия на центральную нервную систему (по типу действия опиатов).

Метадон –

- это белый кристаллический порошок, который плавится при температуре 233—236°С.

Растворяется

- в воде (1 к 12)

- в этаноле (1 к 7)

- в хлороформе (1 к 3)

И не растворяется в эфире.

Воздействие метадона на организм

Точное описание воздействия опиатов на организм человека возможно, лишь, когда будет окончательно установлен механизм функционирования центральной нервной системы.

Вместе с тем, разнообразные исследования, опыты и клинические эксперименты позволяют нам создать относительно целостную и четкую картину действия наркотических средств на человеческий организм и получить общее представление о механизмах, которые обеспечивают такое воздействие.

Опиаты, судя по всему, обладают определенным сходством и имитируют действия неких групп химических веществ, существующих в организме человека. Это в частности:

- эндорфины
- энкефамины
- динарфины

Исследования связывания опиатов и этих пептидов в конкретных участках головного мозга и других органов выявляют наличие примерно восьми типов рецепторов опиоидов, которые, в свою очередь, имеют дополнительные рецепторы.

Опиаты способны вызывать определенные реакции, которые могут быть разделены на следующие группы:

- воздействия опиатов на центральную нервную систему (ЦНС);
- воздействие опиатов на вегетативную нервную систему (ВНС);
- выделение гистамина под влиянием опиатов;
- прочие воздействия с неустановленной до конца причинно-следственной связью;
- воздействие опиатов на плод в материнской утробе.

Все типы воздействия перечислены ниже. Далее, когда это возможно, дается объяснение механизмов, которые и обеспечивают эти воздействия.

Воздействия опиатов на центральную нервную систему

- Эйфория
- Приятная теплота в желудке
- Снятие болевых ощущений
- Вялость
- Сонливость
- Тошнота
- Рвота
- Дыхательная недостаточность (изменения в частоте и глубине дыхания)
- Подавление кашлевого рефлекса
- Тяжесть в конечностях
- Судороги (только при приеме повышенных доз, и крайне редкое явление при употреблении метадона)

Воздействие опиатов на вегетативную нервную систему

- Сухость во рту, носовой полости, глазах
- Запоры
- Сужение зрачков
- Проблемы с мочеиспусканием

Расстройства, связанные с выделением гистамина

- Зуд
- Потливость
- Краснота кожи
- Румянец на лице
- Сужение дыхательных путей

Прочие расстройства, причины которых пока не определены (или не доказаны)

- Сокращение или прекращение менструальных циклов
- Изменение сексуального желания
- Галлюцинации
- Распухание ступней ноги и лодыжек

- Затруднения с оргазмом
- Неконтролируемый оргазм
- Повышенное сердцебиение
- Тревожные состояния
- Прибавление в весе

Расстройство у плода или новорожденных

- Недостаточность веса (при рождении)
- Симптомы отмены

Ниже описываются механизмы, приводящие к подобным расстройствам.

Воздействие опиатов на центральную нервную систему

Эйфория

Ощущение эйфории испытывают отнюдь не все потребители метадона. Так, лица, принимавшие героин, утверждают, что последний вызывает гораздо более отчетливые эйфорические состояния, нежели метадон. В этом, впрочем, нет ничего удивительного, так как героин часто употребляют через инъекции или курение, а в таких случаях эффект наступает гораздо быстрее, чем при принятии метадона внутрь. Тем не менее, потребители наркотиков утверждают, что даже введенный путем инъекции метадон вызывает качественно иные эйфорические ощущения, чем героин.

Те, кто находится “на метадоне”, часто описывают свое состояние, как отсутствие симптомов отмены, но нарастание чувства тревоги, психологического дискомфорта, разнообразные стрессы, характерные для лиц, проходящих курс детоксикации, означают, что метадон все же способствует снятию неприятных ощущений, даже если это не воспринимается как явная эйфория.

Механизм, посредством которого опиаты вызывают ощущение эйфории и спокойствия, еще до конца не изучен. Возможно это обуславливается их воздействием на ту часть головного мозга, которая именуется *locus cerulis*. Именно там сосредоточена значительная часть рецепторов опиатов, именно этот участок несет ответственность за чувства паники, страха, беспричинной тревоги.

В любом случае система, вызывающая ощущение эйфории, функционирует не так, как системы, снимающие боль и создающие физическую зависимость от опиатов.

В теории при увеличении доз опиатов эйфорический эффект усиливается. Тем не менее, многие из тех, кто в течение долгого времени принимал метадон, порой увеличивали дозы почти до смертельных, и тем не менее утверждали, что полученный “кайф” сильно уступал героиноному. Вполне вероятно, что случаи отравления метадоном при передозировке часто вызываются желанием потребителей добиться такой же эйфории, как и при приеме героина, хотя метадон, судя по всему, просто не способен вызвать аналогичные ощущения.

Эксперименты с участием лиц, не страдающих ни от каких болей и ранее не употреблявших опиаты, показывают: далеко не все, кому давали опиаты, испытывают приятные ощущения. Более того, кое-кто даже испытывал дисфорию – состояние подавленности, растерянности, усугубляющееся порой тошнотой.

Ощущение приятной теплоты в желудке

Опять же, как и в случае с большинством опиатов, это ощущение часто сопровождает эйфорию. Механизм воздействия не изучен.

Снятие болевых ощущений

Опиаты снимают боль, приводя в действие систему механизмов, о которых речь пойдет ниже, и хотя боль снимается обычно лишь частично, опиаты способствуют изменениям в субъективном восприятии болевых раздражителей, что порой делает даже сильную боль вполне терпимой.

Опиаты не изменяют чувствительность нервных окончаний к боли. Скорее, они вмешиваются в то, как происходит передача болевых сигналов через нервную систему в мозг. Это достигается:

- через уменьшение проводимости возбуждения по нервным волокнам – от нервных окончаний в спинной мозг;
- путем создания помех через возникновение химических соединений, которые позволяют болевым сигналам поступать через нервные волокна в спинной мозг;
- стимулированием возникновения серотонина (также известного под названием 5НТ) и норадреналина (также именуемого норэпинефрином), которые существенно гасят интенсивность болевых сигналов, поступающих в головной мозг;
- воспроизводя действие эндорфинов в очагах скопления рецепторов;
- действуя на спинной мозг, они понижают способности организма рефлекторно реагировать на болевые раздражители.

Способность опиатов подавлять реакции организма на различные раздражители носит избирательный характер и не затрагивает осязание, слух, зрение и пр.

Вялость

Опиаты оказывают на организм седативное воздействие, хотя у тех, кто ежедневно принимает привычные дозы метадона, ощущения вялости появляются достаточно редко. Потребители опиатов привыкают к затуманенности сознания, которая может быть разновидностью вялости. Другие побочные явления, зафиксированные при исследовании воздействия опиатов на организм, включают:

- неспособность сосредоточиться;
- апатию;
- пониженную физическую активность;
- летаргию;
- понижение остроты зрения.

Когда подобные симптомы появляются у лиц, в течение долгого времени принимавших метадон, следует тщательно проверить истинные причины их возникновения, прежде чем приписывать их воздействию метадона.

Тех, кто собирается пройти курс метадоновой терапии, следует предупредить о том, что метадон обладает седативным воздействием, что он может создавать проблемы при выполнении операций, требующих специальных навыков и умений, например, при вождении автомобиля. Это проявляется особенно отчетливо (и может приводить к передозировкам), когда одновременно с метадоном принимаются и прочие воздействующие на центральную нервную систему депрессанты (алкоголь или бензодиазепины).

Сон

Большинство пациентов, получающих метадон для приема на дому, принимают его на ночь, чтобы лучше уснуть. У многих потребителей наркотиков нарушен нормальный режим сна, и они часто используют метадон как снотворное.

Воздействуя на соответствующие рецепторы, метадон функционирует в качестве седативного средства, вызывает смены настроения. Это проявляется более отчетливо в первые часы после приема средства, когда концентрация метадона в крови несколько повышается. Но у тех, кто систематически принимает метадон, его концентрация в крови приобретает более или менее постоянный характер, поэтому связь приема метадона с

хорошим сном чаще носит чисто психологический характер, выступая чем-то вроде самовнушения.

Успокоительное и снотворное воздействие метадона особенно ценятся теми, кто склонен испытывать состояние беспричинной тревоги, находится в плену безотчетных страхов. Некоторые клиенты жалуются на то, что прием метадона напротив создает проблемы со сном, хотя трудно сказать, в какой степени эти расстройства вызваны метадоном, а в какой их вызывает

- Более упорядоченный прием наркотиков после начала курса терапии.
- Беспорядочный прием наркотиков.
- Нереалистические надежды на метадон как на действенное снотворное.
- Ранее существовавшие, хотя до конца и не осознанные проблемы со сном.
- Скрытое состояние тревоги и прочие проблемы, связанные с психическим здоровьем.

Тошнота и рвота

Ощущение тошноты, ассоциируемое с приемом опиатов, отчасти вызвано их прямым воздействием на хеморецепторную триггерную зону (ХТЗ), расположенную в той части головного мозга, что называется “продолговатый мозг”.

Не все, однако, легко подвержены воздействию опиатов на ХТЗ, но и у тех, кто отличается восприимчивостью, постепенно (хотя порой медленно) устанавливается толерантность. Метадон редко является причиной рвоты. Те, кто занимается разработкой дозировок для стационарных пациентов, отмечают, что рвота – весьма нетипичная реакция на метадон. Специалисты, предпочитающие назначать метадон в растворе, отмечают, что пациенты неплохо переносят препарат, хотя на первых стадиях курса лечения склонны уверять врачей в обратном.

Те, кто, принимая метадон, оказываются подверженными приступам рвоты, как правило, испытывают это по причинам, не имеющим отношения к метадоноу. Вероятнее всего рвоту вызывают:

- неумеренное потребление алкоголя;
- переедание;
- ранее существовавшие расстройства пищеварительной системы;
- уже имевшие место заболевания желудка (например, язва).

Все это, конечно, может усиливаться в результате воздействия на ХТЗ метадона и вызванной им замедления работы пищеварительных органов (см. Воздействие метадона на вегетативную нервную систему). О рвоте в качестве побочной реакции на метадон нередко заявляют клиенты при обследовании перед назначением метадоновой терапии, причем нередко такие жалобы сопровождаются просьбой выписать метадон в таблетках или ампулах для инъекций.

Даже если все вышеперечисленные причины рвоты исключены как не имеющие отношения к данному пациенту, врач прежде чем удовлетворить просьбу последнего назначить ему метадон в таблетках или ампулах, должен убедиться, что тошнота и рвота – не плод бурного воображения пациента, ибо просьба прописать таблетки может скрывать стремление использовать их в измельченном виде для инъекций, или продавать на черном рынке.

Если наркологами все же принимается решение прописать пациенту водный раствор метадона для приема внутрь, желательно, чтобы курс терапии, по крайней мере, на начальной стадии, проводился в обстановке, позволяющей наблюдать за реакцией организма пациента. Первую оценку результатов следует провести через неделю после начала терапии. Как правило, состояние пациента быстро стабилизируется, и проблема рвоты уже не будет казаться ему столь серьезной.

Угнетение дыхательной функции

Угнетение дыхательной функции возникает обычно как результат тормозящего воздействия тех или иных факторов на дыхательные центры в стволе головного мозга, когда уровень двуокси углерода в крови повышается.

Опиаты также оказывают тормозящее воздействие на центры, регулирующие наши дыхательные ритмы. Такая реакция организма имеет место обычно при передозировках, когда именно остановка дыхания оказывается причиной смерти.

Угнетение дыхательной функции в сочетании с злоупотреблением никотином нередко приводят к возникновению у потребителей опиатов хронических и весьма серьезных инфекционных заболеваний грудной клетки. Персонал наркологических учреждений должен быть готов к такому повороту событий, так как это поможет вовремя начать необходимое лечение и избежать применение антибиотиков в больших дозах.

Угнетение кашлевого рефлекса

Опиаты также обладают прямым угнетающим воздействием на те центры в продолговатом мозге, которые отвечают за возникновение кашля в виде ответной реакции на те или иные раздражения в дыхательных путях.

Тяжесть в конечностях

Причиной этой легкой реакции организма на метадон еще толком не изучена. Возможно, это происходит, когда метадон действует на нервные проводящие пути, в сочетании с притоком крови в периферийные кровеносные сосуды.

Судороги

Судороги обычно возникают как следствие приема опиатов в количествах, значительно превышающих нормальные терапевтические дозировки. Существует теоретическая возможность таких осложнений как следствия приема метадона, хотя нет опубликованных и экспериментально проверенных данных на этот счет. Судороги возникают как результат действия неких механизмов, возбуждающих определенные участки головного мозга и в то же время подавляющих выработку некоторых химических соединений, которые обычно регулируют нормальную деятельность головного мозга.

При возникновении судорог вследствие приема метадона, применяется налоксон. Также может оказать существенную помощь диазепам. Противосудорожные препараты порой оказываются малоэффективными. См. также заметки об эпилепсии в конце раздела (рубрика: “Метадон и различные заболевания”).

Воздействие опиатов на вегетативную нервную систему

Метадон оказывает достаточно серьезное воздействие на вегетативную нервную систему. Это может быть результатом того торможения, которое возникает в ряде рецепторов опиатов.

Воздействие опиатов на вегетативную нервную систему может быть гораздо более длительным и стойким, чем на другие области организма человека.

Сухость во рту

Все средства, содержащие опиаты, понижают отделение слюны, слез, а также слизи в дыхательных путях, блокируя те рецепторы, которые отвечают за эти процессы.

Запоры

Метадон в состоянии гасить серию мускульных сокращений, которые способствуют прохождению пищи в толстой кишке.

Собственно, опиаты настолько успешно замедляют прохождение пищи в пищеварительных органах, что могут с пользой применяться при лечении дизентерии. Метадон также заметно понижает раздражения рецепторов, вызывающих акт дефекации, и увеличивает давление анальной запирающей мышцы, что еще больше повышает вероятность запоров, от которых страдают очень многие потребители опиатов. Лучшими средствами от запора следует считать прием грубоволокнистой пищи и увеличение потребления жидкости (не содержащей алкоголя).

Тошнота

Опиаты ослабляют работу желудка, а также снижают деятельность и размеры двенадцатиперстной кишки, заставляя соответствующие мускулы сокращаться. Это может замедлить прохождение пищи через тонкую кишку по меньшей мере на двенадцать часов. Это может также вызвать ощущение тошноты (см. выше), а кроме того, создать обманчивое впечатление полного желудка — даже через несколько часов после еды.

Сужение зрачков (миозис)

Опиаты, возможно, воздействуют на глазодвигательный нерв, вызывающий такое сокращение зрачка, что остается только крошечное отверстие, через которое и проходит свет. Толерантность к такому воздействию опиатов вырабатывается не скоро, после долгого их употребления.

Кстати, суженные зрачки являются достаточно надежным показателем наличия опиатов в крови.

Проблемы с мочеиспусканием

Задержки мочеиспускания – достаточно редкая реакция на метадон.

Опиаты могут повышать напряжение запирающих мышц мочевого пузыря, создавая тем самым трудности с мочеиспусканием.

В дополнение к этому метадон может способствовать более энергичному сокращению мочевого пузыря, вызывая ощущение очередного позыва.

Воздействия, связанные с выделением гистамина

В крови, легких, органах пищеварения имеются особые клетки (mast cells), в функции которых входит распознавание “чужаков”, вторгающихся в организм, и их уничтожение. Когда такая клетка сталкивается с неким “враждебным” веществом, она как бы лопается, выделяя гистамин. Гистамин играет важную роль в аллергических реакциях организма. Он вызывает целый ряд полезных реакций, оповещающих организм о вторжении в него чужеродных элементов. Так, под воздействием гистамина расширяются мельчайшие кровеносные сосуды под кожей, отчего возникает:

- румянец на лице,
- покраснение кожи,
- зуд

а кроме того гистамин вызывает сокращение дыхательных путей.

Повышенное потоотделение

Это приводит к скоплению белых кровяных тел – лейкоцитов, готовых вступить в отчаянную борьбу с “оккупантами”. Сокращение дыхательных путей может быть вызвано действием защитных механизмов, задача которых -- воспрепятствовать проникновению в

организм чужеродных элементов. Подобные реакции могут усиливаться при тревожных состояниях.

Чувствительность клеток, продуцирующих гистамин, к различным веществам приносит организму явную пользу, например, реагируя на болезнетворные бактерии, но она же может приносить и вред, вызывая у людей сенную лихорадку как реакцию на пыльцу растений.

Молекулы метадона (как, кстати, и других опиатов), обладают способностью проникать в клетки, продуцирующие гистамин, и провоцировать освобождение последнего, что и приводит к последствиям, описанным выше. Но эта реакция не называется аллергической – здесь молекула метадона сама вторгается в клетку, а не клетка реагирует на присутствие в организме чего-то чужеродного. Так или иначе, у лиц, принимающих метадон, не возникает толерантности к таким проявлениям.

Повышенное потоотделение

Многие из тех, кто в течение длительного времени, принимают метадон, страдают потливостью, и отчасти это происходит из-за выделения гистамина. Впрочем, слишком обильная потливость при отсутствии других характерных реакций на гистамин может указывать на действие каких-то других, еще не изученных факторов.

Прочие реакции организма на метадон

Употребление метадона порой связывается еще с рядом явлений, причины которых, однако, так и не получили пока точного научного объяснения. Их перечень составлен на основе устных показаний клиентов и специальной литературы.

Все эти явления случаются как у потребителей метадона, так и у представителей самых широких слоев населения. Если удавалось установить зависимость между приемом метадона и такими реакциями организма, это особо оговаривается.

Нарушение менструального цикла

В этом перечне такое расстройство упоминается особенно часто. Разумеется аменорея (отсутствие менструаций) может также вызываться стрессами или плохим питанием. У женщин, в течение длительного времени принимающих метадон, уровень гормонов, регулирующих менструальный цикл, остается в пределах нормы, не наблюдается аменорея и в качестве побочной реакции на употребление опиатов для снятия боли. Тем не менее, существует немало свидетельств пациенток о восстановлении нормального менструального цикла во время детоксикации или сразу после нее, при том что в это время возрастают стрессовые нагрузки, а аппетит оставляет желать лучшего.

Все женщины, принимающие метадон, должны знать: прекращение менструаций отнюдь не исключает вероятность того, что они могут забеременеть.

Изменения в сексуальном влечении

Считается, что все опиаты в той или иной степени отрицательно влияют на сексуальное влечение. Причина этого явления пока остается неизученной. Тем не менее, очень многие потребители опиатов недвусмысленно дают понять, что теперь “секс их больше не интересует”. Возможно, это скорее свидетельствует об определенной переоценке ценностей, где сексуальная активность в их глазах явно утрачивает былую привлекательность, чем о вынужденном снижении уровня такой активности.

В небольшом исследовании (обследовано 29 человек) Сисеро и др. установили, что уровень тестостерона в крови у лиц, принимавших метадон, на 43% ниже, чем у тех, кто употреблял героин и у представителей контрольной группы.

Другие потребители метадона, напротив, склонные связывать с приемом метадона явное повышение сексуального желания. Не исключено, однако, что это вызвано не в меньшей мере стабилизацией их состояния, снижением стрессов и потребления алкоголя, чем прямым фармакологическим воздействием метадона.

Задержка оргазма и неконтролируемый оргазм

Метадон способен повышать напряжение в запирающей мышце отключающей уретру, что у мужчин создает ощущение “задержки оргазма”. Сложности с контролем оргазма могут вызываться повышением чувствительности в силу того, что метадон оказывает на организм меньшее седативное воздействие, чем героин.

Галлюцинации

В литературе, описывающей общее воздействие опиатов (откуда, кстати, путем экстраполяции добываются сведения о свойствах метадона), часто упоминаются галлюцинации, да и потребители героина порой воспринимают свои дремотные состояния как результат приема наркотика, вызывающего изменения восприятия. В то же самое время учитывая более медленные и менее сильные воздействия метадона, трудно предположить, чтобы у человека, проходящего курс лечения от наркозависимости и ранее не имевшего никаких проблем с психикой, вдруг стали возникать галлюцинации как следствие приема метадона.

Распухание ступней ног и лодыжек

Это редкая, быстро проходящая реакция на метадон, обычно возникающая в начале лечения. Как правило, через несколько недель терапии распухание прекращается. Его причины пока не изучены.

Учащенное сердцебиение

Это также достаточно кратковременная реакция организма на метадон, когда уровень последнего в плазме крови достигает пика, что бывает примерно через четыре часа после принятия дозы внутрь. Причины этого явления пока не установлено, и оно редко создает какие-то особые проблемы.

Тревога

И это состояние экстраполировано на метадон из литературы, описывающей возможные реакции организма на опиаты. Далеко не все те, кто их принимает, испытывают от этого приятные ощущения. Однако потребители метадона составляют особую группу и, как правило, получали удовольствие от приема опиатов.

Повышенный уровень тревоги может быть обусловлен целым рядом причин, например, такими как:

- общий тревожный фон;
- недостаточные дозировки метадона;
- прекращение употребления бензодиазепинов;
- прекращение потребления алкоголя;
- появление большого количества свободного времени как результат отказа от героина и изменением связанного с его приемом образа жизни.

Большинство потребителей опиатов утверждают, что переход на метадоновую терапию способствует понижению тревожного фона.

Прибавление веса

Раствор DTF 1 мг/1 мл не отличается высокой калорийностью (всего 110,7 ккал на 1 мл). Это означает, что прием 50 мг метадона по своей калорийности (85 ккал) равен примерно двум сухим печеньям, а потому появление лишнего веса во время метадоновой терапии вряд ли можно объяснять, как это порой делается, повышенной калорийностью метадона.

Другие факторы, способствующие появлению лишнего веса

- Повышенный аппетит у лиц, принимающих метадон (по сравнению с потребителями героина).
- Неправильное питание.
- Недостаточность веса в начале курса терапии.
- Недостаточно подвижный образ жизни.
- Уменьшение стрессов.

Воздействие на новорожденных

В разделе 11 (Метадоновая терапия для групп с особыми потребностями) подробно обсуждается

- Терапия беременных.
- Прочие опасности для развития плода (порой значительно превосходящие риски, сопряженные с приемом метадона).
- Патронаж новорожденных.

Опасности для здоровья детей, матери которых принимают метадон

У новорожденных, матери которых употребляли метадон во время беременности, как правило, не отмечалось повышенного уровня врожденных аномалий. Проблемы, перечисленные ниже, выглядят достаточно тревожно, особенно когда оказываются сведенными воедино, но их следует воспринимать в сочетании с приводимыми здесь пояснениями, и в общем контексте оценки степени риска, приводимой в стандартном справочнике по этому вопросу, например “Наркотики в период беременности и кормления грудью. Опасности для внутриутробного развития плода и для новорожденных” (№ 59 в списке использованной литературы).

Стандартная терапия с помощью метадона рассматривается специалистами как риск степени В:

“Эксперименты на людях и животных не показали наличия пагубного воздействия наркотиков на беременных женщин в первые три месяца беременности. Не было также обнаружено никаких аномалий и в последующих двух третях цикла беременности (№ 59). Не раз высказывались предположения, что синдром отмены метадона у новорожденных проявляется гораздо сильнее, чем синдром отмены героина и что, быть может, есть смысл матерям, ранее принимавшим героин, продолжать его прием до родов, особенно если они делают это через курение. При том, что эта гипотеза может вполне соответствовать истине, специалисты сходятся во мнении, что в подавляющем большинстве случаев прочие риски, сопряженные с незаконным употреблением наркотиков – передозировки, резкое прекращение приема, суррогатов фальсификатов, склонность к преступной деятельности – перевешивают потенциальные неприятности, связанные с достаточно слабыми проявлениями симптомов отмены у грудных младенцев, непосредственно после появления их на свет.

Этот тезис получил поддержку в работе “Наркотики в период беременности и кормления грудью”, где терапия посредством метадона в течение долгого времени или с применением высоких дозировок, относится авторами к риску группы D:

“Есть определенные данные, свидетельствующие о потенциальном риске для плода, вызванном употреблением матерью наркотических средств, но преимущества такой терапии даже при беременности, перевешивают все возможные минусы”.

Если замена героина метадонем (по схеме постепенного уменьшения дозировок или в виде заместительной терапии) в состоянии предотвратить неприятности, связанные с употреблением будущими матерями наркотиков, и способствовать лучшему патронажу беременности (посредством более тесного контакта будущей матери с соответствующими службами), тогда такое вмешательство следует лишь приветствовать.

Возможные последствия приема метадона во время беременности

Основные проблемы, возникающие у новорожденных, матери которых во время беременности принимали метадон, это, в первую очередь:

- недостаточный вес новорожденного;
- синдром отмены у младенца.

В некоторых исследованиях отмечаются также учащение случаев желтухи, синдром внезапной смерти новорожденного и вообще повышенный уровень детской смертности. Все эти ситуации обсуждаются далее и для их осмысления следует обращаться к общим замечаниям, приведенным выше.

Недостаточный вес

Статистика указывает на повышенное количество новорожденных с недостатком веса, причем как правило их матери употребляли опиаты.

Так, Джонстон цитирует 11 работ, в совокупности описывавших 1200 младенцев, матери которых в качестве единственного или основного наркотика, принимали метадон. 25% из них обладали недостаточным весом.

Новорожденные, матери которых принимали исключительно метадон, как правило, реже обладают недостаточным весом, чем такие же младенцы, матери которых принимали только героин, но зависит ли это от различия в наркотиках или обусловлено какими-то иными причинами, установить пока не удалось.

Неоднократно высказывались предположения, что недостаточный вес новорожденного – следствие того, что прием героина его матерью тормозил его внутриутробное развитие. Даже если это и впрямь так (при отсутствии сколько-нибудь убедительных доказательств на этот счет), существует и ряд других факторов, сказывающихся на слишком малом весе младенцев, родившихся от матерей, употреблявших опиаты, а именно:

- Преждевременные роды.
- Бедность.
- Плохое питание.
- Курение.

Симптомы отмены у новорожденных

От 42 до 95% новорожденных, матери которых принимали опиаты, могут испытывать синдром отмены.

Интенсивность синдрома отмены у новорожденных не определяется количеством опиатов, принимавшихся матерями и уровнем содержания этих наркотиков в крови младенцев. Как правило, такой синдром дает о себе знать в течение 48 часов после родов, но в отдельных случаях он вполне может иметь место и 7—14 дней спустя.

Симптомы отмены у новорожденных

Симптомы отмены у новорожденных, обычно связанные с приемом их матерями опиатов во время беременности.

- Возбудимость, проблемы со сном
- Чихание
- Сосание кулачка
- Пронзительный плач
- Водянистый стул
- Гиперактивность
- Плохое сосание
- Слабое прибавление веса
- Неприязнь к яркому освещению

Симптомы, менее часто ассоциирующиеся с синдромом отмены.

- Зевота
- Рвота
- Увеличение отделения слизи
- Повышенная реакция на звуки
- Судороги (редко)

Прочие проблемы у новорожденных, приписываемые влиянию метадона

К проблемам, возникающим у новорожденных и объясняемым обычно тем, что их матери во время беременности принимали метадон, также относятся:

- повышенный уровень детской смертности;
- синдром внезапной смерти новорожденного;
- желтуха.

Впрочем специалисты нередко делают важную оговорку: судя по анализам мочи, многие беременные женщины принимали не только метадон, но и другие наркотики, а потому в высшей степени непросто отличить воздействие метадона от реакций организма на иные наркотические средства.

Несколько повышенный уровень смертности детей, матери которых во время беременности принимали наркотики (а не исключительно метадон), в большей степени объясняется преждевременными родами и рождением мертвого плода (на поздних стадиях беременности). Тем не менее, существуют два фактора, которые необходимо иметь в виду при анализе данных таких исследований: во-первых, большинство таких исследований проводилось в 70-е годы, когда уровень перинатальной смертности был выше, чем сейчас, а, во-вторых, исследования большей частью проходили в США, чья система здравоохранения значительно отличается от британской.

На связь между наркозависимостью и синдромом внезапной смерти новорожденных (SIDS) указывалось в одном авторитетном исследовании, где было проверено 702 новорожденных, из которых умерло 20 (2,8%). В другом случае авторы исследования не смогли приписать такой рост смертности воздействию того или иного наркотика: при обследовании 313 младенцев не было отмечено сколько-нибудь значительного увеличения летальных исходов. Смертность вполне соответствовала среднему показателю по данному району. Надо особо подчеркнуть, что все эти исследования проводились еще до того, как практика выкладывания новорожденных на спину во избежание синдрома внезапной смерти получила широкое распространение.

Желтуха – сравнительно редкое заболевание у новорожденных, матери которых принимали метадон или героин. Впрочем, она легко поддается лечению и проходит, не причиняя вреда младенцу.

Угнетение дыхательной функции у новорожденных

Это не самая характерная проблема для детей, рожденных матерями, привыкшими к наркотикам и получавшими метадоновую терапию. Как постоянно свидетельствуют многочисленные обследования, показатели шкалы APGAR (стандартные показатели

нормального развития младенца) у детей, матери которых принимали метадон, примерно соответствуют средним значениям.

Когда метадон не при чем

Есть смысл особо обратить внимание на явления, к которым метадон никакого отношения не имеет, хотя как потребители опиатов, так и наркологи подчас связывают их с систематическим употреблением метадона.

Итак, терапевтические дозы метадона не приводят к таким последствиям, как:

- нарушение функций жизненно важных органов и систем организма (даже при больших дозах);
- значительное нарушение координации;
- невнятная речь;
- различные аномалии у новорожденных;
- ослабление мыслительных способностей (как при опьянении).

Кроме того, метадон:

- не обладает противосудорожным действием (даже при повышенных дозах);
- не повышает уровень женских гормонов, стимулирующих оплодотворение.

Долгосрочные побочные явления

Долгосрочные токсические побочные явления при приеме метадона (как, собственно, у всех опиатов фармацевтического типа), при соблюдении всех необходимых правил гигиены и в контролируемых количествах – немногочисленны и по сравнению с алкоголем, никотином и незаконно принимаемым героином, достаточно безобидны. С середины 60-х годов число зарегистрированных случаев метадоновой заместительной терапии только в США превысило цифру полтора миллиона человек-лет. Тысячи тщательно задокументированных историй болезни подтверждают вывод М. Дж. Крика о том, что “изменение биологического и биохимического плана безусловно, имеют место при применении метадона, но побочные явления, которые можно установить клиническим путем, незначительны даже у тех, кто постоянно получает заместительную метадоновую терапию. Токсикации в период долгосрочных курсов лечения метадонем, случаются очень редко. Наиболее заметные сдвиги в состоянии пациентов, в ходе длительной терапии с помощью метадона как раз связаны с общим улучшением здоровья и питания по сравнению с их состоянием перед началом лечения” (№ 85). Основные проблемы, возникающие в ходе длительного применения метадона – это заметное ухудшение состояния зубов, запоры и случайные передозировки.

Стоматологические проблемы

Метадон традиционно прописывается в виде водных растворов (на том или ином сиропе). При постоянных контактах зубов с сахаристой жидкостью возникает опасность кариеса (особенно, у передних зубов).

53% потребителей метадона, принимающих его в виде раствора, жалуются на проблемы с зубами. Существует три типа стоматологических заболеваний, связанных с метадоном.

- Высокое содержание сахара в растворе метадона способствует возникновению винного камня.
- Кислотная основа препарата может привести к повреждению зубной эмали.
- Метадон, как известно, понижает слюноотделение, а слюна – одно из наиболее действенных средств защиты от винного камня, которые вырабатывает наш организм. Тем не менее, не следует упускать из вида и некоторые факторы, не имеющие отношения к метадоноу, а именно:
 - Ранее существовавшие проблемы с зубами.
 - Злоупотребление сахаром.

- Плохая гигиена полости рта.

Кроме того, не надо забывать, что:

- Метадон – это сильный анальгетик, который может подавить зубную боль.
- Героин также сильный анальгетик, а значит зубная боль может снова дать о себе знать, когда у пациента возникнет стабилизация на метадоне.
- Потребители кокаина также нередко проходящие курс метадоновой терапии, имеют обыкновение порой втирать кокаин в десны для проверки его чистоты. Кокаин приводит к онемению десен, в то время как различные контаминанты порождают заболевания соседних зубов.

Специалисты отмечали появление дополнительных проблем с зубами у лиц, принимавших героин внутривенно и не получавших метадоновой терапии. Это служит подтверждением точки зрения, согласно которой у потребителей опиатов часто возникают неприятности с зубами, и что метадоновая терапия не столько создает новые проблемы, сколько усугубляет уже имеющиеся.

Профилактика зубов

Стоматологи настоятельно рекомендуют принимать водные растворы метадона без содержания сахара, особенно при долгосрочной терапии. Однако, они считают, что куда более существенно своевременно информировать пациентов о потенциальном вреде, который может причинить зубам прием метадона, а также о том, как важно:

- употреблять поменьше сахара;
- следить за гигиеной полости рта;
- регулярно проходить осмотр у стоматолога;
- полоскать рот после приема метадона;
- принимать метадон через соломинку;
- регулярно чистить зубы.

Метадон и обмен веществ

Метадон растворяется в липоидах, жироподобных веществах нашего организма, поэтому он легко попадает в кровь из желудочного тракта. Его расщепление происходит в печени, причем, проходя первый раз через печень, он подвергается довольно сложному метаболизму.

Метадон хорошо связывается альбумином (и прочими протеинами плазмы), а кроме того, легко поглощается различными тканями организма (не причиняя им вреда), а именно:

- легкими,
- печенью,
- почками,
- селезенкой.

Концентрация метадона в этих органах обычно выше, чем в крови. Между этими хранилищами метадона в организме и кровью происходит достаточно медленный обмен “товаром”. Метадон активен, когда находится в крови и, следовательно, может попасть в головной мозг. Даже если метадон уже находится в вышеозначенных “хранилищах”, пациент/клиент почувствует его воздействие, только когда вещество попадает в кровь. Метаболиты метадона выносятся из организма через мочу и кал. Кроме того, до 10% неусвоенного метадона принимавшегося перорально, также покидает организм при мочеиспускании и дефекации. Метадон можно также обнаружить в поте и слюне. Довольно большие концентрации метадона находятся в желудочном соке. Во время беременности его содержание в плацентной крови составляет до 50% концентрации в крови матери.

Период полувыведения

Период полувыведения наркотика связан со временем, за которое его содержание в крови понижается до 50% его пиковой концентрации. Период полувыведения диаморфина (героина) равен примерно трем минутам. В случае с метадоном его период полувыведения зависит от того, первая ли это доза или часть общего длительного курса терапии.

Отдельная первая доза

Период полувыведения отдельной дозы метадона, принятой перорально, короче, чем при постоянном употреблении этого вещества. Это происходит потому, что большая часть впервые поступающего в организм метадона, сначала направляется в “хранилища”, расположенные в тканях и органах и, следовательно, в кровь попадает лишь остаток. После того, как метадон попадает в организм (перорально), его уровень в крови повышается часа на четыре, а потом идет на убыль. Обычно период полувыведения метадона равен 12—18 часам и в среднем составляет 15 часов.

График

Обычное содержание метадона в плазме крови
Время в часах

Первые дни приема

Хранилища метадона в легких, почках, печени и пр. обычно наполняются в первые 3 дня приема вещества. После первого дня приема последующие дозы метадона уже не так активно поглощаются “хранилищами” и, стало быть, концентрация метадона в крови заметно возрастает. Время полувыведения, тем самым, означает лишь удаление вещества из системы организма и может колебаться от 13 до 47 часов со средним показателем 25 часов.

График, приведенный ниже, описывает первые три дня приема метадона, когда и происходит заполнение хранилищ в тканях. Первые 3 дня приема метадона (перорально) – раз в день через каждые 24 часа.

График

Характерное содержание метадона в плазме крови
Время в часах

Регулярный прием

При систематическом приеме метадона различия в его концентрациях в крови незначительны. Пациенты могут принимать лекарство в какое-то конкретное время, но это не имеет сколько-нибудь заметного влияния на уровень метадона в крови.

Регулярный прием (раз в день)

График
Характерное содержание метадона в плазме крови
дни
(см. график в книге)

Пропуск дозы

Если пациент пропускает 1 день приема метадона, его концентрация в крови будет неуклонно снижаться в течение 24—48 часов.

По истечении 25 часов у пациента, принимающего метадон регулярно, раз в день, уровень вещества в крови будет равняться примерно половине от максимальных показателей, т. е. концентрации метадона через 4 часа после приема. После перерыва в 48 часов уровень метадона будет плавно понижаться и достигнет 25% от максимальных показателей.

Трехдневное восстановление прежнего состояния после пропуска суточной дозы на 10-й день приема

График (см. в книге)

Характерное содержание метадона в крови

Дни

Толерантность

Механизмы, обеспечивающие установление толерантности

После однодневного приема опиатов у человека начинается вырабатываться толерантность. Поэтому по истечении определенного срока та же дозировка уже будет оказывать менее ощутимое воздействие на организм потребителя.

Толерантность к различным воздействиям, которые опиаты оказывают на наш организм, возникает сепаратно, причем с разной степенью интенсивности. Иначе говоря, потребитель опиатов может выработать полную толерантность к какому-то одному явлению, например, к тошноте, но не выработать ее к другому (например, к запорам).

Толерантность к метадону устанавливается очень медленно, -- именно поэтому его и используют для лечения наркозависимости. Механизм возникновения толерантности, пока что мало изучен, но во всяком случае достоверно известно, что количество рецепторов опиатов в организме не увеличивается.

Судя по всему, постоянное присутствие в организме внешних опиатов нарушает то биохимическое равновесие, которое устанавливается в головном мозге человека.

Выработка естественных опиоидов сокращается, так как в их воздействии становится меньше необходимости, причем метаболизм внешних опиатов происходит энергичнее. Концентрация в крови других естественных нейротранмиттеров, таких, как норадреналин и серотонин, повышается, потому что их воздействие маскируется высоким уровнем содержания опиатов. По мере нарастания их уровня в крови они могут даже начать гасить воздействие внешних опиатов.

Толерантность -- это сочетание действий трех основных механизмов, призванных компенсировать постоянное присутствие в организме опиатов.

- Невроадаптация -- изменением в нервных окончаниях
- Повышение метаболизма наркотического вещества
- Поиски путей компенсации воздействия наркотического вещества

Скорость развития толерантности к опиатам

Толерантность к опиатам развивается быстрее при повторном и последующих приемах наркотического вещества.

Толерантность к опиатам обычно вырабатывается в течение двух недель после начала систематического ежедневного приема наркотика. Толерантность к метадону устанавливается гораздо медленнее, чем в случаях потребления других опиатов и, следовательно, не создает таких острых проблем, с какими сталкиваются потребители других опиатов. Поскольку метадон обладает более пролонгированным действием, его

уровень в крови и реакции организма на его появление отличаются определенным постоянством.

Проявление симптомов отмены – или ощущение пациента, что при постоянном приеме метадона, он получает его “недостаточно”, -- далеко не всегда напрямую связаны с развитием толерантности к этому веществу. Среди прочих вероятных причин тут следует назвать прекращение незаконного употребления других опиатов, а также возрастающие психологические нагрузки, возникающие при переходе на метадон, что снижает эффективность действия последнего.

Толерантность к таким побочным явлениям, вызванным метадоном, как сужение зрачков (миозис) и запоры, устанавливается медленно (а порой и вовсе не наступает), и эти реакции продолжают иметь место и после нескольких лет лечения.

Скорость исчезновения толерантности

Толерантность может исчезать так же быстро, как и возникает – через неделю-другую после уменьшения дозировки метадона (или прочих опиатов). Толерантность может пройти, и человек окажется подвержен действию наркотиков, что называется, по полной программе.

Это означает, что лица, прошедшие курс детоксикации, а также те, кто принимает опиаты от случая к случаю, рискуют отравиться, приняв чрезмерную дозу.

Перекрестная толерантность

Поскольку опиаты оказывают на организм относительно схожее воздействие, нередко во избежание появления симптомов отмены один опиат заменяют другим. Это явление именуется перекрестной толерантностью. Степень перекрестной толерантности двух опиатов прямо пропорциональна степени сходства их воздействия на соответствующие очаги в организме. Исключение из общего правила являет собой бупренорфин (темгезик), который, будучи назначен в качестве замены героина или метадона, усиливает симптомы отмены, так как блокирует очаги скопления рецепторов опиатов.

Передозировки

В 1992 году зарегистрировано 345 случаев смерти потребителей опиатов, прямо или косвенно связанных с приемом наркотиков, причем

- 51 человек скончался от передозировки героина,
- 131 человек – от передозировки метадона.

Следует иметь в виду, что метадон – один из наиболее сильных опиатов. Он действует не сразу, обладает достаточно большим периодом полувыведения, может вызывать угнетение дыхательной функции, каковая нередко и становится причиной смерти.

Метадон вполне доступен для приобретения на черном рынке, так как существует немало лиц с высокой степенью толерантности, чья ежедневная доля может оказаться смертельной для тех, кто не выработал толерантности. Это отчасти объясняет то, что из всех скончавшихся от передозировки, только 25% состояли на наркологическом учете в Министерстве внутренних дел, а также почему те, кто проходил метадоновую терапию, редко умирают от передозировки.

Опасные дозировки

Взрослые:

Для взрослых, у которых не выработалась толерантность к метадоноу, доза в 50 мг может оказаться смертельной. Летальными могут стать и меньшие дозы, если метадон

принимают в сочетании со спиртным или другими средствами седативного воздействия, вроде бензодиазепинов.

Дети:

Для детей смертельной считается доза в 10 мг, хотя один ребенок принял 60 мг метадона и выжил. Дети особенно подвержены опасности воздействия метадона при передозировке. В разных странах мира отмечены множественные случаи детской смертности от передозировки метадона. Если ребенок случайно принял какое-то количество метадона, следует срочно обратиться к врачу.

Как избежать передозировки

Метадон должен поступать и храниться во флаконах со специальными крышками, которые не могут быть сняты детьми. На флаконах обязательно должны иметься этикетки с указанием количества и концентрации лекарства и с предупреждением об опасности передозировки.

Специалисты должны помнить сами и постоянно напоминать клиентам о том, что флаконы даже с особыми крышками могут все же быть откупорены маленькими детьми.

Следовательно, упаковки с метадоном надлежит хранить так, чтобы они ни в коем случае не попали в руки детей.

Лица, получающие метадон на руки для приема дома, обязаны помнить об осторожности. Они должны приложить все усилия, чтобы метадон не был использован не по назначению. Вот ряд советов, соблюдение которых с самого начала курса лечения поможет потребителям метадона не допустить передозировки и, следовательно, избежать опасности смертельного исхода.

- Старайтесь не оставаться в одиночестве в течение первых двух-четырех часов после принятия первой дозы, назначенного вам метадона.
- Если вы перешли с уличных наркотиков на метадон, не пытайтесь отметить это событие добавлением незаконных опиатов к прописанному препарату.
- Не принимайте самостоятельно другие лекарства, если вы проходите курс метадоновой терапии. Если это так необходимо, попросите кого-нибудь побыть с вами.
- Не добавляйте к метадоноу алкоголь.
- Избегайте добавлять к метадоноу транквилизаторы (или схожие лекарства).

Признаки отравления метадоном при передозировке

- Тошнота и рвота
- Сужение зрачков
- Вялость
- Синеватая, холодная и влажная кожа
- Пониженное сердцебиение
- Пониженное систолическое давление
- Понижение температуры

Если дозировка велика, а принявшему ее не оказана медицинская помощь, может иметь место

- Одышка
- Дыхательная недостаточность, с цианозом (синюхой) и апноэ (остановка дыхания)
- Судороги в результате гипоксии (кислородного голодания)
- Смерть

Метадон в небольших количествах способствует уменьшению частоты дыхания; большие дозы сокращают объем вдоха (выдоха). Это происходит, потому что метадон ослабляет работу дыхательного механизма.

Лечение отравлений при передозировке.
Первая помощь

Отравление метадонном – серьезное происшествие. При подозрении, что нечто подобное имело место, вызывайте “скорую помощь”.

Если пострадавший потерял сознание, его следует положить на бок, чтобы он не захлебнулся при рвоте.

Не рекомендуется искусственно вызывать у пострадавшего рвоту, так как при потере сознания он может захлебнуться.

Медицинское вмешательство

Врач должен дать пострадавшему 50 г активированного угля и наблюдать за его состоянием по крайней мере в течение суток.

Ребенку следует дать 10 г активированного угля. Взрослым, у которых не выработалось толерантности к метадону, в случае принятия дозы более чем в 30 мг, может потребоваться промывание желудка. Такое промывание может принести пользу и через 4 часа после приема повышенной дозы, так как метадон замедляет работу органов пищеварения.

Взрослым, проходящим курс лечения метадонном, может иметь смысл назначить промывание желудка, если они приняли метадон в количестве, вдвое превышающем обычную суточную дозу -- в зависимости от индивидуального уровня толерантности и реакции организма. Есть сведения о том, как пациенты принимали метадон в количестве в четыре раза превышающем их привычную суточную дозу – и оставались в сознании.

Налоксон (наркан)

Это антагонист опиатов быстрого действия, применяемый для ликвидации пагубного эффекта от метадона при передозировках.

Налоксон конкурирует с метадонном за воздействие на рецепторы головного мозга.

Налоксон весьма показан при коматозных состояниях, а также при так называемом брадипноэ (очень замедленное дыхание), возникающих при отравлении метадонном. Если респираторные функции не налаживаются, рекомендуется назначить повторные (более высокие) дозы налоксона через 2—3 минуты после первой. Можно также вводить его внутривенно, в зависимости от того, как реагирует на это лекарство организм.

Соответствующие схемы применения налоксона указаны в Британском национальном фармацевтическом справочнике (BNF).

Учитывая весьма длительный период полувыведения метадона (15 часов для однократной дозы или 25 часов для постоянных потребителей) в случае передозировки налоксон приходится применять достаточно долго. Даже если у пациента намечается улучшение, он может снова испытать ухудшение, когда воздействие налоксона заканчивается. Крайне важно, чтобы пострадавший от передозировки находился под наблюдением врачей по крайней мере 24 часа. Так или иначе, любой потребитель опиатов, которому вводили налоксон, может испытать острый синдром отмены, если постарается слишком быстро покинуть больницу, где ему была оказана первая помощь.

Дополнительная терапия

Если пациентам с угнетением дыхательной функции не помогает налоксон, может потребоваться применение искусственного дыхания.

В случае судорог желательна применение диазепама. При гипотонии (пониженном давлении) неплохо помогают внутривенные вливания, а также инотропы.

Симптомы отмены и их причины

Для обсуждения прочих вопросов, связанных с синдромом отмены см. также

- раздел 2. Научно-исследовательские основы метадоновой терапии
- раздел 7. Задачи и виды терапии
- раздел 9. Метадон и детоксикация

Сознание и тело человека неплохо адаптируется к присутствию в организме опиатов.

Понижение уровня опиатов в крови может нарушить установившееся равновесие, и организм крайне болезненно отреагирует на перемену. Признаки возникающего дисбаланса в совокупности именуется синдромом отмены.

Все сказанное выше не относится к явлениям, связанным с процессом высвобождения гистамина. Как только метадон перестает поступать в организм и вторгаться в клетки-“охранницы”, прекращается выделение избыточного гистамина.

При долговременном приеме метадона, его уровень в крови поддерживается поступлениями вещества из “хранилищ” в тканях ряда органов. Следовательно, симптомы отмены могут дать о себе знать через 1—2 дня после уменьшению дозировки или прекращения приема метадона.

Лица, заканчивающие курс детоксикации в стационаре, могут испытывать острые симптомы отмены в течение 10 дней после приема последней дозы метадона.

Острота симптомов напрямую связана с уровнем тревоги пациента. Поэтому подробная информация о том, какие последствия отмены приема препарата ожидают пациента, способна помочь ему значительно лучше выдержать неприятный период.

Симптомы отмены

Во время метадоновой терапии (равно как при долгом употреблении опиатов) наблюдается понижение активности нейронов, реагирующих на норадреналин. Когда опиаты перестают поступать в организм, нейроны начинают функционировать активно, что приводит к повышению уровня норадреналина.

Именно этот физиологический процесс в сочетании с повышенным тревожным фоном несет ответственность за появление классического набора симптомов отмены приема опиатов, каковые и перечисляются ниже.

- Общая слабость
- Зевота, чихание
- Повышенное потоотделение
- Высокая температура (в сочетании с ознобом)
- Тремор (дрожание рук и пр.)
- Мурашки на теле
- Бессонница
- Раздражительность, агрессивность
- Мускульные спазмы, непроизвольное подрагивание (особенно ночью)
- Поносы
- Тошнота, рвота
- Потеря аппетита

Причина острых болей (“ломота” в костях) в конечностях и пояснице, так и не изучена.

Лишний вес как причина понижения метадона в крови

Симптомы отмены возникают не только как следствие уменьшения дозировки метадона. Порой уровень метадона в крови понижается, когда человек начинает прибавлять в весе. Метадон растворяется в жирах. Жировые отложения могут играть роль “складов метадона”. Если пациент начинает быстро набирать вес, это отражается на уровне содержания метадона в крови. При возрастании жировых отложений, больше метадона отправляется “на склад”, а значит, его активность в крови снижается. И наоборот, при сокращении жировых отложений, метадон “со складов” выбрасывается в кровь и начинает активно действовать.

При значительном наборе веса пациента, проходящего курс метадонотерапии, целесообразно увеличить дозировку. Кстати, это обстоятельство следует учитывать до начала лечения, когда производится расчет дозировки для того или иного конкретного пациента.

Взаимодействие различных средств

Название	Степень взаимодействия	Воздействие	Механизм
алкоголь	-	повышенный седативный эффект	дополнительное угнетающее воздействие на ЦНС
барбитураты	средняя	понижение уровня метадона, повышенный седативный эффект	повышенный метаболизм в печени, совокупное угнетение ЦНС
бензодиазепины		повышенный седативный эффект	совокупное угнетение ЦНС
бупренорфин		нейтрализующий эффект	при метадонотерпии может применяться без ущерба для здоровья при низких дозах метадона (не более 20 мг/день)
карбамазепин	средняя	понижает уровень метадона в крови	повышенный метаболизм в печени; метадон применяется в режиме ВД
хлорал гидрат		повышенный седативный эффект	совокупное угнетение ЦНС
хлорметиазол		повышенный седативный эффект	совокупное угнетение ЦНС
циметидин	средняя	возможно повышение уровня метадона в крови	удерживает ферменты печени от участия в метаболизме метадона
цизаприд домперидон метоклопрамид		в сочетании с этими лекарствами морфин действует особенно быстро и оказывает повышенный седативный интерес	не изучен
циклизин	сильное	при инъекциях в сочетании с опиатами может вызывать галлюцинации	не изучен
кодеин		повышенный седативный эффект	совокупное угнетение ЦНС
декстропропоксифен		повышенный седативный эффект	совокупное угнетение ЦНС
дизульфирам (антабус)	зависит от рецептуры метадона	полная терапевтическая антиалкогольная реакция	некоторые рецептуры метадона содержат алкоголь
антидепрессанты	сильная (с	возбуждающее действие на	не установлен

МАОИ содержащие моклобемид и селегилин	петидином), следует избегать применения вместе с метадоном	ЦНС – делириум, гиперпирексия, судороги или респираторная недостаточность	
налтрексон	высокая	снижает воздействие метадона при передозировке (долгосрочно)	антагонист опиатов, срабатывает, борясь за рецепторы опиатов
наллоксон	высокая	снижает воздействие метадона при передозировке (краткосрочно)	антагонист опиатов, срабатывает, борясь за рецепторы опиатов
фенобарбитон	средняя	понижает уровень метадона в крови	повышение метаболизма в печени (см. карбамазепин)
фенитоин	средняя	понижает уровень метадона; симптомы отмены	повышение метаболизма в печени
рифампицин	высокая	понижает уровень метадона в крови; симптомы отмены	повышение метаболизма в печени
трициклические антидепрессанты (амитриптилин)	средняя	повышенное седативное воздействие	не установлен
окислители мочи (аммониум хлорид)		понижает уровень метадона в крови	усиление мочеотделения
ощелачиватели мочи (бикарбонат соды)	средняя	повышает уровень метадона в крови	уменьшение мочеотделения
зидовудин		повышает уровень зидовудина	не установлен
зопиклон		оказывает повышенное седативное воздействие	совокупное угнетение ЦНС

Метадон и различные заболевания

Как и все опиаты, метадон не вызывает заболеваний каких-либо важных органов. Даже длительное употребление метадона не приводит к таким серьезным заболеваниям, хотя и оказывает отрицательное воздействие на зубы.

Астма

Способность опиатов вызывать выброс гистамина (что, кстати, является ключевым моментом в возникновении приступа астмы) означает, что теоретически метадон вполне может стать причиной резкого ухудшения состояния лиц, страдающих астмой.

Этот потенциальный риск следует иметь в виду, в то же время не забывая о том, что:

- метадон способствует стабилизации состояния наркозависимого пациента, снижает стрессы и, тем самым, улучшает общее состояние здоровья астматика;
- незаконный героин с его высокими дозировками оказывает отрицательное воздействие на астму;
- курение героина вызывает прямое раздражение дыхательных путей.

Диабет

В водном растворе метадона может содержаться глюкоза, что, безусловно, оказывает отрицательное влияние на состояние диабетиков. Для лиц, страдающих диабетом, следует готовить жидкий метадон без сахара.

Эпилепсия

Даже большие дозы метадона не оказывают противосудорожного воздействия на организм.

Прочие опиаты при высоких дозировках могут вызывать судороги и, следовательно, этого же можно ожидать и от метадона. Даже если прием метадона может вызвать эпилептический припадок (хотя на этот счет не имеется никаких точных данных), метадоновая терапия все-таки может весьма способствовать установлению более прочных контактов пациента с медицинскими службами и специалистами, способными обеспечить лечение судорог, а также прописать дозировки метадона более предсказуемые по своим последствиям, а значит и менее опасные для здоровья, чем героин.

Если пациент страдает эпилепсией, важно сразу установить, что именно он принимает в качестве противосудорожного средства, так как и карбамазепин и фенитоин взаимодействуют с метадоном (см. выше).

В работе Мура и др. высказывается убеждение, что нарушения в работе печени не сильно влияют на метаболизм метадона. Новик и др., обследовав пациентов с хроническими заболеваниями печени, проходившими долгосрочный курс метадоновой терапии, установили, что в принципе нет необходимости менять назначенную схему. В то же самое время они признали, что при внезапных изменениях в функции печени, следует существенно пересмотреть схему приема лекарства.

Вместе с тем у пациентов с серьезными поражениями печени такая заместительная терапия в принципе может ускорить (в силу дополнительных нагрузок на печень) развитие порто-соматической энцефалопатии. Это токсическое состояние, вызванное неспособностью печени осуществлять метаболизм целого ряда веществ. Оно может носить временный и обратимый характер; но также способно причинить серьезный ущерб функции головного мозга.

Это означает, что при нарушении функции печени (как следствие перенесенного гепатита В или С или длительного злоупотребления алкоголем) следует проявлять особую осторожность при терапии с помощью метадона: нужно тщательно отслеживать реакции организма на назначенные дозировки. Особую осторожность надо соблюдать при назначении дозировок выше 50 мг, поскольку есть данные о том, что в течение первых 2—6 дней лечения пациенты умирали в результате передозировки. Отмечалось, что для снижения такого риска, прежде чем приступить к лечению, имеет смысл проверить работу печени.

Боль

Метадон – анальгетик (болеутоляющее средство), а это означает, что у тех, кто его принимает, заметно притуплены болевые ощущения. Анальгетический эффект метадона может колебаться в зависимости от обстоятельств. Так, вполне вероятно, что как средство снимающее боль, метадон может действовать не так эффективно, когда будет применяться для предотвращения возникновения симптомов отмены. Это означает, что болевые ощущения могут снова возникнуть у пациента за несколько часов до приема следующей дозы.

Поскольку то или иное заболевание может оказаться достаточно запущенным, сотрудники наркологической службы должны быть заранее готовы к жалобам пациента на боли – до того, как он заявит о них. В случае необходимости следует проверить, где именно находится источник болевых ощущений, с целью подборки соответствующей терапии. При снижении дозировок метадона многие потребители опиатов жалуются на появление сильных болей. Часто это обычное проявление синдрома отмены, но тем не менее, врачи

должны удостовериться, что боли не вызваны иными причинами и ранее не ощущались из-за высокого уровня опиатов в организме.

Если не попытаться снять эти болевые ощущения, потребители опиатов некоторое время спустя могут вернуться к незаконному приему наркотиков, занявшись самолечением и пытаясь унять боли.

Если налицо проблема возникновения толерантности к опиатам, можно в качестве болеутоляющих средств прописать такие, не имеющие отношения к опиатам анальгетики, как аспирин, парацетамол или ибупрофен (из числа нестероидных противовоспалительных препаратов). Однако порой бывает крайне трудно убедить потребителей опиатов, которые склонны возлагать большие надежды на анальгетики-опиаты, согласиться перейти на другие лекарства.

Резюме

- Метадон – достаточно простое синтетическое вещество, которое по своему воздействию на организм схоже с естественными опиатами.
- Метадон воздействует на целый ряд участков в организме, вызывая достаточно сложную систему реакций.
- В отличие от многих назначаемых лекарств-наркотиков, метадон не вызывает долговременные побочные явления.
- Пациенты вырабатывают толерантность к некоторым из явлений, вызываемых метадоном, хотя порой это происходит достаточно медленно.
- Толерантность к запорам и миозису (сужение зрачков) отмечается редко.
- Симптомы отмены употребления метадона, как правило, вызываются реакцией организма на отсутствие опиатов в вегетативной нервной системе.
- Метадон не вызывает врожденных аномалий у детей.
- Метадон поглощается тканями определенных органов тела, где и хранится, систематически поступая в кровеносную систему.
- Метадон взаимодействует с целым рядом лекарственных средств и имеет отношение к определенным заболеваниям общего характера.
- Передозировка метадона – серьезная медицинская проблема, требующая немедленного вмешательства со стороны специалистов.
- При лечении пациентов, принимавших слишком большую дозу метадона, следует иметь в виду, что метадон – это вещество долговременного действия.

РАЗДЕЛ 5

МЕТАДОН И ЗАКОН

Поставки и хранение метадона

Выписывание рецепта

Какими бланками пользоваться

Заполнение бланков не от руки

Отпуск и получение метадона

Метадон в больницах

Регистрация наркозависимых лиц в Министерстве внутренних дел

“Наркоман на учете”

Вождение автомобиля

Инспекция по наркотикам Министерства внутренних дел

Выезд пациента за границу

Резюме

Введение

Оборот наркотических средств в Соединенном Королевстве регулируется двумя законодательными актами. Так, Закон о лекарствах 1968 года определяет правил производства поставок всех лекарственных средств, и его реализация редко затрагивает интересы широких слоев населения. В соответствии с этим законом, все лекарственные средства подразделяются на 3 категории:

- Лекарства, отпускаемые только по рецептам
- Лекарства, продаваемые исключительно в аптеках
- Лекарства общего списка

Метадон входит в первую категорию (отпускается строго по назначению врача). Второй законодательный акт – Закон о злоупотреблении лекарственными средствами 1971 года. Его основная функция – не допускать несанкционированной продажи населению определенных препаратов.

Препараты, о которых идет речь в этом законе, именуется “контролируемыми лекарственными средствами”. В их число входит и метадон.

Эти два закона регулируют самые разные аспекты производства, поставок, назначения, хранения, употребления метадона (а также ликвидация его запасов).

Крайне существенно, чтобы сотрудники наркологических служб, контактирующие с лицами, употребляющими метадон, были осведомлены о требованиях, которые предъявляет закон к их деятельности, и о последствиях для них и их клиентов, которыми чреваты его нарушения.

Поставки и хранение метадона

О производстве метадона и правилах, регулирующих этот процесс, шла речь в разделе 3 – Производство метадона и существующие формы.

Кто имеет право поставлять и выписывать метадон?

Правом выписывать “контролируемые лекарственные средства” наделены лишь представители медицинских профессий. Система особых лицензий, позволяющих врачам официально выписывать наркоманам определенные наркосодержащие вещества распространяется на диаморфин (героин), кокаин и дипипанон (анальгетический компонент диконала), но не включает (и не включала) метадон.

Официально зарегистрированные врачи могут назначать метадон как средство от боли или для лечения наркозависимости.

Исключение из приведенно выше правила составляют врачи, лицензии которых на выписывание “контролируемых лекарственных средств” были отозваны Министерством внутренних дел. В связи с этим представители аптек всегда могут проверить имеет ли право тот или иной конкретный врач выписывать такие лекарства, связавшись с Министерством внутренних дел по телефону 0171 273 33 02.

Генеральный медицинский совет рассматривает как серьезное правонарушение назначение врачами “контролируемых лекарственных средств” для целей иных, нежели официальная терапия.

Лица, признанные виновными в незаконном снабжении метадоном других (в том числе и своих пациентов, которые продают или раздают препарат), могут понести суровые наказания в соответствии с Законом о злоупотреблении лекарственными веществами, так как метадон относится к так называемым лекарственным средствам класса А.

Хранение метадона

Право на хранение метадона имеют:

- лицензированные производители,
- врачи,

- медсестры или прочие представители медперсонала, выдающие лекарства по указанию врача,
 - фармацевты (в аптеках),
 - лица, которым метадон прописан на законных основаниях,
 - лица, обнаружившие метадон и направляющиеся в полицейский участок сдать находку.
- Лица, поставляющие (продающие, раздающие и пр.) метадон без специального разрешения, совершают преступление и несут уголовную ответственность, равно как и те, кто владеет метадоном на незаконных основаниях.

Выписывание рецепта

Рецепты на “контролируемые лекарственные средства” являются однократными и не подлежат продлению.

Выписывание метадона находится под специальным контролем. Отпуск метадона разрешается только по рецептам, выписанным на законных основаниях.

Образец такого правильно выписанного рецепта приводится на с.

При выписывании метадона следует неукоснительно соблюдать следующие условия:

- врач должен проставить на рецепте дату и лично расписаться (разрешается при проставлении даты использовать штамп, дата, указанная компьютером, считается недействительной);
 - рецепт выписывается химическими чернилами;
 - если рецепт выписывается не в рамках ГСЗ (Государственной службы здравоохранения) или местного органа здравоохранения, на нем обязательно нужно указывать адрес, а также телефон того, кто его выписывает (с тем, чтобы фармацевт из аптеки мог позвонить ему при возникновении каких-либо проблем);
 - если лицо, производящее назначение метадона, освобождено от необходимости выписывать рецепты вручную (handwriting exemption), оно обязано указать от руки следующие сведения:
 фамилию и адрес клиента,
 дозировку метадона, вид и крепость раствора (например, раствор метадона DTF 1 мг/1 мл), общее количество метадона в миллиграммах или миллилитрах, или количество доз – словами или цифрами.
- Если лекарство по рецепту отпускается частями, врач должен выбрать соответствующих бланк (см. ниже), указав на нем:
 общее количество метадона,
 количество, отпускаемое по частям,
 через какие интервалы отпускаются новые порции (с учетом выходных дней для аптек).
- Если выписывающий освобожден от оформления рецептов вручную, эта информация должна быть указана иным способом, но ее наличие в рецепте обязательно.

Какими бланками пользоваться?

Однократное получение

Как правило, рецепт для однократного получения метадона выписывается на стандартном белом бланке FP10. В больницах используется оранжевый бланк FP10 (HP).

Многократное получение

Рецепт для многократного получения метадона в местной аптеке выписывается врачом общей практики на бланке FP10 (MDA) в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии и на бланке GP10 в Шотландии.

Врачи в больницах Англии, Уэльса и Северной Ирландии пользуются формой FP10 (HP), а в Шотландии – HPB(A).

Заполнение бланков не от руки

Согласно предписанию Министерства внутренних дел, врачи, выписывающие более 10 рецептов в неделю на “контролируемые лекарственные средства”, могут заполнять бланки не от руки.

Это означает, что бланки рецептов могут быть заполнены ассистентами, напечатаны на машинке или компьютере, а также заполнены с использованием резинового штампа. Самому врачу остается лишь поставить свою подпись и дату (см. выше). Тем не менее, бланки, заполненные таким образом, должны содержать все необходимые сведения, о которых речь шла ранее.

Врачи, желающие получить такие льготы по оформлению рецептов, должны заполнить форму заявления, которую выдают по адресу:

The Licensing Section
Home Office
50, Queen Anne's Gate
Tel 0171 273 30 00

Отпуск и получение метадона

Метадон относится к группе 2 “контролируемых лекарственных средств”. Фармацевты, работающие в аптеках, имеют право получать, хранить и выдавать метадон при соблюдении необходимых правил.

Фармацевты, в соответствии с должностной инструкцией, обязаны отпускать метадон во флаконах со специальными крышками “от детей”. Такие флаконы должны иметь этикетку с указанием общего количества препарата и дозировки (на случай приема его по ошибке или в повышенных дозах). В остальном соблюдаются стандартные требования к оформлению отпускаемых лекарств.

Получение метадона аптеками

Партия метадона, поступающая в аптеку, принимается фармацевтом, обладающим соответствующей лицензией. Он должен проверить общее количество поступившего метадона и сделать соответствующую запись в регистрационном журнале (раздел “контролируемые лекарственные средства”). После чего поступившие запасы метадона помещаются в специальный шкаф для хранения “контролируемых лекарственных средств”.

Хранение метадона в аптеке

Метадон положено хранить в запечатом сейфе, шкафу или “помещении, устройство которого исключает несанкционированный доступ в него”. Когда метадон извлекается из такого хранилища, он должен находиться под постоянным и непосредственным контролем фармацевта.

Отпуск метадона в аптеке

При отпуске метадона фармацевт обязан делать в журнале соответствующую запись (согласно требованиям Закона о злоупотреблении наркотическими средствами).

“Контролируемые лекарственные средства” отпускаются клиентам исключительно при наличии у них рецептов врача.

Прежде чем произвести отпуск метадона клиенту, фармацевт обязан убедиться, что:

- рецепт правильно оформлен (см. выше),
- лицо, выписывающее рецепт, работает на территории Соединенного Королевства,

- подпись выписывающего рецепт знакома фармацевту (или ее подлинность установлена последним в ходе проверки),
 - дата отпуска не предшествует дате выписки рецепта,
 - препарат отпускается в течение 13 недель со дня выписки рецепта.
- На рецепте фармацевт отмечает дату отпуска препарата, причем хранит бланк рецепта в течение двух лет (если рецепт не выписан в рамках ГСЗ или МОЗ).

Получение метадона клиентом

Выдача метадона пациенту как при стационарном, так и при амбулаторном лечении, происходит в строгом соответствии с предписаниями врача. Метадон при домашнем приеме выдается исключительно тому, кому был выписан. Клиенты, которые по тем или иным причинам не в состоянии лично явиться для получения выписанной им дозы (доз) и желают прислать вместо себя кого-то другого, обязаны представить доказательство, что это другое лицо действует от их имени и в их интересах. То же самое относится к процедуре получения рецепта на метадон в соответствующих учреждениях.

Получение метадона отдельными порциями

Получение метадона отдельными порциями производится в строгом соответствии с назначением врача. Отпуск первой порции должен быть произведен в течение 13 недель со дня выписки рецепта. Фармацевт должен проставлять на рецепте дату при отпуске каждой порции и делать соответствующую запись в регистрационном журнале в разделе “контролируемые лекарственные средства”. Государственная служба здравоохранения (ГСЗ) обеспечивает соответствующие учреждения специальными бланками для ежедневного отпуска метадона наркозависимым пациентам (см. выше).

Нарушение сроков получения метадона

Клиенты, получающие метадон в местных аптеках, порой нарушают установленные сроки отпуска, приходя на день раньше или на день позже. В соответствии с буквой закона они не имеют права на получение “контролируемого лекарственного средства”, хотя на практике фармацевты без особых проблем отпускают метадон опоздавшим на день (выдавая дозу предыдущего дня), что находится в противоречии с действующим в Соединенном Королевстве законодательством.

Что же касается ситуаций, когда пациент стремится получить “контролируемое лекарственное средство” на день раньше (какими бы не были причины), фармацевт обязан незамедлительно уведомить об этом учреждение, где был выписан рецепт. Подобные просьбы могут свидетельствовать как о том, что не все в лечении идет гладко и клиент, возможно, употребляет большее количество метадона, чем прописал врач (или, напротив, спокойно пропускает дни, так как принимает другие наркотические средства), или же его не устраивают дни получения лекарства из-за занятости на работе или обязательств иного свойства.

Метадон в больницах

Уничтожение метадона в условиях стационара/клиники

Излишки метадона, накопившиеся в соответствующем в больничном отделении, следует возвращать в аптеки для последующего уничтожения. Если доза приготовлена для конкретного пациента и оказалась им не востребована, она также подлежит возврату для уничтожения.

Уничтожение метадона в аптеке

Все запасы метадона, которые числятся за аптекой и оказались невостребованными (или истек срок их годности), уничтожаются в присутствии так называемого “ответственного лица”.

С другой стороны, метадон, ранее отпущенный в соответствующее медицинское учреждение, а затем возвращенный в аптеку, может быть уничтожен фармацевтом без надзора со стороны “ответственного лица” и без вторичной регистрации в журнале учета поступлений “контролируемых лекарственных средств”.

Регистрация наркозависимых лиц в Министерстве внутренних дел Когда и кого следует ставить на учет

Закон о злоупотреблении наркотическими средствами 1973 года требует, чтобы врачи в семидневный срок извещали Главного медицинского инспектора Министерства внутренних дел о всех случаях, когда они обслуживали лица, находящиеся, по их мнению, в состоянии наркозависимости от следующих препаратов:

- Кокаин
- Пальфиум
- Диаморфин (героин)
- Дипипанон (диконал)
- Гидрокодон
- Леворфанол
- Гидроморфон
- Метадон
- Морфин
- Опиум
- Оксикодон
- Петидин
- Феназоцин
- Пиритамид

Регистрации в Министерстве внутренних дел подлежат следующие лица:

- лица, временно проживающие в стране;
- те, кто направлен в данное медицинское учреждение другим врачом/службой;
- те, кто находится, насколько это известно, на лечении у другого врача;
- те, кто недавно находился на лечении у другого врача;
- те, о ком, насколько это известно, уже было уведомлено Министерство внутренних дел;
- те, кому данный врач решил отказать в терапии.

Информация, необходимая для регистрации наркозависимых лиц в Министерстве внутренних дел

Для этого обычно используются бланки МОЗ, которые врач может получить в местной Комиссии здравоохранения, однако для регистрации бывает достаточно и письма с указанием следующих сведений о пациенте:

- фамилия,
- адрес,
- пол,
- дата рождения,
- номер карточки ГСЗ (если известен),
- дата обращения,
- наркотические средства, потребляемые пациентом,
- способ употребления (особое внимание инъекциям!),
- какие средства назначались врачом.

Извещения посылать по адресу:
 The Drugs Branch
 Home Office
 50 Queen Anne's Gate
 London, SW19AT

Конфиденциальность

Поступающая информация с грифом “конфиденциально” хранится в архивах министерства (картотека наркозависимых лиц) и открыта только для врачей, проверяющих, насколько соответствуют действительности данные, проводимые новыми пациентами, а также для тех, кто проводит научные исследования.

Как пользоваться картотекой

Для проверки достоверности данных, сообщаемых новыми пациентами, обратившимися к ним по поводу наркозависимости, врачи имеют возможность связаться напрямую со службой учета наркозависимых лиц Министерства внутренних дел в рабочие часы по телефону 0171 273 22 13.

При обращении в нерабочие часы запросы попадают на автоответчик; представители службы учета затем вступают в контакт с обратившимися с запросами врачами и дают им координаты тех, кто ранее имел дело с интересующими их пациентами.

“Наркоман на учете”

Лица, попадающие в картотеку Министерства внутренних дел, нередко именуется “зарегистрированными наркозависимыми”, хотя в действительности такого статуса не существует.

Серьезность факта постановки на учет в Министерстве внутренних дел нередко сильно преувеличивается потребителями наркотиков и многих очень пугает.

На самом деле учет вовсе не связан ни с ограничением гражданских свобод личности, ни с требованием принудительного лечения.

Регистрация наркоманов, в первую очередь, производится для того, чтобы исключить возможность получения ими наркотических средств одновременно по нескольким рецептам, а также чтобы облегчить работу как научных учреждений, так и органов, занимающихся финансированием здравоохранения. Никогда еще информация, хранящаяся в картотеке, не передавалась через представителей органов власти или здравоохранения в полицию.

Проинформировав потребителей наркотиков о правилах и принципах регистрации, врачи могут тем самым развеять их страхи и тревоги.

Полиция может установить личности тех, кто принимает метадон, но это происходит через систему Службы Фармацевтической инспекции (см. ниже).

Региональные банки данных

Помимо централизованной системы учета в ряде регионов существуют свои собственные банки данных. Эта система не носит обязательного характера, собирает сведения о количестве потребителей наркотиков, обращающихся в наркологические службы, а также о том, какие конкретные проблемы у них возникают. Такая модель используется для сбора статистических данных и помогает соответствующим органам принимать решения об объеме закупок наркотических средств. И здесь собранная информация носит конфиденциальный характер и не передается третьим лицам.

Вождение автомобиля

Права

Согласно действующему в Соединенном Королевстве Закону о дорожном движении, все лица, имеющие права на вождение автотранспортных средств или претендующих на их получение, обязаны информировать Управление по водительским правам “о наличии тех или иных факторов, способных воспрепятствовать безопасному вождению автотранспортного средства”. Управление по водительским правам рассматривает употребление наркотиков, в том числе и в рамках официально назначенной терапии, как один из таких препятствующих факторов.

Всю ответственность за нарушение предписаний УВП, следовательно, несет владелец прав (или лицо, претендующее на их получение), а не врач или наркологическая служба, оказывающие ему помощь.

УВП не выдает водительские права второй категории лицам, проходящим метадоновую терапию.

Если человек, имеющий водительские права первой категории, уведомляет УВП о том, что принимает внутрь метадон, его направляют на краткое (независимое) медицинское освидетельствование, включающее, среди прочего, и анализ мочи на наркотики. Если в моче обследуемого обнаружены только продукты метаболизма метадона, ему выдаются права сроком на один год. Таким лицам положено проходить медицинский осмотр ежегодно в течение всего курса терапии, а также в течение трех лет после того? как курс будет пройден.

Если клиент получает инъекции метадона даже по назначению врача, УВП может лишить его водительских прав. С другой стороны, предоставив в УВП заключение врача-психиатра о том, что? получая инъекции метадона, клиент оказывается под незначительным седативным воздействием, последний может добиваться того, что ему сохраняют права, на основании того, что его случай будет приравнен к ситуациям, когда метадон принимается внутрь.

Подаявая заявление о восстановлении водительских прав (или вторично претендуя на их получение), клиент обязан пройти медицинское освидетельствование (и в том числе сдать анализ мочи на наркотики). Он будет проходить такой осмотр ежегодно – до истечения трех лет после прохождения им курса метадоноотерапии.

Если при прохождении медицинского освидетельствования по требованию УВП, в моче будут найдены следы каннабиса, клиент лишается водительских прав сроком на шесть месяцев. При наличии положительной реакции на другие наркотики, он лишается водительских прав на год. При подаче заявления о возврате прав, клиенту необходимо пройти новый медосмотр. Кроме того, в случае получения прав обратно, ему придется проходить медосмотр раз в год в течение трех лет после возврата прав.

Управление автомобилем под воздействием метадона

Управление автотранспортным средством в состоянии алкогольного опьянения или под действием наркотиков, рассматривается как серьезное правонарушение. Впрочем, сам факт приема водителем метадона не ведет к автоматическому признанию его неспособным к вождению транспортных средств и при разборе дела в суде бремя доказательства того, что данное лицо не в состоянии управлять автотранспортным средством именно по причине употребления метадона, лежит на обвинителе.

Страховые компании вполне могут считать употребление метадона владельцем автотранспортного средства дополнительным риском, о наличии которого должны быть уведомлены. Они оставляют за собой право отказать в выплате страховки водителям, которые в момент дорожно-транспортного происшествия находились под воздействием метадона, пусть даже принимаемого по назначению врача.

Имеют ли право врачи нарушать конфиденциальность без согласия пациента и информировать УВП о том, что их подопечный принимает метадон, на основании того, что они сомневаются в способности пациента управлять автотранспортом – особенно, если

он водит грузовики или перевозит пассажиров? Это в высшей степени сложная этическая проблема, у которой нет однозначного решения.

При ее возникновении следует проконсультироваться с представителями соответствующих руководящих органов – по вопросу о профессиональной ответственности как врача, так и клиента. Принятие окончательного решения должно производиться с учетом всех “за” и “против”. Интересы как клиента, так и местного населения необходимо принимать во внимание. Вероятность дорожно-транспортного происшествия и связанных с ним травм и ущерба, безусловно, является сильным аргументом в пользу такого оповещения, но не следует также забывать и о необходимости сохранять доверие клиента, поддерживать с ним необходимый для решения терапевтических задач контакт.

Когда способность клиента к безопасному вождению транспорта ставится врачом под сомнение, он может решить деликатную проблему конфиденциальности, постаравшись убедить клиента самому сообщить в УВП о сложившейся ситуации – или уполномочить на это своего врача.

Инспекция по наркотикам Министерства внутренних дел

Основная функция Инспекции по наркотикам Министерства внутренних дел -- совместно с лицензионным управлением осуществлять необходимый надзор за производством и реализацией “контролируемых лекарственных средств”. Перечень лекарственных средств и правила контроля изложены в Законе о злоупотреблении наркотическими средствами 1971 года и ряде подзаконных актов.

Инспекция по наркотикам:

- вносит рекомендации по целесообразности выдачи лицензий на производство и хранение “контролируемых лекарственных средств”;
- определяет меры предосторожности, которые необходимо соблюдать всем организациям, получившим лицензию при хранении “контролируемых лекарственных средств”;
- проводит ревизии – осуществляет проверку правил хранения и учета соответствующих наркотических средств;
- расследует случаи необоснованного назначения врачами наркотических средств.

Необоснованные назначения врачами таких средств могут приводить к разбирательствам в Трибунале по злоупотреблению наркотическими средствами, каковой наделен полномочиями запретить врачу выписывать “контролируемые лекарственные средства”, если будет установлен факт его безответственного отношения к своим обязанностям. Безответственное отношение врача, в данном случае, может означать назначение несоответствующих препаратов в высоких дозах большому количеству пациентов вопреки инструкциям Инспекции по наркотикам. Речь тут не идет о назначении метадона соответствующей поддержки, потребителям героина.

Помимо осуществления ревизий и расследований, Инспекция по наркотикам также выполняет в рамках Министерства внутренних дел функции координатора, осуществляя связь между центральными органами и их отделениями на местах, ведающими вопросами злоупотребления наркотиков.

Контроль за деятельностью аптек

Журналы по учету “контролируемых лекарственных средств” в розничной сети аптек проверяются сотрудниками полиции для Инспекции по наркотикам Министерства внутренних дел. Тот, кто проводит такие ревизии, именуется Инспектором по аптекам. Именно в результате деятельности таких инспекторов всплывают случаи безответственных назначений наркотиков.

Поскольку инспектора по аптекам, как правило, являются сотрудниками отделов по борьбе с наркоманией, они не связаны обязательством не разглашать добытую в ходе расследований информацию. Поэтому именно в ходе таких проверок, когда выявляются

нарушения врачами правил назначения наркотических средств, полиция получает информацию о лицах, принимающих метадон.

Выезд за границу

При выезде за границу лица, проходящие метадоновую терапию, должны получить специальное разрешение Министерства внутренних дел, если они вывозят запасы метадона на срок более 15 дней (или более 500 мг).

Разрешение на вывоз выдается

The Drugs Licensing Section

Home Office

Room 230

50, Queen Ann's Gate,

London, SW1N9AT

Специальных бланков не существует

Лица, желающие вывезти из Соединенного Королевства вышеозначенное количество метадона, пишет соответствующее заявление.

Заявление необходимо направить по указанному выше адресу, приложив к заявлению письмо от лечащего врача с указанием следующих сведений:

- фамилия и адрес клиента/пациента;
- количество вывозимого метадона;
- концентрация и форма, в которой отпускается средство;
- дата выезда из Соединенного Королевства;
- дата возвращения.

Такое разрешение необходимо в соответствии с Законом о злоупотреблении наркотическими веществами для облегчения прохождения британского таможенного контроля. Однако следует иметь в виду, что это разрешение не имеет законной силы за пределами Соединенного Королевства. Чтобы удостовериться, что клиент имеет право ввозить метадон в страну (страны), которую собирается посетить, он должен заблаговременно навести необходимые справки в посольствах или консульствах таких стран.

Если клиент собирается покинуть Соединенное Королевство на достаточно продолжительный срок, он может договориться о получении рецептов на метадон в стране пребывания. Для этого ему необходимо обратиться с запросом в соответствующее консульство или посольство, и получить адреса и названия клиник, где он сможет удовлетворить свои потребности в метадононе.

В разрешении Министерства внутренних дел нет необходимости, если метадон вывозится в количестве, не превышающем 500 мг (запас на 14 дней), хотя никогда не мешает запастись письмом от лечащего врача, адресованном "всем, к кому это имеет отношение" и подтверждающим, что его пациент владеет метадоном на законных основаниях.

Резюме

- Каждый врач может выписать рецепт на метадон, который назначается в соответствии с правилами для всех "контролируемых лекарственных средств".
- Врачи обязаны ставить в известность отдел по наркотикам Министерства внутренних дел, если к ним обращается человек, употребляющий метадон, героин или ряд других наркотических веществ, даже если они знают, что об этом человеке уже уведомялись компетентные инстанции.
- Инспекция по наркотикам Министерства внутренних дел получает отчеты от инспекторов по аптекам относительно регистрации и учета в них "контролируемых лекарственных средств".

- Инспектора по аптекам обычно входят в состав отделов по борьбе с наркоманией, и могут делиться с коллегами информацией о людях, официально принимающих метадон.
- Вывоз метадона за границу в больших количествах допускается только при наличии специального разрешения.

РАЗДЕЛ 6

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КЛИЕНТА/ПАЦИЕНТА

Продолжительность и место проведения оценки
 Создание правильной обстановки
 Опросный лист
 Работа с опросным листом
 Сведения общего характера
 История потребления наркотиков
 Биографические сведения
 Нынешняя ситуация
 Оценка состояния клиента и ее объективное подтверждение

Введение

Оценка ситуации, связанной с потреблением клиентом опиатов – нелегкая наука. Конечный итог ее зависит от верной интерпретации специалистов таких факторов, как:

- описание клиентом своего состояния;
- история потребления наркотиков (со слов клиента);
- тип, количество, частота и способ приема наркотиков, которые, по словам клиента, он употребляет;
- объективные признаки потребления наркотиков (следы от уколов, положительный анализ мочи);
- признаки интоксикации/отмены.

Выводы будут отчасти определяться такими факторами, как:

- личность оценивающего;
 - тип учреждения, в котором происходит оценка состояния клиента;
 - имеющиеся в наличии службы;
 - уровень специальных знаний в данной области того, кто проводит оценку состояния.
- Задачи оценки состояния клиента в свете необходимости назначения ему курса терапии посредством метадона, не зависят от конкретных деталей и места, где проходит собеседование. Необходимо установить:
- является ли обратившийся потребителем опиатов;
 - состоит ли он на учете в Министерстве внутренних дел;
 - получает ли он метадоновую терапию от другого врача;
 - является ли такая терапия подходящей.

Кроме того, в ходе собеседования пациент должен получить представление

- о возможных вариантах терапии;
- о различиях между воздействием героина и метадона на организм.

В последующих разделах будет рассматриваться проблема долгосрочной терапии, а также принципы установления начальной дозировки.

В этом разделе речь пойдет об основных компонентах первичной оценки (см. образец анкеты на с.) и описываются некоторые инструменты принятия решения о терапии и способы оценки достигнутых результатов.

Продолжительность и место проведения оценки

Лица, обращающиеся за наркологической помощью, обычно проходят первичный осмотр

- В местном наркологическом центре (амбулаторно).
- В дневном стационаре (наркологический центр или больница).
- В качестве пациента больничного стационара (в течение нескольких дней).

Осмотр по месту жительства

Большинство первичных осмотров проводятся в местных наркологических центрах. Как правило, это принимает форму одного или нескольких часовых собеседований клиента со специалистом-наркологом. Как правило, врач не проводит наблюдение, как клиент чувствует себя при отмене или после приема контрольной дозы метадона.

Осмотр в дневном стационаре и в стационаре в течение нескольких дней

Такие осмотры обходятся гораздо дороже и требуют наличия команды специалистов, зато поставляют более объективную информацию, так как позволяют обследовать обратившегося за помощью

- Более тщательно
- В течение более продолжительного времени
- При участии врачей разных специальностей
- Когда он испытывает симптомы отмены
- После принятия им метадона

Кроме того, в ходе таких длительных обследований устанавливаются контакты “врач-пациент”, последний получает ряд полезных сведений о здоровом образе жизни и может обсудить весьма злободневную проблему инъекций.

Такой тип обследования рекомендуется, если:

- возникают сомнения относительно реального уровня потребления клиентом опиатов;
- обратившийся просит повышенную дозу метадона;
- имеются дополнительные “отягчающие” обстоятельства вроде употребления клиентом нескольких наркотиков или наличие какого-либо заболевания.

Создание правильной обстановки

Важно с самого начала разъяснить пациенту/клиенту цель первичного собеседования. Как правило, в местных наркологических центрах они длятся около часа.

Необходимо, чтобы клиент/пациент с самого начала знал:

- сколько продлится собеседование;
- из каких частей оно будет состоять;
- смысл записей, которые вы делаете;
- ваше отношение к понятию “конфиденциальность”;
- какие существуют варианты терапии.

Все это сделает пациента/клиента разговорчивей, и вы получите необходимые сведения.

Кроме того, такой подход поможет пациенту избавиться от нереалистичных надежд, если у него таковые имелись.

С какой целью вы проводите собеседование?

Постарайтесь внушить клиенту/пациенту, что главная цель собеседования – составить четкое представление о его проблемах, связанных с употреблением наркотиков. Кроме того дайте ему понять:

- что вы искренне готовы помочь;
- что не назначите клиенту дозу метадона больше, чем это необходимо.

Назначат ли мне метадон?

Именно этот вопрос и не дает покоя обратившемуся за помощью, заставляя его выказывать тревогу, гнев или вообще вести себя агрессивно, угрожая покончить с собой, или пойти на преступление, если ему не будет обеспечен доступ к наркотическим средствам. Порой пациенты заявляют: если им не будет прописан наркотик, то врач будет виноват в том, что он примет слишком большую дозу опиата или проникнет в аптеку, чтобы получить необходимое средство и т.д. Тем не менее, всем, кто работает с наркозависимыми лицами, следует исходить из того, что за потребление наркотиков и связанное с этим поведение ответственность несет именно пациент, а вовсе не вы. Если четко и ясно установить границы, в которых вы оба действуете, это заметно уменьшит вероятность непредсказуемых и антисоциальных поступков со стороны клиента – он поймет, что все его угрозы не помогут ему добиться требуемого. Полезно постараться внушить клиенту, что вы видите свою профессиональную задачу именно в том, чтобы ему помочь, и что если и впрямь имеет смысл прибегнуть к метадоновой терапии, дозы будут такими, какие необходимы для улучшения его состояния. Если вы сами не можете выписать метадон, то объясните, в каких отношениях находитесь с теми, кто имеет на это право, а также какую роль играет собеседование в выборе терапии.

Клиент, который понимает, что вы в принципе готовы назначить метадон – или организовать такое назначение, если сочтете его необходимым и полезным, -- будет вести себя менее скованно и охотнее пойдет с вами на контакт. Именно поэтому важно рассказать клиенту, сколько времени уходит на то, чтобы выполнить все необходимые формальности и удовлетворить просьбу о назначении метадона.

Ни в коем случае не поддавайтесь давлению со стороны клиента и не делайте того, что вам кажется неверным. Дайте понять, что вы оставляете за собой право вынести профессиональное заключение о нецелесообразности назначения метадоновой терапии (или о необходимости ее прекращения), если, на ваш взгляд, она не имеет в данном случае терапевтической ценности.

Честность

Постарайтесь убедить клиента в том, что вы не собираетесь уменьшить в два раза полученные от него данные о потреблении наркотиков и, стало быть, ему вовсе ни к чему завышать показатель вдвое. Такое заявление, возможно, станет для клиента большим сюрпризом и он не поверит в вашу искренность. а потому будьте готовы к тому, что история потребления наркотиков, которую вам расскажут, окажется несвободна от преувеличений.

Тем не менее, важно сделать все возможное для установления между вами и пациентом честных доверительных отношений, в то же самое время не упуская из вида ряд важных “индикаторов истины” и задавая вопросы о его отношении к наркотикам самыми разными способами.

Конфиденциальность

Клиентам важно удостовериться, что, выслушав их, вы не вступите тут же в контакт с полицией, их родителями и пр. Коль скоро человек соглашается на передачу вам сведений сугубо личного характера, он имеет право узнать, как вы и ваша организация трактуете понятие “конфиденциальность”.

Имеет смысл затронуть эту тему дважды – в начале и конце собеседования. Сначала в самых общих чертах, а в конце уже можно обсудить конкретные моменты: какие из полученных вами сведений вы можете передать третьим лицам, кому именно и каким образом это сделать лучше всего.

Вопрос конфиденциальности будет также затронут в разделе 10 – Практические аспекты метадоновой терапии.

Пользуйтесь стандартными опросными листами!

Каждое учреждение должно иметь свои стандартные опросные листы. Это помогает удостовериться:

- что в ходе собеседования вы ничего не упустили из виду;
- что все клиенты проходят аналогичный опрос, независимо от того, кто его проводит;
- что у вас есть письменное подтверждение того, что вы сделали, и объяснения, зачем это делалось.

Ниже приводится анкетная форма, которая может стать основой для опроса.

Можно использовать регистрационные бланки Министерства внутренних дел и местных наркологических центров для записей текущего отношения клиента к наркотикам, но они не могут заменить собой тщательно разработанную систему вопросов и регистрацию ответов.

За многие годы работы специалисты разработали ряд полезных методик для опросов и диагностики. Среди них следует назвать

- Leeds Dependence Questionnaire
- The Substance Abuse Assessment Questionnaire
- The Severity of Opiate Dependence Questionnaire
- The Diagnostic and Statistical Manual of American Psychiatric Association, 4th edition

При этом использование этих методик позволяют получить достаточно четкие и достоверные представления об уровне наркозависимости клиентов/пациентов. Разумеется, далеко не все они “идут навстречу” пациенту или специалисту. Если последние не достаточно знакомы с техникой применения этих пособий, сулимые ими преимущества могут оказаться утраченными при достаточно формальном общении с пациентом. Тем не менее, некоторые из упомянутых пособий – например Leeds Dependence Questionnaire – легки, просты и надежны.

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ (образец)

Общая информация

Собеседование проводил Дата собеседования

Анализ мочи на наркотики да/нет

Фамилия дата рождения возраст

Адрес

Врач общей практики

Кто направил в наркологическую службу

Другие службы, с которыми связан пациент (соцобеспечение, Комиссия по делам условно осужденных и пр.)

Отношения с законом (находится ли под следствием и пр.)

История потребления наркотика

Потребляемый наркотик(и)

Обычное количество

Основной наркотик

Прочие наркотики

Алкоголь – норма потребления – в день в неделю

Способ употребления наркотиков

Инъекции наркотиков

В каком возрасте впервые возник интерес к наркотикам

Название наркотика

История и способ употребления

Периоды абстиненции/причины рецидива

Личные сведения

Биография
 Работа
 Психическое здоровье
 Физическое здоровье
 Текущая ситуация
 Какие события послужили причиной обращения:
 Мотивация обращения

Семейное положение
 Характер проблем, волнующих пациента/клиента
 Предположения пациента/клиента относительно причин употребления им
 алкоголя/наркотиков и ожидаемая помощь
 Общее впечатление от пациента/клиента
 Заключение

Работа с опросным листом

При собеседовании с лицом, обратившимся с просьбой о назначении метадона, следует уделить внимание следующим моментам:

- общая информация;
- история употребления наркотиков;
- биографические сведения;
- физическое и психологическое состояние, социальное положение;
- причины обращения;
- выводы.

В этом разделе внимание уделяется опросному листу, который заполняет специалист при обращении в наркологическую службу лиц, страдающих наркозависимостью. Речь пойдет о том, как лучше получить необходимые сведения. Причем далеко не всегда это удается сделать путем прямых вопросов.

Вопросов, впрочем, в таких ситуациях приходится задавать множество. Отчасти это объясняется тем, что потребители наркотиков далеко не всегда отличаются откровенностью относительно определенных сфер своей жизни. Это, впрочем, не удивительно. У многих из них сохранились не самые приятные воспоминания относительно общения с работниками здравоохранения и служб наркологической помощи. Поэтому, если вы не будете проявлять настойчивость, задавая вопросы, то не узнаете много важного, или узнаете, но слишком поздно!

Сведения общего характера

Пациенты, обратившиеся за помощью, нередко находятся в состоянии повышенной тревоги. Поэтому сбор сведений общего характера полезен еще и тем, что помогает им расслабиться и постепенно включиться в процесс общения.

Другие организации

Следует выяснить, с какими другими организациями находится в контакте ваш клиент. Это, с одной стороны, позволяет установить степень серьезности его проблем, а с другой, определить, при участии клиента, с какими из названных организаций вы будете поддерживать контакт.

Взаимоотношения с законом

Нередко стимулом обращения в наркологическую службу выступает боязнь клиента оказаться в местах лишения свободы. Чем раньше вам удастся выявить наличие такой

проблемы, тем проще будет составить график работы с клиентом – фактор времени тут может оказаться определяющим. Так или иначе, вам следует установить в деталях:

- какие обвинения выдвигаются против клиента,
- находится ли он под следствием,
- не отбывает ли он приговор условно.

История употребления наркотиков
Наркотик(и), потребляемые теперь

Нередко потребители героина также принимают и другие наркотические средства. Причем они могут считать употребление ими бензодиазепинов, чем-то малозначительным и умолчать об этом, если им не задать прямой вопрос. Важно также установить, не принимают ли они какие-то иные наркотики по назначению врача.

Основной наркотик

При собеседовании крайне существенно выяснить основной потребляемый наркотик. Это нужно для оценки состояния клиента и подбора оптимального варианта терапии посредством метадона. Если вы рассматриваете возможность такой терапии, то должны убедиться в правильности решения. Так, нецелесообразно назначать метадон тем, кто:

- не попал в зависимость от опиатов,
- употребляет такие не имеющие отношения к опиатам средства, как амфетамины, кокаин или алкоголь.

Определение уровня потребления опиатов

Наиболее важным моментом в общей процедуре оценки ситуации является определение уровня потребления опиатов обратившимся, поскольку при назначении ему метадона и определении нужной дозировки необходимо учитывать, какое количество опиатов он в данный момент потребляет.

Подробнее об этом пойдет речь в разделе 8 – Как правильно рассчитать начальную дозу. Когда при принятии решений приходится по необходимости полагаться на то, что тебе считают нужным сообщить пациенты/клиенты, следует учитывать ряд факторов, которые в состоянии создать трудности при оценке.

Клиенты нередко

- Исходят из убеждения, что количество назначаемого им метадона будет определяться количеством потребляемых им опиатов.
- Полагают, что сведения, ими сообщенные, будут сочтены преувеличенными, а потому умышленно завышают количество потребляемых опиатов, чтобы компенсировать вероятные “урезания”.
- Сообщая о количестве потребляемых опиатов, исходят из того, сколько принимают в свои “хорошие дни”.

Учитывая вышеизложенное, к проблеме уровня потребления опиатов есть смысл возвращаться несколько раз в ходе собеседования. Ниже предлагается четырехступенчатая модель такой оценки.

В ходе собеседования по мере того как клиент утратит первоначальную напряженность, постарайтесь затронуть следующие моменты, сгруппированные, как это демонстрируется ниже. Слово “героин” можно заменить названием того конкретного наркотика, который употребляет обратившийся.

Стадия 1

- Сколько героина вы принимаете в день?
- Сколько героина вы приняли вчера?

Сколько героина вы принимаете в среднем за неделю?
Сколько героина вы приняли сегодня?

Стадия 2

Сколько дней в неделю вы принимаете героин?
Как вы себя чувствуете после приема?
Сколько времени проходит после приема, когда у вас возникает потребность в новой дозе?
Какие симптомы отмены вы испытываете в данный момент?
Какие вообще бывают симптомы?

Стадия 3

Сколько героина вы приобретаете за один раз?
Сколько платите за 1 грамм?
В какую сумму в день обходится вам ваше пристрастие?
Какое максимальное количество героина в день вы приняли на прошлой неделе?
Сколько дней на прошлой неделе вы принимали какие-либо опиаты?

Стадия 4

Сколько вы тратите в неделю на героин?
Сколько героина вам необходимо в худшие дни?
Сколько раз в день вы принимаете героин?
Когда в последний раз вы проели день без опиатов?
Случалось ли вам обходиться без опиатов более трех дней?

Тот, кто не является потребителем опиатов, вряд ли сможет дать на эти вопросы четкие, не противоречащие друг другу ответы. Если же ваш клиент действительно принимает опиаты, его ответы помогут вам воссоздать общую картину потребления: без специальной подготовки крайне сложно систематически лгать по столь широкому спектру вопросов.

Алкоголь

У незначительного числа лиц, обращающихся с просьбой выписать им метадон, есть проблемы с алкоголем. Для некоторых из них основная притягательность метадона заключается в его способности усиливать эффект от алкоголя.
В таких случаях необходимо четко объяснить клиенту задачи терапии.
Взаимосвязь между употреблением опиатов и алкоголя должна четко представляться как клиентом, так и сотрудником наркологической службы и если первым следует избегать неоправданного внимания к опиатам, то последние должны проявлять осторожность при назначении метадона.
Для многих потребителей опиатов крайне полезно наглядно представить себе, какую проблему являет их увлечение спиртным (с точки зрения количества выпиваемого и вреда, который это сулит их здоровью).

Общий характер потребления наркотиков

Установив общее количество потребляемых клиентом наркотиков, вы также должны составить для себя представление о характере потребления.
Следует определить, является ли прием наркотиков
- экспериментальным (тяга к новым ощущениям);
- для развлечения: прием происходит от случая к случаю и в целом контролируется;

- неодолимым: ежедневное употребление при сильной физической и психологической зависимости, без сколько-нибудь реального контроля над собой.

Большинство обращающихся за помощью принадлежат к последней категории. Что касается тех, кто относится к первым двум, они не нуждаются в метадоновой терапии. Очень важно установить, способ употребления героина:

- курение,
- инъекции,
- и то и другое.

Также постарайтесь выяснить, в чем обществе принимается героин:

- с друзьями,
- с поставщиками,
- в одиночестве,
- в любой обстановке, был бы наркотик.

Проблема дозы

- Величина одноразовой дозы.
- Сколько длится каждый “сеанс” принятия наркотика?
- Насколько долго хватает одной покупки?
- Остается ли на утро?

Инъекции

Наиболее опасным способом ввода наркотика в организм традиционно считается инъекция. Попадая непосредственно в кровь, наркотик тем самым минует все естественные защитные сооружения организма.

Тот, кто вводит себе наркотик с помощью уколов, рискует гораздо больше тех, кто принимает его в виде таблеток или растворов. Те, кто прибегают к инъекциям, рискуют получить ту или иную инфекцию, принять чрезмерную дозу, могут также через шприц получить или передать заразную болезнь.

Итак, инъекции таят в себе немало различных опасностей и дело не в только в том, что разные люди могут пользоваться общим шприцем. При оценке общего состояния пациента необходимо уделить особое внимание проблеме инъекций. Следует предоставить обратившемуся за помощью возможность детально обсудить этот вопрос с врачом/сотрудником наркологической службы. Сотрудник наркологической службы должен осмотреть традиционные зоны инъекций и установить наличие или отсутствие следов от уколов. При наличии таковых надо обязательно проверить, нет ли у клиента/пациента признаков инфекции или прочих осложнений, вызываемых инъекциями наркотиков.

История потребления наркотиков

При оценке состояния клиента весьма существенно восстановить в подробностях историю потребления наркотиков обратившегося в службу, чтобы оценивать его нынешнее к ним отношение в правильном контексте.

Поинтересуйтесь, какие другие наркотики принимал ваш клиент, в том числе и с чего именно начинал. Установите детали, связанные с таким приемом.

- В каком возрасте клиент впервые начал употреблять наркотики
- Характер приема (от первого опыта до настоящего времени)
- Причины, побудившие клиента попробовать наркотик
- Причины, заставляющие клиента продолжать прием наркотиков
- Как прием данного наркотика связан с употреблением других наркотических средств
- Когда (и почему) был прекращен прием данного наркотика

Если у клиента были периоды воздержания от наркотиков, поинтересуйтесь

- Какова была протяженность таких периодов
- Какие именно симптомы отмены испытывались
- Чем был заменен данный наркотик
- Что побудило возобновить его употребление

Информация о периодах, свободных от наркотиков, и причинах возврата к ним может оказаться весьма полезной при планировании будущей терапии.

Когда скоро клиент имеет склонность переходить от одних наркотиков к другим, оказываясь в зависимости от вновь избранного средства (особенно если это алкоголь или бензодиазепины), то вряд ли ему поможет метадоновая терапия средней или длительной протяженности (особенно если он не откажется от своих прежних привычек).

Биография

Терапия с помощью метадона должна рассматриваться в общем контексте социально-психологической помощи. Внимание к фактам биографии клиента вызвано отнюдь не праздным любопытством: проблемы, уходящие корнями в прошлое клиента, имеют большое значение при разработке плана лечения.

Разумеется, количество и качество информации, связанной с личной жизнью клиента, определяется и его психологическим состоянием, и тем, насколько удачно установили вы с ним контакт в ходе первой встречи. Если при первом знакомстве с клиентом не удастся получить все необходимые сведения такого плана, этим можно заняться во время следующего собеседования.

В ходе такого собеседования всегда полезно задавать прямые вопросы – как это принято на консультациях в рамках социально-психологической помощи и психиатрическом освидетельствовании. Обычно речь заходит о следующих темах:

- раннее детство
- отношение родителей
- переезды с места на место, учеба
- случаи жестокого обращения со стороны взрослых
- отношения с окружающими
- брак
- работа/отсутствие работы

Речь также может зайти и о других аспектах личной жизни, названных ниже.

Криминальные проблемы

Значительное меньшинство потребителей опиатов привлекались к уголовной ответственности. Осложнения с законом носят достаточно разнообразный характер – от условных приговоров за хранение и продажу наркотиков до лишения свободы за серьезные правонарушения, связанные с употреблением наркотиков:

- кражи
- ограбления
- преступления с применением насилия (последние могут создавать значительные проблемы)

Анализ истории правонарушений клиента и их последствий (привлечение к ответственности, осуждение и пр.), среди прочего, позволяет определить серьезность пристрастия его к спиртному – так как правонарушения, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, указывают на наличие значительных проблем в этой области.

Психическое здоровье

Сведения о депрессиях, психозах и прочих психических расстройствах также очень важны при оценке состояния клиента, так как указывают на области, где в будущем у клиента могут возникнуть осложнения.

Кроме того, нужно установить, не находился ли клиент на лечении в психиатрических больницах, не пытался ли совершить самоубийство и не принимал ли наркотики в чрезмерных дозах. См. также раздел 11: Метадоновая терапия для групп с особыми потребностями.

Физическое здоровье

Многие потребители опиатов имеют низкие доходы, ведут нездоровый образ жизни и слабо поддерживают контакты с организациями системы здравоохранения. Возникающие у них проблемы со здоровьем могут являться как результатом потребления опиатов, так и следствием их хаотического образа жизни.

Во время собеседования следует выяснить, какие проблемы со здоровьем возникали у клиента в прошлом, какие беспокоят его в настоящем – и сделать прогноз относительно потенциальных заболеваний в будущем. Обычно достаточно задать клиенту вопрос о его общем самочувствии, но в принципе старайтесь не упускать из вида:

- ВИЧ/СПИД. Все те, кто оказывает профессиональную помощь потребителям опиатов, должны иметь четкое представление о признаках и симптомах СПИДа.
- Нарушение работы печени – как следствие перенесенного гепатита В или С, или злоупотребления алкоголем.
- Незалеченные заболевания грудной клетки – типичное явление среди потребителей опиатов с их угнетенным кашлевым рефлексом. Тем более, что большинство из них – заядлые курильщики.
- Потеря веса.
- Проблемы психиатрического/неврологического плана – эпилепсия, черепно-мозговые травмы, проявления психопатического характера.
- Пищеварение: многие потребители опиатов страдают запорами.
- Локализованные очаги инфекции (абсцессы и пр.).
- Стоматологические проблемы.
- Беременность.

Не следует упускать из вида и то, что у потребителей опиатов вполне могут быть различные повреждения и заболевания, протекающие в скрытой форме, так как опиаты выполняют роль анальгетиков. Поэтому для выводов об общем состоянии обратившихся за наркологической помощью, необходим осмотр врача.

Текущие обстоятельства

События, послужившие поводом для обращения

В этом разделе обсуждается несколько тем, которые помогают яснее представить причины, побудившие потребителя опиатов обращаться за помощью, а также определить, какие случаи и организации в состоянии наилучшим образом отреагировать на его проблемы.

Отыскать мотив

Крайне важно определить, почему ваш клиент решил именно сейчас обратиться за помощью. Это позволит вам понять, в каком направлении и почему он хотел бы изменить свою жизнь. Это, в свою очередь, даст вам возможность определить цели и задачи терапии.

Семейное положение

Чтобы оказать потребителю опиатов необходимую помощь, нужно четко представлять семейное положение клиента и круг его знакомств. Для этого следует задать ему вопросы следующего содержания:

- Как потребление наркотиков отражается на семье потребителя?
- Приводило ли это к нарушению нормальных отношений?
- Что думают члены семьи потребителя наркотиков об употреблении наркотиков?
- Проявляют ли они озабоченность, страх?
- Нуждаются ли они в помощи и поддержке их позиции?
- Способны ли они оказать помощь и поддержку своему наркозависимому родственнику?

Дети

Проблемы у родителей, потребляющих наркотики, подробно обсуждаются в разделе 11: Метадоновая терапия для групп с особыми потребностями.

Важно при первом собеседовании определить, есть ли у клиента родительские обязанности и если да, то насколько успешно он их выполняет.

Социальные контакты

В этом плане важно задать такие вопросы:

- Есть ли у вашего клиента друзья, которые не имеют никакого отношения к наркотикам или вся его жизнь строится вокруг наркотиков и наркоманов?
- Имеется ли работа (или перспективы ее получения)?
- Есть ли у вашего клиента интересы и занятия, не имеющие никакого отношения к наркотикам?
- В состоянии ли ваш клиент завязать и поддерживать отношения?

Ответы на эти вопросы помогут вам понять, насколько важную роль играют в жизни вашего клиента наркотики и на что (или кого) именно он не прочь опереться, если планирует отказаться от них.

Финансы

Финансовое положение клиента – важный показатель его ситуации. Многие занимаются продажей наркотиков, чтобы окупить свое потребление. Многие оказываются в долгах или начинают заниматься криминальной деятельностью.

Те, кто потребляют в Соединенном Королевстве в среднем 1 грамм героина в день, тратят на это до 300 фунтов в неделю – или приобретают наркотики иным путем – меняя героин на вещи или работая в незаконной сексуальной индустрии.

Клиент может испытывать немалые беспокойства относительно долгов – как из-за наркотиков, так и по причине обычных бытовых проблем. Не исключено, что ему необходимо выговориться по этому поводу.

Оценка состояния клиента и ее объективное подтверждение

Крайне важно как можно скорее отправить образец мочи клиента для проверки на наличие следов наркотиков в лабораторию или провести экспресс-анализ непосредственно во время собеседования.

Если такой анализ окажется положительным, то это станет очень серьезным аргументом для всех, кто так или иначе имеет отношение к сложившейся ситуации.

Особенности проведения таких анализов обсуждаются в разделе 10: Практические аспекты метадоновой терапии.

Контакты с другими организациями данного профиля (разумеется, с согласия клиента), полезны как для подтверждения сведений, сообщенных клиентом, так и для выработки скоординированного подхода к решению его проблем. Осмотр “зон инъекций” в поисках характерных следов от уколов может подтвердить факт приема клиентом наркотика через инъекции, хотя некоторые наркоманы, действуя с удивительной ловкостью, делают уколы,

практически не оставляющие следов на коже. Тем не менее, описание количества и размеров “зон”, а также характерных покраснений и гематом может оказаться вполне полезным фактором при выборе терапии.

Наблюдение поведения клиента в состоянии “отмены” или после приема очередной дозы метадона также, позволяет с достаточной объективностью определить наркозависимость. Впрочем, многие потребители опиатов (в особенности те, кто принимает незаконный героин), не всегда демонстрируют классические – по учебнику – симптомы отмены, даже через восемнадцать часов после приема последней дозы.

Резюме

- Всесторонняя оценка состояния потребителя опиатов – важный компонент в успешном лечении наркозависимости.
- Метадон относится к числу “контролируемых лекарственных средств” с высоким потенциалом наркозависимости, кроме того, даже относительно низкие дозировки могут привести к смертельному исходу. Следовательно, его надлежит назначать только тем, кто действительно принимает опиаты, причем все назначения должны быть тщательно продуманы и опираться на терапевтическую четкую программу с ясно очерченными целями.
- Если у специалиста возникают сомнения относительно целесообразности назначения метадона, уместно вспомнить, что необоснованное назначение чревато гораздо большими опасностями для здоровья клиента, нежели отказ от терапии с помощью метадона.
- Даже неспециализированные службы в состоянии обеспечить оценку состояния обратившегося, привлекая к этому специалистов.

РАЗДЕЛ 7

ЗАДАЧИ И ВИДЫ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ

Мотивация и перемены

Уменьшение вреда

Задачи терапии

Стоит ли назначать метадон?

Как определить оптимальный срок терапии?

Краткосрочная детоксикация

Долгосрочная детоксикация

Краткосрочная заместительная терапия

Долгосрочная заместительная терапия

Место лечения

Инъекции метадона

Назначение диаморфина

Резюме

Введение

Оценка состояния клиента помогает понять, в чем он реально нуждается, поэтому теперь самое время определить оптимальный метод терапии. Разумеется, выбор не в последнюю очередь будет зависеть от того, какие наркологические службы имеются в наличии в вашем районе. Как известно, органы, ведающие финансированием медицинского обслуживания, стараются, по возможности, не получать услуг “со стороны”.

При подборе терапии следует исходить из результатов оценки состояния клиента и тех задач, которые следует решить.

В этом разделе речь пойдет о двух общих принципах, лежащих в основе лечения метадонном:

- мотивация и сдвиги к лучшему
- уменьшение вреда

В свете этого анализируются

- имеющиеся в наличии варианты терапии
- критерии для установления оптимального срока продолжительности терапии

Мотивация и перемены

Модель для понимания поведения потребителей наркотиков и того, как его можно изменить, была предложена Прохазкой и Ди Клименте (stages of change model) и затем взята на вооружение многими специалистами

График

Предосознание (precontemplation)

перемены

закрепление нового состояния

более стабильное и безопасное существование

размышления о переменах

подготовка к переменам

рецидив

Мотивационное собеседование – так называется одно из “вмешательств” специалиста, который на основе этой модели “стадий сдвигов” пытается помочь наркозависимым лицам изменить характер своего поведения связанного с употреблением наркотиков, и закрепить успехи (абстиненция). Многие специалисты активно используют разнообразные методики, помогая клиентам решить те или иные проблемы, встающие перед ними в разных сферах жизни, однако полагаются именно на модель “стадий сдвигов”, чтобы понять, через что проходит клиент, оказавшись в сфере наркозависимости.

Большинство из тех, кому удастся добиться изменения укоренившихся поведенческих стереотипов, делают это вовсе не с первой попытки. Это справедливо и для потребителей опиатов. Очень многие из тех, кто избавился от наркозависимости, проходили через серию детоксикаций и возвратов к приему наркотиков, пока, наконец, не достигли устойчивой абстиненции.

Даже неудачные попытки добиться перемен к лучшему в своем состоянии кое в чем, безусловно, полезны – уроки неудач позволяют в будущем избежать ошибок и добиться лучших результатов. Шансы на успех гораздо выше у тех, кто пытался перестать принимать наркотики, но затем не выдержал и брался за старое, чем у того, кто бросает принимать их впервые. Именно по этой причине процесс отхода от пагубных стереотипов лучше представить в виде спирали, ведущей вверх. Прямая линия плохо отражает этот тип движения.

Предосознание: “Проблема? Какая еще проблема?”

На этой стадии проблема наркотиков не мало волнует потребителя. Поэтому поводу могут беспокоиться окружающие, но он сам сохраняет равнодушие. Собственно, у него, конечно, могут возникать неприятности, связанные с употреблением наркотиков, но он пока что отказывается видеть тут взаимозависимость.

Такое отношение к действительности закрепляется при частом общении с другими наркоманами, когда проблемы, перед ними возникающие, воспринимаются им как “нормальные”. Он может внушать себе, что “все что-то такое принимают” или “те, у кого возникают проблемы, находятся в худшем положении, чем я”.

Те, кто находится в состоянии “предосознания”, только выигрывают от того, что получают возможность увидеть себя и свою ситуацию в истинном свете, установить, какие из их проблем напрямую связаны с наркотиками, а также постараться понять, почему все-таки они их принимают.

Если мы вознамерились изменить стереотипы поведения потребителя наркотиков, находящегося в ситуации предосознания (ради улучшения его физического, психического или иного состояния), нам следует прежде всего предоставить ему возможность взвесить все плюсы и минусы потребления наркотиков, осознать всю степень серьезности стоящих перед ним проблем и избрать верное направление для их решения.

Осознание: “Мне плохо, но я не знаю, что делать”

Тех, кто находится на стадии осознания, уже всерьез волнует вопрос потребления ими наркотиков, но они чаще не знают, что именно надо делать для изменения ситуации, и находятся во власти сомнений насчет того, стоит ли вообще предпринимать тут какие-то усилия или оставить все, как есть. Это может выражаться в резких сменах поведения и настроения, происходящих изо дня в день.

На этой стадии (как, впрочем, и при возврате к наркотикам) “размышляющий” может сильно действовать на нервы тем, кто ему оказывает содействие: он будет просить помощи, но когда ему предложат вполне конкретную помощь, он может отказаться ею воспользоваться. Так, человек может попросить назначить ему детоксикацию, но взяться за старое, и возникнуть неделю спустя, требуя немедленного “детокса”, после чего преспокойно не явиться на собеседование для оценки его состояния с целью выработки схемы этой самой детоксикации.

На этой стадии главное для специалиста – помочь клиентам осознать свою ситуацию, составить себе устойчивое представление о том, что им реально необходимо и каким образом поставленные задачи могут быть реализованы.

Действие: “Я меняюсь!”

На этой стадии люди реализуют намеченные планы, меняют стереотипы поведения в соответствии с тем, что наметили в период “осознания”.

Само по себе “позитивное действие” занимает очень мало времени. Люди или не выполняют поставленных задач и возвращаются к размышлениям о том, что так больше жить нельзя и что надо что-то предпринять, или переходят в состояние закрепления достигнутого. На этой стадии для них крайне существенно получить помощь и поддержку, чтобы увидеть свою ситуацию в истинном свете. Этот период отличается повышенной эмоциональной неустойчивостью.

Закрепление достигнутых перемен

Это активное состояние, когда необходимо добиться удержания завоеванного. Главное тут – не успокоиться на достигнутом.

У потребителя наркотиков вполне может возникнуть ощущение, что он “сделал дело”, после чего он расслабляется, не совершив усилий, необходимых для закрепления перемен, не обращая внимания на сигналы опасности, которые посылает жизнь. Сотрудники организаций, оказывающих соответствующую помощь, порой склонны расставаться с клиентами, оказавшимися на стадии “закрепления” – и основное внимание уделяют тем, кто находится на стадии “осознания” и настойчиво требуют помощи.

Тем, кто находится на стадии “закрепления”, полезно научиться распознавать сигналы опасности, иметь возможность получать помощь, прежде чем ситуация выйдет из-под контроля. Кроме того, им очень кстати придется и поддержка со стороны тех, кто решает схожие проблемы закрепления достигнутого.

Рецидив

Это часто случается с теми, кто достиг стадии “закрепления”. Вот признаки, предвещающие такой отход назад.

Негативные душевные состояния:

- Скука
- Депрессия
- Тревога
- Гнев

Социальные моменты:

- Употребление наркотиков окружающими
- Предложения наркотиков
- Возврат к наркотикам со стороны партнеров по терапии
- Непредвиденные проблемы

Ассоциации:

- Группы
- Люди
- Места
- Деньги
- Упоминание о наркотиках в средствах массовой информации

Полезно в работе с клиентами обсуждать методы борьбы с ситуациями возврата, однако это следует делать деликатно, дабы не отбить у них желание изменить прежние пагубные стереотипы поведения.

Возврат к употреблению наркотиков не следует рассматривать как однозначно негативное явление. Поскольку многие из тех, кому удалось в конечном счете добиться закрепления достигнутого, неоднократно возвращались к наркотикам, такой рецидив – это важная часть общего процесса. И специалист, и клиент должны понимать: попытка отказаться от употребления наркотиков, которая заканчивается неудачей, сама по себе вовсе не означает, что время потрачено зря, это, безусловно, шаг в направлении благоприятных перемен. Ценность этой модели “стадий” состоит в том, что она лишней раз служит напоминанием о том, каким упрощением было бы рассматривать человека как либо “мотивированного”, либо “немотивированного”. На самом деле люди просто находятся на разных стадиях мотивации относительно разных поведенческих стереотипов. Кроме того, эта модель помогает представить в истинном свете сложность задачи добиться реальных сдвигов в своем положении – например, из состояния наркозависимости перейти к абстиненции (что, согласитесь, куда сложнее, чем наладить правильное питание или бросить курить).

Уменьшение вреда

Дополнения или альтернативы метадоновой терапии

Полный набор услуг, способствующих успешному проведению курса терапии с помощью метадона, включает такие процедуры как:

- Детоксикация в условиях стационара
- Оценка состояния пациента в условиях стационара
- Амбулаторная терапия с помощью лофексидина
- Амбулаторная терапия с помощью дигидрокодеина или бупренорфина
- Назначение инъекций наркотических средств
- Назначение диаморфина (героина)
- Проверка состояния опьянения с помощью алкогольно-респираторной трубки
- Назначение антабуса (под наблюдением врача)
- Проведение анализов на ВИЧ и консультирование по этой проблеме
- Службы психического здоровья
- Консультативная помощь
- Психотерапия

- Альтернативные терапии
- Советы по поиску работы
- Профессиональная переподготовка
- Восстановительная активность
- Реабилитация в условиях стационара
- Назначение налтрексона (под наблюдением врача)

При всей важности и полезности вышеперечисленных процедур и услуг для успешного проведения курсов метадоноотерапии, многие из них, заслуживают отдельного разговора и, к сожалению, не могут быть подробно обсуждены на страницах настоящего издания.

Задачи терапии

До 1986 года единственной задачей терапии с помощью метадона являлось достижение абстиненции. Даже сегодня очень многие представители служб специализированной помощи испытывают сомнение относительно того, какую роль они должны играть в работе с потребителями наркотиков и порой исходят из убеждения (как и некоторые бывшие наркоманы), что единственной настоящей задачей терапии является достижение абстиненции.

Сторонники теории “уменьшения вреда” также считают абстиненцию главной и конечной задачей терапии для большинства тех, с кем работают.

Ключевым моментом эффективного лечения является построение разумного временного графика, а также разумное использование имеющихся в наличии служб для оказания клиенту помощи в период, пока он еще не оказался готов добиться абстиненции.

Метадон может быть использован самыми разными способами в рамках программы уменьшения вреда, связанного с употреблением наркотиков и помощи в достижении абстиненции.

Терапия с помощью метадона окажется тем более оправданной, если будет установлен плодотворный и постоянный контакт со службами, способными предложить следующее:

- советы и информацию по проблемам ВИЧ и гепатита
 - советы по проблеме более безопасного употребления наркотиков
 - советы насчет безопасного пользования шприцами
 - консультирование
 - общая поддержка и пр.,
- а также
- прекращение инъекций наркотиков
 - значительное сокращение потребления незаконных наркотиков
 - уменьшение случаев рискованного поведения в связи с приобретением или употреблением наркотиков
 - стабилизация употребления наркотиков
 - снижение криминальной активности
 - улучшение отношений с окружающими
 - отказ от героина
 - отказ от других наркотиков
 - возможность найти или сохранить работу
 - возможность начать (или продолжить) обучение в колледже
 - сокращение потребления наркотиков
 - детоксикация и абстиненция

Стоит ли назначать метадон?

Назначение метадона оправдано, если выполняются следующие условия.

- Клиент более 6 месяцев находится в состоянии наркозависимости (но не пользуется инъекциями)
- Клиент находится в зависимости от опиатов и вводит их с помощью инъекций

Что касается метадона, то он

- не увеличит вред, связанный с приемом наркотиков
- поможет реализовать разумно поставленные краткосрочные и долгосрочные задачи из списка, приводившегося ранее.

В то же самое время метадон – отнюдь не безвредное средство, его необоснованное назначение может привести к таким пагубным последствиям, как:

- смертельная передозировка
- увеличение потребления наркотиков клиентом
- возрастание беспорядка в связанном с наркотиками образе жизни клиента
- поступление метадона на черный рынок
- деморализация представителей наркологических служб при неудачах в работе с клиентами
- понижение престижа данной службы как у потребителей опиатов, так и у представителей схожих организаций
- понижение мотивированности клиента и его способности достигнуть абстиненции
- возникновение зависимости от опиатов

Прочие причины, по которым клиенты могут просить назначить им метадон

Терапия зависимости от опиатов не начинается и не заканчивается назначением метадона. Если клиент не принимает опиаты каждый день – или принимает в малых дозах – метадон вряд ли так уж необходим. Далеко не все из тех, кто обращается с просьбой назначить метадон, -- стопроцентные наркозависимые лица, пожелавшие отказаться от употребления наркотиков. Их желание “получить метадон” вполне может быть продиктовано следующими причинами:

- поиски “статуса”: назначение метадона как бы официально утверждает их в ранге “наркомана”;
- источник доходов для приобретения героина;
- “товар” для обмена на героин;
- попытка удержать на стабильном уровне партнера с более серьезной героиновой проблемой;
- решение своей проблемы наркозависимости, убежденность, что назначение метадона – единственный способ выйти из сложного положения.

Некоторые могут просить выписать метадон, так как к этому их принуждают:

- родственник;
- друг;
- партнер;
- работодатель;
- суд.

Как определить оптимальный срок терапии?

При разработке плана лечения следует уделить особое внимание времени, которое оно потребует. Разумеется, впоследствии в план могут быть внесены соответствующие коррективы, но с самого начала имеет смысл договориться о том:

- сколько приблизительно продлится курс,
- через какие интервалы будет проводиться оценка достигнутых результатов.

В 1990 году под эгидой Всемирной организации здравоохранения был проведен симпозиум, посвященный метадоноу как средству терапии, с участием специалистов по этой проблеме из разных стран. В ходе обсуждения эксперты выработали ряд терминов, связанных с конкретными особенностями терапии с помощью метадона.

- Краткосрочная детоксикация (убывающие дозировки в течении одного месяца).
- Долгосрочная детоксикация (убывающие дозировки в течение сроков, превышающих один месяц).

- Краткосрочная заместительная терапия (стабильные дозировки сроком не более шести месяцев).
- Долгосрочная заместительная терапия (стабильные дозировки сроком шесть месяцев и более).

Ниже обсуждаются показания и противопоказания к каждой из этих четырех категорий.

Краткосрочная детоксикация

См. также раздел 9: Метадон и детоксикация

Убывающие дозировки в течение месяца (или менее того)

Если терапия с помощью метадона представляется оправданной, то определение минимальной успешности краткосрочной детоксикации должно включать в себя следующие моменты:

- контакт с организациями и службами специализированной помощи в течение всего курса;
- воздержание от приема опиатов/депрессантов в течение периода детоксикации;
- воздержание от приема опиатов по крайней мере в течение месяца по окончании курса детоксикации.

Факторы, свидетельствующие о том, что краткосрочная детоксикация может оказаться успешной	Факторы, свидетельствующие о том, что краткосрочная детоксикация может не принести успеха
Сильная мотивация перестать употреблять наркотики	Слабая мотивация перестать употреблять наркотики
Сильная система связей социальной поддержки	Слабая система связей социальной поддержки
Короткая история потребления опиатов	Длительная история потребления опиатов
Низкий уровень ежедневного потребления опиатов	Высокий уровень ежедневного потребления опиатов
Высокая степень контроля за потреблением опиатов	Низкая степень контроля за потреблением опиатов
Отсутствия потребления других наркотических средств	Потребление разных наркотических средств (например, опиаты, бензодиазепины, алкоголь)
Клиент добровольно выбирает данный вид терапии	Данная терапия выбрана под давлением третьих лиц – несмотря на сопротивление и беспокойство клиента
Клиент четко представляет себе задачи терапии и понимает преимущества жизни без наркотиков	Клиент хочет одного: “слезть” с наркотика, но понятия не имеет, как именно
Возможность проведения детоксикации в условиях стационара	Невозможность проведения детоксикации в условиях стационара
Детоксикация – часть общей программы лечения с реабилитацией в условиях стационара	Беременность (ранняя или поздняя стадия)
Клиент при потреблении опиатов предпочитает курение инъекциям	Принудительная детоксикация в результате нарушения контракта о лечении

Долгосрочная детоксикация

См. также раздел 9: Метадон и детоксикация

Убывающие дозировки в течение срока, превышающего один месяц

Если терапия с помощью метадона представляется оправданной, но краткосрочная детоксикация по тем или иным причинам невозможна, то определение минимальной успешности долгосрочной детоксикации должно включать в себя следующие моменты:

- контакт с организациями и службами специализированной помощи в течение всего курса;
- воздержание от приема опиатов/депрессантов в течение всего периода;
- воздержание от приема опиатов по крайней мере в течение месяца по окончании курса терапии.

Факторы, свидетельствующие о том, что долгосрочная детоксикация может оказаться успешной	Факторы, свидетельствующие о том, что долгосрочная детоксикация может не принести успеха
Желание клиента освободиться от наркозависимости с пониманием того, что в успехе курса детоксикации важную роль играют и прочие факторы (социальные, физические, психологические)	Клиент хочет освободиться от наркозависимости, не отдавая себе отчета в том, какие факторы могут спровоцировать возврат к наркотикам
Провал краткосрочной программы детоксикации, особенно если симптомы отмены провоцируют возврат к наркотикам	Устоявшийся хаотичный образ жизни определяемый наркозависимостью клиента
Просьба клиента о назначении курса детоксикации	Слабая мотивация избавиться от наркозависимости
Готовность решать проблемы психологического плана, способные возникнуть во время детоксикации	Отсутствие желания решать проблемы психологического плана, которые способны спровоцировать возврат к наркотикам
Наличие системы социальной поддержки (или возможность ее создания к концу курса)	Отсутствие системы социальной поддержки и невозможность создать ее в течение курса детоксикации
Желание и потребность прекратить инъекции – и пройти курс детоксикации	Стремление держать инъекции под контролем по прохождении детоксикации
Наличие поддержки от представителей служб специализированной помощи	Отсутствие поддержки от представителей служб специализированной помощи

Краткосрочная заместительная терапия
Стабильные дозировки сроком не более 6 месяцев

Если терапия с помощью метадона представляется оправданием, но детоксикация (как краткосрочная, так и долгосрочная) по тем или иным причинам невозможна, то определение минимальной успешности краткосрочной заместительной терапии должно включать в себя следующие факторы:

- контакт со службами специализированной помощи;
- поддержание контактов с этими службами;
- отказ от моделей рискованного поведения, связанного с инъекциями;
- сокращение/прекращение употребления других опиатов и депрессантов.

Факторы, свидетельствующие о том, что краткосрочная заместительная терапия может оказаться успешной	Факторы, свидетельствующие о том, что краткосрочная заместительная терапия может не принести успеха
Продолжение употребления опиатов несмотря на краткосрочную или долгосрочную детоксикацию	Долгосрочная хаотическая история потребления опиатов
Просьба клиента о краткосрочной	Давняя привычка принимать наркотики путем

заместительной терапии	инъекций
Потребление опиатов по окончании или в течение курса детоксикации	Предыдущие неудачные детоксикации после краткосрочной заместительной терапии
Перспективы улучшения социального положения, физического и психологического состояния при условии стабилизации ситуации, связанной с применением наркотиков	Клиент не видит перспектив освободиться от наркозависимости
Желание клиента создавать предпосылки успешной детоксикации	Клиент не в силах отказаться от инъекций
Клиент не испытывает зависимости от инъекций	Внутривенное употребление наркотиков, которое ранее не удалось прекратить
Наличие поддержки со стороны наркологической службы	Отсутствие поддержки со стороны наркологической службы

Долгосрочная заместительная терапия
Стабильные дозировки в течение 6 месяцев и более

Если терапия с помощью метадона представляется оправданной, но ни детоксикация (краткосрочная и долгосрочная), ни краткосрочная заместительная терапия по тем или иным причинам невозможны, определение минимальной успешности долгосрочной заместительной терапии включает в себя следующие факторы:

- контакт со службами специализированной помощи;
- поддержание контактов с этими службами;
- отказ от моделей рискованного поведения, связанного с инъекциями;
- сокращение/прекращение употребления других опиатов и депрессантов.

Факторы, свидетельствующие о том, что долгосрочная заместительная терапия может оказаться успешной	Факторы, свидетельствующие о том, что долгосрочная заместительная терапия может не принести успеха
Длительное употребление наркотиков (особенно путем инъекции)	Краткосрочная история употребления наркотиков
Успех кратковременной заместительной терапии при отсутствии готовности клиента к детоксикации	Клиент не испытывает желания упорядочить потребление наркотиков и продолжает принимать разные наркотики
Слабая система социальной поддержки	Ранее клиент принимал метадон и не проходил детоксикации
Клиенту требуется время, чтобы добиться перемен социального и психологического плана, необходимых для успешного прохождения детоксикации	Клиент выказывает готовность и способность снизить потребление метадона
Наличие поддержки от наркологической службы	Отсутствие поддержки от наркологической службы

Место лечения

Более подробная информация о действующих службах этого профиля содержится в разделе 1: История метадона и его использование как средства терапии. Службы, действующие в настоящее время в Соединенном Королевстве. В настоящем разделе анализируются имеющиеся в наличии службы с точки зрения их конкретной пригодности для конкретных видов терапии.

Специализированные центры

Специализированные центры наилучшим образом подходят для выполнения следующих задач:

- обслуживание большого количества клиентов, с которыми трудно справиться маленьким центрам;
- обслуживание тех, кто потребляет наркотики хаотически и нуждается в особом наблюдении и поддержке;
- обслуживание особо сложных клиентов, нуждающихся во внимании со стороны специалистов разного профиля – например, наркозависимые клиенты с сопутствующими проблемами в сфере психического здоровья.

С другой стороны, такие центры плохо подходят для оказания помощи следующими категориям лиц:

- тем, кто работает полную неделю (если эти центры открыты с понедельника по пятницу с 9 до 17 часов);
- жителям сельских районов с плохо налаженной работой общественного транспорта;
- потребителям опиатов, не являющимся частью “наркотической субкультуры”;
- тем, кто испытывает сомнения насчет целесообразности лечения (в таких центрах желающим пройти терапию приходится довольно долго ждать своей очереди).

Врачи общей практики

Врачи общей практики, работающие самостоятельно, без поддержки консультантов или наркологических служб лучше всего подходят:

- тем, кого они лично знают;
- желающим пройти краткосрочную (среднесрочную) детоксикацию;
- не страдающим сопутствующей зависимостью от бензодиазепинов и прочих наркотиков;
- тем, кто в состоянии аккуратно приходить на приемы и стабилен во всех прочих отношениях.

Они менее подходят для оказания помощи:

- лицам, временно проживающим в стране;
- наркозависимым лицам, ведущим беспорядочный образ жизни;
- нуждающимся в заместительной терапии;
- находящимся в зависимости не только от опиатов, но и других наркотиков.

Врачи общей практики, работающие с местной наркологической группой

При поддержке со стороны специалистов, которые способны уделять клиентам времени больше, чем 5 – 10 минут в неделю или две общения с врачами общей практики, последние получают возможность оказывать помощь гораздо большему количеству наркозависимых лиц. Они особенно подходят для оказания помощи:

- тем, кто достаточно стабилен, чтобы систематически приходить на приемы;
- тем, кто по тем или иным причинам не может посещать наркологический центр;
- тем, кто стабильно проходит курс заместительной терапии или детоксикации с помощью метадона.

Частная практика

Подходы частнопрактикующих врачей при обслуживании наркозависимых лиц отличаются гораздо меньшим единообразием, чем в наркологических службах. И хотя приводимые ниже вопросы в принципе вполне уместно задавать представителям всех специализированных служб, к которым вы посылаете клиента (или от которых его получаете), они, безусловно, помогают четко представить тип услуг, которые можно ожидать от данных представителей частной практики.

- Кто предлагает помощь – группа или один специалист?

- Получил ли персонал профессиональную подготовку в лечении наркозависимости?
- Существует ли письменный план (программа) терапии с помощью метадона?
- Каков режим приема метадона клиентами?
- Какова степень контакта с клиентами (и контроля за ними)?
- Являются ли консультирование и оказание психологической поддержке частью программы терапии?
- Существуют ли связи с местными государственными профильными учреждениями и консультантами-наркологами?
- Есть ли лимиты в смысле величины дозировки и рецептуры метадона?
- Как устанавливается нужная дозировка?
- Как происходит запись и прием клиентов?
- Имеется ли список ожидающих?
- Как производится оценка состояния обратившихся?
- Какова средняя нагрузка на одного специалиста?
- Выполняются ли инструкции Министерства внутренних дел – например, требуется ли от клиентов предоставление гарантий их способности оплачивать счета за лечение и лекарства?
- Какова величина района обслуживания?
- Что представляют собой счета за обслуживание (включены ли в них расходы на проведение анализов, консультативную помощь и др.)?
- Информированы ли о назначенной терапии врачи общей практики, ведущие клиентов?
- Какая информация передается в связи с некоторыми особыми проблемами (например, ВИЧ/СПИД)?

В целом информированные, ответственные и получающие хорошую поддержку от других специалистов представители частной медицинской практики особенно хорошо подходят для работы с теми, кто:

- имеет постоянную, хорошо оплачиваемую работу (с полной рабочей неделей);
- обладает законным доступом к денежным средствам для оплаты своего лечения;
- находится в стабильном состоянии;
- получает пользу от таких видов лечения, которые обычно не предлагаются ГСЗ (например, инъекции).

В то же самое время врачи частной практики плохо годятся для обслуживания:

- тех, кто не имеет законного доступа к денежным средствам;
- тех, кто ведет беспорядочный образ жизни и надеется получить максимальное количество метадона с тем, чтобы как можно реже вступать в контакт с наркологическими службами.

Инъекции метадона

Вопрос о целесообразности назначения инъекций метадона вызывает немалые споры среди специалистов. Ниже приводятся все традиционные аргументы “за” и “против” такого вида терапии.

Аргументы в пользу назначения инъекций метадона	Аргументы против назначения инъекций метадона
Стимул начать лечение для тех, кто, возможно, откажется принять программу лечения с помощью метадона, принимаемого внутрь	Крайне сложно четко установить, кто выигрывает от назначения инъекций метадона, так как эта проблема не исследовалась специалистами
Возможность работать по принципу уменьшения вреда с теми, кто иначе вообще отказался бы от лечения	Клиенты вполне могли бы добиться стабилизации, принимая метадон внутрь (что многие и делают)
Реалистичный подход к тем, кто не в силах перестать делать инъекции	Если такое решение принято единолично врачом да еще при отсутствии показаний, это может стать источником его конфликта с

	пациентом/клиентом
Это может привлечь потребителей наркотиков на ранней стадии их пристрастия	Врачи могут начать себя вести как официальные дилеры и привлечь куда больше клиентов, чем можно нормально обслужить
Клиентов может привлечь программа с широким выбором видов терапии	Предоставление клиентам слишком широкого выбора вариантов может снизить терапевтическую ценность программ и создать у врачей ощущение утраты ими квалификации
Это может помочь клиентам отказаться от внутривенного приема героина	Это может приучить клиента к инъекциям (или закрепить складывающуюся привычку)
Это может послужить полезным дополнением к курсу метадона перорально – если клиент еще не успел отвыкнуть от инъекции	Может сложиться впечатление, что врачи поощряют опасные привычки
Может сэкономить немало времени и средств, если окажется хорошей профилактикой от СПИДа	Это может дать повод политикам и представителям СМИ обвинить врачей в слишком либеральном отношении к наркотикам и послужить поводом для кампании за запрет терапии с помощью метадона вообще
	Это может способствовать распространению на черном рынке метадона в ампулах для инъекций, который гораздо более опасен, чем метадон в растворе

Если, взвесив все плюсы и минусы назначения инъекций метадона, специалист (или служба) сочтет необходимым остановиться именно на этом виде терапии, следует обратить внимание на перечисленные ниже показания и противопоказания.

Факторы, свидетельствующие о том, что назначение инъекций метадона, было оправданным решением	Факторы, свидетельствующие о том, что назначение инъекций метадона, возможно, не совсем оправдано
После шести месяцев лечения клиент продолжает вводить внутривенно незаконные наркотики, принимая при этом по 80 мг “официального” метадона ежедневно	У клиента нет опыта приема метадона перорально
Клиент очень давно делает инъекции	Клиент недавно начал делать инъекции
Клиент в дополнение к своему метадону, вводит внутривенно только опиаты	В дополнение к принимаемому внутрь метадону клиент вводит себе внутривенно самые разные наркотики
Клиент давно поддерживает контакт с наркологической службой	Клиент недавно установил контакт с наркологической службой (или является временно проживающим)

Назначение диаморфина (героина)

Как и в случае с назначением инъекций метадона, этот вопрос вызывает бурные споры среди специалистов. Ниже изложены аргументы “за” и “против” назначения клиенту наркотика, который пользуется его предпочтением.

Аргументы в пользу назначения диаморфина (героина)	Аргументы против назначения диаморфина (героина)
Героин (особенно при курении), реже сулит опасность случайной передозировки, чем метадон	Когда в наркологическую службу обращаются лица, отличающиеся хаотическим поведением в отношении наркотиков, есть вероятность,

	что назначения врачей лишь увеличат общее количество потребляемых ими наркотиков
Это может привлечь в центры лица, находящиеся под угрозой ВИЧ-инфицирования, а также подверженные прочим опасностям, связанным с употреблением наркотиков	Наркологические службы могут просто не выдержать напора желающих пройти курс лечения посредством героина
Возникает парадоксальная ситуация: пока истеблишмент отрицательно относится к терапии с помощью героина, исследователи не получают финансирования для определения эффективности такого подхода, о чем твердят его сторонники	Нет достоверных научных исследований, свидетельствующих об эффективности такой терапии
Именно специалисты-медики должны информировать тех, кто принимает кардинальные решения, о наиболее эффективных методах поддержания здоровья нации: понижение уровня преступности и сокращение числа ВИЧ-инфицированных – самые сильные доводы в пользу использования героина в терапевтических целях	Практика назначения героина (как и наркотиков в виде инъекций) может быть использована ретроградами в качестве повода вообще запретить назначение наркотиков в терапевтических целях – и закрыть наркологические центры

Назначать диаморфин для лечения наркозависимости имеют право лишь врачи, обладающие специальной лицензией Министерства внутренних дел. Если, взвесив все плюсы и минусы, служба (или специалист-нарколог) приходит к выводу о целесообразности назначения диаморфина следует принять во внимание, приведенные ниже показания и противопоказания.

Факторы, свидетельствующие о том, что назначение диаморфина было оправданным	Факторы, свидетельствующие о том, что назначение диаморфина, возможно, не совсем оправдано
Героин в течение долгого времени являлся основным наркотиком	Помимо героина, клиент регулярно вводит себе и другие наркотики
Клиент давно делает себе инъекции героина	Клиент лишь недавно начал делать себе инъекции
Принимая внутрь метадон, клиент продолжает регулярно делать себе инъекции героина	Помимо принимаемого внутрь метадона, клиент время от времени вводит себе другие опиаты
Клиент продолжает инъекции, хотя в течение 6 месяцев принимал до 80 мг метадона ежедневно	Клиент продолжает инъекции, получая небольшие дозы метадона
Клиент давно поддерживает контакт с наркологической службой	Клиент недавно установил такой контакт или является временно проживающим
Дополнительный риск от инъекций в связи с опасностью заражения ВИЧ	Клиент не испытывает желания продолжать контакты со службой и назначение диаморфина тут мало что может изменить
Клиент уже получал метадон по назначению врача	

Резюме

- Задача терапии -- уменьшить риск связанный с приемом наркотиков

- Стремление клиента изменить поведение, связанное с приемом наркотиков, а также желание добиться абстиненции, должны приниматься во внимание при выборе вида лечения
 - Для достижения успеха важно верно рассчитать продолжительность курса терапии
 - После оценки состояния клиента для выбора конкретного вида терапии следует тщательно взвесить все “за” и “против”
 - Метадон годится для лечения только тех, кто находится в зависимости от опиатов
 - Все назначения метадона (кроме метадона в растворе) для лечения зависимости от опиатов носят достаточно дискуссионный характер и, как правило, производятся в рамках деятельности специализированных служб
 - Решение о виде терапии основывается:
 - на том, что есть в наличии
 - на истории наркозависимости клиента
 - на общей ситуации, в которой находится клиент
- А также на заключении врача о необходимой степени:
- структуры лечения
 - контроля
 - поддержки клиента

РАЗДЕЛ 8

КАК ПРАВИЛЬНО РАССЧИТАТЬ НАЧАЛЬНУЮ ДОЗУ

Факторы, принимаемые во внимание при определении начальной дозы

Опасность назначения слишком низкой/высокой дозы

Сколько метадона назначить?

Эвивалентные дозировки метадона

Регулирование дозы

Резюме

Введение

После принятия решения о назначении терапии с помощью метадона, очень важно верно рассчитать начальную дозировку. Это трудный вопрос, вызывающий немалую полемику среди специалистов. В этом разделе речь пойдет о том, какими принципами должен руководствоваться врач (не специалист-нарколог), чтобы оптимально рассчитать начальную дозу.

Прежде чем приступить к метадоновой терапии, следует тщательно оценить состояние клиента и четко очертить задачи терапии.

При расчете оптимальной начальной дозировки метадона недостаточно установить количество метадона эквивалентное объему потребляемых клиентом опиатов.

Именно по этой причине данный раздел следует читать не обособленно, но в общем контексте книги и, прежде всего, учитывая:

Раздел 2: Научно-исследовательские основы метадоновой терапии

Раздел 6. Оценка состояния клиента/пациента

Раздел 7. Задачи и виды метадоновой терапии

Факторы, принимаемые во внимание при определении начальной дозы

При расчете “правильной дозы” следует учитывать следующие факторы:

- “правильные дозы” варьируются – в зависимости от конкретных задач терапии
- чистота незаконного героина неодинакова в разные периоды времени и в разных районах

- чтобы получить побольше метадона, клиенты могут умышленно завышать количество потребляемых ими наркотиков
 - сотрудники наркологических служб в свою очередь могут недооценить реальное потребление наркотиков клиентов и снизить количество назначаемого метадона
 - метадон – опиат долгосрочного действия
 - слишком большие дозировки метадона способны вызвать отравления со смертельным исходом или привести к выбросу вещества на черный рынок, а слишком малые дозировки не приносят терапевтического эффекта
- Более подробно эти моменты обсуждаются ниже.

Задачи терапии

Величина оптимальной дозировки метадона варьируется в пределах определенной вилки с учетом количества потребляемых клиентом опиатов и целей терапии. Если в виде терапии выбрана детоксикация, тогда целью терапии будет подбор такой дозировки, которая не вызовет у клиента симптомов отмены.

Если клиент вводит себе наркотик внутривенно, а целью терапии является оказание помощи в отказе от инъекций, то ему, наверное, следует назначить дозировку выше, чем предлагается клиенту, который выкуривает то же самое количество героина в день.

Различие в чистоте героина

В целом, различия в чистоте героина в разных регионах носят достаточно постоянный характер: в Лондоне, например, героин обычно бывает чище, чем в провинции. Разумеется, чистота героина зависит от поставок и в одном и том же районе в течении недели-двух может “идти” относительно “хороший героин” (с чистотой выше среднего уровня), а затем неделю-другую торговцы будут продавать партию “плохого героина”. Как правило, организации, которые постоянно занимаются терапией с помощью метадона, придерживаются своих разработок при переводе с героина на метадон тех, кто хочет пройти курс детоксикации.

Сообщения клиентов о количестве потребляемых наркотиков

Поскольку точное установление реального количества потребляемых наркотиков и степени толерантности к ним – это основные компоненты оценки состояния клиента, это проблема детально обсуждается в разделе 6: Оценка состояния клиента.

Умышленное занижение количества потребляемых наркотиков

Во многих наркологических службах существует потолок (официальный или негласный) для назначения метадона. У сотрудников порой может возникнуть искушение усомниться в поступивших от клиента сведениях о количестве потребляемых им наркотиков и назначить дозировку ниже терапевтической. Так или иначе, во время оценки состояния клиента лучше и для него и для сотрудника открыто обсудить ситуацию с “потолком” (где таковой существует) и выявить проблемы, с этим связанные.

Метадон действует не сразу

То, что доза метадона оказывает свое воздействие на организм в течение длительного времени, создает проблемы, о которых говорится в разделе 4: Метадон: физиологическое воздействие и фармакологические свойства.

- Метадон вызывает у потребителя ощущения, не похожие на те, что возникают при приеме героина

- Одно из его главных отличий от героина – постепенное воздействие (отставленный эффект)
- Метадон накапливается в “хранилищах” организма в первые 3 дня приема

Метадон и героин: несхожие ощущения

Клиенты нередко полагают (надеются), что метадон как заменитель героина вызовет у них схожие ощущения. Непонимание различий между этими средствами порой заставляет клиентов просить о назначении им повышенных доз метадона. Возможно, в прошлом многие из них иногда принимали незаконный метадон и обнаруживали, что не испытывают той привычной эйфории, которую вызывают опиаты. Это привело их к заключению о необходимости принимать метадон в больших количествах, если он должен выступать заменителем героина.

Они считают, что для обретения чувства эйфории надо принимать значительно больше метадона.

Собственно, для большинства различие между метадоном и героином носит подчеркнуто качественный характер – отсутствие кайфа после приема и ослабленный эйфорический эффект типичны для метадона в противоположность героину. Увеличение дозы метадона обычно не создает ощущения, что это замена героина: человек просто чувствует, что принял много метадона.

Метадон действует медленно

Физиологические аспекты действия метадона описаны в разделе 4. В связи с этим возникают две проблемы. Во-первых, те, кто время от времени принимают незаконный метадон, могут счесть, что им требуется большое количество вещества для избежания симптомов отмены. Во-вторых, максимальный эффект от метадона возникает через 72 часа после начала курса, в то время как многие надеются получить его через несколько часов после приема дозы.

Эти проблемы, впрочем, не из числа неразрешимых. Врачам просто следует принять во внимание все те психологические стрессы, которые выпадают на долю клиентов, переходящих с героина на метадон, а клиентов вполне можно убедить принимать терапевтические дозы, объяснив им принцип действия метадона.

Опасность назначения слишком низкой/высокой дозы

Случайная передозировка

Это одна из главных опасностей, сопряженных с использованием метадона в терапевтических целях.

Если нет возможности установить наблюдение за клиентом/пациентом в течение 4-х часов после принятия им первой дозы метадона, ему ни в коем случае нельзя давать более 50 мг вещества (минимальная смертельная доза). Если есть вероятность употребления клиентом алкоголя или иных депрессантов, то следует помнить: смертельная доза может оказаться значительно ниже.

Незаконные продажи

Определенный выброс метадона на черный рынок – неизбежное следствие реализации любой программы терапии с помощью метадона, где клиенты имеют возможность бесконтрольного приема этого средства. В таких случаях специалисты говорят об “утечке” или “утруске” наркотического средства.

Использование первоначальных доз метадона для сбыта на черном рынке имеет место, когда при оценке состояния клиента явно завышается количество необходимого для

лечения метадона, а также когда клиент проявляет неискренность в своем желании “лечиться метадонами”.

На первых этапах лечения “утечка” метадона происходит достаточно редко, и для того, чтобы свести ее к минимуму, следует очень тщательно рассчитывать необходимые дозировки, а также вести наблюдение за состоянием клиента.

Недостаточность дозы

Те, кто обращается в наркологические службы по поводу терапии, надеются “удержаться” на метадоне и не испытывать симптомов отмены. Информированность клиента о том, чего в этих случаях следует ожидать, сама по себе не в состоянии стать компенсацией недостаточности дозы.

Сколько метадона назначить?

Если вы решили назначить клиенту метадон и пришли к выводу относительно:

- количества опиатов, употребляемых клиентом
- задач терапии

следующим шагом оказывается расчет оптимальной терапевтической дозы метадона.

Если клиент принимает официально назначенные и законно произведенные опиаты, то расчет не составит особого труда. Однако такое случается нечасто. С другой стороны, установление реального уровня потребления наркотиков теми, кто делает это незаконно, представляет особую проблему и детально обсуждается ниже.

Для тех, кто не является специалистом в области наркологии, важно помнить, что:

- надо начинать с безопасных достаточно низких доз и затем постепенно их увеличивать;
- смертельная доза для взрослого, не выработавшего толерантности к метадону, составляет около 50 мг;
- при возникновении сомнений следует обратиться за консультацией в наркологическую службу и/или продолжить наблюдение за пациентом для более точной оценки его состояния.

Неспециалисты не должны выписывать более 50 мг метадона, пока не установится толерантность.

Когда происходит подбор дозы, необходимо учитывать следующие факторы:

- насколько клиент в состоянии контролировать употребление наркотиков;
- уровень его мотивации перестать принимать незаконные наркотики;
- имеют ли место инъекции наркотиков;
- когда планируется повышение дозы;
- каков риск передозировки;
- есть ли вероятность параллельного употребления клиентом алкоголя и прочих депрессантов.

Помните: гораздо проще повысить дозу, если она окажется недостаточной, чем, напротив, предложить клиенту сократить прием метадона, вызвав тем самым его решительное несогласие.

Эквивалентные дозировки метадона

Нельзя добиться точного перевода воздействия и потенциала зависимости других опиатов в “метадоновый эквивалент”. Потому, таблицами, приводимыми ниже, следует пользоваться с осторожностью, учитывая приведенные выше пояснения.

Фармацевтические опиаты

Эквивалент-доза (перорально)	Способ применения	Дозировка	Доза метадона
---------------------------------	-------------------	-----------	---------------

Диаморфин (героин)	внутривенно	10 мг ампула	20 мг
		30 мг ампула	50 мг
	перорально	10 мг	20 мг
Метадон	внутривенно	10 мг ампула	10 мг
Морфин	внутривенно	10 мг ампула	10 мг
	перорально	10 мг	10 мг
	ректально	10 мг	10 мг
Дипипанон (диконал)	перорально	10 мг	4 мг
Дигидрокодеин (DF118)	перорально	30 мг	3 мл
Декстроморамид	перорально	5 мг	5 – 10 мг
		10 мг	10 – 20 мг
Петидин	внутривенно	50 мг ампула	5 мл
	перорально	50 мг	5 мг
Бупренорфин	внутривенно	300 микрограмм ампула	8 мг
	перорально	200 микрограмм	
Пентазоцин	перорально	25 мг капсула	2 мг
		50 мг таблетки	4 мг
Кодеин-микстура	перорально	300 мг (кодеин фосфат)	10 мг
Кодеин фосфат	перорально	15 мг таблетки	1 мг
		30 мг	2 мг
		60 мг	3 мг
Микстура Джи (100 мл)	перорально	16 мг (безводный морфин)	10 мг
Дж. Коллис Браун	перорально	10 мг (экстракт опия)	10 мг

Пересчет незаконного героина на метадоновый эквивалент

Пересчет потребляемого клиентом незаконного героина на метадон – процесс сложный, требующий учета многих факторов, о которых говорится в разделе 6: Оценка. Многое тут зависит от местных особенностей.

Приводимая ниже таблица дает лишь общие ориентиры, вовсе не заменяя собой точку зрения специалистов из вашей местной наркологической службы, с которыми следует поддерживать контакт.

Суточные расходы на героин (фунты стерлингов)	Количество в граммах	Способ употребления	Начальная доза метадона (при детоксикации)	Начальная доза метадона (при стабилизации)
10	1/8	курение	0 – 10 мг	5 – 25 мг
		внутривенно	0 – 25 мг	5 – 25 мг
20	0,25	курение	10 – 25 мг	10 – 40 мг
		внутривенно	10 – 35 мг	15- 45 мг
40	0,5	курение	15 – 50 мг	20 – 50 мг
		внутривенно	25 – 60 мг	30 – 65 мг
50	0,75	курение	25 – 65 мг	30 – 70 мг
		внутривенно	25 – 70 мг	35 – 75 мг
80	1	курение	30 – 80 мг	35 – 85 мг
		внутривенно	30 – 90 мг	35 – 100 мг
100	1,5	курение	45 – 100 мг	45 – 120 мг

		внутривенно	45 – 110 мг	45 – 130 мг
150	2	курение	50 – 120 мг	50 – 130 мг
		внутривенно	50 – 120 мг	50 – 130 мг

Перевод унций в граммы

Героин приобретается оптом в долях унций. Если клиент сообщает о потреблении героина в унциях, для перевода указанного количества в граммы пользуйтесь таблицей.

Унции	Граммы
половина (0,5)	14 г
четверть (0,25)	7 г
восьмая (0,12)	3,5 г
шестнадцатая (0,063)	1,75 г

Регулирование дозы

Это особенно необходимо в первые три дня терапии для того, чтобы не допустить появления симптомов отмены у клиента и воспрепятствовать его переходу на незаконные опиаты. Клиент должен в этот период находиться под наблюдением, чтобы можно было вовремя распознать признаки симптомов отмены. Если это и впрямь имеет место, суточная доза может быть увеличена на 10 – 20%. К третьему дню курса суточная доза должна стать разумной основой для долгосрочной терапии – или быть пониженной.

Прием начальной суточной дозы

Ее можно принимать сразу – или двумя порциями с интервалом в 12 часов. При любом из этих вариантов следует наблюдать за клиентом по крайней мере в течение 2 часов после приема во избежание риска отравления из-за передозировки. Если налицо признаки такого отравления, период наблюдения следует увеличить до 4 часов и подумать, не стоит ли понизить дозу.

Поскольку не всегда возможно рассчитать метадоновой эквивалент уличного героина, многие специалисты (обычно имеющие доступ к клиническому оборудованию) начинают с 20 г метадона в сутки и понаблюдает за клиентом. Если в течение 2 – 4 часов у последнего сохраняются симптомы отмены, дозу следует увеличить до 40 мг и т. д. до обычного предела в 50 мг в первые сутки. Начальная доза для первого дня становится основой для дозы второго дня, и дальнейшие повышения должны увязываться с наличием признаков отмены.

Потребители опиатов, -- в первую очередь те, кто принимал незаконный метадон, -- порой обладают высокой степенью толерантности и способны принимать ежедневно до 100 мг метадона, без признаков интоксикации. В связи с этим регулирование дозировок должно ставить своей задачей контроль за симптомами отмены и не увязываться с наличием или отсутствием признаков интоксикации.

Следует также иметь в виду, что лица, делавшие перерыв в регулярном употреблении опиатов – как следствие детоксикации или тюремного заключения – на ранних стадиях возврата к незаконному героину могут обладать гораздо меньшей степенью толерантности, чем им может показаться.

Резюме

- Метадон может оказаться смертельным ядом.

- Не следует позволять клиентам забирать метадон на дом в дозах порядка 50 мг в сутки, если они при этом принимают бензодиазепины или алкоголь. Это может привести к передозировке и отравлению.
- Если у вас возникли сомнения относительно правильности рассчитанной дозы для клиента, всегда лучше проявить осторожность. Проконсультируйтесь с представителями наркологических служб или врачом с хорошим опытом в данной области. Как говорится, ум хорошо, а два -- лучше.
- Чтобы правильно рассчитать метадоновый эквивалент незаконного героина, обращайтесь за советом в местные наркологические центры.
- Критерием при расчете дозировок должны быть не наличие/отсутствие признаков интоксикации, но отсутствие симптомов отмены и ослабление стремления клиента принимать незаконные опиаты.
- Начинайте с минимальной терапевтической дозы, установленной при оценке состояния пациента, и лишь потом, в случае необходимости, ее наращивайте.

РАЗДЕЛ 9

МЕТАДОН И ДЕТОКСИКАЦИЯ

Основания для детоксикации

Сообщать ли клиенту о схеме понижения дозировки

Как установить разумный режим детоксикации

Режимы детоксикации

Тревожные состояния

Боязнь абстиненции

Альтернативы метадону при детоксикации

Метадон или героин при детоксикации

Профилактика рецидива

Резюме

Введение

Детоксикация посредством метадона – достаточно сложный процесс, и о нем идет речь в разных разделах настоящего издания.

В этом разделе рассматриваются практические моменты процесса детоксикации, ее режима, говорится о тревожных состояниях клиентов, вызванных этим явлением, а также об альтернативах метадону при детоксикации.

Этот раздел имеет смысл читать совокупно с другими разделами книги:

Раздел 2, где говорится о научных исследованиях по проблеме детоксикации.

Раздел 4, где затрагивается тема симптомов отмены.

Раздел 7, где обсуждается тема сроков детоксикации со всеми показаниями и противопоказаниями.

Раздел 11 – обсуждение детоксикации, которая не приводит к прочной абстиненции.

Те, кто пытается “слезть” с наркотиков с помощью метадона, испытывают боязнь симптомов отмены и страх перед рецидивом – т. е. возвратом к потреблению наркотиков. Возврат к наркотикам после детоксикации – явление частое, хотя и не получившее достаточного внимания специалистов, так как и наркологические службы и потребители наркотиков концентрируют внимание на симптомах отмены и детоксикации.

Эффективное наблюдение за клиентом необходимо, чтобы убедиться: детоксикация – это не просто уменьшение приема метадона (сопровожаемое увеличением приема незаконного героина – или какого-то другого депрессанта) и не короткий период абстиненции, за которым следует возврат к наркотикам, о чем врач и понятию не имеет.

Информацию по вопросам детоксикации и реабилитации клиенты могут почерпнуть из книг *Detox Handbook* и *Rehab Handbook*, также изданного ISDD (см. адрес на последней странице обложки).

Основания для детоксикации

В идеальных обстоятельствах детоксикация – освобождение от стабилизирующих доз метадона или незаконного героина – становится возможной, когда клиент и специалист приходят к согласию насчет того, что первый готов и способен пойти на это без серьезного риска раннего рецидива. Тем не менее, нередко клиенты начинают проходить курс детоксикации, когда они (или специалист) испытывают сомнения насчет такой готовности (способности), потому что:

- наркологическая служба диктует свой режим лечения;
- у клиента появилась новая работа;
- клиент переезжает на новое место;
- в отношениях клиента с окружающими обозначились перемены;
- клиента не устраивает позиция персонала службы, занимающейся терапией;
- нереалистичные надежды персонала на способность клиента добиться абстиненции;
- у клиента налицо боязнь “позора”, связанного с терапией с помощью метадона;
- неудовлетворенность режимом терапии (например, частотой получения лекарств);
- имеет место переход на другой наркотик (от метадона на бензодиазепины или алкоголь);
- имеет место досрочное прекращение метадонового лечения;
- имеет место тюремный приговор, вступающий в силу с ближайшим будущим или отбываемый в данный момент.

Обо всем этом речь пойдет ниже.

Отношение персонала

Потребители опиатов довольно чутко реагируют на отношение персонала, с которым контактируют. Нередко позиция и манера поведения представителей наркологических служб становится причиной того, что клиент бросает – или просто не начинает курс детоксикации.

Этого можно избежать, если службы:

- ориентированы на клиента;
- поощряют его благие намерения;
- отличаются гибкостью в подходе к лечению;
- не замечены в слишком жестком настаивании и соблюдении сроков терапии;
- отличаются непредвзятостью и уважением к клиентам;
- укомплектованы сотрудниками, которые хорошо подготовлены и находятся под контролем вышестоящего начальства.

Соблюдение этих принципов означает, что если клиент вознамерился пройти курс детоксикации даже вопреки рекомендациям сотрудников службы, они, тем не менее, готовы оказать ему полную поддержку и содействие. Кроме того, они должны также приложить все усилия, чтобы обсудить с клиентом возможные результаты лечения, причем так, чтобы у него не пропал энтузиазм, но возникло четкое представление о том, что его может ожидать. Они должны помочь ему разработать план экстренных действий, если детоксикация не сработает.

Нереалистичные надежды персонала на способность клиента добиться абстиненции

Сотрудники наркологических служб могут оказаться подверженными искушению поверить раньше времени в то, что клиент в состоянии добиться абстиненции и, следовательно, уговорить пройти курс детоксикации. Нередко клиент будет двигаться в заданном направлении исключительно потому, что боится огорчить тех, кто тратит не него силы и

время. Да и потом, после срыва и возврата к наркотикам, клиент может отказаться от повторного обращения в службу из боязни получить выговор – или расстроить тех, кто был искренне готов ему помочь.

Кушман и Доул установили, что из тех, кто проходил терапию посредством метадона и был охарактеризован как прошедший реабилитацию и способный на детоксикацию, кое-кто просил о возвращении на заместительную терапию во время детоксикации, а 25% прошедших детоксикацию вернулись к заместительной терапии (в основном из-за затянувшегося синдрома отмены).

Из этого вытекает, что способность оказать клиенту помощь и поддержку и оптимистический взгляд на ситуацию следует сочетать с дополнительными оценками состояния клиента и умением поддерживать с ним плодотворный диалог.

Нереалистические представления клиентов относительно способности пройти детоксикацию

Клиенты тоже могут проявлять необоснованный оптимизм насчет собственной способности отказаться от опиатов. Нередко лица, в течение многих лет потреблявшие большое количество наркотиков, обращаются в наркологические службы, исполненные непоколебимой уверенности в том, что за несколько недель, взяв себя в руки, они сумеют раз и навсегда избавиться от наркозависимости.

В основе таких умонастроений нередко лежит убеждение, что все дело заключается чисто в физических аспектах проблемы. Если в прошлом клиент в ходе или после курса детоксикации возвращался к наркотикам, именно потому что испытывал острые симптомы отмены, это может создать у него иллюзии насчет того, что если при детоксикации удастся понизить остроту этих симптомов до терпимого уровня, то можно будет легко добиться абстиненции.

Еще одним фактором, порождающим несбыточные надежды, является внешне вполне логичное предположение: “когда скоро все мои беды связаны с героином, стоит перестать его принимать – и проблемы отпадут сами собою”. Однако многие по собственному опыту получили возможность убедиться: компульсивные аспекты поведения, связанные с приемом наркотиков и стрессами социального и эмоционального плана, возникающими при освобождении от опиатов, добавляют к обычным проблемам наркозависимости новые, нередко игнорируемые и трудно разрешимые.

“Клеймо позора”

Многие из тех, кто находится “на метадоне” в рамках заместительной терапии, говорят: “Необходимость ежедневно принимать опиаты – это лишнее напоминание, что я наркоман”.

Для родных и близких тех, кто живет на метадоне, последний кажется “ничем не лучше героина” – даже несмотря на положительные сдвиги в образе жизни. Однако все эти улучшения как раз только осложняют лечение: они укрепляют клиента в убеждении, что все идет отлично и нет необходимости продолжать принимать метадон.

Потребители героина нередко выказывают свое презрительное отношение к тем, кто существует на метадоне – весьма живучи расхожие мифы об ужасных и длительных последствиях для здоровья, вызываемых метадонем. Поэтому, человек, принимающий метадон, подчас чувствует себя обложенным со всех сторон.

Потребители героина, которые ощущают потребность обратиться за помощью, тоже испытывают похожие терзания и потому просят назначить им краткосрочный курс детоксикации посредством метадона, внутренне мотивируя это желанием поскорее пройти этот опасный путь и избежать осложнений, якобы вызываемых долгосрочным лечением.

Недовольство практическими аспектами режима

Клиенты могут избегать долгосрочной терапии в силу следующих факторов:

- нежелание ежедневно ходить в аптеку за метадонем;
- нежелание регулярно посещать наркологическую службу;
- стремление избежать “лишних контактов” в рамках консультативной программы;
- боязнь встреч с другими наркоманами при получении рецептов и/или метадона.

Все эти моменты следует учитывать работникам наркологических служб, ибо именно они могут стать причиной обращения клиентов за краткосрочной детоксикацией.

Перемена основного наркотика

Порой потребители наркотиков меняют свои предпочтения циклически – от героина они могут переходить на бензодиазепины, потом на алкоголь, амфетамины и снова на героин. Некоторые просто от героина могут переходить на алкоголь, а затем возвращаться к героину.

В конце цикла потребления опиатов они могут обратиться за детоксикацией – как потребители героина или после определенного периода “на метадоне”. В таких случаях можно рекомендовать или не рекомендовать детоксикацию, но раз уж она начинается, за клиентом необходимо самое тщательное наблюдение.

Тюремное заключение

Клиенты, которым предстоит отбывать тюремное заключение, ставят работников наркологических служб перед дилеммой. С одной стороны, преждевременная детоксикация может привести к возврату к наркотикам и рискованному поведению еще до отбытия срока. С другой стороны, плохие условия для детоксикации в тюрьмах (или вообще их отсутствие) могут вызвать симптомы отмены и подтолкнуть клиента к употреблению незаконного героина. Пользование общими шприцами в тюрьмах, как известно, распространено гораздо шире, чем за их пределами.

Наиболее оптимальный подход наркологических служб к проблеме – это:

- обеспечение клиенту максимальной поддержки;
- помощь при принятии решения о детоксикации;
- информация о риске, сопряженном с инъекциями наркотиков в тюремных условиях;
- разумно влиять на поведение клиента пока он еще находится на свободе.

Сообщать ли клиенту о схеме понижения дозировок

Нет научно подтвержденных данных, которые позволили бы заключить: то, что клиент знает о частоте и степени понижения дозировок метадона, является позитивным фактором и помогает ему успешнее пройти детоксикацию

Для большинства из тех, кто посещает наркологические службы, предлагающие оба варианта понижения, полезно взвесить все плюсы и минусы обоих вариантов совместно с представителями служб и принять взвешенное решение относительно режима. Главное – это степень контроля клиентов за своим образом жизни. Те, кто хорошо себя контролирует, скорее всего, предпочтут открытый вариант.

Далее приводятся аргументы “за” и “против” упомянутых подходов.

Аргументы в пользу снижения дозировок без уведомления клиента	Аргументы против снижения дозировок без уведомления клиента
Пониженный уровень тревоги в канун снижения	Постоянная тревога по поводу того, когда случится очередное понижение
Объективная самооценка с точки зрения симптомов отмены	Постоянная тревога относительно возникновения симптомов отмены
Возможность сосредоточиться на разных проблемах, связанных с курсом терапии, а не	Клиент не несет ответственности за изменение дозировок и свои реакции на это

только на величине дозы	
Уменьшение беспокойства относительно психологической способности “пройти” важные снижения – до 20, 10 и 5 мг	Невозможность приписать успех лечения своей выдержке
Аргументы в пользу открытого снижения дозировок	Аргументы против открытого снижения дозировок
Клиент испытывает ответственность за снижение дозировок и свои реакции на это	Повышение уровня тревоги насчет возникновения симптомов отмены при очередном понижении
Возможность планировать жизнь на основе графика снижения	Недели сосредоточенности на величине дозы в качестве определяющего фактора способности функционировать – плохая подготовка к жизни без наркотиков
Коль скоро детоксикация началась, уровень снижения может стать предметом обсуждения	Клиент в состоянии различать психологически важные снижения, где следует остановиться, а это ослабляет решимость пройти весь курс

Как установить разумный режим детоксикации

Почти все, кто проходит курс детоксикации на метадоне, испытывают достаточно острые симптомы отмены, а это может заставить одних перейти на героин, а других попросить назначить им заместительную терапию, даже если все остальное благоприятствует успешной детоксикации.

Для тех, кто проходит детоксикацию после периода заместительной терапии, более скоротечные курсы ассоциируются с повышенным процентом “отсевшихся” и соответственно более долгосрочные – с меньшим отсевом.

Обычно детоксикация происходит путем ежедневного снижения 5 – 10 мг до определенного суточного уровня (чаще в 20 – 30 мг в зависимости от величины начальной дозы и индивидуальных особенностей клиента), а затем снижение делается более плавным (или в смысле интервалов между снижением, или в смысле количества снижаемого метадона).

Важным элементом любой детоксикации следует считать контакт между клиентом и сотрудником службы. Детоксикация, при которой клиент имеет право высказывать свою точку зрения насчет режима снижения доз, возлагает на него ответственность за процесс, понижает риск параллельного приема других опиатов и закладывает основы прочной абстиненции.

Сотрудники наркологических служб, не имеющие клинического опыта и осуществляющие программу краткосрочной детоксикации, должны обращаться за содействием к специалистам, если клиент не в состоянии успешно пройти детоксикацию в установленные сроки.

Режимы детоксикации

Все предлагаемые ниже варианты детоксикации исходят из применения растворов метадона 1 мг/1 мл. Разумеется, это лишь общие схемы и при их конкретной реализации следует регулярно (раз в неделю или две) проводить ревизию программы в свете поставленных задач. Определение показаний и противопоказания для этих режимов приводятся в разделе 7: Задачи и виды метадоновой терапии. Важно, чтобы реализации той или иной схемы предшествовала взвешенная оценка состояния пациента с определением задач терапии.

Очень малые дозы (т. е. ниже 5 мг), о которых пойдет речь ниже, не имеют большой физиологической значимости, так как не оказывают сколько-нибудь серьезного воздействия на процессы отмены. Однако острота симптомов отмены повышается при состоянии тревоги, и если в конце курса детоксикации низкие дозы понижают уровень

тревоги, они в то же время способствуют понижению субъективно ощущаемых симптомов отмены.

Некоторые клиенты испытывают беспокойство по поводу заключительных снижений доз метадона. Они боятся жизни без наркотиков и перемен, которые она несет. В таких случаях важно при назначении низких доз проводить с клиентом собеседования, объясняя ситуацию и перспективы.

Краткосрочная детоксикация: режим снижения в пределах 1 месяца

Двухнедельный режим

20 мг в течение 3 дней

15 мг в течение 4 дней

10 мг в течение 3 дней

5 мг в течение 4 дней

Преимущество такого режима в простоте его реализации. В конце каждой недели происходит снижение дозы.

Вариант с более высокой начальной дозой

25 мг в течение 3 дней

20 мг в течение 3 дней

15 мг в течение 3 дней

10 мг в течение 3 дней

5 мг в течение 2 дней

Для тех, кто проходит детоксикацию после заместительного курса метадона, или тех, кому для стабилизации необходимы более высокие дозы, существует выбор: либо снизить дозу еще до заключительной детоксикации; либо понижать суточные дозы на 25 – 50% до 20 мг в день, после чего уже включиться в программу детоксикации. Вместе с тем, следует учитывать, что при любом из этих вариантов вполне вероятно возникновение интенсивных симптомов отмены.

В случае необходимости в ходе детоксикации клиент может раз-другой задержаться на той или иной дозе. Это может повысить его чувство контроля за ситуацией и уменьшить беспокойство. Однако задержки в режиме снижения необходимо сочетать с усилением психологической поддержки клиента.

Более долгосрочные детоксикации: снижение доз в течение 1 – 6 месяцев

Режим -- 1 месяц

Начальная доза – 40 мг

40 мг в течение 4 дней

35 мг в течение 3 дней

30 мг в течение 4 дней

25 мг в течение 3 дней

20 мг в течение 4 дней

15 мг в течение 3 дней

10 мг в течение 4 дней

5 мг в течение 3 дней

Начальная доза – 25 мг

25 мг в течение 4 дней

20 мг в течение 3 дней

15 мг в течение 4 дней
 10 мг в течение 3 дней
 8 мг в течение 4 дней
 6 мг в течение 3 дней
 4 мг в течение 4 дней
 2 мг в течение 3 дней

Режим детоксикации – 4 месяца

После достижения первичной стабилизации и по истечении определенного периода, когда клиент не принимает героина, можно снижать суточную дозу на 5 – 10 мг раз в неделю (или две), пока не будет достигнут уровень в 30 мг.

Далее производится понижение суточной дозы на 5 – 10 мг раз в неделю (или две) до уровня 15 мг в день. После чего раз в неделю или две суточная доза понижается на 2,5 – 5 мг.

Вот типичный режим четырехмесячной детоксикации при начальной дозе 45 мг.

45 мг в течение 14 дней
 35 мг в течение 14 дней
 30 мг в течение 14 дней
 25 мг в течение 14 дней
 20 мг в течение 14 дней
 15 мг в течение 14 дней
 10 мг в течение 14 дней
 7 мг в течение 14 дней

Режим детоксикации – 6 месяцев

Режим шестимесячной детоксикации, в основе которого лежат те же принципы, что и в курсе, рассчитанном на 1 – 5 месяцев, при начальной дозе 60 мг имеет такую схему:

60 мг в течение 14 дней
 50 мг в течение 14 дней
 40 мг в течение 14 дней
 30 мг в течение 14 дней
 25 мг в течение 14 дней
 20 мг в течение 14 дней
 15 мг в течение 14 дней
 10 мг в течение 14 дней
 8 мг в течение 14 дней
 6 мг в течение 14 дней
 4 мг в течение 14 дней
 2 мг в течение 14 дней

Детоксикация после досрочного прекращения курса терапии

Порой случается досрочное прекращение курса терапии посредством метадона. Причины этого обсуждаются в разделе 10: Практические аспекты терапии посредством метадона: досрочное прекращение курса.

Клиент должен четко представлять себе режим детоксикации еще до окончания курса терапии. Резкое прекращение приема опиатов не несет смертельной опасности для тех, кто не жалуется на здоровье. Режим снижения, следовательно, должен являть собой нечто среднее между продолжением терапии (в новом обличье) и таким уровнем снижения, которое дает клиенту немного шансов в достижении абстиненции – если именно таковы его намерения.

В таком случае реализуется следующая схема:

Ежедневное снижение суточной дозы на 10 мг до уровня 30 мг в день, а затем снижение на 5 мг в день ежедневно – и в последние два дня программы по 5 мг в день. Так или иначе, любая из приведенных выше схем может быть использована.

Тревожные состояния

Ожидание клиентами появления страхов и тревоги – один из наиболее верных показателей интенсивности симптомов отмены. Вряд ли следует сомневаться в наличии зависимости между двумя явлениями.

Как и в прочих ситуациях, провоцирующих тревогу и беспокойство, уровень последних до и в ходе детоксикации может быть значительно уменьшен через информирование клиента относительно того, что с ним может случиться и почему. Кроме того, клиенту следует предоставить возможность обсудить сложившуюся ситуацию со всеми порожденными ей проблемами.

Такие состояния, как гнев или депрессия, могут спровоцировать появление симптомов отмены у тех, кто стабилизировался на метадоне. Такое явление получило название “псевдосиндром отмены”. Если в ходе детоксикации клиенты будут больше прислушиваться к себе, улавливая эти эмоции, симптомы отмены заявят о себе с большей отчетливостью.

Консультативная помощь во время и после детоксикации способствует значительному понижению уровня тревоги и помогает избежать различных осложнений физического плана.

Боязнь абстиненции

В 1979 году С. М. Холл описала боязнь абстиненции как слишком сильную реакцию на относительно слабые симптомы отмены.

Многие клиенты действительно начинают волноваться при снижении доз метадона, и некоторые даже отказываются продолжать детоксикацию. Холл предположила, что в основе таких страхов – личный травматический опыт в отношении симптомов отмены – или впечатления от реакции на них других клиентов. К сожалению, ее попытки использовать стандартные методы когнитивной поведенческой терапии в контролируемых экспериментальных исследованиях (показавшие свою эффективность в других расстройствах с тревожным фоном) здесь оказались безуспешными.

Учитывая вышесказанное, следует отметить, что у тех, кто в ходе детоксикации выказывает высокую степень беспокойства в запасе не так уж много средств, ибо для достижения абстиненции им просто необходима значительная психологическая поддержка. Пожалуй, первое, что следует в таких случаях предпринять – это уменьшить темпы снижения и усилить психологическую поддержку. После этого можно попробовать детоксикацию в условиях стационара или реабилитацию по месту жительства. Если сохраняется высокий уровень беспокойства и налицо признаки возврата к приему наркотиков, наиболее разумным выходом остается перевод клиента с детоксикации на заместительную терапию.

Альтернативы метадону при детоксикации

Клонидин

По оказываемому воздействию весьма схож с лорфексином (см. ниже) с той лишь разницей, что обладает более сильным гипотензивным эффектом (а значит, рекомендуется для применения в условиях стационара). Клонидин никогда не имел товарной лицензии, как средство для детоксикации.

Лорфексин (БритЛорфекс)

Лофексидин гидрохлорид в настоящее время лицензирован в Соединенном Королевстве для использования при снятии симптомов отмены. Лофексидин не является опиатом, не воздействует на рецепторы опиатов в организме и, следовательно, лишен как психоактивного эффекта так и потенциала наркозависимости, какими обладают опиаты. Он блокирует выделение норадреналина. Норадреналин – основной химический трансмиттер, который действует на нервную систему, функционирование которой подавляется опиатами. См. также раздел 4: Метадон – физиологическое воздействие и фармакологические свойства.

Поскольку лофексидин не является опиатом, слишком быстрое или значительное увеличение его доз не способствует лучшему подавлению симптомов отмены, зато возникают различные побочные явления вроде гипотонии (пониженное артериальное давление). Об этом следует знать пациентам, особенно тем, кто принимает таблетки лофексидина самостоятельно.

Как отражается прием лофексидина на беременности, пока не установлено.

Лофексидин вполне в состоянии:

- полностью ликвидировать симптомы отмены (степень снятия им этих симптомов сильно варьируется);
- заметно подействовать на бессонницу, обычно приписываемую воздействию опиатов;
- подавить желание принимать опиаты;
- снять чувство тревоги;
- оказаться эффективным в детоксикации при отсутствии тщательной оценки состояния клиента и психологической поддержки.

Действие вышеназванных отрицательных факторов может быть ослаблено, если:

- клиент получает полную информацию о том, что ему следует ожидать;
- клиенту будут на какое-то время назначены на ночь седатики в небольших количествах (лофексидин может усилить действие нейролептиков и снотворного);
- клиенту будет оказана консультативная и психологическая помощь во время и после детоксикации.

Побочные явления

Гипотония (пониженное артериальное давление) – основной побочный результат приема лофексидина. И хотя это может отпугнуть от его приема некоторых клиентов – а других заставить прекратить его употребление – на практике прием лофексидина редко приводит к клинически существенному снижению давления.

Разумеется, пациенту следует чаще измерять давление, особенно при увеличении дозы. Если у пациентов, проходящих лечение в стационаре, систолическое давление упадет примерно на 30 единиц (в сочетании с головокружением, или сверхседативностью), то со следующей дозой лофексидина следует подождать, пока давление не поднимется (и не будет опускаться на 30 единиц ниже привычного).

Седативное воздействие лофексидина тем более отчетливо у тех пациентов, которые принимают также бензодиазепины и/или другие депрессанты, действующие на центральную нервную систему.

Лофексидин можно спокойно назначать тем, кто:

- в состоянии контролировать свое потребление этого препарата;
- не склонен одновременно принимать незаконные наркотики;
- готов выдерживать схему приема;
- поддерживать постоянный контакт с теми, кто занимается его лечение.

Стандартная схема детоксикации с помощью лофексидина (амбулаторно)

Следует понизить суточный прием метадона до 15 мг в день и попросить пациента принять последнюю порцию вечером. На следующий день с утра (первый день детоксикации) начинайте реализацию такой схемы.

День детоксикации	Максимальное количество таблеток утром	Максимальное количество таблеток днем	Максимальное количество таблеток в 18.00	Максимальное количество таблеток на ночь
1	2	0	0	2
2	2	0	2	2
3	2	2	2	2
4	3	2	2	3
5	3	3	3	3
6	3	1	2	3
7	2	0	2	3
8	2	0	1	2
9	1	0	0	1
10	0	0	0	1

Примечания

Действие лофексидина ослабляется трициклическими антидепрессантами и, следовательно, их не стоит принимать одновременно.

Пациенты могут самостоятельно устанавливать для себя подходящую дозу для снятия симптомов отмены до максимальных величин.

Следует постоянно проверять частоту пульса и давления, особенно при увеличении доз. Фаза максимального суточного приема (день 5) может быть продолжена до шести дней, прежде чем переходить к снижению (дни 6 – 10), если симптомы отмены слишком значительны или налицо признаки незаконного употребления наркотиков.

Пациенту следует знать:

- следует пропустить (или снизить) максимальную дозу, если появляются признаки головокружения;
- при достижении максимальной дозы нет смысла принимать дополнительные таблетки лофексидина. Это лишь усилит побочные явления, но не поможет справиться с симптомами отмены;
- наиболее остро симптомы отмены проявляются в первые пять дней детоксикации;
- может резко понизиться толерантность к опиатам, а следовательно, при возврате к их употреблению возрастает риск передозировки.

Дигидрокодеин

С целью ослабления симптомов отмены некоторые наркологические службы предлагают клиентам переключиться на последней стадии детоксикации с метадона на дигидрокодеин – обычно, когда суточная доза метадона составляет 15 мг.

В основе такого подхода убеждение, что дигидрокодеин

- обладает более краткосрочным действием и потому менее влияет на процесс выработки эндорфинов, чем метадон, и, следовательно, способствует снижению остроты симптомов отмены;
- относительно слабый опиат (30 мг дигидрокодеина примерно соответствуют 3 мг метадона);
- удобен при снижении, особенно если использовать эликсир 10 мг/5 мл.

Не проводились научные эксперименты для сопоставления субъективных ощущений симптомов отмены у лиц, проходящих детоксикацию с помощью метадона, героина и

дигидрокодеина, но медики считают переход на дигидрокодеин весьма полезным, если у пациентов возникают страхи насчет симптомов отмены и прекращения приемов метадона. Впрочем, у такой терапии имеются и недостатки. Дигидрокодеин создает более ощутимый “кайф”, нежели метадон, и потому клиенты могут попытаться бесконтрольно уменьшить дозы метадона, компенсируя это “лучшим наркотиком”.

Кроме того, переход на другое вещество может отвлечь внимание от целого ряда психологических причин возникновения симптомов отмены, что никак не способствует успешному прохождению терапии.

Товарная лицензия на дигидрокодеин не содержит рекомендаций для лечения зависимости от опиатов.

Метадон или героин при детоксикации

Среди потребителей опиатов существует устойчивое мнение, что при “сходе” с метадона симптомы отмены сильнее и продолжительней, чем при прекращении приема героина. Учитывая, что метадон обладает более длительным воздействием, это, возможно, соответствует действительности. С другой стороны, при переживании синдрома отмены, клиент/пациент возможно, испытывает воздействие факторов, которые не совпадают при “сходе” с метадона и незаконного героина.

Большинство симптомов отмены, имеющие отношение к незаконному героину:

- являются частью неустойчивой модели потребления наркотиков и связаны с перебоями в поставках героина;
- приводят лишь к краткосрочной абстиненции;
- в известной степени, снимаются путем самолечения с помощью бензодиазепинов и алкоголя;
- не связаны с сознательным желанием освободиться от наркозависимости.

Большинство симптомов отмены, связанных с метадоном:

- являются запланированным компонентом программы сознательного освобождения от наркозависимости;
- выступают признаком финальной стадии детоксикации, где налицо стремление отказаться от приема наркотиков;
- переживаются без “спасительного” содействия других наркотиков, принимаемых параллельно.

Все эти факторы, скорее всего, усиливают стрессовые нагрузки, связанные с программой снижения доз метадона. Обсуждение этих вопросов с клиентом должно помочь ему выдержать ситуацию отмены.

Наблюдение/профилактика рецидива

Те, кто в течение определенного времени принимали опиаты, а затем решили пройти курс детоксикации посредством метадона, часто очень нуждаются в помощи и поддержке по окончании курса. Программа и механизмы поддержки должны быть подготовлены еще до начала детоксикации.

Риск возврата к наркотикам после детоксикации достаточно высок, так как для рецидивов есть немало потенциальных причин, в том числе:

- затянувшиеся симптомы отмены;
- бессонница;
- воздействие окружающей среды;
- контакты с наркоманами;
- стресс;
- тревоги, беспокойство;
- низкая самооценка;
- депрессия.

Человек, которому удалось освободиться от потребления опиатов, нуждается в поддержке, чтобы не поддаться опасным факторам и не вернуться к наркотикам. Часто клиенты не стремятся обращаться в медицинские учреждения за поддержкой и далеко не все такие службы оказывают подобные услуги.

Поддержка, приносящая реальную пользу, и предлагаемая наркологическими службами включает в себя:

- терапевтические группы из числа тех, кто прекращает или прекратил прием наркотиков;
- обучение методам профилактики рецидива;
- индивидуальное консультирование;
- группы “селф-хелп”;
- обучение навыкам правильного существования, воспитание уверенности в себе;
- терапия посредством налтрексона.

Поддержка, получению которой могут способствовать наркологические службы, включает:

- консультации в сфере профорientации;
- продолжение общего обучения;
- собрания “Анонимных наркоманов”;
- профессиональное обучение.

Резюме

- Процесс детоксикации не так уж трудно выдержать.
- Гораздо труднее добиться долгосрочной абстиненции, покончить с опиатами.
- Большинство потребителей опиатов несколько раз проходили детоксикацию, прежде чем им удавалось на достаточно длительное время отказаться от приема наркотиков.
- Сплошь и рядом для облегчения прохождения детоксикации приходится назначать дополнительные лекарственные средства.
- Весьма полезным при быстрой детоксикации (как амбулаторно, так и в стационаре) оказывается назначение такого средства, как лофекседрин.
- Крайне важно, чтобы наркологические службы, откликаясь на просьбы оказания помощи, делали это терапевтически значимо, способствуя уменьшению вреда от приема наркотиков и обеспечивая клиенту необходимые условия для движения вперед, чтобы он добивался сдвигов в лучшую сторону, извлекая из прежнего опыта полезные уроки.
- Потребители наркотиков, добивающиеся абстиненции, подвержены искушению вернуться к приему наркотиков.
- Наркологические службы должны обеспечивать поддержку своим клиентам в течение 6 месяцев, по окончании детоксикации.

РАЗДЕЛ 10

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ

Конфиденциальность

Отъезд клиентов

Контракт

Анализ мочи

Сроки вывода метадона из организма

Анализ волос

Манипулирование

Досрочное прекращение терапии

Бензодиазепины

Потребление наркотиков для развлечения

Проблемы с алкоголем

Наблюдение и поддержка со стороны работников наркологических служб

Переход с инъекций метадона на прием внутрь

Введение

В этом разделе речь пойдет о проблемах, связанных с назначением метадона, которым работники наркологических служб должны уделить самое пристальное внимание. Разработка подходов и программ с учетом всех этих важных моментов – залог успешного и эффективного функционирования наркологических служб.

Конфиденциальность

Существует ряд причин, по которым потребители опиатов могут испытывать желание скрывать свои пристрастия от окружающих. Некоторые указаны ниже.

Потребители опиатов нередко:

- третируются окружающими свысока;
- испытывают чувство вины по поводу употребления наркотиков;
- испытывают тревогу и беспокойство, так как сообщили наркологам о своем пристрастии только после того, как тех об этом уведомили другие (например, врач общей практики, инспектор по делам условно осужденных и пр.);
- знают, что многие специалисты придерживаются убеждения – плохи те родители, которые употребляют героин;
- беспокоятся, что родные и близкие могут изменить к ним свое отношение, если узнают об их наркозависимости.

Эти волнения и тревоги лишь усиливаются благодаря тому, что:

- употребление героина противозаконно.

Именно в силу этих обстоятельств, крайне важно сразу объяснить клиентам, кто именно будет поставлен в известность о том, что они проходят курс метадонотерапии. Если информацию и в самом деле необходимо передать третьим лицам, клиентов следует поставить в известность, объяснив, каким образом происходит такая передача.

Страхи по поводу утечки конфиденциальной информации, способной произойти в рамках ГСЗ и прочих специализированных служб, если верить потребителям опиатов, не поддерживающих контакты с этими организациями, -- одна из основных причин ухода от контактов. Полная откровенность и ясность относительно того, что означает для вас и вашей организации конфиденциальность, -- помогает уменьшить паранойю и страхи, присущие как тем, кто избегает контактов с наркологическими службами, так и тем, кто решился на такой контакт.

Отъезд клиентов

Получение рецепта на метадон и приобретение по нему лекарства в аптеке может быть связано с рядом ограничений. Немалые проблемы возникают с клиентами, которые собираются в отъезд и в связи с этим просят изменить режим отпуска им метадона. Именно по этой причине всегда полезно в соглашении о терапии включить отдельный пункт, где оговаривалось бы, за сколько дней клиент имеет право уведомить службу о желании внести изменения в режим получения и приема лекарства, и если возможно, также обозначить расписание работы и отпуска.

Среди других способов сохранения хотя бы некоторого контроля за пациентом, не нарушая его график работы или отпуска, следует назвать:

- можно связаться с аптеками по месту прибытия клиента и договориться о высылке рецепта туда;
- можно договориться с врачом или наркологической службой по месту пребывания клиента о выписке ему там временного назначения;
- можно договориться с аптекой по месту жительства о получении клиентом метадона в вечерние часы.

Так или иначе, врач, ведущий данного пациента, не должен поддаваться давлению со стороны последнего и не прописывать то, что способно повредить терапии. Он также должен дать понять клиенту, что любые изменения в установленную схему могут быть внесены заблаговременно и в результате переговоров между врачом и пациентом.

Контракт

Контракт о назначении метадона – это отнюдь не набор правил, которые клиент обязан выполнять. Это, скорее, соглашение, по которому клиент выражает готовность сотрудничать с медицинским учреждением, каковое, в свою очередь, обязуется назначить ему метадон в терапевтических целях и оказывать оговоренную помощь и поддержку. Не следует забывать, что в сфере медицинского обслуживания существует не так много видов услуг, предоставление которых требует заключения контракта. Неудачно составленный контракт, где лишь дается перечень обязанностей клиента, вселяет в последнего ощущение своей незначительности. В контракте следует отдельно оговорить процедуру обжалования клиентом тех решений представителей медицинской службы, которые вызывают у него неприятие.

Необходимо прочесть клиенту текст контракта и подробно обсудить каждый пункт – не в последнюю очередь, потому что у клиентов могут быть проблемы с грамотностью, которые они тщательно скрывают.

Если при составлении контракта упоминается досрочное прекращение лечения, как реакция на неправильное поведение клиента, необходимо найти достаточно гибкую формулировку – или особо оговорить, что это происходит в обстоятельствах, в которых решение медицинского учреждения о прекращении обслуживания сомнению не подлежит. Это особенно важно в пунктах, касающихся незаконного потребления клиентом наркотиков – возможно, учитывая нарастающее увлечение клиента инъекциями и повышение риска заражения ВИЧ, вы не захотите отменить лечение.

Компоненты контракта

Контракт, как правило, заключается между врачом, клиентом и сотрудником наркологической службы.

В контракте должны быть отражены обязанности участвующих сторон, причем врач, в большинстве случаев готов:

- регулярно выписывать клиенту метадон;
- поддерживать контакт с сотрудником наркологической службы относительно успехов клиента;
- обсуждать возможные изменения в схеме терапии с клиентом и сотрудником.

Сотрудник наркологической службы обязуется:

- встречаться с клиентом через определенные интервалы;
- быть готовым уделить больше времени клиенту в оговоренные часы, если клиент попросит продлить беседу;
- поддерживать контакт с врачом, назначившим терапию;
- оценивать успех программы (и в случае надобности вносить в нее изменения), встречаясь с врачом и клиентом через определенные интервалы.

Клиент обязуется:

- регулярно встречаться с врачом и сотрудником наркологической службы;
- со всей ответственностью относиться к назначениям врача;
- заблаговременно извещать о намерениях уехать или ходатайствовать об изменении режима терапии;
- по первому требованию сдавать образцы мочи для проверки на содержание наркотиков;
- минимизировать потребление незаконных наркотиков, приложить все усилия, чтобы прекратить прием героина;

- использовать назначенный метадон исключительно в целях собственной терапии, не торговать и не делать официально получаемым наркотическим средством;
- при прохождении терапевтического курса не обращаться к другим врачам за назначением психотропных препаратов.

Все договаривающиеся стороны сходятся на том, что:

- нельзя вести себя угрожающе или вызывающе;
- при нарушении одной из сторон соглашения они готовы обсудить возможные изменения в программе лечения;
- при серьезном нарушении соглашения курс лечения может быть прерван.

Анализ мочи

Положительная реакция на наркотики при анализе мочи клиента – серьезное основание для назначения лечения. Вместе с тем, не стоит придавать таким анализам первостепенное значение. Они не в состоянии дать полную картину потребления наркотиков, если, конечно, не проводятся ежедневно, что невероятно дорогое удовольствие. Это по сути моментальный снимок, отражающий потребление наркотиков. Проведение таких анализов чревато определенным осложнением отношений между клиентом и сотрудником.

Процедура проведения анализа

Образец мочи помещается в стандартную лабораторную колбу и в присутствии клиента снабжается соответствующей этикеткой.

Бланк лабораторного анализа заполняется кем-либо из медицинского персонала, но подписывается только врачом – если на этот счет нет никаких особых инструкций. Как правило, в нем содержится стандартная просьба провести общую проверку на наличие наркотиков у лица, получающего терапию посредством метадона. Иногда, впрочем, просьба конкретизируется – от анализа требуется установления наличия в крови метадона, прочих опиатов, кокаина, амфетаминов.

Образец мочи надлежит:

- хранить в месте, защищенном от света;
- хранить в холодильнике;
- проверить при первой возможности.

Виды анализа

В большинстве лабораторий сначала проводится достаточно приблизительный анализ, а затем, если есть подозрение относительно наличия наркотика, проводится повторный, более обстоятельный анализ для подтверждения результатов первого исследования. При таком подходе крайне редко получение ложной положительной реакции на метадон или какой-либо другой наркотик, хотя нельзя исключать вероятность ложного отрицательного результата. Такое может произойти, если клиент добавил в мочу воды или перед анализом выпил много жидкости и тем самым способствовал понижению концентрации наркотика в моче.

Применяются технологии:

- тонкослойная хроматография;
- бумажная хроматография;
- газовая хроматография;
- ЕМГТ-сканирование.

Преимущества анализа мочи

Анализ мочи используется при терапии посредством метадона, чтобы:

- подтвердить употребление клиентом героина до начала курса терапии.

А после начала лечения позволяет:

- установить, что клиент действительно принимает метадон;
- воспрепятствовать незаконному (дополнительному) потреблению наркотиков;
- установить уровень незаконного потребления наркотиков;
- выносить более обоснованные решения, например, об увеличении и снижении дозировок, о целесообразности выдачи метадона “на руки”;
- получать ценную информацию для научных разработок в области составления программ терапии с помощью метадона.

Ценность анализа мочи для решения вышеназванных задач пока остается до конца не исследованной, да и процедура эта не свободна от изъянов. Так или иначе, ниже более подробно освещается его роль в каждой из этих процедур.

Анализ мочи перед началом терапии

Анализ мочи перед началом лечения – стандартный компонент практически любой терапевтической программы. Он гарантирует от обвинений во врачебной безответственности, поскольку выявляет наличие в организме следов опиатов до лечения метадонном.

Однако, он дает сведения о факте приема клиентом по крайней мере одной дозы за последние 24 – 72 часа. Анализ не дает представления ни о количестве потребляемых наркотиков, ни о том, как давно клиент их принимает. Ну, а поскольку потребители наркотиков знают, что такой анализ необходим для оценки их состояния, они, как правило, делают все от них зависящее, чтобы анализ оказался положительным.

Требование сдать мочу для анализа в рамках процедуры оценки состояния клиента может легко создать у последнего впечатление, что ему не особенно доверяют. В связи с этим крайне существенно объяснить клиенту, что анализ этот необходим как основание для начала курса терапии и как подтверждение истории употребления наркотиков, рассказанной клиентом, а вовсе не как уловка для уличения клиента во лжи.

Подтверждение, что клиент принимал метадон

Это особенно необходимо в тех случаях, когда метадон выдается клиентам для приема дома, и опять же выступает хорошим доводом против возможных упреков во врачебной безответственности.

Поскольку метадон – вещество, действующее не сразу, и его метаболизм совершается в течение нескольких дней, у клиентов, принимающих его регулярно, при анализе мочи достаточно редко оказывается ложная негативная реакция, а потому в случае отрицательного результата исследование необходимо повторить во избежание недоразумений.

Для подтверждения того, что клиент принимает метадон, необходима положительная реакция и на метадон и на его метаболиты (промежуточные продукты обмена веществ).

Как воспрепятствовать незаконному (дополнительному) приему наркотиков

То, насколько регулярно исследования мочи создают препятствие для приема незаконных наркотиков, является поводом для дискуссий – особенно если клиенты в состоянии предсказать, когда у них в очередной раз возьмут мочу на анализ.

Несмотря на то, что в отдельных конкретных случаях анализ мочи оказывает немалую помощь сотрудникам наркологических служб, исследование литературы по данному вопросу, предпринятое Уордом и др., установило отсутствие работ, где подтверждалась бы зависимость между систематическими исследованиями мочи и сокращением потребления незаконных наркотиков.

Оценка степени увлечения незаконными/дополнительными наркотиками

Если человек в состоянии регулярно заставлять себя отказываться от приема наркотиков за несколько дней до очередного анализа мочи, значит, он в известной степени контролирует потребление наркотиков. Следовательно, можно решать и проблемы, связанные с нерегулярным приемом незаконных наркотиков. Знаменательно, что программы, всецело полагающиеся в этом отношении на анализ мочи, могут вообще упустить из вида это обстоятельство.

Если же клиент не в состоянии прекратить прием незаконных/дополнительных наркотиков, даже если он знает о предстоящем анализе мочи, это свидетельствует о том, что он не контролирует свои привычки, и это составляет проблему, требующую внимания.

Информация для принятия решения насчет терапии

Результаты исследования мочи обычно поставляют сведения для принятия таких решений, как:

- разрешение клиенту брать метадон на дом;
- увеличение дозы;
- снижение дозы;
- прекращение прохождения курса.

Вместе с тем важно иметь в виду, что для принятия решения насчет лечения недостаточно полагаться только на результаты исследования мочи. Нужны и другие показатели.

Информация для научных исследований в области терапевтических программ

Исследования мочи может поставлять достаточно полезные сведения для научных работников – например, о незаконном потреблении наркотиков лицами, получающими метадон. Хотя у этого подхода есть свои ограничения, не позволяющие приходиться к методологически безупречным выводам, основываясь только на таком анализе.

Именно поэтому интерпретация результатов может зависеть от того, кто ею занимается: потребитель наркотиков, сотрудник наркологической службы, врач, тот кто финансирует работу таких служб, разрабатывает общие принципы подхода к проблеме наркомании или ученый-исследователь, а также от того, одобряют они или осуждают, деятельность организаций, проводящих метадоновую терапию.

Минусы, связанные с проведением анализа мочи

Исследования, проводившиеся с целью определения эффективности методики анализа мочи, так и не смогли подтвердить ее абсолютную надежность для определения наличия в организации наркотиков. Открытие, доверительные терапевтические содержательные отношения пациента и врача, где пациент не боится откровенно рассказать о том, как употребляет наркотики, создают более ясную и достоверную картину наркозависимости. Тем не менее, в сочетании с такими контактами и с психологической поддержкой, анализ мочи может сыграть весьма позитивную роль, помогая клиентам добиться поставленных целей и, прежде всего, взять под контроль и сократить прием незаконных наркотиков. Многие работники наркологических служб придерживаются убеждения: чем жестче осуществляется ими контроль за выполнением предписаний курса метадоновой терапии, тем сильнее возникает у клиентов чувство антагонизма (“они” и “мы”) и тем изобретательней становятся уловки тех, кто пытается обмануть оппонентов из наркологической службы.

Чтобы воспрепятствовать формированию синдрома “они” и “мы”, необходимо тщательно разъяснять клиентам смысл и задачи анализа мочи. Многие клиенты согласны, что среди тех, кто просит о метадоновой терапии, попадают лица, надеющиеся получить метадон с целью его последующей продажи, а значит, работники служб имеют все основания время от времени проверять с помощью объективных методов, доходят ли до потребителя

оказываемые ими услуги. Клиенты также понимают, что кое-кто настаивает на получении метадоновой терапии, просто чтобы увеличить свое потребление наркотиков и работники наркологических служб должны иметь возможность с помощью надежных инструментов определять истинное положение дел.

У клиентов существует немало способов воспрепятствовать получению невыгодного для них анализа, например:

- принести в небольшой емкости чужую мочу (нагревая емкость под мышкой, чтобы создать впечатление, что это только что поступившая моча);
- пригласить в уборную кого-то из знакомых и попросить о “содействии”;
- добавить в мочу воды, чтобы концентрация “нежелательных” метаболитов резко понизилась.

Единственным способом застраховаться от подобных фокусов – это проконтролировать процесс “предоставления образца”. Разумеется, в этой процедуре есть нечто способное смутить как клиента, так и сотрудника, но если это идет на пользу делу, есть смысл преодолеть щекотливые моменты.

Сроки вывода метадона из организма

На помещенной ниже таблице вы можете проставить свои данные, которые получаете из вашей лаборатории по проводимым там исследованиям, хотя они вряд ли будут сильно отличаться от стандартных.

Помните, что время вывода наркотика из организма зависит:

- от величины дозы;
- от точности проведенных исследований;
- от вида мочи: чем выше кислотность, тем короче срок вывода вещества;
- от сочетания принимаемых средств: так, прием аналептиков увеличивает уровень метаболизма и, следовательно, понижает сроки вывода.

Анализ волос

Волосы могут выступать в роли своеобразного “химического магнитофона”, регистрируя принятые наркотики. Анализируя волосы сантиметр за сантиметром, можно восстановить картину приема наркотиков данным индивидом за период в несколько месяцев.

Такие анализы проводятся в Великобритании на коммерческой основе. Для большинства наркологических служб они скорее дополняют, чем заменяют анализ мочи, так как связаны с довольно значительными затратами.

Они особенно полезны при:

- контроле за лицами, проходящими заместительную метадоновую терапию, которые посещают наркологические службы достаточно редко;
- оценке состояния клиентов, чьи истории потребления наркотиков вызывают у работников служб сомнения;
- установлении долгосрочного контроля за потреблением наркотиков.

Таблица времени вывода наркотических веществ

Вещество	Время, по истечении которого анализ мочи дает отрицательный результат
Метадон	2 – 4 дня
Героин	1 – 2 дня
Диазепам (и прочие бензодиазепины)	2 – 4 дня
Кокаин	1 – 2 дня
Амфетамин	1 – 2 дня
МДМА (экстазин)	2 – 4 дня
ЛСД	1 – 3 дня

Каннабис	4 – 48 дней
Доводы “за” и “против” анализа мочи и волос	
Анализ мочи	Анализ волос
Позволяет мошенничать и уклоняться	Исключает возможность фальсификации, но клиент может явиться бритым наголо
Унизительность процедуры контроля за сдачей мочи	Вполне цивилизованная процедура
Показывает прием наркотиков в последние несколько дней	Показывает прием наркотиков за последние месяцы
Не показывает малые дозы наркотика	Показывает даже малые дозы
Не показывает отдельные случаи употребления наркотиков	Показывает и отдельные случаи приема наркотика
Имеет качественный характер	Имеет количественный характер – демонстрирует динамику потребления наркотиков месяц за месяцем
Проводящий анализ рискует получить инфекцию	Вероятность инфекции исключена
Результаты получают быстро	На получение результатов уходит время
Не связан с большими затратами	Требует значительных расходов

“Манипулирование”

Манипулятивный элемент в проблеме наркозависимости, как полагают специалисты из области здравоохранения, уходит корнями в прошлое, в постоянные конфликты относительно наркотиков между наркоманами и представителями официальной медицины. В течение многих лет врачи контролировали “товар”, который составлял в жизни наркоманов главную привлекательность. Резко неодобрительное отношение общества к немедицинскому употреблению наркотических веществ в сочетании с традиционным стремлением врачей держать под своим присмотром эти ценные средства означали, что контроль был в высшей степени жестким.

Когда кто-то очень хочет что-то заполучить, он будет прилагать для этого немалые старания, и чем желаннее это “что-то”, тем изобретательней будет он в попытках добиться своего. Более того, если тактика сработала (при всей своей социальной неприемлемости), она, безусловно, будет использована и впредь.

Еще сравнительно недавно единственным способом убедить врача назначить “наркоману” опиат, было создать у него впечатление, что последний искренне хочет избавиться от наркотиков и ему необходима постепенная детоксикация, чтобы справиться с симптомами отмены. Разумеется, в подобных обстоятельствах, каждый, кто имел намерение раздобыть заветный рецепт, должен был сплести историю на тему “я хочу завязать!”.

Систематические провалы таких детоксикаций оказались в высшей степени полезным опытом для медицинских работников.

С появлением более гибкой терапевтической политики, острота этой проблемы несколько притупилась. Представители очень многих наркологических служб получили возможность убедиться: чем больше понимания проявляют они по отношению к клиентам, тем реже прибегают те к “манипулированию”, чтобы получить то, что им хочется.

Разумеется, и гибкость небеспредельна. Главное в работе с наркозависимыми клиентами – это не способствовать повышению вреда, связанного с употреблением наркотиков. Как-никак потребители наркотиков и сейчас способны пускаться на уловки, чтобы убедить представителей наркологических служб пойти у них на поводу и прописать нечто отнюдь им не полезное.

Однако ситуации “манипулирования” с обязательно порождаемыми ими трениями, окажутся сведены к минимуму, если мы:

- ясно и четко изложим клиенту задачи терапии;
- будем находиться в постоянном контакте с коллегами;
- заключим с клиентом понятные им соглашения;
- сумеем вызвать клиентов на откровенность;
- окажемся в состоянии подобрать для клиента подходящую и эффективную терапию.

Досрочное прекращение терапии

Терапия с помощью метадона подходит далеко не всем. Помимо тех потребителей наркотиков, кто ведет слишком хаотичную жизнь, чтобы быть в состоянии исправно выполнять все предписания терапевтического курса, нет гарантии, что метадон не будет назначен человеку, который:

- не готов к такой терапии;
- убедил специалиста, проводившего оценку его состояния, выписать ему больше метадона, чем реально необходимо;
- создал ложное представление о степени своей наркозависимости, чтобы добиться необоснованного долгосрочной терапии;
- не способен добиться ни одной из поставленных терапевтических задач.

Таких клиентов гораздо проще выявить не до начала терапии, но уже в ходе работы с ними, и при ревизии. Это следует принимать во внимание.

Терапия может быть досрочно прервана, если:

- она приносит больше вреда, чем пользы и пока нет оснований надеяться на коренные изменения ситуации к лучшему;
- имело место серьезное нарушение контракта – например, насилие со стороны клиента по отношению к персоналу службы;
- отмечались случаи невыполнения оговоренных контрактом обязательств (например, неявка на прием к специалисту).

Преждевременное прекращение лечения – очень серьезный шаг, особенно если это может привести к рискованному поведению клиента. Лица, ответственные за такое решение должны быть уверены, что это вынужденная, но необходимая мера.

Очень важно, чтобы решение о досрочном прекращении курса лечения было правильно понято всеми заинтересованными сторонами и чтобы оно носило объективный и непредвзятый характер. Если это возможно, клиенты должны получить предупреждение о возможном применении к ним такой меры до принятия окончательного решения. Следует обдумать целесообразность применения таких промежуточных мер, как временное отстранение клиента от прохождения курса.

Если возможно вернуть клиента в программу лечения, его следует поставить в известность как о критериях восстановления, так и о ближайшей дате.

Бензодиазепины

Для многих потребителей героина бензодиазепины – часть наркотической субкультуры. Бензодиазепины считаются относительно безобидными наркотиками, которые можно принимать даже не опасаясь симптомов отмены. Возможно, все дело в том, что симптомы отмены бензодиазепинов принимаются за симптомы отмены опиатов.

Потребители опиатов нередко прибегают к бензодиазепинам, чтобы улучшить сон, хотя принимают их в количествах, заметно превышающих терапевтические. Кроме того, бензодиазепины принимаются и в течение дня не как снотворное, но для достижения следующих целей:

- вызвать ощущение своей отделенности от остального мира;
- добиться “отключения от времени” на период нахождения под действием бензодиазепинов;
- почувствовать уверенность в себе;
- испытать опьянение;

- усилить действие алкоголя;
- ослабить остроту симптомов отмены опиатов.

Взаимоотношения бензодиазепинов и метадона лишены однозначности.

Нередко просьба о назначении метадона сочетается с просьбой одновременно выписать и бензодиазепины.

Те, кто существует “на метадоне”, даже после прекращения приема незаконных опиатов, нередко пытаются тайно принимать бензодиазепины.

Основные проблемы

- В смысле улучшения сна бензодиазепины утрачивают терапевтическую ценность через 2 – 4 недели лечения.
- Принимаемые в чрезмерных количествах бензодиазепины провоцируют хаотичное, рискованное поведение, вызывают временную потерю памяти.
- Их употребление повышает риск заражения ВИЧ или гепатитом.
- Синдром отмены – включающий агорафобию и приступы паники – может доставлять немалые страдания и быть причиной обращения к другим наркотикам.

Поскольку бензодиазепины не входят в перечень “контролируемых лекарственных средств”, наркологические и аптечные службы отпускают по рецептам бензодиазепины на неделю, а это создает опасность их приема в течение первых же суток. Следовательно, трудно назначение бензодиазепинов объяснить принципом уменьшения вреда.

Организации, проводящие лечение метадоном и не назначающие своим клиентам бензодиазепины:

- лучше защищены от обвинений во врачебной безответственности;
- уменьшают количество желающих получать бензодиазепины;
- поощряют обсуждения с клиентами свойств бензодиазепинов и их возможного применения.

Но они не в состоянии удовлетворить запросы тех, кто действительно находится в зависимости от бензодиазепинов и не в состоянии воспользоваться терапевтическими преимуществами бензодиазепинов, когда их применение показано.

Многие клиенты готовы “обменять” просьбу о назначении бензодиазепинов на дополнительный метадон. Некоторыми наркологическими службами применяется схема 5 мг метадона на 10 мг темазепама/5 мг диазепама до предела в 25%-ное повышение установленной потребности в метадоне исходя только из потребления опиатов. Это не всегда уместно, да и некоторым кажется уязвимым с точки зрения логики, так как метадон вряд ли может оказать серьезное воздействие на симптомы отмены бензодиазепинов. Отдельные наркологические службы предлагают клиентам в первые недели метадоновой терапии параллельно и курс детоксикации с помощью диазепинов, чтобы дать клиентам реально оценить свои возможности отказаться от наркотиков.

Если клиент упорствует в своем желании получать именно бензодиазепины, имеет смысл начать подготовку к терапии с помощью метадона и несколько растянуть период оценки состояния клиента, прежде чем выносить окончательное решение о целесообразности бензодиазепина.

Употребление наркотиков для развлечения

Очень многие из тех, кто проходит лечение метадоном, кроме него, принимают и другие наркотики, например, каннабис.

В таких ситуациях необходимо исходить не из абстрактного идеала абстиненции, но из конкретных задач данного терапевтического курса. Если употребление других наркотиков не ставит под угрозу реализацию поставленных задач, есть смысл продолжать лечение. Однако если такое дополнительное потребление способно свести на нет усилия врачей, нужно попытаться разработать новый план, позволяющий реализовать поставленные задачи, а если уж и он не поможет, ставить вопрос о досрочном прекращении лечения.

“Проблемное” употребление дополнительных опиатов обсуждается в разделе 11: Терапия для групп с особыми потребностями. Те, кто принимает дополнительные наркотики. Необходимо, чтобы у наркологических служб был выработан единый подход к тому, как добиваться реализации терапевтических задач и как реагировать на прием наркотиков развлечения ради.

Проблемы с алкоголем

Относительно незначительное количество лиц, проходящих лечение метадонем, одновременно испытывают проблемы и с алкоголем. Алкоголь и метадон взаимно усиливают действие друг друга, а потому те, кто помимо метадона, злоупотребляет спиртным, рискуют серьезно отравиться. Именно алкоголь, по мнению многих специалистов, играет роковую роль в отравлениях метадонем. Некоторые клиенты чередуют прием алкоголя и опиатов. Кое-кому метадон даже приносит пользу, так как, оказываясь на метадоне, они резко сокращают прием спиртного. Наибольшие сложности у представителей наркологических служб возникают с теми, кто находится в двойной зависимости от опиатов и алкоголя.

Чтобы понизить риск и увеличить эффективность лечения, клиентам могут предложить набор дополнительных услуг:

- контроль за потреблением метадона;
- проверка на алкогольное опьянение (с помощью алкогольно-респираторной трубки) перед отпуском очередной порции метадона;
- до начала лечения метадонем проведения курса лечения от алкогольной зависимости стационарно или амбулаторно);
- проверка функции печени и прочие исследования;
- назначение дисульфирама (антбуса) в начале в условиях стационара для снижения риска;
- беседы по поводу потребления алкоголя;
- реабилитация в условиях стационара.

Наблюдение и поддержка со стороны работников наркологических служб

Клинические наблюдения – ключевой фактор эффективности терапии с помощью метадона. Потребители опиатов обращаются в соответствующие службы в самых разных состояниях и высказывают самые разные пожелания.

Чтобы предложить квалифицированную взвешенную комплексную помощь, врачи должны иметь возможность систематически наблюдать за пациентами, чтобы спокойно обсуждать все те проблемы медицинского и общечеловеческого плана, которые могут возникнуть в ходе работы.

Врачи, работающие с наркозависимыми пациентами, очень выигрывают, имея возможность совершенствоваться в своем деле через:

- конференции;
- форумы работников региональных наркологических служб;
- группы по интересам;
- “журнальные клубы” (Journal clubs);
- специальную подготовку и курсы повышения квалификации.

Переход с инъекций метадона на прием внутрь

Есть немало причин, по которым врач и пациент/клиент, могут прийти к соглашению о переходе с инъекций метадона плюс метадон перорально исключительно на прием метадона внутрь. Назовем следующие:

- повреждения вен, усугубляемые постоянными инъекциями;
- желание отойти от устоявшейся схемы употребления наркотиков;
- нажим со стороны партнера или членов семьи;

- осознание того, что прекращение инъекций – первый шаг к успешной детоксикации;
 - организация, назначающая метадон, придерживается правила, что все клиенты принимают метадон внутрь.

Переход с инъекцией метадона на прием внутрь – долгий и сложный процесс. Именно поэтому многие наркологические службы предпочитают не тратить на это время, а с самого начала добиваться стабилизации на метадоне, принимаемом внутрь.

Сам по себе переход происходит путем постепенного сокращения инъекций с одновременным возрастанием доли принимаемого внутрь препарата. Иногда для облегчения такого перехода уменьшение доли инъекций сопровождается более заметным повышением дозы метадона для приема внутрь. Так, клиент вместо десяти миллиграммовой ампулы метадона может получить 15 – 20 мг метадона для приема внутрь.

При осуществлении такого перехода следует внимательно осматривать обычные участки инъекций и рекомендовать клиенту прибегать к услугам консультативных служб для получения необходимой психологической поддержки. Иногда, как это происходит при назначении детоксикации, полезно договориться с клиентом еще до внесения каких-либо изменений в режим лечения, что все это – своеобразный эксперимент, и если он не сработает, ничто не мешает вернуться к прежним дозам и способам их приема. Это избавляет и клиента, и сотрудника службы от необходимости рассматривать процесс исключительно в рамках “успеха” или “провала”, а клиентам уже не надо бояться, что, согласившись на перемены, они раз и навсегда откажутся от чего-то для них важного и ценного.

У такого перехода больше шансов оказаться успешным (по крайней мере, с точки зрения исключения возможности возврата к инъекциям незаконных наркотиков), если его осуществлять постепенно. Для тех, кто давно делает себе инъекции, переход на прием метадона внутрь может занять до двух лет. К концу процесса перехода, когда почти все ампулы окажутся “конвертированы” в метадон для приема внутрь, клиенту можно оставить в общем цикле один день для инъекций. Это финальная фаза может оказаться самой длительной. Не следует пугаться возвратов к старым методам потребления наркотиков, лучше относиться к этому как весьма полезному опыту.

Резюме

- Многие из проблем, возникающих при назначении метадона, можно достаточно успешно решать с помощью открытых доверительных отношений с клиентом, а также заключения с ними письменного соглашения, где четко обозначены задачи лечения и права и обязанности сторон.
- Разумное применение исследований мочи клиента помогает подтвердить сведения, сообщенные им сотруднику наркологической службы.
- Результаты анализа мочи являются весомым документальным подтверждением правильности решения назначить клиенту метадон.
- При этом не следует забывать, что учитывая все ограничения этого исследования, данные анализа мочи не должны играть определяющей роли при принятии решений.
- Назначение бензодиазепинов потребителям опиатов должен производить врач-специалист, видящий для этого веские основания.
- Злоупотребление алкоголем может рассматриваться как противопоказание для назначения метадона.

РАЗДЕЛ 11

МЕТАДОНОВАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ГРУПП С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Беременные женщины

Симптомы отмены у новорожденных
 Молодежь
 Клиенты, отвечающие за воспитание детей
 Носители ВИЧ
 Представители национальных меньшинств
 Те, кто принимает дополнительные наркотики
 Те, кому не становится лучше
 Лица с нарушениями в области психического здоровья
 Лица, привыкшие к инъекциям
 Резюме

Введение

При том, что большинство клиентов, принимающих метадон – это белые англо-саксы 25 – 40 лет, они отнюдь не являют собой нечто однородное. У всех них свои проблемы и свои потребности. Кроме того, они не единственные получатели метадона. В этом разделе речь пойдет о представителях разных групп со своими специфическими потребностями, которые пользуются услугами наркологических служб, или напротив, избегают их.

Беременные женщины

Чувство вины и безотчетной тревоги – нередкие признаки состояния беременных женщин, потребляющих опиаты. Существует вполне устойчивое мнение насчет того, что опиаты и метадон в состоянии вызвать патологические изменения у плода. Однако нет данных, которые подтверждали бы это предположение. Полезная информация на этот счет содержится в брошюре “Наркотики, беременность и уход за детьми” (Drugs, Pregnancy and Childcare), изданной в 1992 году ISDD.

Подробное обсуждение воздействия метадона на плод приводится в разделе 4: Метадон: физиологическое воздействие и фармакологические свойства.

Наркологические службы в принципе в состоянии предотвратить ряд моментов, несущих потенциальную опасность для матери и ребенка, например:

- отсутствие патронажа беременных;
- наличие симптомов отмены у матери, способных спровоцировать преждевременные роды;
- употребление разнообразных наркотических веществ, в том числе и таких, как алкоголь, способных нанести вред плоду;
- смертельные передозировки (инъекции незаконного героина);
- заражения при неаккуратном пользовании шприцами;
- плохое питание;
- курение табака;
- внезапное прекращение лечения метадонном.

Сотрудничество различных служб и организаций

Беременные женщины, потребляющие опиаты, должны не только пройти осмотр у врача-гинеколога, но и посетить сотрудника наркологической службы.

Сотрудничество различных служб и организаций -- залог того, что будущая мать получит необходимое внимание и уход.

Ниже приводится такая схема взаимодействия организаций, которая уже успела на практике доказать свою действенность. Вместе с тем, нельзя не отметить ее способность вызывать у клиентов необоснованные страхи и беспокойства. Главная задача этих мер – обеспечить по возможности нормальное протекание беременности и родов. Если врач-нарколог или представитель наркологической службы считает, что будущая мать не

получает достаточного внимания со стороны специалистов, ему следует связаться с врачом общей практики, местной акушерской службой, санитарным инспектором и больницей.

Процедура взаимодействия

После установления факта беременности следует провести “организационное собрание” с участием представителей соответствующих служб, будущей матери, ее партнера (или кого-либо из близких). Появление акушера-гинеколога и кого-то из персонала родильного дома может унять волнения присутствующих относительно того, что при родах мать не получит необходимого обезболивания.

Задачи такой встречи:

- установить лицо ответственное за предродовой период;
- обменяться необходимой информацией;
- обсудить варианты лечения наркозависимости (см. ниже);
- установить, есть ли нужда в совещании по поводу защиты прав ребенка перед выпиской матери и ребенка из роддома.

Вторая встреча – приблизительно в том же составе – должна состояться примерно за 2 недели до предполагаемых родов. Разумеется, нельзя исключить возможность преждевременных родов и в таком случае дату встречи следует сдвинуть. Цели такой встречи:

- заслушать сообщение лица, ответственного за предродовой период с оценкой ситуации;
- обсудить ближайшие и долгосрочные планы;
- решить вопрос о целесообразности совещания по поводу защиты прав ребенка до выписки матери и младенца из роддома.

После рождения ребенка и до выписки из роддома матери и новорожденного проводится еще одна встреча в том же составе плюс врач-педиатр для обсуждения следующих вопросов:

- оценить степень родительской правоспособности;
- обеспечить предоставление адекватного ухода за матерью и новорожденным со стороны соответствующих учреждений;
- подтвердить полномочия ответственного лица;
- определить необходимость созыва совещания через три месяца для проверки общей ситуации.

Такое совещание должно обеспечить наличие обратной связи с матерью и взаимодействие соответствующих служб.

Беременность и лечение метадонем

Основным видом терапии с помощью метадона для беременных нередко считается детоксикация. Однако на самом деле все обстоит несколько иначе. Так, в первые три месяца беременности следует особенно избегать возникновения симптомов отмены, поскольку это может привести к выкидышу. Кроме того, появление симптомов отмены в три последние месяца беременности способно повлечь за собой преждевременные роды. Беременность – самый подходящий период в жизни женщины для осуществления тех или иных важных перемен. Например, появляется дополнительный стимул отказаться от приема наркотиков. При малейшей возможности сотрудники упоминавшихся служб и организаций должны всемерно поощрять и поддерживать такое начинание.

Тем не менее, многие женщины отмечали, что во время беременности испытывали:

- дополнительные стрессы;
- особо сильный нажим со стороны родных и друзей, потребителей наркотиков и работников наркологических служб;
- особенно острое чувство беспомощности и ощущение утраты контроля над своей жизнью.

Это лишний раз подчеркивает необходимость профессиональной, тщательной и беспристрастной оценки состояния клиента перед принятием плана конкретной терапии. Если в виде оптимального варианта выбирается детоксикация, важно, чтобы имелся экстренный план предотвращения или контроля над стремлением матери вернуться к наркотикам сразу после рождения ребенка.

Оптимальное время для проведения детоксикации – вторая часть беременности. Максимальное понижение суточной дозы не должно превышать 10 мг в течение каждой недели курса. Финальная, более медленная часть детоксикации проводится в последние три месяца беременности под строгим медицинским контролем во избежание причинения вреда здоровью ребенка.

Однако лишь часть женщин, проходивших курс детоксикации, удается добиться абстиненции – избежав и соблазна вернуться к наркотикам, и осложнений гинекологического плана. Большинство беременных женщин предпочитает детоксикации краткосрочную или долгосрочную заместительную терапию.

То, что хорошо для матери, полезно и для ее плода, а поэтому метадон следует назначать в количествах, которые исключили бы тяготение к потреблению незаконного героина.

Симптомы отмены у новорожденных

Уход за ребенком, испытывающим симптомы отмены

Хотя в одном исследовании указывалось на неэффективность описываемого ниже подхода, тихая затененная комната и тугое пеленание могут успокоить младенца и избавить его от необходимости специального лечения. Обычно уход за такими детьми осуществляется в обычной палате родильного отделения, но в случае необходимости их можно перевести в блок интенсивной терапии.

Если такие дети нуждаются в лечении, в Соединенном Королевстве обычно применяется хлорпромазин по следующей схеме:

- хлорпромазин 1 – 3 мг/кг 4 раза в сутки в течение 5 – 10 дней, потом постепенная отмена в течение 14 – 21 дня.

В специальной литературе также упоминается использование других неопиоидных средств – таких, как фенобарбитон, клонидин, бензодиазепины (диазепам). Применяются и опиоиды – настойка камфарного опия (Paregoric) и метадон.

Кормление грудью

Не существует убедительных свидетельств того, что при кормлении грудью метадон может передаваться от матери к ребенку, но если такая передача и впрямь имеет место, речь может идти о крайне низких дозах. Следовательно, с учетом преимуществ материнского молока, а также того, что если метадон и поступает в организм ребенка, то незначительность доз может способствовать смягчению синдрома отмены, нет никаких оснований отговаривать матерей вскармливать своих детей грудью.

Уход за матерями, дети которых испытывают синдром отмены

Большинство матерей, дети которых страдают от симптомов отмены, испытывают комплекс вины за случившееся, а потому критические замечания в их адрес со стороны медицинского персонала вряд ли следует рассматривать необходимым и полезным вмешательством.

Крайне важно, чтобы сотрудники медицинских учреждений не утрачивали контроля над своими чувствами и не демонстрировали свое отношение к наркозависимости матери в ходе исполнения своих служебных обязанностей, особенно если мать нуждается в дополнительной помощи, осваивая основы ухода за ребенком. Сотрудники наркологических служб, вне всякого сомнения, могут оказать ценную помощь персоналу

родильных отделений в их попытках разобраться в проблемах, связанных с употреблением наркотиков, а также справиться со своими эмоциями в отношении матерей, страдающих наркозависимостью.

Родителям обязательно надо объяснить необходимость назначения ребенку наркотических средств, если этого не избежать. Важно напомнить им, чтобы они ни в коем случае не давали сами малышу опиаты, даже если он испытывает страдания, похожие на те, что бывают вызваны симптомами отмены.

Молодежь

Закон о детях 1989 года

В Законе о детях 1989 года нашел юридическое закрепление принцип, согласно которому во всех ситуациях, связанных с уходом, попечением, лечением и пр., интересы ребенка имеют первостепенное значение. Это означает, что сотрудник соответствующей службы обязан информировать компетентные инстанции, если у него складывается впечатление, что несовершеннолетний (независимо от того, является он их непосредственным клиентом или нет) страдает от таких факторов как:

- вред физическому здоровью;
- вред психологическому состоянию;
- сексуальный вред;
- безнадзорность.

Как правило, в подобных случаях уведомляются непосредственное начальство и социальные службы. Сотрудники наркологических служб не должны аргументировать свое невмешательство тем, что их клиент прежде всего наркоман, и что они тут ничего не могут поделать и вообще всеми этими проблемами должны заниматься другие ведомства. Именно в силу вышеозначенного работникам наркологических служб имеет смысл с самого начала работы с клиентами объяснить им свои обязанности, упомянув о конфиденциальности и защите прав ребенка. Полезно довести до сведения клиентов смысл понятия “серьезный вред”, равно как и проинформировать их о факторах в связи с уходом за ребенком, которые могут вызывать озабоченность. Тем не менее, это необходимо делать тактично и следует растолковать клиенту, что “дети группы риска” вовсе не то же самое, что дети, находящиеся “под опекой родителей, которые принимают метадон”.

Метадон и молодежь

Метадон -- не самое оптимальное средство для молодых клиентов. Под последними понимаются лица не достигшие шестнадцатилетнего возраста, но порой также и те, кому уже исполнилось и семнадцать), поскольку у них нет:

- давней зависимости от опиатов;
- достаточной толерантности;
- проблем, вызванных потреблением героина, которые не поддавались бы другим формам лечения и помощи.

Обычно необходимо согласие родителей на лечение несовершеннолетних от наркозависимости. Но если в результате квалифицированного проведения обследования установлено, что страдающее наркозависимостью лицо вполне способно отвечать за свои действия и может дать с учетом полученной информации разумное согласие на лечение, можно в качестве прецедента опереться на решение Скармана по делу Виктории Гиллик и назначить курс лечения без родительского согласия. Впрочем, в таких ситуациях весь процесс принятия решения должен быть самым тщательным образом задокументирован. Если есть мнение, что метадон – лучшее средство для данного юноши (девушки), то необходимо провести самое тщательное обследование в стационаре с заключением о терапии, вынесенным специалистом-наркологом.

Клиенты, отвечающие за воспитание детей

Большинство потребителей наркотиков должным образом заботятся о своих детях и одного факта наркозависимости недостаточно, чтобы проявлять озабоченность или даже ставить вопрос о лишении их родительских прав.

Если клиент имеет на своем иждивении детей, то сотрудник наркологической службы строит свои отношения с ним на основе Закона о детях 1989 года, где подчеркивается приоритет интересов ребенка.

Если выясняется, что в определенных обстоятельствах родителями (или опекунами) не предпринимается никаких мер по уходу за детьми и последние рискуют получить серьезный физический, психологический или эмоциональный ущерб, или оказываются в рискованном положении по причине отсутствия надзора, следует провести квалифицированную и детальную оценку состояния клиента. Местные власти обязаны предложить соответствующую помощь родителям (опекунам) и детям. Разумеется, при этом необходима крайняя деликатность и понимание того, что основная стратегическая задача помочь семье сохраниться – если это отвечает интересам ребенка.

Крайне существенно, чтобы сотрудники наркологических служб были знакомы с содержанием Закона о детях 1989 года и в случае необходимости опека над ребенком имела возможность наблюдения и поддержки со стороны социальных служб.

Носители ВИЧ

Терапия с помощью метадона способна понизить вероятность поведения, рискованного для иммунной системы организма – например, привычку внутривенного введения наркотиков. Такая терапия улучшает питание, понижает стрессы и прочие факторы, способные ускорить развитие СПИДа.

Назначая метадон лицам, пораженным ВИЧ, важно:

- способствовать привлечению других организаций для борьбы с ВИЧ;
- обсудить с клиентом проблемы гепатита В/С, так как не исключено, что у него имеется и это заболевание;
- поддерживать контакт с лечащим врачом клиента (по поводу СПИДа), а также иметь представление о других профильных службах, оказывающих помощь;
- следить, не изменилась ли привыкаемость к метадону в период заболевания и снижения веса;
- в случае нарушения памяти у клиента, следить, чтобы он не отравился, приняв дополнительную дозу метадона и забыв о том, что уже принял положенное количество;
- убедиться, что клиент понимает, как может передаваться инфекция.

Назначение препаратов для лечения заболевания, вызванного ВИЧ – это крайняя мера, прибегать к которой следует, только если клиент категорически отказывается идти к врачу-специалисту. Подбор терапии для симптоматичного ВИЧ лучше производить в контакте со специалистами, так как взаимодействие метадона с лекарствами, обычно применяемыми при лечении СПИДа, например AZT, по-настоящему не изучено.

Для потребителей наркотиков с позитивной реакцией на ВИЧ характерна особая система реакций и потребностей. Сам по себе положительный анализ не означает перемены в отношении наркотиков. Если у одних это вызывает попытки ограничить себя в приеме наркотиков, другие, наоборот, начинают принимать их беспорядочно и бесконтрольно. Процесс адаптации к существованию в условиях ВИЧ-инфекции означает не только необходимость справиться с чувством горя и утраты, но также и возможность осознать, что такое жизнь, заново определить ее смысл в свете случившегося.

Варианты терапии одинаковы для всех потребителей опиатов (в том числе и для ВИЧ-инфицированных) и прежде чем останавливаться на одном из них, необходимо самым тщательным образом взвесить все “за” и “против”.

Многие ВИЧ-инфицированные потребители опиатов стараются заглушить неприятные чувства и эмоции, принимая как назначенные, так и незаконные наркотики

бесконтрольным и бессистемным образом, сопряженным с серьезным риском для здоровья. Это может усугубляться осознанием того, что поскольку отмена приема метадона чревата для организма весьма неприятными последствиями, решения о преждевременном прекращении лечения выносятся лишь в крайних случаях, и это лишь подстегивает клиентов в их деструктивном поведении и нежелании выполнять подписанное с наркологической службой соглашение.

Национальные меньшинства

Традиционно наркологические службы открывались и функционировали для представителей белой расы. Поэтому у тех, кто относится к этническим меньшинствам, нередко создается впечатление, что им и вовсе незачем обращаться туда за помощью. В связи с этим специализированные службы должны не только придерживаться политики равных возможностей и набирать персонал из самых разных этнических групп, но и предлагать культурно адекватную помощь цветным сообществам в целом и их отдельным, страдающим наркозависимостью представителям, в частности.

Те, кто принимает дополнительные наркотики

Очень многие потребители опиатов, получающие метадон, дополнительно принимают и каннабис. Если это не входит в противоречие с основными задачами терапии, большинство наркологических служб относится к этому вполне терпимо.

Чтобы как-то реагировать на прием клиентами дополнительных наркотиков, представители наркологических служб должны об этом знать. Для этого необходимо либо вступить с клиентом в терапевтически содержательные отношения, позволяющие свободно обсуждать такие вопросы (а это обычно означает, что угроза прекратить обслуживание клиента при уличении его в приеме незаконных наркотиков не является самой полезной частью контракта), либо систематически проводить исследования его мочи, что, как отмечалось в разделе 10, само по себе непросто и дорого стоит).

Прежде чем принимать меры, следует установить масштаб, характер и причины увлечения дополнительными наркотиками. Слишком велики различия между приемом “левого” героина в отдельные “сложные” дни и ежедневным его потреблением, когда при этом клиент еще и продает официально получаемый метадон. Если в последнем случае необходимо вмешательство, то в первом такое поведение может и не создавать помех для успешного течения курса.

Те, кто принимает, помимо официального метадона, левый героин, делают это по ряду причин, среди которых следует упомянуть и такие, как:

- героин “приятнее”, чем метадон;
- нравится проявлять самостоятельность;
- испытывают симптомы отмены;
- партнер принимает героин;
- инъекции стали своеобразным ритуалом, без которого теперь трудно обойтись;
- убежденность в том, что героин можно принимать время от времени – когда захочется – не причиняя вреда своему здоровью;
- в этом усматривается способ разделяться с любыми проблемами;
- израсходована доза метадона, выдаваемого для приема дома.

Если установлено, что имеет место незаконное употребление наркотиков, что ставит под удар успех лечения, необходимо принимать соответствующие меры для понижения степени риска.

Среди возможных “ответов” назовем такие, как:

- увеличение суточной дозы метадона;
- увеличение частоты получения метадона в аптеке;
- повышение контроля за потреблением метадона;
- повышение затрат времени на оказание консультативной помощи клиенту.

Кроме того, не помешает:

- обещание разумного “вознаграждения” при выполнении реалистичных задач программы;
- реабилитация в условиях стационара по системе “без наркотиков”;
- временная отмена метадона.

“Те, кому не становится лучше”

Досада на неспособность потребителей опиатов быстро “прийти” в норму”, освободиться от наркозависимости сразу после оказанной им помощи – чувство, известное многим работникам наркологических служб. Во избежание таких огорчений имеет смысл несколько снизить свои ожидания, а не усиливать нажим на клиентов, заставляя их “измениться к лучшему”. Зависимость от опиатов, коль скоро возникла, превращается в сложную, не поддающуюся быстрому решению проблему, для которой типичны:

- желание принимать опиаты как самое главное в жизни;
- привыкание ко многим неприятностям, связанным с потреблением наркотиков;
- долгие периоды размышлений о необходимости изменить жизнь, отказавшись от прежних пристрастий;
- циклы более и менее интенсивного потребления наркотиков;
- периоды абстиненции, за которыми, однако, наступает возврат к наркотикам.

К концу “наркотической карьеры” периоды абстиненции удлиняются, а периоды возврата к наркотикам соответственно уменьшаются.

Постоянно критикуя клиентов за отсутствие прогресса сотрудники наркологических служб выбирают не самый лучший способ помочь им преодолеть препятствия и конструктивно воспользоваться предлагаемой помощью. Куда более плодотворные результаты приносит умение понять ситуацию клиента поставить реальные задачи и предложить адекватную помощь.

Лица с нарушениями в области психического здоровья

Исследования показали, что случаи психических расстройств чаще отмечаются у потребителей опиатов, чем у прочих слоев населения. Для некоторых прием наркотиков может выступать чем-то вроде самолечения, попытки справиться с психическими расстройствами.

Депрессии среди потребителей опиатов случаются в пять раз чаще, чем у представителей других слоев населения.

Внимательный анализ сведений, поступающих от клиента в ходе первоначальной оценки его состояния, помогает понять существует ли повышенная опасность психических расстройств. Тщательное наблюдение за клиентом, в том числе и в ходе детоксикации, выявит появление проблем с психическим здоровьем по мере снижения доз наркотиков. Большинство тех, кто проходил лечение от психических расстройств, могут в то же самое время проходить курс лечения от наркозависимости посредством метадона. Некоторые расстройства вроде депрессий, безотчетных страхов и тревог могут быть сняты при той нарастающей стабилизации и доступе к профессиональной помощи, которые являются результатом прохождения курса терапии посредством метадона.

Некоторые люди прибегают к помощи опиатов для борьбы с параноидальными или прочими “нездоровыми” идеями, а потому при стабилизации или снижении доз чувствуют себя хуже.

Необоснованное направление на лечение

Службы психического здоровья и некоторые иные медицинские учреждения имеют обыкновение направлять всех клиентов с психическими расстройствами и историей потребления наркотиков: в местные наркологические службы, надеясь, что последние

займются обеими проблемами. Контакты между центрами психического здоровья и наркологическими службами крайне важны для разумного разделения обязанностей.

Лица, привыкшие к инъекциям

Те, кто вводит себе героин внутривенно, имеют обыкновение время от времени менять стереотипы своего поведения в отношении наркотиков, и представители наркологических служб получают неплохую возможность положительно повлиять на эти сдвиги, оказать необходимую помощь.

Для тех, кто видит в инъекции достаточно важный ритуал, прекратить внутривенные инъекции порой бывает не намного легче, чем вообще отказаться от наркотиков и добиться абстиненции. Работники наркологических служб должны иметь в виду: клиенты, заставившие себя отказаться от компульсивных инъекций, могут испытывать фрустрацию - упадок сил, неверие в себя, и следовательно, особенно нуждаются в поддержке.

Чтобы уменьшить вред, причиняемый организму инъекциями, следует:

- работать с клиентом в направлении улучшения техники инъекций, с одной стороны, и уменьшения их частотности, с другой,
- назначение более высоких доз метадона для приема внутрь,
- назначение инъекций наркотических веществ,
- обсуждение ритуального начала, связанного в процедурой инъекций,
- оказание помощи в самоанализе стимулов и поводов для инъекций.

Резюме

- В предродовом уходе за будущей матерью должен принимать участие и работник наркологической службы и уход этот должен строиться по возможности самым нормальным образом.
- Дети, рожденные от принимавших опиаты матерей, в принципе должны получать помощь и уход в обычных условиях.
- Согласно Закону о детях 1989 года, забота об интересах несовершеннолетних из группы риска является, безусловно, приоритетной.
- Самого по себе факта приема наркотиков родителями недостаточно, чтобы их дети автоматически ставились на учет как принадлежащие к группе риска.
- Потребление незаконных опиатов помимо официально назначенного метадона – недостаточное основание для прекращения лечения “нарушителя”.
- Потребление опиатов являет собой весьма серьезную проблему, которая не может быть решена быстро и раз и навсегда.

Приложение

Таблица расчета доз метадона на 1 и 2 недели

Суточная доза x на количество недель

Суточная доза	1 неделя	2 недели
2,5 мг	17,5 мг	35 мг
3 мг	21 мг	42 мг
5 мг	35 мг	70 мг
7,5 мг	52,5 мг	105 мг
8 мг	56 мг	112 мг
10 мг	70 мг	140 мг
12,5 мг	87,5 мг	175 мг
15 мг	105 мг	210 мг
17,5 мг	122,5 мг	245 мг

20 мг	140 мг	280 мг
25 мг	175 мг	350 мг
30 мг	210 мг	420 мг
35 мг	245 мг	490 мг
40 мг	280 мг	560 мг
45 мг	315 мг	630 мг
50 мг	350 мг	700 мг
55 мг	385 мг	770 мг
60 мг	420 мг	840 мг
65 мг	455 мг	890 мг
70 мг	490 мг	980 мг
75 мг	525 мг	1050 мг
80 мг	560 мг	1120 мг
85 мг	595 мг	1190 мг
90 мг	630 мг	1260 мг
95 мг	665 мг	1330 мг
100 мг	700 мг	1400 мг

Памятка врачу

Метадон – контролируемое лекарственное вещество. Если рецепт выписан неправильно, на неподходящем бланке, аптека может отказаться отпустить лекарство.

См. подробнее об этом в разделе 5: Метадон и закон.

Пример заполнения рецепта:

Раствор метадона 1 мг/1 мл

30 мг в день на 14 дней

Всего 420 мг (четырееста двадцать мг)

Выдавать из расчета на 1 день,

в субботу -- на 2 дня.

На 4-ю страницу обложки

МЕТАДОН

Справочник для тех, кто имеет отношение к метадону.

Под одной обложкой дается свод данных об истории, физиологической и фармакологическом свойствах метадона, а также о практических аспектах терапии. Эта книга принесет практическую помощь врачам, только освоившим область терапии с помощью метадона.

Книга задумана как дополнение к “Справочнику по метадону” (также изданному в ISDD), обращенной к тем, кто проходит лечение метадонном.

“Метадон” -- настоящая настольная книга, позволяющая быстро и со знанием дела отвлечь вопросы по этой теме, которые возникают у ваших клиентов, коллег и партнеров.