

# МЕТАДОН: ОСНОВЫ – РУКОВОДСТВО ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕТАДОНОВЫХ ПРОГРАММ

**Источник:** Newman (2003; с небольшими редакторскими изменениями: *Stover, H., Trautmann, F. (2001). Risk reduction for drug users in prisons. Trimbos Institute, The Netherlands*)

## Общие замечания

Лечение метадонем, в максимальной степени, разрешенной национальным и местным законодательством, должно осуществляться в соответствии с теми же профессиональными и этическими стандартами, которые применяются ко всем другим медицинским услугам. Руководители программ должны стремиться к наличию различных форм лечения и поддержки и способствовать, по просьбе наркозависимых, их перенаправлению и переводу. Следует в максимально возможной степени использовать уже имеющийся обширный опыт применения метадона при лечении опиоидной зависимости, описанный в профессиональной литературе, на веб-ресурсах, или которым могут поделиться более опытные коллеги. Метадоновая поддерживающая терапия, даже если она продолжается десятилетиями, не оказывает нежелательного воздействия ни на один орган в организме человека.

Жизнь пациента в начале лечения может быть хаотичной, поэтому этот период требует большего надзора и структурированности. Любые ограничения, однако (например, приема лекарств на дому) должны пересматриваться на постоянной основе и ослабляться или устраняться по мере стабилизации ситуации.

## Дозировка

*Общий принцип: начинай с низких доз, увеличивай постепенно, одновременно стремясь к большим дозам*

- Во-первых, не навреди: предположения в отношении степени зависимости или толерантности никогда не могут быть надежными и ними нельзя руководствоваться при определении начальной дозы метадона; ошибочная оценка может привести к передозировке.
- У понятий «большая» или «маленькая» доза нет никаких моральных коннотаций.
- Метадон нельзя выдавать в качестве «награды» или приостанавливать его выдачу в качестве «наказания».



## Конкретные рекомендации

- Дозировка должна увеличиваться или уменьшаться постепенно. В целях обеспечения безопасности и хорошего самочувствия пациента, при сравнительно небольших дозах (менее 60 мг в день) изменения дозы должны быть незначительными (например, по 5 мг) и осуществляться с большим интервалом (например, каждые пять дней); в случае больших доз возможны более большие и частые изменения (например, по 10 мг каждые три дня).
- В целом, большая поддерживающая доза дает более хороший терапевтический эффект, в сравнении с более низкой дозой; в случае большинства пациентов оптимальная доза составляет от 60 до 120 мг в сутки.
- При появлении субъективных жалоб на то, что «метадон не действует», следует проанализировать возможность раздельного приема – и также увеличения – суточной дозы; в особенности в случае беременных пациенток или тех, кто получает антиретровирусную терапию.

## Дополнительная помощь и поддержка

- Чем больше мы можем предложить пациенту, тем лучше, однако дополнительные формы лечения не должны являться обязательными для пациента.
- Одним из крупнейших препятствий, ослабляющих эффективность лечения метадонем, является стигматизация наркотической зависимости, самого пациента и также способа лечения. Стигматизируемому пациенту необходимо оказывать поддержку, а специалисты, работающие в заместительных программах, при каждой возможности должны информировать общественность о преимуществах заместительной терапии (в том числе, и, наверное, прежде всего, своих коллег медиков).

## Непрерывный характер лечения

- В максимально возможной степени следует стремиться к непрерывному лечению метадонем при поступлении людей в различные учреждения (например, спецприемник для административно арестованных, следственный изолятор, больница или тюрьма) или при выходе их них.
- Кроме тех случаев, когда имеются документы, подтверждающие большую дозу метадона, выдаваемого в предыдущем учреждении, всегда следует руководствоваться принципами, действующими при начале лечения новых пациентов.



## Токсикология мочи и уровни метадона в сыворотке крови

- При проведении данных и других анализов всегда следует оценивать целесообразность их проведения с учетом стоимости и альтернативной возможности использования этих средств на другие виды лечения. В некоторых странах клинические протоколы требуют обязательного тестирования на наличие наркотических веществ в организме перед началом заместительной терапии.
- Наблюдение за процессом мочеиспускания является униженным для пациента и, как правило, не способствуют установлению оптимальных отношений между врачом и пациентом в долговременной перспективе.

## Терапевтические цели

- Терапевтические цели могут быть связаны с потреблением героина и других наркотиков, ВИЧ-рискованным поведением, отношениями с другими людьми, работой, местом проживания и т.п. Однако все они должны определяться совместно лечащим врачом и пациентом, и ни в коем случае не должны насаждаться сверху.

## Информированное согласие – специфические моменты, связанные с лечением зависимости

- В самом начале лечения потребителя наркотиков следует проинформировать об ответственности, которую несет лечащий врач перед третьими сторонами, например, судом, работодателем, членами семьи и т.п. Даже если это не имеет места, во многих странах потребители наркотиков не верят в то, что в их случае конфиденциальность будет сохранена, и это убеждение – независимо от того обосновано оно или нет – может повлиять на отношения с лечащим врачом.
- Потребителя наркотиков следует проинформировать о специфических случаях, когда лечение может быть прекращено без его согласия, и о доступных в таких случаях механизмах обжалования. Потребителей наркотиков, планирующих добровольно прекратить лечение, следует проинформировать о возможности рецидива в будущем. Пациентам, добровольно выразившим желание прекратить лечение, следует советовать постепенно снижать дозировку, руководствуясь собственным самочувствием, а не стандартными рекомендациями по периодичности и размерам уменьшаемых доз.

