

ՆԱԽԱԳԻԾ

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՆԱԿՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ
ՄԵԹԱԴՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ

Չեղինակ՝ Նազինյան Ա. Ռ.

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույց/

Ա. Ռ. Նազինյան,.-եր.: ԶԶ ԱՆ ԱԱԻ, 2015.-116 էջ

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ թմրամիջոցների և կախվածությունների մոնիթորինգի կենտրոնի կողմից՝ առաջնորդվելով ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող փոխարինող բուժման վերաբերյալ վերջին տարիներին կուտակված համաշխարհային բժշկագիտական փորձով, և հաշվի առնելով մեր հանրապետությունում նարկոլոգիական (թմրաբանական) բժշկական օգնության և սպասարկման որակի, արդյունավետության շարունակական բարելավման և կատարելագործման անհրաժեշտությունը՝ դրանք Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և ՄԱԿ-ի Թմրամիջոցների ու հանցավորության գրասենյակի կողմից առաջարկվող սկզբունքներին և ստանդարտներին համահունչ դարձնելու նպատակով:

Սույն կլինիկական ուղեցույցի մշակման ընթացքում օգտագործվել է ինչպես թմրամիջոցներից կախվածության վերաբերյալ վերջին տարիների բժշկագիտական գրականությունն, այնպես էլ ոլորտի հետ առնչվող միջազգային հեղինակավոր կազմակերպությունների կողմից առաջարկվող մոտեցումներն ու սկզբունքները:

Կլինիկական ուղեցույցը մշակվել և պատրաստվել է պետական պատվերի շրջանակներում:

«Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության փոխարինող բուժումն այս հիվանդության բուժման ամենաարդյունավետ մեթոդներից է: Փոխարինող բուժման նպատակային կիրառումն էականորեն նվազեցնում է ափիոնատիպ նյութերից կախվածության հետևանքով առաջացող առողջական, սոցիալական հիմնախնդիրները և վնասների վերացմանն ուղղված ծախսատարությունը թե՛ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց, թե՛ նրանց ընտանիքների և թե՛ ողջ հասարակության համար՝ շնորհիվ հերոինի և մյուս ափիոնատիպ նյութերի ապօրինի գործածման էական կրճատման, դրանց գործածմամբ պայմանավորված մահացության, ՄԻԱՎ-ով վարակման դեպքերի և հանցավորության նվազեցման

Գիտականորեն հիմնավորված փաստերով առաջնորդվող և մասնագետների պատրաստվածության պատշաճ ապահովմամբ փոխարինող բուժման կազմակերպումն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման կարևոր մեթոդ այս հիվանդության բուժման բոլոր հնարավոր մեթոդների մեջ:

Հատված՝ ԱՀԿ-ի (WHO), ՄԱԿ թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի (UNODC), ՄԱԿ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագրի (UNAIDS) փոխարինող բուժման վերաբերյալ համատեղ հայտարարությունից, 2004թ, Վիեննա

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՅԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՄՆ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԷՍԳ	Էլեկտրասրտագրություն
ԿՆՆ	կենտրոնական նյարդային համակարգ
ՀԿ	հասարակական կազմակերպություն
ՀՅ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՄԴ-10	հիվանդությունների միջազգային 10-րդ վերանայման դասակարգիչ
ՁԻԱՅ	ձեռք բերովի իմունային անբավարարության հիվանդություն
ՄԱԿ	միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄՓԲ	մեթադոնային փոխարինող բուժում
ՌԴ	Ռուսաստանի Դաշնություն
ՓԲԸ	փակ բաժնետիրական ընկերություն
ՔԿՅ	քրեակատարողական հիմնարկ
ՔԿՎ	քրեակատարողական վարչություն
ԸՕ	քրեական օրենսգիրք

ՄԱՍ 1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԻ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

Սույն ուղեցույցը նախատեսված է հետևյալ մասնագետների և աշխատակիցների համար.

- ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող բժիշկ-նարկոլոգներ
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում սոցիալ-հոգեբանական օժանդակության ծառայություններ տրամադրող մասնագետներ (հոգեբաններ, հոգեբույժներ, հոգեթերապևտներ, սոցիալական աշխատողներ)
- նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների և մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող ծառայությունների ղեկավար կազմի ներկայացուցիչներ:

Ուղեցույցը կարող է օգտակար տեղեկություններ պարունակել նաև հետևյալ անձանց համար.

- առողջապահական առաջնային պահպանման օղակի՝ թմրամիջոց գործածող անձանց հաշվառումը և ուղեգրումն իրականացնող մասնագետներ
- թմրամիջոցներ գործածող անձանց տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գործունեությանը վերաբերվող քաղաքականություն իրականացնող և որոշումներ ընդունող անձինք
- Արյան միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդություններ (ՄԻԱՎ/ԶԻԱՅ, վիրուսային հեպատիտներ C և B) ունեցող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող մասնագետներ
- ազգաբնակչության հոգեկան առողջության հետ առնչվող բժիշկներ և այլ մասնագետներ

- ընտանեկան բժիշկներ և տեղամասային թերապևտներ
- թմրամիջոցներ գործածող անձանց հետ առնչվող ոչ կառավարական կազմակերպություններ:

Սույն ուղեցույցի նպատակներն են.

- նպաստել ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող բուժման որակի և արդյունավետության բարձրացմանը
- նպաստել ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային փոխարինող բուժման մատչելիության բարձրացմանը
- նպաստել թմրամիջոցներ գործածող անձանց նկատմամբ իրականացվող քաղաքականության բարելավմանը՝ առաջնորդվելով միջազգային գիտական հիմնավորումներ ունեցող լավագույն փորձով:

Սույն ուղեցույցը չի հանդիսանում.

- ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման բոլոր գոյություն ունեցող մեթոդների վերաբերյալ համընդհանուր ձեռնարկ կամ ուղեցույց
- կլինիկական գնահատում իրականացնող փաստաթուղթ:

Ուղեցույցը ներառում է ոչ միայն ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային բուժման, այլև նաև ափիոնատիպ նյութերով գերդոզավորման բուժման վերաբերյալ ցուցումներ և հրահանգներ: Ուղեցույցում անդրադարձ է կատարվել նաև ափիոնատիպ նյութերին վերաբերվող այլ հարցերի՝ մասնավորապես, առավել տարածված ափիոնատիպ նյութերին, դրանց ազդեցության մեխանիզմներին, ինչպես նաև ափիոնատիպ նյութերի գործածման վերաբերյալ համաշխարհային և հայաստանյան իրավիճակին:

1.2 ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՈՒՄ ԱՌԿԱ ՀՐԱՅԱՆՑՆԵՐԻ ՁԵՎԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է՝ հիմք ընդունելով ՀՀ օրենսդրությունը, առաջնորդվելով վերջին տարիների միջազգային լավագույն փորձով և հաշվի առնելով ՀՀ-ում իրականացվող մեթադոնային փոխարինող բուժման գործնական փորձը:

Յուրաքանչյուր առանցքային կլինիկական հարցին անդրադառնալիս՝ նախօրոք մանրամասնորեն ուսումնասիրվել է տվյալ թեմայի վերաբերյալ համաշխարհային գիտաբժշկական լավագույն գրականությունը և միջազգային փորձը՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով հատկապես վերջին տասը տարիներին հրապարակված աշխատանքներին (տե՛ս գրականությանն ցանկը):

Գրականության ուսումնասիրման ընթացքում որոշ հարցերի վերաբերյալ մոտեցումների և տեսակետների հակասությունների հայտնաբերման դեպքում կլինիկական ուղեցույցում օգտագործվել է միջազգային հեղինակավոր կազմակերպությունների՝ մասնավորապես ԱՀԿ-ի և ՄԱԿ-ի թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի կողմից առաջարկվող տեսակետը:

Ուղեցույցը համապատասխանեցվել է 2009 թվականին ԱՀԿ-ի կողմից հրապարակված «Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության հոգեւոցիալական օժանդակությամբ դեղաբանական բուժման ուղեցույցի» ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման համար անհրաժեշտ նվազագույն պահանջներ ներկայացնող հրահանգներին [2]:

Հաշվի առնելով այս ոլորտում շարունակաբար իրականացվող մեծաքանակ գիտական հետազոտությունները և թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող բժշկական օգնության արգասման տեմպերը, ինչպես նաև թմրամիջոցների հետ կապված իրավիճակի փոփոխությունները՝ սույն ուղեցույցը կարող է առաջիկա տարիներին ենթարկվել վերանայման, փոփոխությունների և լրացումների:

ՄԱՍ 2. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐ (ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ)

2.1 ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ափիոնատիպ նյութերի կամ օփիոիդների խումբը (դասը) ներառում է քնաբեր կակաչից (*Papaver somniferum*, խաշխաշ) ստացվող թմրաբեր ալկալոիդները դրանց կիսաարհեստական ածանցյալները, արհեստական ճանապարհով սինթեզվող համարժեքները¹, ինչպես նաև օրգանիզմում սինթեզվող միացությունները, որոնք հանդիսանում են օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների համազդիչներ (ագոնիստներ) և օժտված են ցավերը մեղմացնելու, ինչպես նաև էյֆորիա առաջացնելու հատկությամբ:

Ափիոնային ալկալոիդների և նրանց կիսաարհեստական ածանցյալների թվին են պատկանում մորֆինը, դիացետիլմորֆինը (հերոին, դիամորֆին), հիդրոմորֆինը, կոդեինը, օքսիկոդոնը, բուպրենորֆինը: Արհեստական ափիոնատիպ նյութեր են հանդիսանում լեվորֆալոնը, պրոպոքսիֆենը, ֆենտանիլը, մեթադոնը, պետիդինը (մեպերիդին) և համազդիչ-հակազդիչ (ագոնիստ-անտագոնիստ) պենտազոցինը: Էնդոգեն ափիոնատիպ նյութերի թվին են պատկանում Էնդորֆինները և Էնկեֆալինները²:

Առավել հաճախ կիրառվող ափիոնատիպ նյութերը (մորֆին, հերոին, մեթադոն), ներգործելով գլխավորապես ԿՆՅ օփիոիդային մյու-ընկալիչների վրա, առաջացնում են ցավազրկող ազդեցություն, քնկոտություն և հաղորդում են տրամադրության դրական փոփոխություններ՝ երանության (էյֆորիա) զգացողություն, հուզական հանգստություն³: Բարձր դեղաչափերով ափիոնատիպ նյութերը կարող են առաջացնել շնչառության ընկճում, հոգեշարժական արգելակում, ստուպոր, կոմա և մահ:

Համաձայն պաշտոնական վիճակագրության, ափիոնատիպ նյութերի անօրինական գործածումն իր տարածվածությամբ Հայաստանում երկրորդ

¹ Քնաբեր կակաչից ստացվող նյութերին և դրանց կիսաարհեստական համարժեքներին (դիացետիլմորֆին, բուպրենորֆին, դեգոմորֆին և այլն) անվանում են նաև օփիատներ կամ ափիոնային թմրամիջոցներ: Հարկ է նշել, որ «ափիոնատիպ նյութ» և «օփիոիդ» եզրույթների համար հիմք է հանդիսացել հենց «օփիում» («օփիատ», «ափիոն») անվանումը:

² Էնդորֆինները («Էնդորֆին» անվանումը ձևավորվել է «Էնդո»+«մորֆին» բառարմատներից) և Էնկեֆալինները Էնդոգեն օփիոիդային պետիդների խմբեր են, որոնք հանդիսանում են Էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի (օփիոիդների) համարժեքները և հանդիսանում են օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների լիգանդներ: Էնդորֆիններն ու Էնկեֆալինները, սինթեզվելով օրգանիզմում և ազդելով ԿՆՅ օփիոիդային ընկալիչների վրա, մասնակցում են անձի մոտիվացիաների, վարքագծի և տրամադրության ձևավորման, ինչպես նաև ցավազգացողության կարգավորման գործընթացներին:

³ Երբեմն ափիոնատիպ նյութերի առաջին գործածումը կարող է առաջացնել տրամադրության բացասական փոփոխություններ և դիսֆորիա:

տեղում է՝ զիջելով միայն կաննաբինոիդների⁴ խմբի թմրամիջոցների գործածման տարածվածությանը [3]:

Ասիական մի շարք երկրների՝ Աֆղանստանի, Իրանի, Պակիստանի, ինչպես նաև հարավ-արևելյան Ասիայի երկրների որոշ տարածքների բնակիչների կողմից ափիոնատիպ նյութերը գործածվում են ինչպես ներարկային, այնպես էլ ծխելու և ներքին ընդունման եղանակով: Վերոնշյալ տարածաշրջանները (գլխավորապես՝ Աֆղանստանը) հանդիսանում են աշխարհին ապօրինի ափիոնային թմրամիջոցների գլխավոր մատակարարները [4,5,6,7]:

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունը զարգանում է բավականին կարճ ժամանակում և հանգեցնում առողջական, սոցիալական և իրավական բացասական հետևանքների: Ափիոնատիպ նյութերից կախվածությանը բնորոշ է ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ առաջացող արտահայտված հիվանդագին հակումը, ցանկացած գնով թմրամիջոցի հերթական չափաբաժինն ընդունելու անհաղթահարելի պահանջը, ծանր զրկանքի համախտանիշը՝ արտահայտված մկանացավերով, քնի խանգարումներով և սոմատովեգետատիվ այլ խանգարումներով: Ափիոնատիպ նյութերի մշտական գործածումը զրկում է անձին իր հիմնական զբաղմունքներից, հետաքրքրություններից և պարտականություններից, ինչը հասարակությունից աստիճանական օտարացման, միջանձնային, աշխատանքային և ներընտանեկան կապերի խզման պատճառ է դառնում: Ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող անձինք, պարտադրված լինելով վերահաս զրկանքից խուսափելու համար յուրաքանչյուր օր ապօրինի ճանապարհով հայթայթել թմրամիջոցի հերթական չափաբաժինը, կատարում են իրավախախտումներ և հանցագործություններ:

Ի տարբերություն աշխարհին բնական ափիոնատիպ նյութեր (ափիոնային թմրամիջոցներ, օփիատներ) և հերոին մատակարարող երկրների, մյուս երկրներում (այդ թվում՝ Հայաստանում) ափիոնատիպ նյութերն օգտագործվում են գլխավորապես ներերակային (երբեմն նաև ենթամաշկային և միջմկանային) ներարկման եղանակով, ինչն առավել վտանգավոր է դարձնում այս խմբի թմրամիջոցները՝ պայմանավորված արյան միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների, այդ թվում՝ ՄԻԱՎ-ի և վիրուսային հեպատիտների,

⁴ Կաննաբինոիդների առավել մեծ քանակներ պարունակող կանեփի տեսակներից՝ հիմնականում *Cannabis sativa* և *Cannabis indica* բույսերից, պատրաստվող թմրամիջոցների խումբ: Այս խմբին են պատկանում մարիխուանան, հաշիշը, հաշիշի յուղը: Կաննաբինոիդները հիմնականում օգտագործում են ծխելու միջոցով: Վերջին տարիներին Հայաստանում տարածում են գտել նաև կաննաբինոիդային խմբին դասվող սինթետիկ թմրամիջոցները՝ տարբեր քիմիական կառուցվածք ունեցող և մարդու օրգանիզմի կաննաբինոիդային ընկալիչների ներհակորդ հանդիսացող նյութեր, որոնք նույնպես գործածվում են ծխելու միջոցով: Կաննաբինոիդային խմբի սինթետիկ թմրամիջոցները սովորաբար արտադրվում և տարածվում են տարբեր բուսական խառնուրդների ձևով, որոնց անվանում են նաև «Սփայս» («Spice»): Կաննաբինոիդների խմբի թմրամիջոցները Հայաստանում իրենց տարածվածությամբ առաջին տեղում են:

տարածման վտանգների մեծացմամբ: Այդ իսկ պատճառով ափիոնատիպ նյութերի ապօրինի գործածման կանխարգելումը և ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժումն անմիջականորեն առնչվում է արյան միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների տարածման կանխարգելման հետ:

Ափիոնատիպ նյութերի ապօրինի գործածմամբ պայմանավորված տնտեսական վնասներն ու առաջացող խնդիրների լուծման ծախսատարությունը բավականին մեծ են ինչպես թմրամիջոցներ գործածող անձանց և նրանց ընտանիքների, այնպես էլ հասարակության համար:

Ուղեցույցի այս մասում համառոտ տեղեկություններ են ներկայացված բժշկական պրակտիկայում կիրառվող առավել հայտնի ափիոնատիպ նյութերի, ինչպես նաև հանրապետությունում ափիոնատիպ նյութեր գործածող անձանց շրջանում առավել տարածված ապօրինի՝ «փողոցային» և «տնայնագործական», ափիոնատիպ նյութերի վերաբերյալ:

2.1.1 Ափիոն և ացետիլացված ափիոն

Ափիոնը քնաբեր կակաչի մզվածքն է, որը սովորաբար ստացվում է դեռևս չհասունացած ծաղկապատյանից՝ դրա վրա կատարվող կտրվածքների միջոցով արտազատված հեղուկի չորացման արդյունքում: Պարունակում է շուրջ քսան ալկալոիդներ, այդ թվում՝ մորֆին (շուրջ 10%), կոդեին (0,5%), տեբաին (0,2%): Ափիոնը հետագայում գործածվում է որպես թմրամիջոց՝ օգտագործվելով տարբեր եղանակներով, այդ թվում՝ ծխելու և տնայնագործական ճանապարհով պատրաստվող տարբեր լուծույթների ներքին ընդունման միջոցով: Ափիոնի թմրաբեր ազդեցությունը պայմանավորված է գերազանցապես նրանում պարունակվող մորֆինով, նվազ չափով՝ նաև կոդեինով: Ափիոնը հանդիսանում է ացետիլացված ափիոնի և դիացետիլմորֆինի (հերոին, դիամորֆին) ապօրինի արտադրության հումքը:

Ացետիլացված ափիոնը քնաբեր կակաչից ստացվող բնական ալկալոիդների, այդ թվում՝ մորֆինի և կոդեինի, ինչպես նաև ացետիլացման արդյունքում մորֆինից սինթեզվող դիացետիլմորֆինի պարունակությամբ, քացախի հոտին բնորոշ հոտով շագանակագույն կամ դարչնագույն լուծույթ է: Պատրաստման համար հումք է հանդիսանում ափիոնը կամ քնաբեր կակաչ բույսի չորացված և հատուկ մշակում անցած բաղադրամասերը՝ հիմնականում պրեկուրսոր⁵ հանդիսացող

⁵ Պրեկուրսորները քիմիական միացություններ են, որոնք օգտագործվում են որևէ նյութի արտադրության համար՝ մասնակցելով դրա առաջացման համար անհրաժեշտ քիմիական ռեակցիա(ներ)ին, սակայն չհանդիսանալով հիմնական հումքը: Թմրամիջոցների և հոգեներգործուն (հոգեմետ) նյութերի պրեկուրսորների շրջանառությունը վերահսկվում է ինչպես միջազգային կոնվենցիաներով, այնպես էլ ներպետական իրավական ակտերով:

բացախաթթվի անհիդրիդի⁶ միջոցով քիմիական մշակման արդյունքում: Պարունակում է մինչև 12% հերոին: Օգտագործվում է գերազանցապես ներարկային եղանակով: Թմրամիջոց գործածող անձանց շրջանում հայտնի է «չերնյաշկա», «սև» ոչ գրական անվանումներով:

Ափիոնը, քնաբեր կակաչի ծղոտի մզվածքը, քնաբեր կակաչի ծղոտի խտանյութը, քնաբեր կակաչի չորացված և չորացված բաղադրամասերը (բացառությամբ՝ հասուն սերմերի) և ացետիլացված ափիոնն ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №1 «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը Հայաստանի Հանրապետության տարածքում արգելվում է» ցուցակում:

Միևնույն ժամանակ քնաբեր կակաչից ստացվող ափիոնի գործարանային արտադրատեսակները խիստ սահմանափակ չափով կիրառվում են նաև բժշկական պրակտիկայում որպես ցավազրկող միջոցներ: Այսպես, բժշկական ափիոնը (մշակված և բժշկական նպատակով կիրառման անհրաժեշտություն ունեցող ափիոն), ափիոնի պարզ ոգեթուրմը, ափիոնի մզվածքով մոմիկները, ափիոնով ստամոքսային դեղահատերն ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №2 ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

2.1.2 Մորֆին

Մորֆինը քնաբեր կակաչից ստացվող հզոր թմրաբեր ազդեցությամբ ակալոիդ է: Քիմիական բանաձևն է $C_{17}H_{19}NO_3$: Հանդիսանում է օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների ազոնիստ:

⁶ Քիմիական բանաձևը՝ $C_4H_6O_3$: Բացախաթթվի անհիդրիդն անգույն, թափանցիկ, ուժեղ հոտով նյութ է: Լայնորեն օգտագործվում է արդյունաբերության մեջ: Հանդիսանում է նաև թմրամիջոցների պրեկուրսոր և ընդգրկված է ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №4՝ «պրեկուրսորների, որոնց շրջանառությունը հայաստանի հանրապետությունում սահմանափակ է, եվ որոնց նկատմամբ սահմանված են հսկման եղանակներ» ցուցակում:

Մորֆինը հայտնաբերվել է գերմանացի դեղաբան Ֆրիդրիխ Վիլհեմ Ադամ Սերթյուրների կողմից 1804 թվականին: Հայտնաբերված նյութի քնաբեր հատկությամբ պայմանավորված Սերթյուրներն այն անվանել է հունական դիցաբանության երազների աստված Մորֆեուսի անունով:

Մորֆինը բժշկական պրակտիկայում առավել մեծ տարածվածություն է ստացել ներարկիչի գյուտից և բժշկական պրակտիկայում դրա կիրառությունն սկսելուց հետո՝ 1853 թվականից: Մեծ տարածում է գտել մորֆինի կիրառությունը հատկապես ԱՄՆ-ում քաղաքացիական պատերազմի ընթացքում, որի ժամանակ, տարբեր աղբյուրների համաձայն, ցավազրկման նպատակով մեծ քանակությամբ մորֆին ստացող շուրջ 100.000 զինվորի մոտ զարգացել է «մորֆինային կախվածություն» կամ ինչպես այն ժամանակ են անվանել՝ «զինվորական հիվանդություն»:

Ներկայումս մորֆինի որոշ ածանցյալներ լայնորեն կիրառվում են բժշկական պրակտիկայում ցավազրկման նպատակով: Արտադրվում է թե՛ լուծույթի ձևով՝ ներարկման եղանակով կիրառելու համար և թե՛ հաբերի ձևով՝ ներքին ընդունման նպատակով կիրառելու համար:

Որոշ երկրներում մորֆինի երկարատև ազդեցություն ունեցող ածանցյալներն օգտագործվում են նաև ափիոնատիպ նյութերից կախվածության փոխարինող բուժման նպատակով:

Մորֆինն ու մորֆինի թմրաբեր ածանցյալներն ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №2 ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

2.1.3 Կոդեին

Կոդեինն առաջին անգամ ստացվել է 1832 թվականին ֆրանսիացի քիմիկոս Պիեռ Ռոբիկեի կողմից: Քիմիական բանաձևն է $C_{18}H_{21}NO_3$: Քնաբեր կակաչից ստացվող թմրաբեր ազդեցությամբ բնական ալկալոիդ է: Հանդիսանում է նաև օփիոիդային մյու-ընկալիչների նկատմամբ թույլ խնամակցությամբ որոշ ափիոնատիպ նյութերի նախատիպը:

Կոդեինն ու կոդեինի ածանցյալներն ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների,

հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №2 ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

Այնուամենայնիվ կողեինի չնչին քանակություն (մինչև 10 միլիգրամ) պարունակող գերազանցապես թույլ ցավազրկող ազդեցությամբ բազմաբաղադրատարր դեղերի շրջանառությունը ներկայումս չի սահմանփակվում օրենսդրությամբ: Իսկ կողեին (ցանկացած աղի ձևով) 10 մգ և ավելի պարունակող բազմաբաղադրատարր դեղերը ՀՀ կառավարության 2012 թվականի հունիսի 22-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի №1129-Ն որոշման մեջ լրացումներ և փոփոխություններ կատարելու մասին» №763-Ն որոշման համաձայն, ընդգրկվել են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» N1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №3 «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի, որոնց շրջանառության հսկողության նկատմամբ ՀՀ-ում սահմանվում են որոշակի պայմաններ» ցուցակում:

2.1.4 Օմնոպոն

Օմնոպոնը հանդիսանում է քնաբեր կակաչից ստացվող ալկալոիդների խառնուրդ՝ մորֆինի, կողեինի, պապավերինի, նարկոտինի և տեբաինի պարունակությամբ: Օմնոպոնն այլ կերպ անվանում են նաև «բժշկական ափիոն»:

Օմնոպոնը լայնորեն կիրառվում է բժշկական պրակտիկայում ցավազրկման և սպազմոլիտիկ նպատակներով:

Օմնոպոնն ընդգրկված է ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №2 ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

2.1.5 Դիացետիլմորֆին (հերոին⁷, դիամորֆին)

Դիացետիլմորֆինի քիմիական բանաձևն է $C_{21}H_{23}NO_5$: Հանդիսանում է կիսաարհեստական ափիոնատիպ նյութ և գերազանցում է մորֆինին իր

⁷ Դիացետիլմորֆինի առավել տարածված «հերոին» անվանումը ծագում է գերմաներեն «heroic» բառից, որը նշանակում է «հերոսական», «ուժեղ»:

հակացավային և թմրաբեր ազդեցության ուժգնությամբ: Դիացետիլմորֆինը ստացվում է մորֆինի մոլեկուլի ացետիլացման միջոցով: Դիացետիլմորֆինն առաջին անգամ սինթեզվել է 1874 թվականին անգլիացի քիմիկոս Ալդեր Ռայթի կողմից: 19-րդ դարի վերջերից դիացետիլմորֆինը կիրառվել է գործնական բժշկության մեջ՝ որպես հակահազային⁸ և ցավազրկող միջոց, սակայն այս նյութի հզոր թմրամբեր ազդեցությամբ և ծանր կախվածությունն առաջացնելու հատկությամբ պայմանավորված, դիացետիլմորֆինի շրջանառությունն սկսել է վերահսկվել միջազգային համապատասխան կառույցների և պետությունների կողմից:

Ներկայումս դիացետիլմորֆինի բժշկական նպատակներով կիրառությունը աշխարհի գրեթե բոլոր երկրներում օրենքով արգելված է: Եվ միայն մի քանի երկրներում է (մասնավորապես՝ Մեծ Բրիտանիա, Նիդերլանդներ, Շվեյցարիա), դիացետիլմորֆինը կիրառվում բժշկության մեջ՝ օգտագործվելով ափիոնատիպ նյութերից կախվածության փոխարինող բուժման և արտահայտված ցավային համախտանիշով տառապող անձանց ցավամոքիչ (պալիատիվ) բուժման մեջ:

Դիացետիլմորֆինը հանդիսանում է անօրինական ճանապարհով գործածվող աշխարհում ամենատարածված ափիոնատիպ նյութը, ինչը պայմանավորված է հերոինի թմրաբեր ազդեցության ուժգնությամբ և արագահասությամբ: Դիացետիլմորֆինը գործածվում է տարբեր եղանակներով՝ ծխելու, խմելու, ներշնչելու միջոցով, սակայն այս թմրամիջոցի գործածման ամենատարածված եղանակը ներարկային եղանակով գործածումն է:

Դիացետիլմորֆինի մի քանի օր կամ մի քանի շաբաթ տևող գործածումն առաջ է բերում ծանր կախվածություն, օփիոիդային զրկանքի համախտանիշ և խիստ արտահայտված հիվանդագին «անհաղթահարելի» հակում ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ:

Դիացետիլմորֆինն ընդգրկված է ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №1՝ «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում տարածքում արգելվում է» ցուցակում:

⁸ Ափիոնատիպ նյութերը (այդ թվում՝ նաև դիացետիլմորֆինը) ընկճող ազդեցություն են ունենում հազի ռեֆլեքսի վրա՝ առաջ բերելով հակահազային ազդեցություն:

2.1.5 Դեզոմորֆին

Դեզոմորֆինի քիմիական բանաձևն է՝ $C_{17}H_{21}NO_2$: Կիսաարհեստական ափիոնատիպ նյութ է, որը գերազանցում է մորֆինին իր հակացավային ազդեցության արագահասությամբ և ուժգնությամբ: Դեզոմորֆինն առաջին անգամ սինթեզվել է ԱՄՆ-ում 20-րդ դարի սկզբներին, սակայն իր կարճատև ազդեցության և ծանր կախվածությունն առաջացնելու հատկության պատճառով բժշկության մեջ գործնական կիրառություն չի ստացել: Դեզոմորֆինն օգտագործվում է ներարկային եղանակով և շատ արագ առաջացնում է կախվածություն: Թմրաբեր ազդեցությունը կարճատև է՝ մինչև 4 ժամ, ուստի ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ օգտագործող անձինք ստիպված են լինում օրվա ընթացքում դիմել դեզոմորֆինի բազմակի ներարկումների:

Թմրամիջոց գործածող անձինք տևայնագործական դեզոմորֆինին հաճախ անվանում են «բենզին», քանի որ դեղատնային կողմին պարունակող դեղերից տևայնագործական պայմաններում դեզոմորֆինի լուծույթի սինթեզման ընթացքում մի շարք այլ նյութերի հետ միասին օգտագործվում է նաև բենզին:

Տևայնագործական դեզոմորֆինն իրենից ներկայացնում է լուծույթ, որը պարունակում է բազմաթիվ թունավոր և օրգանիզմի համար խիստ վտանգավոր նյութեր՝ յոդ, ֆոսֆոր, օրգանական յուղեր և ծանր մետաղներ: Այս նյութերն արագ առաջ են բերում արյունատար անոթների տարածուն բորբոքումներ, անդամալի ախտաբանական փոփոխություններ բոլոր օրգան-համակարգերում, առաջին հերթին՝ գլխուղեղում, լյարդում, երիկամներում, ոսկրային և մկանային հյուսվածքներում: Ախտոտված լուծույթի ներարկումների հետևանքով առաջանում են ինֆեկցիոն բնույթի տեղային ախտահարումներ, որոնք, գումարվելով վերջույթների անոթային ախտահարումներին, արագորեն առաջացնում են արքցեսներ, ֆլեգմոնաներ, տրոֆիկ խոցեր և ոչ հազվադեպ դառնում վերջույթի անդամահատման պատճառ:

Դեզոմորֆինի ներարկային օգտագործումը տարածված է ինչպես քաղաքամայր Երևանում, այնպես էլ հանրապետության մյուս քաղաքներում՝ մասնավորապես, Գյումրիում, Վանաձորում, Կապանում, Արմավիրում և այլ բնակավայրերում [3,8]: Դեզոմորֆինի օգտագործումն արագ առաջ է բերում կայուն ծանր կախվածություն, ափիոնատիպ նյութերին բնորոշ ծանր զրկանքի համախտանիշ և խիստ արտահայտված հիվանդագին հակում ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ:

Դեզոմորֆինն ընդգրկված է ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և

դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №1՝ «Թմրամիջոցների և հոգեմետ սյուլթեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում տարածքում արգելվում է» ցուցակում:

2.1.6 Բուլպրենորֆին

Բուլպրենորֆինի քիմիական բանաձևն է՝ $C_{29}H_{41}NO_4$: Հանդիսանում է օփիոիդային մյու-ընկալիչների մասնակի համազդիչ, դելտա-ընկալիչների և կապա-ընկալիչների հակազդիչ: Սինթեզվում է քնաբեր կակաչից ստացվող բնական ալկալոիդ տեբաինից: Գործնական լայն կիրառություն ունի բժշկության մեջ որպես ցավազրկող միջոց: Բազմաթիվ երկրներում (այդ թվում՝ Ֆրանսիա, Գերմանիա, Ուկրաինա, Իրան, Վրաստան) բուլպրենորֆինը և բուլպրենորֆին-նալոքսոն⁹ բազմաբաղադրատարր դեղը կիրառվում են նաև որպես ափիոնատիպ սյուլթերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող փոխարինող բուժման միջոց՝ նշանակելով ենթալեզվային ընդունման եղանակով:

Միևնույն ժամանակ, որոշ երկրներում, այդ թվում՝ նաև Հայաստանում, վերջին տարիներին դիտվում է ապօրինի բուլպրենորֆինի ներարկային եղանակով գործածման դեպքերի ավելացում:

Բուլպրենորֆինն ընդգրկված է ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ սյուլթերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» №1129-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ սյուլթերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) №2 ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ սյուլթեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

2.2 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ափիոնատիպ սյուլթերի ազդեցություններն օրգան-համակարգերի վրա ընդհանուր առմամբ կարելի է խմբավորել հեևյալ կերպ [9].

Կենտրոնական նյարդային համակարգ

- ցավազրկում (անալգեզիա)
- քնաբեր ազդեցություն
- շնչառության ընկճում

⁹ Նալոքսոնը հանդիսանում է օրգանզիմի օփիոիդային ընկալիչների անտանգոնիստ: Բուլպրենորֆինի և նալոքսոնի պարունակությամբ բազմաբաղադրատարր դեղի ընդունումը թույլ է տալիս կանխել հիվանդի կողմից այլ ափիոնատիպ սյուլթերի գործածումը, ինչպես նաև բուլպրենորֆինի և նալոքսոնի պարունակությամբ դեղի այլ եղանակով՝ մասնավորապես ներարկային եղանակով ընդունումը՝ պայմանավորված նալոքսոնի՝ օփիոիդային ընկալիչներին անտանգոնիստ լինելու հանգամանքով:

- հաճույք և երջանկության, երանության զգացում (էյֆորիա)
- նողկանք և փսխում
- հագի ռեֆլեքսի ընկճում

Վեգետատիվ նյարդային համակարգ

- բերանի, քթի խոռոչի լորձաթաղանթների և աչքերի չորություն
- բքերի նեղացում (միոզ)
- փորկապություն
- միզակապություն և միզարձակման դժվարացում
- զարկերակային ճնշման իջեցում

Ներզատական (էնդոկրին) համակարգ

- ֆոլիկուլոխթանիչ հորմոնի քանակի նվազեցում
- լյուտեինացնող հորմոնի քանակի նվազեցում
- պրոլակտինի քանակի բարձրացում
- տեստոստերոնի քանակի նվազեցում
- անտիդիուրետիկ հորմոնի քանակի բարձրացում

Հիստամինի ձերբազատմամբ պայմանավորված ազդեցություններ

- քոր
- քրտնարտադրություն
- մաշկի կարմրություն
- բրոնխոսպազմ
- բրոնխեալ սեկրեցիայի ուժեղացում

Պտուղ

- նեոնատալ գրկանքի համախտանիշի զարգացում

Բժշկական պրակտիկայում (օրինակ՝ ցավազրկման և փոխարինող բուժման նպատակով) բժշկի նշանակմամբ բուժական դեղաչափերով ափիոնատիպ նյութերի (մորֆին, մեթադոն և այլն) ընդունման դեպքում վերոնշյալ ազդեցությունների հիմնական մասը բացակայում են կամ արտահայտված են լինում թույլ:

ՄԱՍ 3. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԳՈՐԾԱԾՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ

3.1 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԳՈՐԾԱԾՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՇԽԱՐՀՈՒՄ

Չամաձայն թմրամիջոցների վերաբերյալ 2014 թվականի համաշխարհային զեկույցի, ամբողջ աշխարհում 2012 թվականի ընթացքում գոնե մեկ անգամ որևիցե ապօրինի թմրամիջոց կամ այլ հոգեներգործուն նյութ (գլխավորապես կաննաբինոիդների, ափիոնատիպ նյութերի, կոկաինի և ամֆետամինատիպ խմբերի թմրամիջոցներ) գործածել է 162-324 միլիոն մարդ, ինչը կազմում է աշխարհի 15-64 տարեկան բնակչության 3,5-7 տոկոսը: Չամաձայն նույն զեկույցի՝ 2012 թվականի ընթացքում բոլոր տեսակի թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված մահվան դեպքերի թվի միջինը կազմել է շուրջ 183.000 [7]:

Թմրամիջոցների խնդրահարույց գործածող անձանց¹⁰ թիվը կազմում է 16-39 միլիոն: Ընդ որում, այս անձանց գերակշիռ մասի համար մասնագիտական բժշկական օգնություն տրամադրող ծառայություններ ստանալը տարբեր պատճառներով մատչելի չէ: Թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված հիվանդություններ ունեցող յուրաքանչյուր վեց անձից մեկին է հասանելի նարկոլոգիական բժշկական օգնությունը [7]:

Ինչ վերաբերվում է ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց, ապա ՄԱԿ-ի թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի, ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱԳ-ի միացյալ ծրագրի, Չամաշխարհային բանկի և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից վերջին տվյալների հիման վրա կատարված համատեղ գնահատման համաձայն՝ աշխարհում ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց թվի միջինը կազմում է 12,7 միլիոն (8,9-22,4 միլիոն): Բավականին սուր է արտահայտված այս խնդիրը հատկապես արևելյան և հարավ-արևելյան Եվրոպայում, որտեղ թմրամիջոցների ներարկային գործածման տարածվածությունը շուրջ 4,6 անգամ գերազանցում է տարածվածության համաշխարհային միջին ցուցանիշին [7]:

Ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձինք ներարկիչների հավանական համատեղ գործածման հետևանքով հատկապես խոցելի են ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ C-ի տարածման առումով: ՄԱԿ-ի թմրամիջոցների և

¹⁰ Թմրամիջոցների խնդրահարույց գործածումը վերաբերվում է թմրամիջոցների ներարկային եղանակով գործածման կամ ափիոնատիպ նյութերի, կոկաինի և (կամ) ամֆետամինների կանոնավոր (երկարատև) գործածմանը [10]:

հանցավորության հարցերով գրասենյակի, ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի միացյալ ծրագրի, Համաշխարհային բանկի և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության համատեղ գնահատման համաձայն՝ աշխարհում ՄԻԱՎ-ով ապրող և միաժամանակ ներարկային թմրամիջոցներ գործածող անձանց թվի միջինը կազմում է 1,7 միլիոն (0,9-4,8 միլիոն): Հատկապես խիստ մտահոգիչ է այս խնդիրը հարավ-արևմտյան Ասիայում և արևելյան ու հարավ-արևելյան Եվրոպայում, որտեղ ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը կազմում է համապատասխանաբար 28,8 և 23,0 տոկոս: Համաձայն տարբեր գնահատականների՝ ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում հեպատիտ C-ի տարածվածությունը կազմում է շուրջ 52 տոկոս [7]:

Ափիոնատիպ նյութերը շարունակում են զբաղեցնել խնդրահարույց թմրամիջոցների ցուցակի առաջին տեղը՝ գերազանցելով բոլոր մյուս թմրամիջոցներին հիվանդաբեր և մահաբեր հատկություններով: Ափիոնատիպ նյութերի գլխավոր մատակարար Աֆղանստանում արդեն երրորդ տարին անընդմեջ դիտվում է ապօրինի քնաբեր կակաչի ցանքատարածքների մակերեսի աճ (2012-ին՝ 154 հազար հեկտար, իսկ 2013-ին՝ 209 հազար հեկտար): Քնաբեր կակաչի մշակման ցանքատարածքների ընդհանուր մակերեսի աճ է գրանցվել նաև Մյանմայում: 2013 թվականին աշխարհում քնաբեր կակաչի անօրինական մշակման ցանքատարածքների ընդհանուր մակերեսը կազմել է 296.720 հեկտար՝ 1998 թվականից ի վեր հասնելով ռեկորդային չափերի [7]:

2013 թվականի ընթացքում աշխարհում բոլոր տեսակի ափիոնատիպ նյութեր (ներառյալ հերոինը և ցավազրկման նպատակով բժիշկների կողմից նշանակված ափիոնատիպ նյութերը) գործածող անձանց թիվը կազմել է շուրջ 28,6-38 միլիոն: 2013 թվականի ընթացքում աշխարհում ապօրինի հերոին և ափիոնային թմրամիջոցներ գործածել են 12,8-20,2 միլիոն մարդ: Ապօրինի ափիոնային թմրամիջոցների (հերոին և այլ բնական ափիոնատիպ նյութեր) գործածումն առավելապես տարածված է հարավ-արևմտյան Ասիայում (բնակչության 1,21 տոկոս), արևելյան և հարավ-արևելյան Եվրոպայում (0,82 տոկոս) և Միջին Ասիայում ու Հարավային Կովկասում (0,81 տոկոս) [7]:

Եվրոպական Միությունում, Թուրքիայում և Նորվեգիայում ափիոնատիպ նյութերի խնդրահարույց գործածման ընդհանուր տարածվածությունը 2012 թվականի տարեվերջի դրությամբ կազմել է 15-64 տարեկան բնակչության 0,4 տոկոսը (1,3 միլիոն անձ): 2012 թվականի ընթացքում Նույն այս երկրներում 180 հազար հերոին գործածող անձ դիմել է մասնագիտացված բուժման, որը կազմել է բուժման դիմած բոլոր տեսակի թմրամիջոց գործածող անձանց 46 տոկոսը [11]:

Ադրբեջանում 2013 թվականի դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ նարկոլոգիական ծառայությունների կողմից պաշտոնապես հաշվառված բոլոր տեսակի թմրամիջոցներ գործածող անձանց թիվը կազմել է 28.376, սակայն, համաձայն ՄԱԿ-ի թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի գնահատականների, Ադրբեջանում 15-64 տարեկան բնակչության շուրջ 1,5 տոկոսը գործածում է ափիոն և հերոին [7]: Վրաստանում ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց քանակը 2010 թվականի դրությամբ կազմել է 39-41 հազար, ինչը կազմում է 15-64 տարեկան բնակչության 1,48-1,52 տոկոսը [12]: Համաձայն ՌԴ թմրամիջոցների վերահսկման դաշնային ծառայության տվյալների՝ 2014 թվականի դրությամբ բոլոր տեսակների թմրամիջոցներ գործածող անձանց թիվը ՌԴ-ում կազմել է շուրջ 8 միլիոն, որից 1,5 միլիոնը գործածում են աֆդանական հերոին [13]:

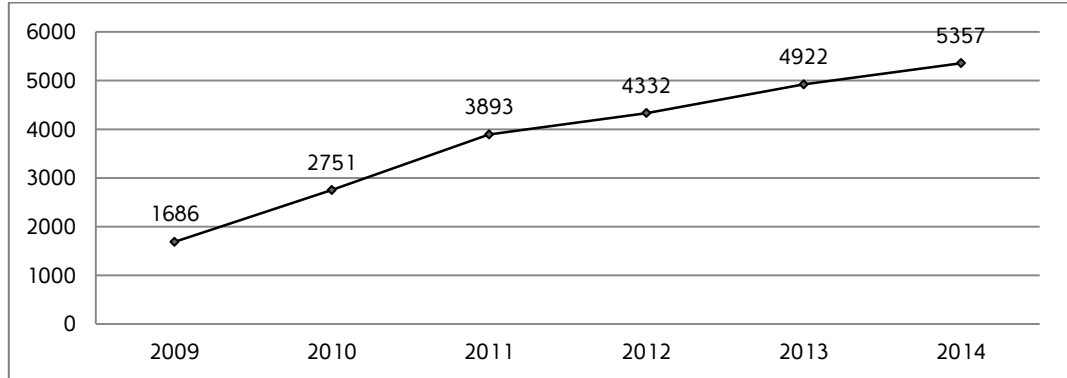
3.2 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԳՈՐԾԱԾՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ

Ներարկային եղանակով թմրամիջոցների օգտագործման տարածվածության վերաբերյալ իրավիճակի գնահատման կարևոր աղբյուր է հանդիսանում 2010 թվականին «ՁԻԱԶ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի կողմից իրականացված «Հայաստանի Հանրապետությունում սեռական ծառայություններ տրամադրող կանանց, տղամարդկանց հետ սեռական հարաբերություններ ունեցող տղամարդկանց, թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողների չափերի գնահատում» հետազոտությունը, որի միջոցով գնահատվել է ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ օգտագործող անձանց թիվը հանրապետությունում: Սույն հետազոտության արդյունքների համաձայն, 2010 թվականին Հայաստանում ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ օգտագործող անձանց հաշվարկային թվի միջինը կազմել է 12.700 (8.300-27.500): Հարկ է առանձնահատուկ նշել, որ Հայաստանում ներարկային եղանակով օգտագործվում են գերազանցապես ափիոնատիպ նյութեր՝ չհաշված այն քիչ դեպքերը, երբ ներարկային եղանակով գործածման նյութ է հանդիսանում թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի այլ խմբերին պատկանող նյութեր:

Թմրամիջոց գործածող անձանց թվի կարևորագույն մյուս աղբյուրը նարկոլոգիական ծառայությունների կողմից իրականացվող հաշվառումն է, ըստ որի՝ 2014 թվականի դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ հանրապետության նարկոլոգիական ծառայությունների կողմից թմրամիջոցների գործածման հետ կապված հաշվառված անձանց թիվը եղել է 5.357: Հաշվառված անձանց ընդհանուր թվաքանակից (5.357) 3.223 անձ հաշվառված են կանաքիտիոնների

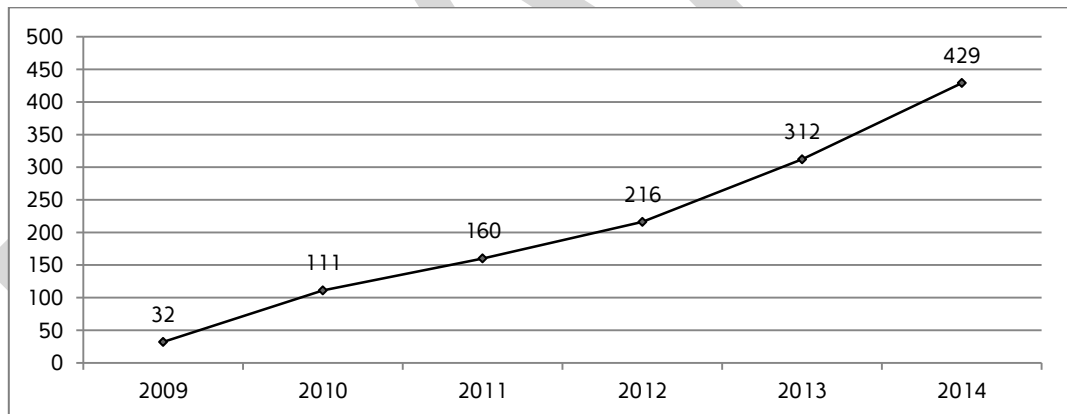
խմբի թմրամիջոցներ, 2.132 անձ (այդ թվում՝ 45 կին) ափիոնատիպ նյութեր և ընդամենը 2 անձ կոկաին օգտագործելու կապակցությամբ:

Նարկոլոգիական ծառայությունների կողմից թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված հաշվառված անձանց թվերը 2009-2014 թվականների դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ



Մեթադոնային փոխարինող բուժումը 2014 թվականի դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ մատչելի է եղել ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող 429 անձի՝ Երևանում, Վանաձորում և Գյումրիում՝ 298 անձի, իսկ 33 արդարադատության նախարարության ԶԿՎ թվով յոթ ԶԿՅ-ներում՝ 131 անձի:

33-ում մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց թիվը 2009-2014 թվականներին՝ յուրաքանչյուր տարվա դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ



ՄԱՍ 4. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻԾ

4.1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թմրամիջոցներից կախվածության իրավաբանական բնորոշումը Հայաստանի Հանրապետության «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» օրենքի հոդված 3-ում սահմանված է ոչ թե ուղղակիորեն, այլ որպես թմրամոլություն՝ «թմրամոլություն՝ թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդություն՝ Հայաստանի Հանրապետությունում գործող հիվանդությունների դասակարգչին¹¹ համապատասխան» [14]:

Բժշկագիտական տեսակետից թմրամիջոցներից կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերից կախվածությունը սրացումների բարձր ռիսկով և քրոնիկական ընթացքով հիվանդություն է, որը բնորոշվում է մի շարք ախտանիշներով, որոնց մեջ կարևոր նշանակություն ունեն թմրամիջոց գործածելու անհաղթահարելի պահանջը, տվյալ թմրամիջոցի (կամ տվյալ խմբի թմրամիջոցների) նկատմամբ տոլերանտության բարձրացումը և նյութի ազդեցության նվազեցմանը հաջորդող զրկանքի համախտանիշի զարգացումը: Կլինիկորեն թմրամիջոցներից կախվածությունն արտահայտվում է թմրամիջոցների մշտական գործածմամբ և որպես դրա հետևանք զարգացող հոգեկան, մարմնական և սոցիալական խնդիրների առաջացմամբ [9]:

4.2 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՆԵՅՐՈԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

4.2.1 Օփիոիդային ընկալիչներ

1976 թվականին առաջին անգամ հրապարակվեցին տեղեկություններ տարբեր տեսակի օփիոիդային ընկալիչների մասին: Հետագա դեղաբանական հետազոտությունների արդյունքում օփիոիդները կապող տեղամասերը դասակարգվեցին երեք տեսակի ընկալիչների՝ μ («մյու»), δ («դելտա») և κ («կապա»): Ավելի ուշ իրականացված հետազոտություններով պարզվեց, որ յուրաքանչյուր տեսակի ընկալիչների համար գոյություն ունեն մի շարք ենթատեսակներ:

Օփիոիդային ընկալիչների առկայությունը նախատեսում էր, որ այդ ընկալիչները հավանաբար թիրախ են հանդիսանում օրգանիզմում սինթեզվող (էնդոգեն) ափիոնատիպ նյութերի համար: Հետագայում պարզվեց, որ 1975 թվականին

¹¹ Հայաստանի Հանրապետությունում ներկայումս գործող դասակարգչին է ՀՄԴ-10:

հայտնաբերված երկու պեպտիդներ (լեյ-էնկեֆալին և մեթ-էնկեֆալին) ներգործում են օփիոիդային ընկալիչների վրա: Քիչ ավելի ուշ օրգանիզմում հայտնաբերվեցին ավելի քան 20 տարբեր էնդոգեն օփիոիդային պեպտիդներ [15]:

Օփիոիդային երեք տեսակի ընկալիչները (μ («մյու»), δ («դելտա») և κ («կապա»)) միջնորդավորում են ինչպես էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի, այնպես էլ էնդոգեն օփիոիդային պեպտիդների ազդեցությունները, այսպիսով ստանալով օփիոիդներով պայմանավորված վարքագծերը ձևավորելու համար առանցքային նշանակության գործոններ [15]:

Դեղաբանական հետազոտությունները հաստատել են, որ մյու-ընկալիչներն ունեն առանցքային նշանակություն կլինիկորեն կարևոր ափիոնատիպ նյութերի ինչպես բարերար, այնպես էլ կողմնակի ազդեցությունների դրսևորման մեջ: Բացահայտվել է նաև մյու-ընկալիչների դերը օփիոիդային ցավազրկման, տոլերանտության և կախվածության առաջացման մեջ: Դելտա-ընկալիչների համազդիչները նույնպես առաջացնում են պարզևատրոման¹² զգացողություն, չնայած որ նման ազդեցությունն այս դեպքում ավելի թույլ է, քան մյու-ընկալիչների համազդիչների դեպքում: Օփիոիդային ընկալիչների երրորդ խումբը՝ կապա-ընկալիչները, պարզևատրոման վրա թողնում են հակառակ ազդեցություն [15]:

ԿՆՅ-ում հայտնաբերվել են օփիոիդային ընկալիչների և պեպտիդների զգալի պաշարներ: Ցավային զգացողության ուղիներից բացի, օփիոիդային համակարգը լայնորեն ներկայացված է ուղեղի այն տեղամասերում, որոնք ներգրավված են հոգեներգործուն նյութերի նկատմամբ պատասխանների դրսևորման (արձագանքման) մեջ: Օփիոիդային պեպտիդները ներգրավված են սթրեսին պատասխանի ձևավորման, ինչպես նաև սնվելու, ցավազրկման, տրամադրության, ուսուցման, հիշողության և իմունային ֆունկցիաների դրսևորման մեջ [15]:

¹² «Պարզևատրում» եզրույթը հաճախ կիրառվում է հոգեներգործուն նյութերից կախվածության հոգեկենսաբանությունում՝ թմրամիջոցների «ցանկալի» կամ հաճելի ազդեցությունները նկարագրելու համար: Ընդհանուր առմամբ, պարզևատրումներն ազդակներ են, որոնք տվյալ վարքագիծն ամրապնդում են դրական մոտիվացիաներով [15]:

Օրգանիզմի երեք խմբերի օփիոիդային ընկալիչների վրա ափիոնատիպ նյութերի ներգործությամբ պայմանավորված հնարավոր կլինիկական ազդեցություններն ընդհանուր առմամբ խմբավորվում են հետևյալ կերպ [16].

Ընկալիչներ	Կլինիկական ազդեցություն
μ («մյու»)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ցավազրկում ✓ էյֆորիա ✓ շնչառության ընկճում ✓ ֆիզիկական կախվածություն ✓ բքերի նեղացում (միոզ) ✓ աղեստամոքսային ուղու պերիստալտիկայի նվազում
κ («կապա»)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ցավազրկում ✓ հանգստացնող ազդեցություն (սեդացիա) ✓ շնչառության ընկճում
δ («դելտա»)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ցավազրկում ✓ դիսֆորիա ✓ ցնորքներ

Warfield and Fausett, 2002

Օրգանիզմի երեք խմբերի օփիոիդային ընկալիչների նկատմամբ ափիոնատիպ նյութերի և օփիոիդային ընկալիչների հակազդիչների (նալոքսոն և նալտրեքսոն) ինամակցությունը և հակազդող ու համազդող ազդեցությունները տարբեր աստիճանի են: Ստորև ներկայացված աղյուսակում նյութերի համազդող և հակազդող ներգործությունները նշված են համապատասխանաբար «+» և «-» նշաններով, իսկ այդ ներգործությունների հետևանքով առաջացող ազդեցությունների «ուժգնությունը»՝ համապատասխանաբար «+» և «-» նշանների մեկից («թույլ» ազդեցություն) երեք («ուժգին» ազդեցություն) քանակներով:

Ափիոնատիպ նյութ	μ («մյու»)	κ («կապա»)	δ («դելտա»)
համազդիչներ			
մորֆին	+++	+	
մեթադոն	+++	+	
մեպերիդին	++	+	+
կոդեին	+	+	+
Էտորֆին	+++	+++	+++
ֆենտանիլ	+++		
սուֆենտանիլ	+++	+	+
Էնդոգեն պեպտիդներ			
մեթ-Էնկեֆալին	++		+++
լեյ-Էնկեֆալին	++		+++
β-Էնդորֆին	+++		+++

α-նեոէնդորֆին	+	+++	+
դինորֆին A	++	+++	
հակազդիչներ			
նալոքսոն	---	--	-
նալտրեքսոն	---	--	-
համազդիչ-հակազդիչներ			
պենտազոցին	-	+	
նալբուֆին	--	++	
բուպրենորֆին	++	--	

Ազդեցությունները՝ (+) համազդիչ, (-) հակազդիչ

C. Tirupathi

4.2.2 Տոլերանտություն

«Տոլերանտություն» եզրը դեղաբանությունում և թմրաբանությունում նշանակում է թմրամիջոցի, հոգեներգործուն սյուլթի կամ այլ սյուլթի բազմակի ընդունման արդյունքում դրա նկատմամբ օրգանիզմի ռեակցիայի (արձագանքի) նվազումը, ինչի արդյունքում նախկին ազդեցությունը ստանալու նպատակով, հարկ է լինում շարունակաբար ավելացնել ընդունվող սյուլթի չափաբաժինները:

Ափիոնատիպ սյուլթերի առաջին իսկ ընդունումից հետո մարդու մոտ սկսում է ձևավորվել տոլերանտություն: Ըստ այդմ, որոշ ժամանակ անց միևնույն չափաբաժնի ընդունումից առաջացած ազդեցությունը լինում է նախկինից թույլ:

Ափիոնատիպ սյուլթերի կրկնակի գործածմամբ դրանց նկատմամբ զգայուն նեյրոնների և նեյրոնային ուղիների գործունեությունը ենթարկվում է ադապտատիվ փոփոխությունների: Օփիոիդային ընկալիչների համազդիչների երկարատև ներգործությունները նվազեցնում են ընկալիչների հետագա էքսպոզիցիայի զգայունությունը (դեսենսիտիզացիա)՝ առաջացնելով օփիոիդերգիկ հաղորդչականության թուլացում: Դեսենսիտիզացիայի վարքային համարժեքներ կամ դրսևորումներ կարելի է համարել ափիոնատիպ սյուլթերի զավազրկող, թմրաբեր, էյֆորիա առաջացնող և այլ դեղաբանական ազդեցությունների նվազումը, ինչը, ըստ էության, համապատասխանում է տոլերանտության նկարագրությանը: Սակայն, տոլերանտությունն ավելի լայն հասկացություն է և, դեսենսիտիզացիայից զատ, պայմանավորված է նաև մարդու օրգանիզմում տեղի ունեցող այնպիսի փոփոխություններով, ինչպիսիք են թմրամիջոցի մետաբոլիզմի արագության աստիճանական մեծացումը և թմրամիջոցի ազդեցությունը կոմպենսացնող գործընթացները: Այս ամենի արդյունքում, զարգացած տոլերանտության հետևանքով կարիք է առաջանում ընդունել թմրամիջոցի ավելի բարձր դեղաչափ՝ ցանկալի արդյունք ստանալու համար [15, 17, 18, 19, 20]:

Մարդկանց և փորձարարական կենդանիների շրջանում ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ արտահայտված տոլերանտությունը զարգանում է դրանց շարունակական բարձրացվող դեղաչափերի (չափաբաժինների) մի քանի շաբաթ ընդունման ընթացքում: Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության համախտանիշի ձևավորումից հետո գործածվող ափիոնատիպ նյութերի օրական չափաբաժինը հաճախ կարող է աճել մի քանի տասնյակ անգամ [15, 17, 18]:

Պարզվել է, որ թմրամիջոցների քրոնիկական գործածման ընթացքում տոլերանտությունը կրում է զգալի փոփոխություններ: Մասնավորապես, դետոքսիֆիկացիոն բուժումից հետո կամ ռեմիսայի ընթացքում ափիոնատիպ նյութերի տոքսիկ ազդեցությունների նկատմամբ օրգանիզմի կայունությունն էականորեն նվազում է, այլ կերպ ասած՝ ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ տոլերանտությունը նվազում է [18]:

Ափիոնատիպ նյութերի երկարատև, բազմամյա գործածումը հաճախ նույնպես ուղեկցվում է տոլերանտության աստիճանական նվազեցմամբ: Այս հանգամանքը բացատրում է՝ ինչու են ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող տարեց անձանց մոտ հերոինային գերդոզավորման դեպքերն ավելի հաճախակի [18]:

4.2.3 Ափիոնատիպ նյութերից (օփիոիդային) զրկանքի համախտանիշ

Զրկանքի (աբստինենտային) համախտանիշը հոգեկան և (կամ) մարմնական ախտանիշների համակցություն է, որը զարգանում է թմրամիջոցներից կամ այլ հոգեներգործուն նյութերից կախվածությամբ տառապող անձանց մոտ թմրամիջոցի գործածումը դադարեցնելու կամ գործածվող օրական չափաբաժնի նվազեցման հետևանքով: Հանրության որոշ շրջանակներում զրկանքի համախտանիշի դեպքում զարգացող վիճակները հաճախ բնորոշվում են ոչ գրական անվանումներով, օրինակ՝ «պախմելիա» (ալկոհոլից կախվածության դեպքում) և «լումկա» (ափիոնատիպ նյութերից կախվածության դեպքում):

Կախվածության համախտանիշ առաջացնող թմրամիջոցների կամ այլ հոգեներգործուն նյութերի յուրաքանչյուր դասի դեպքում զարգացող զրկանքի համախտանիշները միմյանցից տարբեր են՝ տարբեր ախտանիշների և խանգարումների դրսևորումներով:

Ափիոնատիպ նյութերի քրոնիկական գործածման դադարեցումը սովորաբար ուղեկցվում է ծանր զրկանքի համախտանիշով, որը բացասականորեն է ազդում թմրամիջոցի գործածման կայուն և երկարատև դադարեցման վրա և էականորեն նպաստում է ափիոնատիպ նյութերի գործածումը վերսկսելուն:

Օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը հանդիսանում է ափիոնատիպ նյութերից կախվածության ամենածանր կլինիկական դրսևորումներից՝ բնորոշվելով

տանջալի ապրումներով, արտահայտված ցավերով և այլ ախտանշաններով: Ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց մոտ օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը զարգանում է կա՛մ ափիոնատիպ նյութերի ներմուծման դադարեցման, կա՛մ էլ օփիոիդային հակազդիչների՝ նալոքսոնի և նալտրեֆոնի կիրառման դեպքում [15, 21, 22]:

Օփիոիդային զրկանքի զարգացման հիմքում ընկած է օփիոիդերգիկ հաղորդչականության կտրուկ թուլացումը՝ պայմանավորված օփիոիդային ընկալիչների վրա համազդիչների ներգործության դադարով:

Օփիոիդային նեյրոտրանսմիսիայի թուլացումն անմիջապես անդրադառնում է այլ նեյրոմեդիատորային համակարգերի՝ կատեխոլամիներգիկ, գլուտամատերգիկ, ԳԱԿԹ¹³-երգիկ, խոլիներգիկ, էնդոկաննաբինոիդային համակարգերի վրա՝ պահմանավորելով օփիոիդային զրկանքի վիճակին հատկանշական բազմաթիվ ախտանշանների զարգացումը [21]:

Ափիոնատիպ նյութերից (օփիոիդային) զրկանքի համախտանիշի ՅՄԴ-10 ախտորոշիչ չափորոշիչները ներկայացված են ստորև.

Ափիոնատիպ նյութերից (օփիոիդային) զրկանքի համախտանիշի ՅՄԴ-10 ախտորոշիչ չափորոշիչները
<p>A. Եթե առկա է ստորև նշվածներից որևէ մեկը.</p> <ol style="list-style-type: none">1) ափիոնատիպ նյութերի երկարատև (մի քանի շաբաթ և ավելի տևողությամբ) գործածմանը հաջորդող դրանց գործածման նվազեցում կամ լիարժեք դադարեցում.2) ափիոնատիպ նյութերի գործածումից որոշ ժամանակ անց ափիոնատիպ նյութերի հակազդիչի ընդունում: <p>B. Եթե առկա է ստորև նշվածներից առնվազն երեքը, որոնք զարգանում են «A» չափանիշից մի քանի րոպե կամ օր հետո.</p> <ol style="list-style-type: none">1) տրամադրության անկում2) նողկանք կամ փսխում3) մկանային ցավեր4) արցունքահոսություն կամ քթահոսություն5) բքերի լայնացում, «սագի մաշկ» և քրտնարտադրություն6) փորլուծություն7) հորանջելու անընդմեջ ցանկություն8) տենդ, դողերոցք9) անքնություն: <p>C. Սոցիալական, աշխատանքային կամ գործունեության այլ կարևոր բնագավառներում «B» չափանիշն առաջ է բերում կլինիկական արտահայտված շեղումներ կամ դիսթրես:</p> <p>D. Վերոնշյալ ախտանիշներն ընդհանուր առողջական վիճակից անկախ շեղումներ են և ավելի թեթև չեն, քան մեկ այլ հոգեկան հիվանդության ժամանակ:</p>

¹³ GABA (gamma-aminobutyric acid), γ-ամինոկարազաթթու (քիմիական բանաձևը՝ C₄H₉O₂N)

Կարճատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերի (օրինակ՝ մորֆին և հերոին) գործածման դեպքում զրկանքի ախտանշանները զարգանում են վերջին ընդունած դեղաչափից (չափաբաժնից) 8-12 ժամ անց, հասնում իրենց գագաթնակետին 48-72 ժամվա ընթացքում և անհետանում 7-10 օր անց: Երկարատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերի դեպքում (օրինակ՝ մեթադոն և բուպրենորֆին) զրկանքի առաջին նշաններն ի հայտ են գալիս միայն չափաբաժնի վերջին ընդունումից 1-3 օր հետո, հասնում գագաթնակետին 3-8 օրերին, և կարող են պահպանվել մինչև մի քանի շաբաթ: Սակայն, ի տարբերություն կարճատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերի, երկարատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերի գործածման ադրյունքում զարգացող զրկանքի ախտանշանները սովորաբար ավելի մեղմ են լինում [9]:

4.2.4 Երկարատև գործածման նեյրոկենսաբանական ադապտացիաները

Էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի քրոնիկական ազդեցությունից առաջացող ադապտացիաները գործարկվում են ուղեղի այն գոտիների միջոցով, որոնք պատասխանատու են պարզևատրոմների, ուսուցման և սթրեսին պատասխան տալու գործընթացների ձևավորման համար: Կարևոր շրջաններից են նշաձև կորիզը, ծովաձին և ուղեղի կեղևը, որոնք բոլորն էլ կապված են խորանարդաձև կորիզի հետ: Այս տեղամասերը պարունակում են օփիոիդային ընկալիչներ և պեպտիդներ: Էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի բազմակի և երկարատև ներգործությունն ուղեղում առաջացնում է հզոր և հավանաբար անդարձելի փոփոխություններ: Ափիոնատիպ նյութերի քրոնիկական գործածմամբ ձևավորված ադապտացիաները և տոլերանտությունն առաջացնում են թմրամիջոցի ազդեցությունների՝ հատկապես ցավազրկող ազդեցության նվազեցում: Ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ հակումը և զրկանքի համախտանիշը նույնպես կարող են դիտվել որպես երկարաժամկետ նեյրոադապտացիայի հետևանք: Այս երևույթներն առաջ են գալիս ափիոնատիպ նյութերով հատկապես մյուս-ընկալիչների պարբերաբար խթանման հետևանքով, երբ տեղի է ունենում այդ ընկալիչները կրող նեյրոնների նեյրոփմիական ադապտացիաներ [15]:

4.3 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Կլինիկորեն թմրամիջոցներից կախվածությունն արտահայտվում է թմրամիջոցների մշտական (կանոնավոր), կայուն գործածմամբ և որպես դրա հետևանք զարգացող հոգեմարմնական առողջության և սոցիալական խնդիրների առաջացմամբ:

Կախվածության համախտանիշ առաջացնող թմրամիջոցների կամ այլ հոգեներգործուն նյութերի յուրաքանչյուր դասի դեպքում զարգացող հոգեկան,

մարմնական ախտանշանները, վարքագծային դրսևորումները միմյանցից կարող են տարբեր լինել՝ պայմանավորված գործածվող սյուրթերի յուրահատկություններով, դրանց ազդեցությունների տարբերություններով և այլ հատկանիշներով: Միևնույն ժամանակ, տարբեր խմբերի թմրամիջոցներից և հոգեներգործուն սյուրթերից կախվածության դեպքում բազմաթիվ ընդհանրություններ կան:

Ստորև ներկայացված են ՀՄԴ-10-ի դասակարգմամբ թմրամիջոցներից և այլ հոգեներգործուն սյուրթերից կախվածության բնորոշումը (A), ինչպես նաև թմրամիջոցներից և այլ հոգեներգործուն սյուրթերից կախվածության համախտանիշի ախտորոշիչ չափորոշիչները (B) [23]:

<p>A. Որևէ թմրամիջոցից կամ այլ հոգեներգործուն սյուրթից կախվածության համախտանիշ անձի մոտ արտահայտվող ֆիզիոլոգիական, վարքագծային և ճանաչողական երևույթների համակցություն է, որոնց դեպքում տվյալ հոգեներգործուն սյուրթի կամ հոգեներգործուն սյուրթերի տվյալ խմբի գործածումը հիվանդի արժեհամակարգում զբաղեցնում է գերակա (առաջնային) տեղ:</p>
<p>B. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ստորև նշված առնվազն երեք նշանների միաժամանակյա դրսևորումը խոսում է թմրամիջոցներից կախվածության համախտանիշի առկայության մասին.</p> <ol style="list-style-type: none">1) թմրամիջոց կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթը գործածելու անզուսպ ցանկություն.2) թմրամիջոց կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթը գործածելու հետ կապված վարքագծի ինքնահսկման դժվարություններ, որոնք վերաբերվում են դրանց գործածմանը, գործածման դադարեցմանը կամ գործածվող քանակության ընտրությանը.3) զրկանքի վիճակ, որը հաջորդում է թմրամիջոցի կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթի գործածման դադարեցմանը կամ նվազեցմանը: Կամ էլ՝ նույն խմբի կամ ազդեցությամբ շատ մոտ թմրամիջոցների կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթերի գործածում՝ զրկանքի համախտանիշը վերացնելու, մեղմելու կամ դրա առաջացումը կանխելու համար: Հարկ է առանձնահատուկ նշել, որ յուրաքանչյուր թմրամիջոցին կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթին (խմբին) հատուկ են իրեն բնորոշ զրկանքի ախտանշանները.4) տոլերանտության բարձրացում, որը բնորոշվում է օգտագործվող թմրամիջոցի կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթի չափաբաժինների շարունակական բարձրացման պահանջով՝ ցանկալի ազդեցությանը հասնելու համար, որը նախկինում հաջողվում էր նույն այդ սյուրթերի ավելի փոքր չափաբաժինների գործածման դեպքում.5) թմրամիջոցի կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթի գործածման պատճառով այլ հետաքրքրություններից կամ զբաղմունքներից լիարժեք կամ մասնակի հրաժարում, դրա ձեռք բերման, գործածման կամ վնասակար ազդեցությունների հաղթահարման վրա ծախսվող ժամանակի ավելացում.6) չնայած թմրամիջոց կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) սյուրթի գործածման պատճառով զարգացող ակնհայտ վնասների առկայությանը, այնուամենայնիվ, դրա գործածման շարունակում:

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության առկայության պարզ և արագ նախնական գնահատում կարող են իրականացնել նաև բժիշկ-նարկոլոգի մասնագիտացում չունեցող մասնագետները՝ կիրառելով հետևյալ 10 հարցերը [23]::

ՀՄԴ- 10 գնահատման սանդղակ

Հոգեներգործուն նյութերի գործածման ախտանիշների մոդուլ

Հիվանդի գրանցման համարը

Հիվանդի ԱԱՀ

Գործածվող հիմնական թմրամիջոցը

Հարցաթերթիկը լրացնելու օրը « »..... 20....թ.

Հարցագրուցավարի ԱԱՀ

Հետևյալ հարցերը վերաբերում են Ձեր կողմից հերոինի կամ այլ ափիոնատիպ նյութերի գործածման հետ կապված ախտանիշներին, որոնց կապակցությամբ դուք դիմել եք բուժման: Հարցերը վերաբերում են բուժմանն անմիջապես նախորդող ժամանակաշրջանին:

1) Ժամանակ առ ժամանակ առաջանում է թմրամիջոց գործածելու ուժգին ցանկություն և հակում:	այո	ոչ
2) Չգում եք, որ այլևս դժվարացել կամ անհնա՞ր է դարձել Ձեր կողմից թմրամիջոցի գործածման նկատմամբ վերահսկում իրականացնելը	այո	ոչ
3) Առաջացե՞լ են Ձեզ մոտ «լումկայի» երևույթներ որոշ ժամանակ թմրամիջոց չգործածելու դեպքում:	այո	ոչ
4) Գործածե՞լ եք թմրամիջոցներ «լումկան» վերացնելու կամ մեղմացնելու համար:	այո	ոչ
5) Չգում եք, որ ժամանակի ընթացքում դուք ստիպվա՞ծ եք լինում թմրամիջոցի ավելի մեծ չափաբաժին ընդունել՝ դրա նախկին ազդեցությունն զգալու համար:	այո	ոչ
6) Ժամանակի ընթացքում, Ձեզ մոտ ստացվե՞լ է չփոփոխել թմրամիջոցները գործածելու բնույթը:	այո	ոչ
7) Այլ հետաքրքրություններից և գործերից Ձեզ զրկե՞լ եք, որպեսզի գործածեք թմրամիջոցներ:	այո	ոչ
8) Չգացե՞լ եք Ձեր վրա թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված վնասները:	այո	ոչ
9) Դուք պնդու՞մ եք թմրամիջոցի գործածման անհրաժեշտությունը, չնայած դրանց առաջացրած վնասակար հետևանքներին:	այո	ոչ

10) Որքա՞ն ժամանակաշրջան եք զգացել այս երևույթները		
	<i>ա. տարիներ</i>	
	<i>բ. ամիսներ</i>	

Կախվածությունն առկա է, եթե 1, 2, 3, 5, 7 և 9-րդ ախտանիշներից առնվազն 3-ն առկա են:

11) ա. Արձանագրվում է ափիոնատիպ նյութերից կախվածության համախտանիշը (F11.2)	այո	ոչ
բ. Եթե «այո» գրանցվում է ափիոնատիպ նյութի անվանումը		

ՄԱՍ 5. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

5.1 ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության դեղորայքային բուժումը և հարակից հոգեւոգիալական միջոցառումներն ընդհանուր առմամբ ուղղված են հետևյալ նպատակներին.

- ափիոնատիպ նյութերի գործածման նվազեցում կամ դադարեցում (բացառում)
- ափիոնատիպ նյութերի գործածմամբ պայմանավորված վնասների նվազեցում և կանխարգելում
- ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող անձի կյանքի որակի բարելավում:

Առավել հաճախ ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման համար պահանջվում է երկարաժամկետ (երբեմն տասնամյակներ տևող) բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրել ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող անձանց: Այսպիսի դեպքերում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների նպատակն է ոչ միայն հիվանդի կողմից ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի գործածման նվազեցումը կամ դադարեցումը, այլ նաև առողջության, կյանքի որակի և հոգեւոգիալական գործունեության բարելավմանն ուղղված միջոցառումներ իրականացնելը:

ՀՀ Նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բոլոր կազմակերպություններն առաջնորդվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի ««ՀՀ տարածքում Նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա և 2006 թվականի դեկտեմբերի 12-ի ««Օփիոիդային թմրամոլության փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույցը» հաստատելու մասին» թիվ 1440-Ա հրամաններով [3]:

«ՀՀ տարածքում Նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտներով» սահմանված են խորհրդատվություններն ու լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները, բուժման ռեժիմն ու դեղորայքը, լրացվող փաստաթղթերը (մատյաններ, ամբուլատոր քարտեր, հիվանդության պատմություններ), ակնկալվող արդյունքները և Նարկոլոգիական բուժման տևողությունն ըստ ախտորոշումների և ախտաբանական վիճակների [24]:

Ընդհանուր առմամբ տարբերակում են ափիոնատիպ նյութերից կախվածության դեղաբանական բուժման երկու մոտեցում.

- առանց թմրամիջոցների դետոքսիֆիկացիոն բուժում
- ափիոնատիպ նյութերով (օփիոիդներով) կամ օփիոիդային ընկալիչների համազդիչներով փոխարինող բուժում:

5.2 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՏՈՔՍԻՖԻԿԱՑԻՈՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Հանրապետությունում իրականացվող դետոքսիֆիկացիոն բուժումը, նախքան փոխարինող բուժման ներդրումը, թմրամիջոցներից կախվածության բուժման միակ մեթոդն էր:

Դետոքսիֆիկացիայի ընթացքում դեղորայքային բուժման միջոցով ափիոնատիպ նյութերի գործածումը դադարեցրած հիվանդի մոտ զարգացող գրկանքի վիճակով պայմանավորված ախտանշանները մեղմացվում և վերացվում են: Օփիոիդային գրկանքի բուժման տևողությունը սովորաբար կազմում է 3-10 օր (պայմանավորված նախքան բուժումն սկսելը գործածվող ափիոնատիպ նյութի տեսակով): Հաջորդող օրերի կամ շաբաթների ընթացքում դեղորայքային բուժման և հոգեթերապևտիկ միջոցառումներով բարելավվում է հիվանդի ընդհանուր հոգեմարմնական վիճակը, մեղմացվում և վերացվում թմրամիջոցի նկատմամբ հիվանդագին հակումը: Հնարավորության դեպքում նաև բուժվում են ուղեկցող հիվանդություններն ու բարդությունները:

Դետոքսիֆիկացիոն բուժում տրամադրվում է թե՛ ամբուլատոր և թե՛ ստացիոնար պայմաններում: Բուժման ողջ տևողությունը սովորաբար կազմում է 10-ից մինչև 24 օր¹⁴, որից հետո հիվանդը լավացումով ավարտում է բուժման կուրսը և դուրս գրվում:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին թիվ 532-Ա հրամանի համաձայն, դետոքսիֆիկացիոն բուժման ընթացքում հիվանդին կարող են նշանակվել թունազրկում (սովորաբար՝ նատրիումի քլորիդի 0,9%-անոց, Ռինգերի և գլյուկոզայի 5%-անոց լուծույթների կիրառմամբ), դեհիդրատացիոն և սպազմոլիտիկ բուժում, անալգետիկներ և հոգեխթանիչներ, անալգետիկներ, տրանկվիլիզատորներ, քնաբեր դեղեր, ատիպիկ նեյրոլեպտիկներ, հեպատոպրոտեկտորներ, ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ հիվանդագին հակումը ճնշող դեղեր, վիտամիններ, ամինաթթուներ, նոոտրոպներ, α -2-ադրենոբլոկատորներ, տրամադոլ, օփիոիդային ընկալիչների հակազդիչներ (նալտրեքսոն և նալոքսոն),

¹⁴ Պետական պատվերի շրջանակներում նարկոլոգիական բուժօգնություններում մեկ անձի բուժման համար նախատեսված մահճակալային օրերի քանակը կազմում է առավելագույնը 24 օր:

պրոտեզների ինհիբիտորներ: Ամբուլատոր և ստացիոնար պայմաններում բուժում ստացող հիվանդի մոտ զրկանքի համախտանիշի առկայության պարագայում՝ ախտանիշները մեղմելու նպատակով թուլատրվում է նշանակել նաև մեթադոն և բուլպրենորֆին [24]:

«ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին հրամանի համաձայն՝ ափիոնային զրկանքի համախտանիշի բուժման նպատակով կարելի է նաև նշանակել գերարագ դետոքսիկացիա՝ ընդհանուր անզգայացման ճանապարհով և էքստրակորպորալ դետոքսիկացիա: Հիվանդներին տրամադրվում են նաև նարկոլոգի, թերապևտի, նյարդաբանի, խորհրդատվություններ, կատարվում են արյան և մեզի ընդհանուր, արյան բիոքիմիական, արյան և մեզի տոքսիկոքիմիական անալիզներ, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ C-ի նկատմամբ և ուլտրաձայնային հետազոտություններ [24]:

«ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին հրամանի համաձայն՝ հաստատվել են նաև այն փաստաթղթերը, որոնք անհրաժեշտ է լրացնել նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս [24]:

5.3 ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

5.3.1 Փոխարինող բուժման հետ առնչվող իրավական ակտերը

ՀՀ կառավարության 2007 թվականի մարտի 1-ի N 398-Ն և որոշման համաձայն հաստատված «2007-2011 թվականներին ՀՀ-ում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագրով», ի թիվս այլ նպատակների, նախատեսված էր նաև զարգացնել ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ օգտագործող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ծրագրերը, աջակցել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ծրագրեր իրականացնող կազմակերպությունների ցանցի ձևավորմանը և ՀՀ-ում ներդնել թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց փոխարինող բուժման ծրագրեր [3]:

ՀՀ նախագահի 2009 թվականի սեպտեմբերի 25-ին ՆԿ-162-Ն կարգադրությամբ հաստատված «2009-2012 թվականների ընթացքում ՀՀ-ում թմրամիջոցների և թմրամոլության դեմ պայքարի ազգային ծրագրով», ի թիվս այլ ինդիկատորների, հատուկ կարևորվել էր նաև թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց բուժման արդյունավետ կազմակերպումը, նարկոլոգիական ծառայության արդիականացումը և սոցիալական վերականգնման համակարգի ներդրումը:

ՀՀ կառավարության 2013 թվականի մարտի 7-ի N 232-Ն որոշման համաձայն հաստատված «2013-2016 թվականներին ՀՀ-ում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագիրը», որով ի թիվս այլ նպատակների, նախատեսված է նաև զարգացնել և կատարելագործել ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ծրագրերը:

ՀՀ կառավարության 2006 թվականի հուլիսի 27-ի թիվ 1046-Ն որոշմամբ Դ-մեթադոնը, Լ-մեթադոնը, Մեթադոնը և Մեթադոն ինտերմեդիատը ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ սյուլթերի և դրանց պրեկուրսորների ցանկի (կազմի) N°1 ցուցակից (թմրամիջոցներ և հոգեմետ սյուլթեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ տարածքում արգելվում է) տեղափոխվեց N°2 ցուցակ (թմրամիջոցներ և հոգեմետ սյուլթեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է («թմրամիջոցներ, որոնք կիրառվում են բժշկական օգնություն ցուցաբերելու ընթացքում»), ինչը թույլ տվեց մեթադոնը կիրառել բժշկական օգնություն ցուցաբերելու նպատակով:

5.3.2 Փոխարինող բուժում տրամադրող հաստատությունները

ՀՀ-ում «Մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրում ափիոնատիպ սյուլթերից կախվածություն ունեցող անձանց» ծրագիրն իրականացվում է 2009 թվականի հոկտեմբերից ՀՀ ԱՆ «Հոգեբուժական բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ նարկոլոգիական կլինիկայում (ներկայումս՝ ՀՀ ԱՆ «Նարկոլոգիական հանրապետական կենտրոն» ՓԲԸ) «Առողջապահական նախաձեռնությունների հայկական կենտրոն» ՀԿ-ի (կազմակերպության նախկին անվանումը՝ «Հակաթմրամուլային քաղաքացիական դաշինք» ՀԿ) և «Հոգեբուժական բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ նարկոլոգիական կլինիկայի հետ համատեղ Բաց հասարակության հիմնադրամների հայաստանյան մասնաճյուղի աջակցությամբ՝ առաջնորդվելով ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի ««ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա և 2006 թվականի դեկտեմբերի 12-ի ««Օփիոիդային թմրամուլության փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույցը» հաստատելու մասին» թիվ 1440-Ա հրամաններով [3]:

ՀՀ արդարադատության նախարարության ԶԿԿ հիմնարկներում մեթադոնային փոխարինող բուժման ներդրման նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարարության և ՀՀ արդարադատության նախարարության ԶԿԿ միջև 2010 թվականի մայիսի 26-ին կնքվել է Փոխհուշագիր [25]:

2010 թվականի օգոստոսից ՄՓԲ-ն իրականացվում է ՀՀ ԱՆ «Հոգեբուժական բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ նարկոլոգիական կլինիկայի (ներկայումս՝ ՀՀ ԱՆ

«Նարկոլոգիական հանրապետական կենտրոն» ՓԲԸ) կողմից, 2011 թվականի մասյիսից ՀՀ արդարադատության նախարարության ԶԿՎ-ում, 2012 թվականի հուլիսից «Լոռու մարզային հոգեկարգաբանական դիսպանսեր» ՓԲԸ-ի և 2013 թվականի դեկտեմբերից «Գյումրու հոգեկան առողջության աղբյուր» ՓԲԸ-ի կողմից ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի և մալարիայի դեմ պայքարի Գլոբալ հիմնադրամի կողմից ֆինանսավորվող «ՀՀ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարի ազգային ծրագրին աջակցություն» դրամաշնորհային ծրագրի շրջանակներում [3]:

DRAFT

ՄԱՍ 6. ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ

6.1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Փոխարինող բուժումն ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող անձանց տրամադրվող հոգեւոցիալական օժանդակությամբ զուգորդվող և օփիոիդային համազդիչների ամենօրյա կիրառմամբ երկարաժամկետ (սովորաբար՝ ավելի քան 6 ամիս տևողությամբ) կամ առանց բուժման ժամկետների սահմանափակման նարկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ է:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման հիմնական նպատակն է նվազեցնել կամ դադարեցնել ափիոնատիպ նյութերից կախվածությամբ հիվանդների կողմից ապօրինի թմրամիջոցների գործածումը և դրա արդյունքում առաջացող վարքագծով պայմանավորված հետևանքներն ու բարդությունները, այդ թվում՝ կանխարգելել արյան միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների տարածումը (մասնավորապես՝ ՄԻԱՎ և հեպատիտ C), կանխել և բացառել թմրամիջոցների գործածման արդյունքում անխուսափելիորեն առաջացող առողջական, սոցիալական և իրավական բացասական հետևանքները, ինչպես նաև կայունացնել և առավելագույնս բարելավել հիվանդների առողջական վիճակը, հոգեւոցիալական կենսագործունեության մակարդակը և կյանքի որակը [2,26]:

Մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրվում է բացառապես «Յոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ նյութերի գործածման հետևանքով: Կախվածության համախտանիշ» (F11.2) կլինիկական ախտորոշմամբ հիվանդներին:

Փոխարինող բուժման ժամանակ կիրառվում են այնպիսի դեղեր, ինչպիսիք են մեթադոնը, բուպրենորֆինը, լևոաքետիլմետադոլը (LAAM) և այլ օփիոիդային համազդիչներ (խիստ սահմանափակ թվով երկրներում՝ նաև դիաքետիլմորֆին, կոդեինի և մորֆինի ածանցյալներ):

ՀՀ-ում ափիոնատիպ նյութերից կախվածության փոխարինող բուժման նպատակով ներկայումս կիրառվում է միայն մեթադոն:

Մեթադոնային փոխարինող բուժումն ունի բժշկակենսաբանական, հոգեբանական և սոցիալական բաղադրիչներ: Բժշկական օգնության և սպասարկման այս մեթոդը, ըստ էության, ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող անձանց արտահիվանդանոցային պայմաններում տրամադրվող բժշկական, հոգեբանական և սոցիալական բաղադրիչներով վերականգնողական ծառայություն է: Հիվանդների հիմնական մասի մոտ

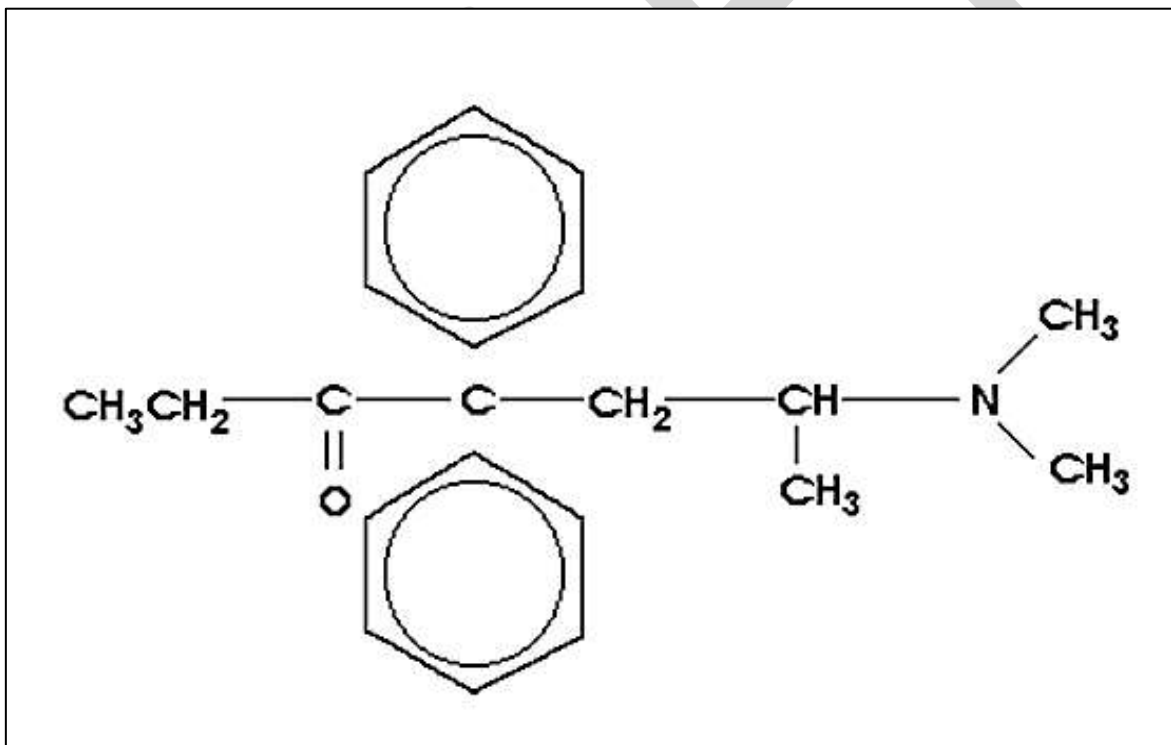
փոխարինող բուժումն հանգեցնում է ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի չգործածման դադարեցման կամ էական նվազեցման:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման արդյունքներն ամրապնդվում են հարակից հոգեառաջնության ծառայության միջոցառումներով: Ըստ ցուցման հիվանդները կարող են օգտվել նաև տվյալ կազմակերպության այլ ծառայություններից (այդ թվում՝ ուղեկցող վիճակների և հիվանդությունների ախտորոշում և բուժում):

Փոխարինող բուժումը հաճախ զուգորդվում է այլ երկարաժամկետ բժշկական օգնության տեսակներով՝ մասնավորապես հակառետրովիրուսային բուժմամբ ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց դեպքում:

6.2 ՄԵԹԱԴՈՆԸ ԵՎ ՆՐԱ ՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Մեթադոնն իրենից ներկայացնում է օփիոիդային ընկալիչների արհեստական ծագման համազդիչ: Քիմիական բանաձևն է $C_{21}H_{27}NO$, միացության քիմիական անվանումը՝ 6-դիմեթիլամինո-4,4-դիֆենիլ-3- հեպտանոն:



Մեթադոնի մոլեկուլի կառուցվածքը

Երբևէ ափիոնատիպ նյութեր չգործածած անձանց կողմից օգտագործվելու դեպքում մեթադոնի ազդեցությունը որակապես նման է մորֆինի ազդեցությանը: Սակայն, ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց մոտ մեթադոնի ընդունումը կանխում է օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի առաջացումը՝ բուժական դեղաչափերով օգտագործման դեպքում չառաջացնելով

արտահայտված սեդատիվ (հանգստացնող) կամ քնաբեր ազդեցություն և ինտոքսիկացիա [9]:

Պերորալ ճանապարհով ընդունած մեթադոնի կենսամատչելիությունը բավականին բարձր է և կազմում է շուրջ 85-90 տոկոս (ընդունած դեղի այն մասնաբաժինը, որը մուտք է գործում արյան մեծ շրջանառություն և հասնում ազդեցության գոտի): Մեթադոնի ազդեցությունն սկսվում է պերորալ ընդունումից 30 րոպե անց և հասնում իր գագաթնակետին 2 ժամ անց, որի տևողությունը կարող է կազմել 6 ժամ ընդունումից հետո [9,27,28]:

Մեթադոնը լյարդում մետաբոլիզվում է P450 ֆերմենտային համակարգի միջոցով: Լյարդային մետաբոլիզմում հատկապես մեծ է ցիտոքրոմօքսիդազա CYP3A4 և CYP2D6 ֆերմենտների դերը: Այս ֆերմենտների վրա ազդեցություն ունեցող դեղերի ընդունումը՝ մեթադոնի ընդունման հետ զուգակցված, կարող է բերել կլինիկորեն կարևոր փոխազդեցությունների: Այսպիսի դեպքերում անհրաժեշտություն է առաջանում լրացուցիչ կարգավորել մեթադոնի օրական դեղաչափերը՝ անցանկալի հետևանքներից խուսափելու համար: Այսպես, CYP3A4 և CYP2D6 ֆերմենտների ակտիվությունն ընկճող ազդեցությամբ դեղերի կամ այլ նյութերի ընդունումը կարող է նպաստել արյան շիճուկում մեթադոնի խտության բարձրացմանը՝ առաջ բերելով տոքսիկ ազդեցության կամ գերդոզավորման ախտանշաններ և անհրաժեշտություն առաջացնելով նվազեցնել մեթադոնի օրական դեղաչափը: Եվ հակառակը, այս ֆերմենտների ակտիվության վրա խթանող ազդեցություն ունեցող նյութերի ընդունումը կարող է առաջ բերել արյան շիճուկում մեթադոնի խտության նվազման՝ արդյունքում հանգեցնելով օփիոիդային զրկանքի ախտանշանների զարգացման և կարիք առաջացնելով բարձրացնել մեթադոնի օրական դեղաչափը (տես՝ այլ դեղերի հետ փոխազդեցությունը) [9,28,29,30,31,32]:

Մեթադոնի փոխանակության հիմնական մետաբոլիտը 2-էթիլիդին-1,5-դիմեթիլ-3,3-դիֆենիլպիրրոլինն է (EDDP¹⁵), որն էլ իր հերթին վեր է ածվում 2-էթիլ-5-մեթիլ-3,3-դիֆենիլպիրրոլինի (EMDP¹⁶): Մեթադոնի մետաբոլիտները զուրկ են կենսաբանական ակտիվությունից և հիմնականում օրգանիզմից հեռանում են երիկամներով ու աղիներով: Պերորալ մեթադոնի շուրջ 10 տոկոսն օրգանիզմից արտազատվում է անփոփոխ վիճակում: Մեթադոնի բավականին բարձր մակարդակ հայտնաբերվում է ստամոքսաիյություն: Դրա չնչին մասը կարելի է հայտնաբերել թքի և քրտինքի մեջ: Հղիության ժամանակ մոր արյան մեթադոնի բանակության 50 տոկոսը հայտնաբերվում է ընկերքային արյան մեջ [9,28,32]:

¹⁵ 2-ethylidene-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidine

¹⁶ 2-ethyl-5-methyl-3,3-diphenylpyrroline

Մեթադոնի միանվագ պերորալ դեղաչափի կիսատրոհման պարբերությունը կազմում է 12-18 ժամ: Հետագա կանոնավոր ընդունումների դեպքում 13-47 ժամ, բայց կարող է տատանվել 4-91 ժամ [9,28,29,30,31]:

Ափիոնատիպ Նյութերից կախվածություն չունեցող և տոլերանտության ցածր աստիճան ունեցող անձանց համար մեթադոնի մահաբեր դեղաչափը կազմում է 40-50 միլիգրամ, իսկ ալկոհոլի, բենզոդիազեպինների, բարբիտուրատների և այլ ափիոնատիպ Նյութերի հետ համակցման դեպքում մեթադոնի մահաբեր դեղաչափն ավելի է նվազում (տե՛ս գլուխ 10.6): Մանկահասակ երեխայի համար 10-20 միլիգրամ մեթադոնը կարող է լինել մահաբեր [33]:

6.3 ՄԵԹԱԴՈՆԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԾՄԱՆ ԱԿՈՒՆՔՆԵՐԸ

Մեթադոնը՝ որպես ցավազրկող միջոց, հայտնագործվել է գերմանացի գիտնականներ Բոկմյուլի և Էրխարտի կողմից Գերմանիայում, Երկրորդ համաշխարհային պատերազմի տարիներին: 1941 թվականի սեպտեմբերի 11-ին այս գիտնականները պաշտոնապես պատենտավորեցին սկզբում «խոխաստ-10820», իսկ այնուհետև՝ «Պոլամիդոն» անվանումը ստացած մեթադոնը: 1942 թվականի աշնանն արդեն «Ամիդոն» քոլարկված անվան տակ մեթադոնը նշանակվում էր գերմանացի զինվորներին՝ որպես ցավազրկող և սպազմոլիտիկ դեղամիջոց [9,34]:

Պատերազմի ավարտից հետո, երբ մեթադոնն առաջին անգամ սինթեզած «ԻԳ Ֆարբենիդուստրիա» դեղագործական ընկերությունն անցավ դաշնակիցների տիրապետության տակ և վերակազմավորվեց «խոխաստ ԱԳ» գործարանի, ամերիկյան հանրահռչակ «Էլի-Լիլի» և բրիտանական դեղագործական ընկերությունները սկսեցին մեթադոնի խորացված հետազոտություններ: 1947թ. Լեքսինգտոնի կախվածությունների հետազոտության կենտրոնում (Կենտուկի) Իսբելը և Նրա գործընկերները ցույց տվեցին, որ մեթադոնը կարող է օգտագործվել հերոինից կախվածության մեջ գտնվող հիվանդների զրկանքի համախտանիշի բուժման համար: Հոլիդեյը 1963 թվականին Վանկոլվերում և ավելի ուշ Դոլը և Նիսվանդերը 1967 թվականին Նյու Յորքում ցույց տվեցին մեթադոնի՝ որպես փոխարինող բուժման միջոցի կիրառման հնարավորությունները: Հետագա լայնամասշտաբ հետազոտություններով տրվել են ինչպես մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական գնահատականները, այնպես էլ որոշ կարևոր դեղաբանական և կլինիկական առանձնահատկությունները: Մեթադոնի կլինիկական հետազոտությունները հզոր թափ ստացան ՄԻԱՎ վարակի տարածումից հետո՝ սկսած 1980-ական թվականներից [9,34]:

6.4 ԱՐԴԻ ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժումն այսօր հանդիսանում է ափիոնատիպ Նյութերից կախվածության գոյություն ունեցող ամենարդյունավետ բուժման մեթոդներից մեկը: Այս մասին վկայում են ինչպես կուտակված հավաստի բժշկագիտական տվյալները (ստացված խոշորածավալ կլինիկական փորձարկումների և դրանց մետա-վերլուծությունների արդյունքում), այնպես էլ միջազգային փորձը: Պարզապես հարկ է առանձնահատուկ ընդգծել միջազգային հեղինակավոր կազմակերպությունների մոտեցումները փոխարինող բուժման նկատմամբ: Այսպես, ԱՀԿ-ն, ՄԱԿ-ի ապօրինի թմրամիջոցների և հանցավորության դեմ պայքարի գրասենյակը և ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի միացյալ ծրագիրը դեռևս 2004 թվականին հանդես եկան համատեղ հայտարարությամբ ի պաշտպանություն փոխարինող բուժման՝ կարևորելով վերջինս դերը ափիոնատիպ Նյութերից կախվածությամբ հիվանդների առողջական, հոգեբանական և սոցիալական վիճակները բարելավելու և արյան միջոցով փոխանցվող վարակների, այդ թվում՝ ՄԻԱՎ-ի, կանխարգելման մեջ, միաժամանակ կոչ անելով ՄԱԿ անդամ պետություններին ներդնել և զարգացնել փոխարինող բուժում տրամադրող ծրագրերը [26]:

ՄԻԱՎ-ի տարածման կանխարգելմանն ուղղված համաշխարհային մասշտաբներով իրականացվող գործողությունների գլխավոր ուղղություններից մեկը ՄԻԱՎ-ի տարածման դեմ պայքարն է ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում: Ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածման կանխարգելմանն ուղղված ամենարդյունավետ չորս միջոցառումներն են հանդիսանում ներարկիչների և ասեղների փոխանակման ծրագրերը, ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ խորհրդատվության և տեստավորման ծրագրերը, հակառետրովիրուսային բուժումը, ինչպես նաև ափիոնատիպ Նյութերից կախվածության փոխարինող բուժումը (կամ ներարկային եղանակով ափիոնատիպ Նյութեր գործածող կախվածություն ունեցող անձանց գիտականորեն հիմնավորված այլ բուժման մեթոդները) [7]:

Մեթադոնը 2005 թվականից գտնվում է ԱՀԿ Հիմնական դեղերի մոդելային ցանկի մեջ (24.5, հոգեներգործուն Նյութերից կախվածության բուժման ծրագրում կիրառվող դեղեր) [35]: Ափիոնատիպ Նյութերից կախվածության մեթադոնով ու բուպրենորֆինով բուժումը հանդիսանում է ԱՀԿ կողմից առաջարկվող ստանդարտ [2]:

Համաձայն թմրամիջոցների վերաբերյալ համաշխարհային զեկույցի 2013 թվականի տարեվերջի դրությամբ Իրանում մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց թիվը կազմել է 267.844, իսկ բուպրենորֆինային փոխարինող բուժում ստացող անձանց թիվը՝ 24.029 [36]: Եվրոպական Միության

երկրներում, Թուրքիայում և Նորվեգիայում փոխարինող բուժում ստացող անձանց ընդհանուր թիվը կազմել է 734.135, այդ թվում՝ 152.000 Ֆրանսիայում, 171.000 Միացյալ Թագավորությունում, 98.400 Իտալիայում [11]: 2012 թվականի դրությամբ Վրաստանում փոխարինող բուժման ծրագրեր են իրականացվում մի քանի քաղաքներում (մասնավորապես՝ Թբիլիսի, Գորի և Բաթումի քաղաքներում)՝ փոխարինող բուժում տրամադրելով 1.878 անձանց: Վրաստանում գործում են ինչպես մեթադոնային ծրագրեր, այնպես էլ բուլպրենորֆին-նալոքսոն բազմաբաղադրատարր դեղ («սուլբաքսոն») տրամադրող ծրագիր [12]:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ծրագրեր են իրականացվում նաև հետխորհրդային գրեթե բոլոր երկրներում (բացառությամբ՝ ՌԴ, Ուզբեկստան և Թուրքմենստան), Չինաստանում, ԱՄՆ-ում, Կանադայում, Ավստրալիայում և բազմաթիվ այլ երկրներում [37]:

6.5 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՒՏԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նպատակներն են.

- վերացնել կամ մեղմել ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի (այդ թվում՝ հերոինի) նկատմամբ հիվանդագին հակումը և դրանց չարաշահումը
- նվազեցնել ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի առաջացրած առողջական և սոցիալական վնասները
- բարելավել պացիենտների առողջական վիճակը և կյանքի որակը
- հասնել հիվանդների հոգեսոցիալական կենսագործունեության հնարավոր լավագույն մակարդակին:

Մեթադոնով ընդհանուր առողջական վիճակի կայունացումից հետո հիվանդները հնարավորություն են ստանում կազմակերպել կամ վերակազմակերպել իրենց առօրյա կյանքը, ինչպես նաև սրացումների կանխարգելման այլ ծառայությունների շնորհիվ սեփական ցանկության դեպքում հետագայում նաև աստիճանաբար նվազեցնել մեթադոնի դեղաչափերը և ավարտել բուժումը [2,9]:

6.6 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՒՏԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման արդյունքում առաջ են գալիս ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի գործածումից հարուցված վնասի նվազեցման հետևյալ դրական ազդեցությունները.

1. հիվանդների ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի բարելավում, այդ թվում՝

- գերդոզավորման վտանգի նվազեցում կամ բացառում
 - արյան միջոցով փոխանցվող և այլ վարակների տարածման վտանգների նվազեցում (օրինակ՝ B և C հեպատիտներ, ՄԻՎԿ, տուբերկուլյոզ, թրոմբոֆլեբիտ)
 - մահացության ցուցանիշների կրճատում
 - հղիության ելքի բարելավում
2. հիվանդների հոգեցոցիալական գործունեության բարելավում, այդ թվում՝
- ինքնազնահատման և արժանապատվության զգացումների վերահաստատում
 - ընտանիքում և համայնքում սոցիալական դերի բարելավում և առօրյա գործառույթներում ավելի ակտիվ ներգրավում
 - կրթական վիճակի բարելավում կամ ինքնակրթման նախաձեռնությունների առաջացում
 - աշխատանքային վարքի և կարգապահության բարելավում կամ նոր աշխատանքի ձեռք բերում
 - ապօրինի թմրամիջոցների օգտագործման նվազեցում
 - հանցավոր վարքի մեղմացում կամ բացառում
3. հիվանդների բուժման ծախսատարության նվազեցում:

Օբյեկտիվ պահպանողական (բուժական, թերապևտիկ) դեղաչափով մեթադոնի նշանակման դեպքում, որպես կանոն, դեղը հիվանդի վրա թմրաբեր ազդեցություն և էյֆորիա չի առաջացնում, ավելին, այն արգելակում է այլ համազդիչների (այդ թվում՝ ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի) առաջացրած էյֆորիկ ազդեցությունը, ինչպես նաև կանխում է զրկանքի համախտանիշի առաջացումը՝ արդյունքում հիվանդի մոտ առաջացնելով «նորմալ և սթափ վիճակի» զգացողություն [2,9]:

ԱՅԿ հրահանգ

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման համար բժիշկները հիվանդներին պետք է առաջարկեն զրկանքի հանման վրա հիմնված բուժում, օփիոիդային հակազդիչներով պահպանողական բուժում և հակազդիչների կիրառմամբ իրականացվող (սալտրեքսոն) բուժում, սակայն հիվանդների գերակշռ մասին անհրաժեշտ է առաջարկել ստանալ հատկապես օփիոիդային համազդիչներով պահպանողական բուժում:

ՄԱՍ 7. ՀԻՎԱՆՂԻ ԱՌԱՋՆԱԿԻ ՉՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

7.1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունվելու համար հիվանդները կարող են ինչպես ուղղակիորեն դիմել նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ, այնպես էլ միջորդավորված՝ հանրապետության այլ բուժհաստատություններից, հասարակական կազմակերպություններից կամ ծրագրերից:

Թմրամիջոցներ գործածող անձի վիճակի օբյեկտիվ գնահատումը մասնագիտական բարձր որակավորում պահանջող ինդիք է՝ գնահատող բժշկի մասնագիտական գիտելիքներով, հմտություններով և ունակություններով պայմանավորված:

Հիվանդի վիճակի գնահատումն ընդհանուր առմամբ ներառում է հետևյալ գործողությունները.

- հիվանդի կողմից իր առողջական վիճակի նկարագրում
- կյանքի, թմրամիջոցների և այլ հոգեներգործուն նյութերի գործածման վերաբերյալ անամնեստիկ տվյալների հավաքագրում
- հիվանդի կողմից գործածվող հիմնական և երկրորդային թմրամիջոցի տեսակների, գործածվող քանակների, գործածման հաճախականության, ինչպես նաև ընդունման եղանակների վերաբերյալ տեղեկությունների հավաքագրում
- թմրամիջոցների գործածման օբյեկտիվ նշանների հայտնաբերում (ներարկման հետքեր, օրգանիզմի կենսամիջավայրի տոքսիկոֆիմիական հետազոտություն)
- թունավորման (ինտոքսիկացիայի) կամ զրկանքի ախտանշանների հայտնաբերում:

7.2 ՀԻՎԱՆՂԻ ՀԵՏ ԱՌԱՋԻՆ ԿՈՆՏԱԿՏԸ

Առաջնակի զննություն իրականացնող բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նախապես հիվանդին ներկայացվում է առաջնակի զննության նպատակները:

Խորհրդատվության և առաջնակի զննության արդյունավետ ընթացքի համար հիվանդին նախապես տեղեկացվում է հետևյալի մասին.

- նախատեսվող խորհրդատվության և զննության մոտավոր տևողությունը

- Նախատեսվող խորհրդատվության բովանդակությունը
- անձնական և հիվանդության վերաբերյալ տվյալների գաղտնիության պահպանումը
- հիվանդության բուժման գոյություն ունեցող այլընտրանքային տարբերակները:

Նման մոտեցումը բժշկին հնարավորություն է տալիս ձեռք բերել հիվանդի վերաբերյալ արժանահավատ տեղեկություններ, իսկ հիվանդին՝ գնահատել բուժման ընդունման անհրաժեշտությունը և ընտրել նարկոլոգիական բժշկական օգնության մեթոդը:

Հիվանդին ներկայացվում է, որ առաջնակի զննության (**հավելված 1**) գլխավոր նպատակը թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված առողջական խնդիրների հայտնաբերումն է:

Անհրաժեշտ է հիվանդին վստահեցնել, որ բուժանձնակազմը պատրաստակամ է մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրել մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունման չափորոշիչներին համապատասխանելու դեպքում (տե՛ս գլուխ 8.2):

Կարևոր է նաև հիվանդին ներկայացնել և բացատրել, թե որքան է կազմելու բոլոր անհրաժեշտ գործողությունների տևողությունն ու նրա՝ մեթադոնի նշանակման խնդրանքի բավարարումը (եթե նա համապատասխանում է ընդունման չափորոշիչներին):

Բուժաշխատողներին պետք է հիշել, որ մեթադոնային բուժման նշանակման անհարկի երկարաձգումը կարող է պարտադրել ափիոնատիպ Նյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդին, օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի առաջացումից խուսափելու համար, շարունակել ապօրինի «փողոցային» թմրամիջոցներ գործածել՝ դրանից բխող բոլոր բացասական առողջական, սոցիալական և իրավական հետևանքներով:

7.2.1 Տվյալների գաղտնիություն և խորհրդապահություն

Անհրաժեշտ է հիվանդին հավաստիացնել, որ նրա անձնական տվյալներն ու հիվանդության վերաբերյալ տեղեկությունները գաղտնի են և տրամադրվում են երրորդ կողմին միայն իր ցանկության կամ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում:

Անձնական և հիվանդության վերաբերյալ տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման վերաբերյալ հիվանդը տեղեկացվում է առաջնակի զննության ընթացքում: Պետք է հանգամանալից ներկայացնել, թե ում են հասանելի այդ

տեղեկությունները և որ դեպքերում են դրանք տրամադրվում իրավապահ մարմինների ներկայացուցիչներին կամ հիվանդի ընտանիքի անդամներին:

Թմրամիջոց գործածող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելիս՝ անձնական տվյալների և հիվանդության վերաբերյալ գաղտնիության պահպանումն կարևորվում է, քանի որ հիվանդի կողմից թմրամիջոցների գործածման փաստը գաղտնի է պահվում՝ սովորաբար հետևյալ պատճառներից ելնելով.

- ընկերական շրջապատից, գործընկերներից, հարազատներից, ընտանիքի անդամներից օտարացման վախը
- հասարակության տարբեր շերտերի և ներկայացուցիչների կողմից ստիգմատիզացիայի («խարանի») և դիսկրիմինացիայի ենթարկվելու հավանական վտանգի գիտակցումը:

Բացի այդ, առանց բժշկի նշանակման ափիոնատիպ նյութերի գործածման և ապօրինի թմրամիջոցների հետ առնչվող այլ գործողությունների համար ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված են քրեական և վարչական պատիժներ, ինչը հաճախ ստիպում է հիվանդին թաքցնել թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված հիվանդությունները, չնայած որ թմրամիջոցներ գործածող անձինք նարկոլոգիական բուժման դիմելու դեպքում ազատվում են թմրամիջոցների գործածման համար ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված վարչական պատժից:

Բուժաշխատողներին անհրաժեշտ է գիտակցել, որ հիվանդների վերաբերյալ խորհրդապահական բնույթի տեղեկության արտահոսքի վտանգը թմրամիջոցներ գործածող անձանց համար լրջագույն խոչընդոտներից մեկն է նարկոլոգիական բուժման դիմելու ճանապարհին:

ԱՅԿ հրահանգ (նվազագույն պայմաններ)

Առողջապահական ծառայություններ մատուցողները կամ ծառայություն մատուցող աշխատակազմը չպետք է հիվանդի վերաբերյալ տեղեկություններ հայտնեն ոստիկանություն կամ այլ իրավապահ մարմիններին առանց հիվանդի թույլտվության կամ եթե օրենքը դա չի պահանջում:

7.3 ՀԻՎԱՆԴԻ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Հիվանդի վիճակի գնահատումն իր մեջ ներառում է հիվանդի կյանքի, ընտանիքի, թմրամիջոցների գործածման, ուղեկցող հիվանդությունների և բարդությունների վերաբերյալ անամնեստիկ տեղեկությունների հավաքագրում, ինչպես նաև արտաքին զննություն, առողջական, հոգեկան և հոգեցնցիալական վիճակի գնահատում մասնագիտական և լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ:

7.3.1 Նարկոլոգիական անամնեզ

Թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի վերաբերյալ տեղեկությունների հավաքագրումը ներառում է.

- Ներկայում և նախկինում գործածվող թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի ցանկը, նաև ակոհոլի, թմրամիջոցների կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի համակցված գործածման դեպքերն ու հաճախականությունը
- թմրամիջոցներ և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր գործածելու սկզբնական տարիքը
- յուրաքանչյուր նյութի գործածման եղանակը (ներերակային, միջմկանային, ենթամաշկային, քթի միջոցով ներշնչելով (ինտրանազալ), ծխելու միջոցով), գործածման հաճախականության վերաբերյալ տեղեկությունները
- թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի գործածման կանոնավոր կամ մշտական լինելու վերաբերյալ տեղեկությունները վերջին շրջանում
- թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի գործածման հետևանքով գերդոզավորման դեպքերի քանակը նախկինում
- թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի ազդեցության փոփոխությունները ժամանակի ընթացքում
- գործածվող նյութերի նկատմամբ տոլերանտության և զրկանքի համախտանիշի առկայությունը
- նախկինում ստացած բժշկական օգնության կամ այլ միջամտության արդյունքը (արդյունքները)
- ռեմիսիաների առկայությունը և դրանց տևողությունը
- թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի գործածման հետևանքով առաջացած բարդությունները, ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդությունները
- հիվանդի վերաբերմունքն ու գնահատականն իր կողմից թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր գործածելու փաստի նկատմամբ
- հիվանդի կողմից թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի գործածմանը նպաստող գործոններն ու դրդապատճառները
- հիվանդի նպատակներն ապագայում

- հիվանդի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն այցելելու դրդապատճառն ու ակնկալիքները:

7.3.2 Արտաքին զննություն

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց արտաքին զննություն իրականացնելու ընթացքում կարևոր է զննել մաշկը՝ ներարկման հետքերի, սպիների հայտնաբերման համար: Անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել վերջույթներին, առաջին հերթին՝ նախադաստակներին, նախաբազուկներին, բազուկներին, արմնկափոսերին, ինչպես նաև սրունքներին, ազդրերին, անոթային և աճուկային շրջաններին:

Ներարկման հետքերի զննության ընթացքում թմրամիջոցների ներարկային եղանակով գործածման տևողության և հաճախականության վերաբերյալ օգտակար տեղեկություններ կարելի է ստանալ զննելով ներարկման հետքերի վաղեմությանը: Թարմ ներարկման հետքերը սովորաբար մանր են, կարմրավուն երանգով, հաճախ՝ բորբոքված և փոքր-ինչ այտուցված: Հին ներարկման հետքերը սովորաբար բորբոքված չեն, սակայն հիմնականում պիգմենտավորված են լինում, իսկ հետքերին հարող շրջանի մաշկը՝ հաճախ ատրոֆիայի ենթարկված և սպիացած:

7.3.3 Հոգեկան վիճակի գնահատում

Հիվանդի հոգեկան վիճակի գնահատումն առաջնակի զննության ընթացքում իրականացվում է բժիշկ-նարկոլոգի կողմից: Գնահատվում է.

- գիտակցությունը (տեղի, ժամանակի, սեփական անձի և իրավիճակի նկատմամբ կողմնորոշումը)
- ընկալման ոլորտը (սենստոպաթիաներ, պատրանքներ, ցնորքներ)
- հիշողությունը (հիշողության խանգարումներ)
- հուզական ոլորտ (հուզական վիճակի նկարագրություն, հուզականության բարձր կամ ցածր շեմ, տրամադրություն)
- կամային ոլորտը
- անձի փոփոխությունների առկայությունը (անձի փոփոխության բնույթը՝ արտահայտված գերազանցապես ինտելեկտի խանգարումներով, կամքի, հուզական ոլորտի կամ բնավորության գծերի շեշտվածությամբ):

7.3.4 Հոգեւորական վիճակի գնահատում

Հիվանդի հոգեւորական վիճակի գնահատումն առաջնակի գննության ընթացքում իրականացվում է բժշկ-նարկոլոգի կողմից: Գնահատվում է.

- ինքնասպանության կամ ինքնավնասման փորձեր
- հոգեկան և վարքային խանգարումների նկատմամբ ժառանգական նախատրամադրվածության առկայությունը
- կրթության մակարդակը
- սոցիալական կապերը
- աշխատանքի, փաստաթղթերի առկայությունը
- դատվածությունների քանակը, այդ թվում՝ թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառությամբ պայմանավորված ՀՀ ԶՕ հոդվածներով:

7.3.5 Կյանքի անամնեզ

- Տարբեր այլ հիվանդությունների նկատմամբ ժառանգական նախատրամադրվածություն
- Մանկությունը
- Չինժառայությունը
- Ընտանիքը
- Ծնողները
- Ամուսնական կարգավիճակը
- Երխաները
- Կյանքի ընթացքում կրած այլ հիվանդություններ և բուժման դեպքեր

7.3.6 Բուժման դիմելու դրդապատճառների բացահայտում

Անհրաժեշտ է պարզել՝ ինչ գործոններ և պատճառներ են խթանել հիվանդին դիմել նարկոլոգիական բժշկական օգնության: Այն թույլ է տալիս բժշկին լավագույն կերպով պատկերացնել հիվանդի նպատակների լրջությունն ու գնահատել հիվանդի քննադատական վերաբերմունքի առկայությունն ու խորությունը հիվանդության նկատմամբ:

7.3.7 Սքրինինգային հետազոտություններ

Յիվանդի վիճակի անհատական գնահատման շրջանակներում հիվանդին առաջարկվում է անցնել վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերմանն ուղղված հետևյալ հետազոտությունները.

- ՄԻԱՎ վարակի նկատմամբ հետազոտություն
- վիրուսային հեպատիտ C
- տուբերկուլյոզ
- անհրաժեշտության դեպքում հետազոտություններ այլ վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով:

Վերը նշված վարակիչ հիվանդություններից թեկուզ մեկի բացակայության դեպքում հիվանդին խորհուրդ է տրվում հետագայում պարբերաբար անցնել նույն հետազոտությունը՝ նվազագույնը յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում մեկ անգամ:

7.3.8 Լաբորատոր տոքսիկոբիմիական հետազոտություն

Օրգանիզմի կենսամիջավայրի լաբորատոր տոքսիկոբիմիական հետազոտության համար սովորաբար օգտագործվում է հիվանդի մեզը, երբեմն նաև արյունը, մազը կամ եղունգը: Տոքսիկոբիմիական հետազոտության արդյունքը կարող է կարևոր նշանակություն ունենալ հիվանդի վիճակի գնահատման համար: Ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ հետազոտության դրական եզրակացությունը վկայում է, որ հիվանդը վերջին օրերի ընթացքում գործածել է բժշկի կողմից նշանակված կամ անօրինական ճանապարհով ձեռք բերած ափիոնատիպ նյութ:

Ընդունելությունից առաջ օրգանիզմի կենսամիջավայրի հետազոտությունը կարող է օգտակար լինել նաև նախորդող օրերի ընթացքում հիվանդի կողմից ափիոնատիպ նյութերին զուգահեռ այլ թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի գործածման փաստը հայտնաբերելու համար:

Օրգանիզմի կենսամիջավայրի տոքսիկոբիմիական հետազոտությունը **չի հանդիսանում ափիոնատիպ նյութերից կախվածության ախտորոշման պարտադիր նախապայման**: Սակայն, օրգանիզմի կենսամիջավայրերում ափիոնատիպ նյութերի կամ այլ խմբերի թմրամիջոցների հետքերի հայտնաբերումը կարող է եապես օժանդակել ախտորոշման հստակեցմանը:

ՄԱՍ 8. ՀԻՎԱՆԴԻ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ

8.1 ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց ընդունելությունը մեթադոնային փոխարինող բուժում ստանալու համար կամավոր է՝ հիվանդի ցանկությամբ, գրավոր համաձայնությամբ և պարտադիր նարկոլոգիական հաշվառմամբ:

- ❖ Մեթադոնային փոխարինող բուժման համաձայնություն տվող անձը պետք է ունենա համապատասխան իրավագիտակցություն: Հաշվի է առնվում, որ եթե հակառակն ապացուցող հանգամանքները բացակայում են, ապա անձն իրավագիտակից է:
- ❖ Պետք է մշակել և կիրառել բուժման վերաբերյալ հիվանդին լիարժեք և համակողմանի տեղեկություններ հաղորդելու եղանակ: Փոխարինող բուժման վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրման արդյունքում հիվանդը հանգամանալիորեն տեղեկացվում է առաջարկվող բուժման նպատակների, հնարավոր տևողության և ակնկալվող արդյունքների, ինչպես նաև բուժման ընթացքում ի հայտ եկող ախտանիշների, սահմանափակումների և մեթադոնի կողմնակի ազդեցությունների մասին: Այս ամենը հանգամանալիորեն ներկայացվում և քննարկվում է հիվանդի հետ:
- ❖ Տեղեկատվության տրամադրումը պետք է լինի հիվանդի համար հասկանալի և մատչելի՝ առանց հիվանդի համար օտար լեզուների կիրառության:
- ❖ Մեթադոնային փոխարինող բուժման վերաբերյալ հիվանդին տեղեկություններ հաղորդելու ընթացքում հանգամանալիորեն ներկայացվում է նաև բուժման ընթացքում (հատկապես՝ նախնական փուլում) հնարավոր վտանգների վերաբերյալ տեղեկություններ, այդ թվում՝ գերդոզավորման վտանգները (հատկապես՝ փոխարինող բուժում ստանալու ընթացքում ապօրինի ափիոնատիպ նյութեր կամ այլ հոգեներգործուն նյութեր գործածելու դեպքում) և փոխարինող բուժման դադարեցման արդյունքում օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի առաջացման անխուսափելիությունը:
- ❖ Հիվանդին պետք է բացատրել բուժումից հրաժարվելու հնարավոր բացասական հետևանքները:
- ❖ Հիվանդի կողմից ներկայացվում է անձնագիրը և անձնագրի պատճենը:

- ❖ Խիստ անհրաժեշտության կամ բացառիկ դեպքերում (օրինակ՝ ծանր հիվանդության կասկած) բժիշկը հիվանդից կարող է պահանջել նաև Եպիկրիզ կամ տեղեկանք նախկինում տարած կամ ներկայում ուղեկցող հիվանդության, բարդության բուժման, նշանակված դեղերի, ախտորոշման կամ հետազոտությունների վերաբերյալ:
- ❖ Հիվանդի կողմից բուժման ընդունման համաձայնությունը տրվում է մեթադոնային փոխարինող բուժման համաձայնագրի (այսուհետ՝ Համաձայնագիր) միջոցով:

ԱՅԿ հրահանգ (նվազագույն պայմաններ)

Բուժման ընդունվելիս՝ հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն և բուժվելու ընդունվելու համար հայտնեն գիտակցված համաձայնություն:

8.2 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՒՍԿՈՒՄ ԲՈՒԺՈՒՄ ՆՇԱՆԱԿԵԼՈՒ ՉԱՓՈՐՈՇԻՉՆԵՐԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունման չափորոշիչներն են.

1. Հիվանդությունների միջազգային 10-րդ վերանայմամբ դասակարգչով սահմանված «Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ Նյութերի գործածման հետևանքով. կախվածության համախտանիշ» (F11.2) ախտորոշումը
2. հիվանդի ցանկությունը և գրավոր համաձայնությունը՝ Համաձայնագրի ստորագրմամբ
3. մինչև 18 տարեկան հիվանդի ընդունվելու դեպքում՝ նաև ծնողի կամ ինսամակալի ցանկությունը և գրավոր համաձայնությունը:

8.3 ՀԻՎԱՆԴԻ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԸՆՆՈՒՄԸ ԵՎ ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՒՍԿՈՒՄ ԲՈՒԺՈՒՄ ՏՐԱՄԱԴՐՈՂ ԲԺԻՇԿ-ՆԱՐԿՈՒՈՒԹՅԱՆ ՀՈՐՈՇՄԱՆ ԳՈՐԾԱՌՈՒՅԹՆԵՐԸ

Հիվանդի ընդունելությունը (ինչպես նաև՝ բուժման դադարեցումը) կատարվում է մեթադոնային փոխարինող բուժման *բաժնի/ծրագրի* բժիշկ-նարկոլոգի ախտորոշման վերաբերյալ եզրակացության և հիվանդին ընդունելու վերաբերյալ կայացրած որոշման համաձայն:

Բուժման նպատակով դիմած անձին առավելագույնը երկու աշխատանքային օրվա ընթացքում նշանակվում է մեթադոնային փոխարինող բուժում, եթե նա համապատասխանում է ընդունման չափորոշիչներին:

Այն դեպքում, երբ անձը չի համապատասխանում մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունման չափորոշիչներին, նրան մանրամասն տեղեկացվում է մեթադոնային փոխարինող բուժման աննպատակահարմարության մասին:

8.3.1 Հիվանդի համաձայնությունը և համաձայնագրի ստորագրումը

Հիվանդը նախօրոք տեղեկանում է համաձայնագրով սահմանված պարտականություններին և երկու օրինակով ստորագրությամբ հաստատում է մեթադոնային փոխարինող բուժում ստանալու վերաբերյալ իր համաձայնությունը՝ լրացնելով անհրաժեշտ տվյալները, ինչպես նաև ամսաթիվը, անունն ու ազգանունը (**հավելված 2**): Համաձայնագրի ստորագրված օրինակներից մեկը տրվում է հիվանդին, իսկ մյուս օրինակը կցվում է հիվանդի ամբուլատոր քարտին: Համաձայնագիրը ստորագրվում է հիվանդի ընդունելության ընթացքում՝ նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը: Համաձայնագիրը ստորագրած և ընդունված հիվանդը սահմանված կարգով հաշվառում է ընդունարանում և դիսպանսերային բաժնում:

8.3.2 Բժիշկ-նարկոլոգի գործառույթները

Մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բժշկի գործառույթներն են.

- մեթադոնային փոխարինող բուժման դիմած հիվանդների խորհրդատվություն, բժշկական զննություն և ախտորոշում
- հիվանդների ընդունելություն և բուժման դադարեցում
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների գրանցում և ցուցակագրում մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժնի/ծրագրի նարկոլոգի մատյանում¹⁷
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների ամբուլատոր քարտերի¹⁸ լրացում

¹⁷ Մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժնի/ծրագրի նարկոլոգի մատյան է հանդիսանում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանով հաստատված «Նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ընթացքում վարվող նարկոլոգի մատյանը» (տույն հրամանով հաստատված «հավելված 4»):

¹⁸ Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդի ամբուլատոր քարտ է հանդիսանում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանով հաստատված «Նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ընթացքում վարվող ամբուլատոր հիվանդի քարտը» (տույն հրամանով հաստատված «հավելված 2»):

- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների մեթադոնի օրական դեղաչափի որոշում, նախնական և պահպանողական դեղաչափերի նշանակում, ինչպես նաև դեղաչափի հետագա կարգավորում նշանակման թերթիկում (**հավելված 3**) կատարվող գրառումներով
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների պարբերաբար խորհրդատվություն, զննություն և բժշկական հսկողություն
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների օրգանիզմի կենսամիջավայրի տոքսիկոֆիմիական հետազոտությունների նշանակում:

8.3.3 Հոգեթերապևտի գործառույթները

- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների հոգեթերապևտիկ խորհրդատվության և աջակցության տրամադրում
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների շրջանում անհատական և խմբակային աշխատանքների իրականացում՝ ուղղված նրանց հոգեբանական վերականգնմանը
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների հետ կատարված աշխատանքների գրանցում մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժնի/ծրագրի հոգեթերապևտի մատյանում
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների շրջանում հոգեբանական խնդիրները վերհանող հարցումների կազմակերպում:

8.3.4 Սոցիալական աշխատողի գործառույթները

- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների շրջանում սոցիոլոգիական հարցումների անցկացում
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների սոցիալական խորհրդատվության տրամադրում
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների շրջանում աշխատանքներ՝ ուղղված նրանց սոցիալական վերականգնմանը
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների հետ կատարված աշխատանքների գրանցում մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժնի/ծրագրի սոցիալական աշխատողի մատյանում:

8.3.5 Խորհրդատվական հանձնաժողով

Խորհրդատվական հանձնաժողովը ձևավորվում է նարկոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության ղեկավարի հրամանի համաձայն: Խորհրդատվական հանձնաձողովի ղեկավարումը կամ նախագահումն իրականացվում է տվյալ կազմակերպության ղեկավարի կամ նրա կողմից հրամանով նշանակված պատասխանատուի կողմից:

Խորհրդատվական հանձնաժողովի անդամները պետք է լինեն բացառապես նույն կազմակերպության մեթադոնային փոխարինող բուժում կամ հարակից հոգեսոցիալական օժանդակության ծառայություն տրամադրող աշխատողներ՝ բժիշկ-նարկոլոգի, հոգեբույժի, հոգեթերապևտի, հոգեբանի կամ սոցիալական աշխատողի որակավորում ունեցող մասնագետներ:

Խորհրդատվական հանձնաժողովի գործառույթներն են.

- յուրաքանչյուր շաբաթվա ընթացքում նվազագույնը մեկ անգամ գումարել հանձնաժողովի նիստ մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց (ներառյալ՝ նոր ընդունված հիվանդներին) վիճակի վերաբերյալ քննարկումներ անցկացնելու համար
- անհրաժեշտության դեպքում համայնի կամ հիվանդներին հրավիրելու միջոցով կատարել լրացուցիչ խորհրդատվություն և զննություն
- մեթադոնի դեղաչափի տրամադրման ռեժիմի փոփոխության վերաբերյալ ընդունել որոշումներ՝ կազմելով համապատասխան արձանագրություն
- խիստ անհրաժեշտության դեպքում հանձնաժողովի նախագահի կամ անդամների պահանջով գումարել խորհրդատվական հանձնաժողովի արտահերթ նիստ
- անհրաժեշտության դեպքում հիվանդների վերաբերյալ մասնագիտական քննարկումների նպատակով խորհրդատվական հանձնաժողովի նիստին հրավիրել այլ բժիշկ-մասնագետներ:

8.4 ՄԵԹԱԴՈՆԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընթացքում մեթադոնի նշանակման ողջ գործընթացը բացկացած է երկու՝ նախնական և պահպանողական փուլերից, իսկ հիվանդի կամքով բուժման դադարեցման որոշման դեպքում՝ նաև բուժման դադարեցման փուլից (մեթադոնի դեղաչափերի աստիճանական նվազեցման միջոցով):

8.4.1 Մեթադոնի և այլ ափիոնատիպայ սյուլթերի համարժեք (Էկվիվալենտ) դեղաչափերը

Մեթադոնի նախնական դեղաչափի որոշման համար **կարևորագույն և առանցքային կլինիկական հիմնավորումը հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակն է**, այդ թվում՝ օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի առկայությունը, մարմնական վիճակը, ափիոնատիպայ սյուլթերի նկատմամբ նեյրոադապտացիայի աստիճանը:

Ընդունելությանը նախորդող շրջանում ափիոնատիպայ սյուլթերի գործածման վերաբերյալ տեղեկությունները՝ գործածման հաճախականությունը, գործածվող չափաբաժինները, թմրամիջոցներ գործածելու տևողությունը, «չափելի» կամ օբյեկտիվ «գնահատման» ենթակա չլինելով հանդերձ, այնուամենայնիվ, կարող են նշանակություն ունենալ մեթադոնային փոխարինող բուժման հատկապես նախնական փուլում դեղաչափերը կարգավորելիս:

«Փողոցային» կամ «տնայնագործական» ափիոնատիպայ սյուլթերին համարժեք մեթադոնի հաշվարկ իրականացնելը բավականին դժվար է՝ պայմանավորված բազմաթիվ գործոններով, որոնց մասին հանգամանալից ներկայացվել է ստորև:

Ընդունելությանը նախորդող շրջանում ափիոնատիպայ սյուլթերի թե՛ տեսակի և թե՛ օրական չափաբաժնի օբյեկտիվ գնահատումը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից մեծ ջանքեր է պահանջում պայմանավորված այն հանգամանքով, որ գնահատումը հիմնվում է հիվանդի (լավագույն դեպքում՝ նաև ընտանիքի անդամների կամ ընկերների) տրամադրած սուբյեկտիվ տեղեկությունների վրա: Նախկինում գործածած թմրամիջոցների չափաբաժինների վերաբերյալ գնահատականներն է՛լ ավելի են բարդանում, քանի որ «փողոցային» կամ «տնայնագործական» ափիոնատիպայ սյուլթերը գերազանցապես շրջանառվում և գործածվում են այլ՝ սովորաբար թմրաբեր ազդեցություն չունեցող սյուլթերի հետ խառնուրդներով, ինչի արդյունքում նույնիսկ թմրամիջոց գործածող անձի համար անհայտ է մնում իր կողմից ընդունվող չափաբաժնում ափիոնատիպայ սյուլթի քանակությունը:

Մասնագիտական գործունեության ընթացքում բժիշկ-նարկոլոգներին հաճախ է հանդիպում այնպիսի իրավիճակ, երբ բուժմանը նախորդող շրջանում թմրամիջոցների գործածման վերաբերյալ հիվանդը հայտնում է չափազանցված տեղեկություններ: Հաճախակի են հիվանդների հետևյալ «համոզմունքներն» ու դրանցից բխող գործողությունները.

- Երբեմն հիվանդները ենթադրում են, որ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակվող մեթադոնի դեղաչափը որոշվում է գլխավորապես նախկինում գործածած ափիոնատիպայ սյուլթերի չափաբաժիններով առաջնորդվելով:
- Երբեմն հիվանդները ենթադրում են, որ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակվող մեթադոնի դեղաչափը որոշվում է իրենց կողմից ընդունվող

կոնկրետ ափիոնատիպ նյութի տեսակով (հերոին, ագետիլացված ափիոն, բուլպրենորֆին կամ դեզոմորֆին և այլն):

- Երբեմն հիվանդները չափազանցում են ընդունելությանը նախորդող շրջանում գործածած ափիոնատիպ նյութերի չափաբաժինները:
- Երբեմն հիվանդները ենթադրում են, որ բժիշկ-նարկոլոգը ափիոնատիպ նյութերի նախկինում գործածած քանակների մասին տեղեկությունները համարելու է չափազանցած, և այդ պատճառով նախապես նշում են բարձր չափաբաժիններ՝ նշանակվող մեթադոնի հետագա դեղաչափերի հավանական «կրճատումներն» իբր «կոմպենսացնելու» շարժառիթով:
- Ընդունելությանը նախորդող շրջանում գործածվող հիմնական ափիոնատիպ նյութերի տեսակների մասին հայտնելիս՝ երբեմն հիվանդները կեղծում են իրականությունը՝ նշելով առավել ուժեղ կամ երկարատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութեր (օրինակ՝ «տնայնագործական» դեզոմորֆինի կամ կոդեինի փոխարեն կարող են նշել հերոին, «փողոցային» ներարկային եղանակով գործածվող մեթադոն կամ ագետիլացված ափիոն):

Ընդունելությանը նախորդած շրջանում գործածած թմրամիջոցների տեսակների և քանակների մասին հիվանդից տեղեկություններ հավաքագրելիս՝ անրաժեշտ է պարզել հիվանդի նկարագրությունների հավաստիությունը:

Նախկինում գործածած կոնկրետ ափիոնատիպ նյութի միանվագ չափաբաժնի, պատրաստման եղանակների վերաբերյալ հարցերին խուսափողական և «լղոզված» պատասխանների դեպքում կարելի է ենթադրել, որ հիվանդը ոչ ստույգ պատասխաններ է տալիս:

Օրինակ. բժիշկ-նարկոլոգի՝ «ի՞նչ թմրամիջոց եք գործածում» հարցին «ագետիլացված ափիոն» («չերնյաշկա») պատասխանելու դեպքում, քիչ անց կարելի է հարցնել՝ «իսկ ինչպե՞ս եք պատրաստում ագետիլացված ափիոնը, ի՞նչ այլ նյութերի միջոցով»: Հասկանալի է, որ եթե հիվանդը չի կարողանում տալ «ագետիլացված ափիոնի ստացման համար անհրաժեշտ ափիոնի և «բացախաթթվի անհիդրիդի» անվանումները (գոնե՝ ոչ գրական անվանումները), այլ տալիս է խուսափողական կամ ոչ ստույգ պատասխաններ, ապա «ագետիլացված ափիոն» պատասխանի հավաստիությունը ենթակա է կասկածի: Եվ կարելի է ենթադրել, որ ամենայն հավանականությամբ հիվանդը երբևէ չի գործածել «ագետիլացված ափիոն» կամ դրա գործածումը կրել է Էպիզոդիկ բնույթ:

Օրինակ. բժիշկ-նարկոլոգի հնչեցրած «ի՞նչ թմրամիջոց եք վերջին շրջանում գործածում» հարցին «բուլպրենորֆին» պատասխանելու դեպքում, քիչ անց կարելի է հարցնել՝ «ինչպե՞ս էիք գործածում

բուլարենորֆինը՝ օրական քանի՞ անգամ և ի՞նչ քանակներով»: Եթե հիվանդը «չի կարողանում հիշել» բուլարենորֆինի հաբերի¹⁹ դեղաչափերը կամ տալիս է անհրապական պատասխաններ (օրինակ՝ պատասխանում է, թե յուրաքանչյուր 3-4 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ ներարկվել է²⁰), ապա ամենայն հավանականությամբ հիվանդը չի հանդիսանում բուլարենորֆինի մշտական գործածող կամ էլ՝ հավանական է, որ երբևէ չի էլ գործածել:

Վերոնշյալ օրինակներում ներկայացված հարցերն ամենևին չեն բացահայտում, որ հիվանդն ամբողջությամբ կեղծում է իր ափիոնատիպ Նյուլթեր գործածելու փաստը և նրա մոտ ափիոնատիպ Նյուլթերից կախվածության համախտանիշը բացակայում է²¹, այլ՝ **ընդամենը բժշկին պատկերացում են տալիս, որ հիվանդը թմրամիջոցներ գործածելու փորձի վերաբերյալ որոշ դրվագներ չափազանցում է՝** ենթադրելով, թե իրեն նշանակվող մեթադոնի դեղաչափն ուղղակիորեն պայմանավորված է միայն նախկինում գործածած թմրամիջոցների չափաբաժիններով, ազդեցությունների ուժգնությամբ և երկարատևությամբ: Նմանատիպ դեպքերում անհրաժեշտ է հիվանդին բացատրել, որ **մեթադոնի դեղաչափերի ընտրության կարևորագույն կլինիկական հիմնավորումը նրա մոտ տվյալ պահին առկա օբյեկտիվ վիճակն է**, այլ ոչ թե հիվանդի կողմից ներկայացված նախկին չափաժինների ցածր կամ բարձր լինելու մասին նկարագրությունները:

Արտահայտվածությամբ, տևողությամբ և կախվածությունն ձևավորելու պոտենցիալով համանման ազդեցությունների առումով այլ ափիոնատիպ Նյուլթերի և մեթադոնի միմյանց համարժեք դեղաչափերի հստակ հաշվարկը գործնականում գրեթե անհնար է: Այդ իսկ պատճառով ստորև ներկայացված աղյուսակում տեղ գտած գործարանային արտադրության բժշկական պրակտիկայում կիրառվող ափիոնատիպ Նյուլթերի դեղաչափերի և նրանց համարժեք մեթադոնի դեղաչափերի վերաբերյալ տվյալներն անհրաժեշտ է պրակտիկայում կիրառել զգուշությամբ՝ հաշվի առնելով նաև աղյուսակում ներկայացված Նյուլթերի ազդեցության տևողության, Նյուլթափոխանության և կիրառման եղանակներից բխող առանձնահատկությունները [38]:

¹⁹ Մեր տարաշաշրջանի երկրներում, այդ թվում՝ նաև Հայաստանում տարածված անօրինական բուլարենորֆինն իրենից ներկայացնում է գերազանցապես գործարանային արտադրության ենթալեզվային կիրառման հաբեր, որը սովորաբար գործածում են ներարկային եղանակով:

²⁰ Բուլարենորֆինը դանդաղ և երակարուն ազդեցությամբ թմրամիջոց է և նույնիսկ ներարկային եղանակով ընդունելու դեպքում յուրաքանչյուր 3-4 ժամ անց սովորաբար չի պահանջվում վերստին գործածել, ի տարբերություն, օրինակ, «տնայնագործական» դեզոմորֆինի:

²¹ Հիվանդի մոտ ափիոնատիպ Նյուլթերից կախվածության ախտորոշումն իրականացվում է համաձայն ՀԴՄ-10-ի չափորոշիչների և հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակով, որի մասին մանրամասն ներկայացվել է նախորդ գլուխներում՝ մասնավորապես 3-րդ և 5-րդ մասերում:

Համարժեք օրալ դեղաչափը	Ընդունման եղանակը	Դեղաչափը և դեղածևը	Մեթադոնի դեղաչափը
Դիացետիլմորֆին (հերոին)	Ներերակային	10 մգ, սրվակ 30 մգ, սրվակ	20 մգ 50 մգ
	պերօրալ	10 մգ	20 մգ
Մեթադոն	Ներերակային	10 մգ, սրվակ	10 մգ
Մորֆին	Ներերակային	10 մգ, սրվակ	10 մգ
	պերօրալ	10 մգ	10 մգ
	ռեկտալ	10 մգ	10 մգ
Դիպիպանոն	պերօրալ	10 մգ	4 մգ
Դիհիդրոկոդեին	պերօրալ	30 մգ	3 մգ
Դեքստրոմորամիդ (Պալֆիում)	պերօրալ	5 մգ 10 մգ	5-10 մգ 10-20 մգ
Պետիդին	Ներերակային	50 մգ, սրվակ	5 մգ
	պերօրալ	50 մգ	5 մգ
Բուպրենորֆին	Ներերակային	300 մգ, սրվակ	8 մգ
	պերօրալ	200 մգ, հաբ	5 մգ
Պենտազոցին	պերօրալ	25 մգ, հաբեր 50 մգ, պարկուճ	2 մգ 4 մգ
Կոդեինի սիրոպ 100 մլ	պերօրալ	300 մգ (կոդեինի ֆոսֆատ)	10 մգ
Կոդեինի ֆոսֆատ	պերօրալ	15 մգ, հաբեր	1 մգ
		30 մգ, հաբեր	2 մգ
		60 մգ, հաբեր	3 մգ
Սիրոպ Ջի 100 մլ	պերօրալ	16 մգ մորֆին	10 մգ
Ջ. Կոլլիս Բրաուն 100 մլ	Պերօրալ	10 մգ ափիոնի մզվածք	10 մգ

8.4.2 Նախնական փուլ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում հիմնական նպատակներն են.

- սկսել փոխարինող բուժման գործընթացը և անվտանգ իրականացնել այն
- նվազագույնի հասցնել հիվանդի սոմատովեգետատիվ գանգատներն ու հոգեբանական դիսկոմֆորտը:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընթացքում չափազանց կարևոր է վերահսկել հիվանդի վիճակը՝ ինտոքսիկացիայի վտանգից խուսափելու համար: Մեթադոնային ինտոքսիկացիան կարող է առաջացնել գերդոզավորում և ավարտվել մահվան ելքով:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում բժշկ-նարկոլոգի բուժուկան ռազմավարությունը ներառում է.

- բացառել ափիոնատիպ նյութերի (այդ թվում՝ մեթադոնի) ինտոքսիկացիոն ազդեցությունները
- մեղմել և բացառել օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը
- հիվանդին տեղեկացնել այլ թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի զուգահեռ կամ համակցված գործածումից բխող վտանգների մասին
- նախնական դեղաչափերը նշանակել զգուշությամբ և ըստ հրահանգների
- հիվանդի նկատմամբ սահմանել բժշկական հսկողություն մեթադոնի ընդունման առաջին 3-4 օրերի ընթացքում դեղաչափի ընդունմանը հաջորդող 3-4 ժամերի ընթացքում
- մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակմանը հաջորդող նվազագույնը երկու շաբաթվա ընթացքում յուրաքանչյուր օր իրականացնել հիվանդի բժշկական դիտարկում

Նախնական փուլում, դեղաչափերի նշանակման գործընթացը սկսելիս, առկա է հավանականություն, որ զարգացող օփիոիդային զրկանքի հետևանքով հիվանդները կարող են զուգահեռաբար գործածել այլ ափիոնատիպ նյութեր:

Մինևույն ժամանակ, օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը հնարավորինս արագ մեղմելու և բացառելու նպատակով բարձր նախնական դեղաչափերի նշանակումը, զրկանքի համախտանիշի կլինիկական ընթացքը թեթևացնելով, այնուամենայնիվ, կարող է հանգեցնել գերդոզավորման՝ ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ տոլերանտության սպասվածից ցածր լինելու պատճառով: Բացի այդ, ցածր նախնական դեղաչափերի նշանակման դեպքում հնարավորություն է լինում առաջին երկու օրերին մեթադոնի լրացուցիչ նշանակում կատարել, իսկ բարձր դեղաչափերի դեպքում այս հնարավորությունը բացակայում է: Այդ իսկ պատճառով մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլն անհրաժեշտ է սկսել մեթադոնի ցածր դեղաչափերի նշանակմամբ [28]:

Իրականացված հետազոտությունները պարզել են, որ մեթադոնից առաջացած մահվան դեպքերը պայմանավորված են եղել օրական 25-100 միլիգրամ դեղաչափերով մեթադոն ընդունելու հետ: Ընդ որում, նախնական փուլում մահվան դեպքերի գերակշիռ մասը գրանցվել է առաջին մի քանի օրերին 40-60 միլիգրամ դեղաչափով մեթադոն ընդունող անձանց շրջանում [39]:

8.4.3 Մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակման կարգը

Մեթադոնի նախնական դեղաչափն ընտրելիս բժիշկ-նարկոլոգն առաջնորդվում է հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակով, կենսականորեն կարևոր ցուցանիշներով և զրկանքի համախտանիշի ծանրության աստիճանով:

Մեթադոնի նախնական միանվագ ընդունման դեղաչափը պետք է կազմի 5-20 միլիգրամի սահմաններում:

Բժիշկ-նարկոլոգը միանվագ ընդունման 25 միլիգրամ նախնական դեղաչափ նշանակում է բացառիկ դեպքերում և բժշկական հսկողությամբ՝ ծանր արտահայտված օփիոիդային զրկանքի և ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ բարձր տոլերանտության մասին հիմնավոր վստահություն ունենալու դեպքում: Ներդրադասպտացիայի և տոլերանտության ցածր կամ անորոշ աստիճան ունեցող հիվանդների մեթադոնային բուժումը պետք է սկսել մեթադոնի ավելի ցածր դեղաչափերով (<20 միլիգրամ)՝ դարձյալ բժշկական խիստ հսկողությամբ:

Մեթադոնի նախնական դեղաչափի ընդունման պահին հիվանդը պետք է գտնվի օփիոիդային զրկանքի վիճակում: Կլինիկորեն ծանր արտահայտված զրկանքի համախտանիշի զարգացումը կանխելու համար անհրաժեշտ է հիվանդին նախօրոք տեղեկացնել, որ մեթադոնի նախնական դեղաչափը ստանալու համար ցանկալի է ներկայանալ նոր սկսվող զրկանքի համախտանիշով:

Մեթադոնի օրական դեղաչափը որոշում և նշանակում է բուժող բժիշկ-նարկոլոգը՝ կատարելով համապատասխան գրառում նշանակման թերթիկում (**հավելված 3**): Յուրաքանչյուր հիվանդի և յուրաքանչյուր ամսվա համար լրացվում է առանձին նշանակման թերթիկ: Նշանակման թերթիկում մեթադոնի յուրաքանչյուր նշանակում հաստատվում է բժիշկ-նարկոլոգի ստորագրությամբ: Նշանակման թերթիկում բժիշկ-նարկոլոգը թվերով և տառերով գրանցում է ինչպես նշանակված մեթադոնի հաբերի թիվը (հատերով), այնպես էլ ընդհանուր դեղաչափը (միլիգրամներով): Նշանակված դեղաչափի ընդունումը հիվանդի կողմից հաստատվում է տվյալ հիվանդի ստորագրությամբ:

Մեթադոնի նախնական դեղաչափը նշանակվում է ամբուլատոր պայմաններում՝ դեղաչափի ընդունմանը հաջորդող 4 ժամվա (լրացուցիչ դեղաչափի նշանակման դեպքում՝ 8 ժամ) ընթացքում հիվանդի նկատմամբ սահմանելով բժշկական հսկողություն: Հատուկ դեպքերում (հատկապես՝ ծանր սոմատիկ վիճակի

առկայության պայմաններում) նախնական դեղաչափի նշանակման գործընթացը և հետագայում դեղաչափերի կարգավորումն իրականացվում է ստացիոնար պայմաններում:

8.4.4 Մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափի նշանակում

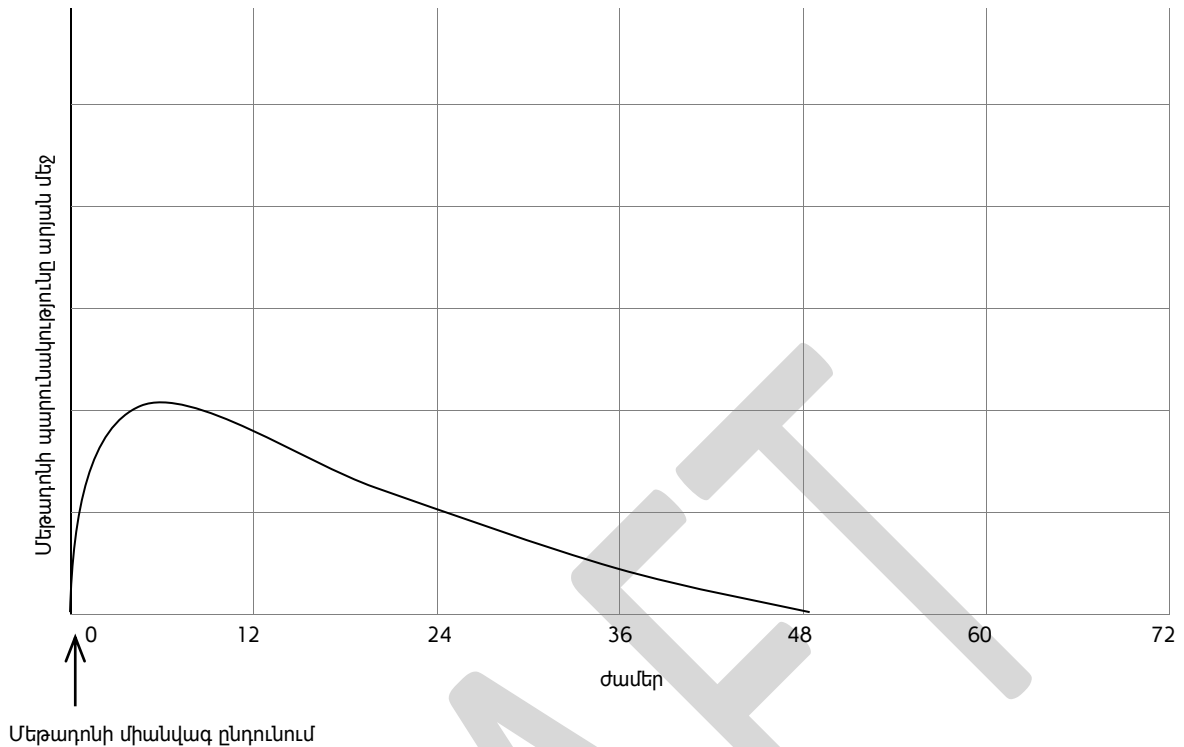
Եթե մեթադոնի նախնական դեղաչափի ընդունումից 4 ժամ անց հիվանդի մոտ շարունակվում է զրկանքի վիճակը, ապա բժիշկ-նարկոլոգի կողմից կարող է նշանակվել ևս 5 միլիգրամ մեթադոն (հատուկ դեպքերում՝ 10 միլիգրամ): Միևնույն ժամանակ, առաջին օրը նշանակվող մեթադոնի նախնական դեղաչափի և լրացուցիչ նշանակված դեղաչափի գումարային քանակը պետք է կազմի առավելագույնը 25 միլիգրամ:

8.4.5 Մեթադոնի կլինիկական ազդեցությունը նախնական փուլում

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում մեթադոնի ամենօրյա ընդունման լիարժեք կլինիկական ազդեցությունը դրսևորվում է միայն 5-6 օր անց: Կարևոր է հիվանդին հանգամանալիորեն բացատրել, որ մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում օրեցօր մեթադոնի ազդեցության կլինիկական դրսևորումներն ուժգնանալու են՝ անգամ մեթադոնի օրական դեղաչափերի փոփոխության չենթարկվելու կամ հիվանդին «աննշան» թվացող բարձրացումների դեպքում պայմանավորված մարդու օրգաններում մեթադոնի դանդաղ կումուլյացիայի և դրա շնորհիվ արյան շիճուկում մեթադոնի խտության 4-5 օր տևող շարունակական բարձրացման: Յետևաբար, պայմանավորված մարդու օրգանիզմում մեթադոնի դեղաբանական յուրահատկությունների հետ, մեթադոնի դեղաչափերի արագ բարձրացումը կարող է հանգեցնել մեթադոնի տոքսիկ ազդեցություններին և առաջացնել գերդոզավորում:

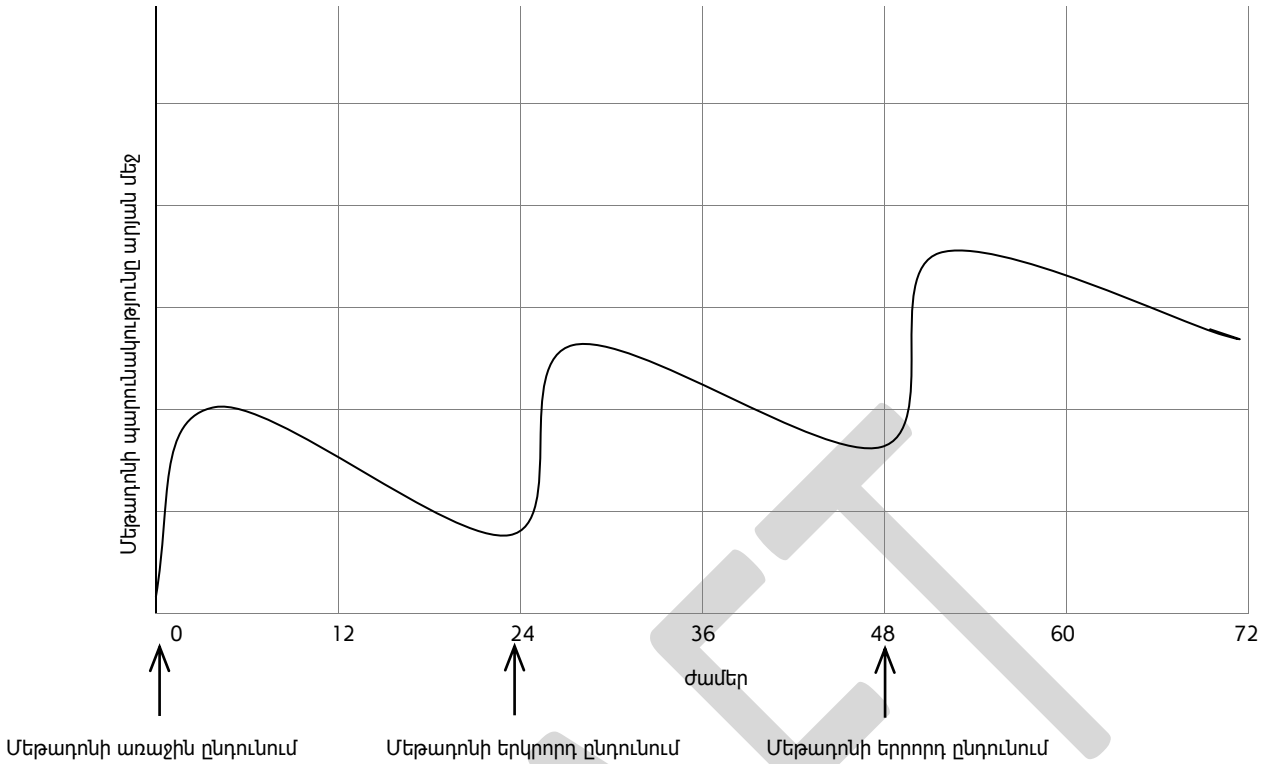
8.4.6 Մեթադոնի խտության փոփոխություններն արյան շիճուկում

Մեթադոնի միանվագ պերօրալ ընդունումից 4 ժամ անց մեթադոնի մակարդակն արյան շիճուկում հասնում է գագաթնակետին, այնուհետև սկսում է աստիճանաբար նվազել: Մեթադոնի միանվագ պերօրալ դեղաչափի կիսատրոհման պարբերությունը կազմում է 12-18 ժամ, միջինում՝ 15 ժամ: Մեթադոնի միանվագ ընդունման դեպքում արյան մեջ նրա մակարդակի փոփոխությունների գրաֆիկական պատկերը ներկայացված է ստորև:

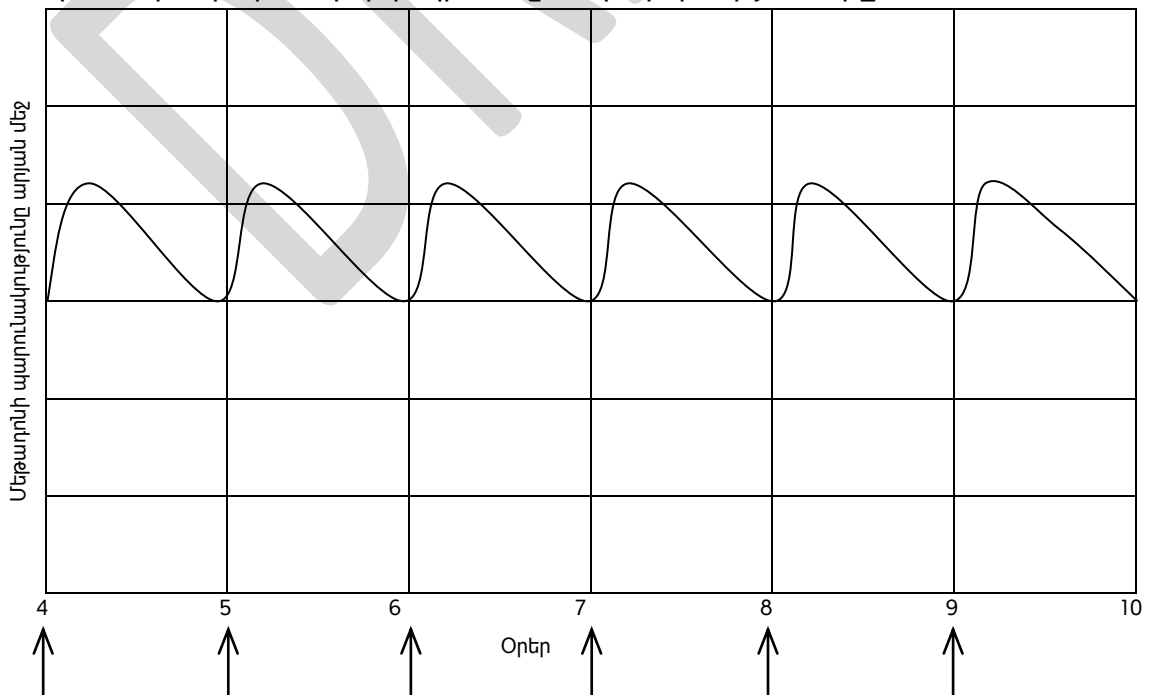


Andrew Preston., 1996

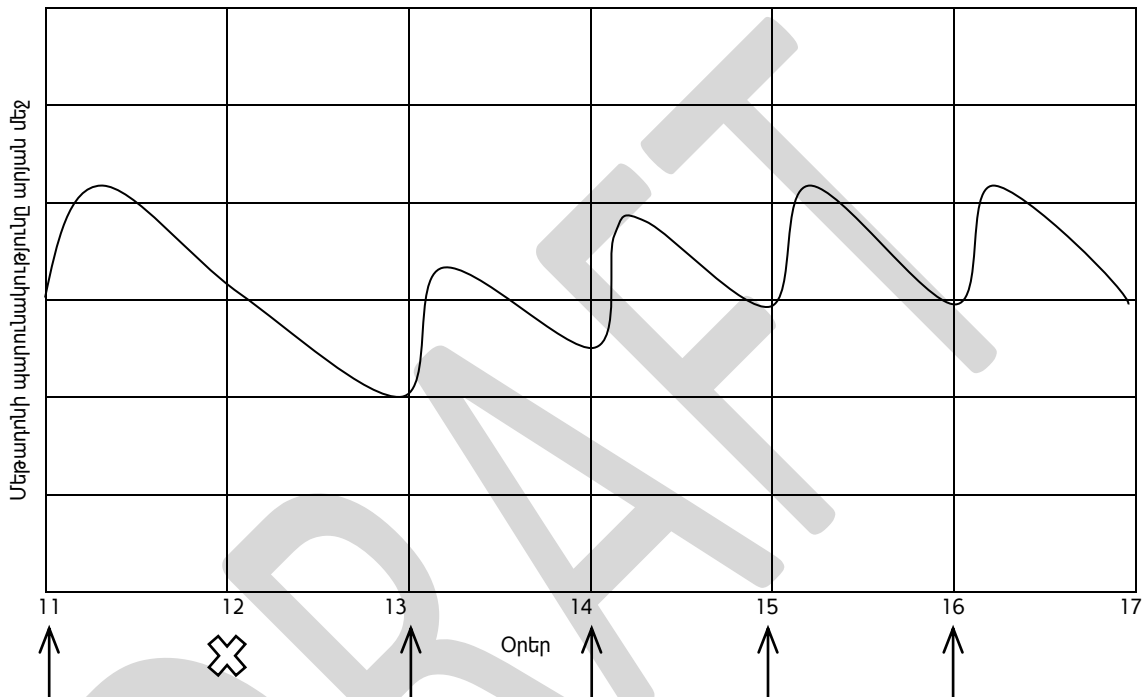
Տարբեր օրգաններում՝ թոքերում, երիկամներում, լյարդում և այլ օրգաններում մեթադոնի կումուլյացիան տեղի է ունենում առավելապես մեթադոնի ամենօրյա ընդունման մինչև երրորդ օրն ընկած ժամանակահատվածում: Ամենօրյա ընդունման երկրորդ օրվանից սկսած, օրգաններում մեթադոնի կումուլյացիայի ակտիվությունը նվազում է, ինչն առաջ է բերում արյան շիճուկում մեթադոնի մակարդակի բարձրացում: Այս ժամանակահատվածում մեթադոնի կիսատրոհման պարբերությունը կազմում է 13-47 ժամ, միջինում՝ 25 ժամ: Ստորև ներկայացված գրաֆիկական պատկերում նկարագրված է մեթադոնի ամենօրյա ընդունման (յուրաքանչյուր 24 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ մեթադոնի դեղաչափի ընդունում) դեպքում առաջին երեք օրերի ընթացքում արյան շիճուկում մեթադոնի մակարդակի փոփոխությունները (յուրաքանչյուր 24 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ մեթադոնի դեղաչափի ընդունում):



Սկսած չորրորդ օրվանից, մեթադոնի կանոնավոր (ամենօրյա) ընդունման ժամանակ նրա մակարդակն արյան շիճուկում տատանվում է աննշան և գրեթե չի պայմանավորվում մեթադոնի ընդունման ժամերով: Ստորև ներկայացված գրաֆիկական պատկերում արտացոլված է մեթադոնի ամենօրյա ընդունման (յուրաքանչյուր 24 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ մեթադոնի դեղաչափի ընդունում) դեպքում չորրորդ օրվան հաջորդող օրերի ընթացքում արյան շիճուկում մեթադոնի մակարդակի աննշան փոփոխությունները:



Մեթադոնի ընդունումը մեկ օրով ընդհատումից (ներբևում պատկերված սխեմայում մեթադոնի ընդունման բաց թողումը տեղի ունեցել 12-րդ օրը) հետո արյան շիճուկում մեթադոնի մակարդակը սկսում է նվազել հետագա 24-48 ժամվա ընթացքում: Օրական մեկ անգամ մեթադոն ստացող հիվանդի կողմից մեթադոնի ընդունումից 25 ժամ անց մեթադոնի մակարդակը հավասարվում է նախկինում գրանցված առավելագույն մակարդակի 50%-ին: Մեթադոնի ընդունումն ընդհատելուց 48 ժամ անց արյան շիճուկում մեթադոնի մակարդակը հավասարվում է մեթադոնի նախկինում գրանցված առավելագույն մակարդակի 25%-ին:



Andrew Preston., 1996

8.4.7 Մեթադոնի օրական դեղաչափերի բարձրացումը նախնական փուլում

Նախնական փուլում արյան շիճուկում մեթադոնի խտության օրեցօր արձանագրվող կայունացման տևողությունը կարող է կազմել հինգ-վեց օր: Այս ժամանակահատվածում հիվանդի գանգատների արդյունքում դեղաչափերի արագ կամ մեծ չափերով բարձրացումը և մեթադոնի օրեցօր աճող խտությունն արյան շիճուկում կարող է առաջ բերել մեթադոնի սեղատիվ և տոքսիկ ազդեցությունների դրսևորումներ:

Նախնական փուլում մեթադոնի դեղաչափերի բարձրացման ժամանակ գործում են հետևյալ սահմանափակումները.

- Հիվանդի վիճակի գնահատումով առաջնորդվելով՝ նախնական փուլի առաջին երեք օրերի ընթացքում բժիշկ-նարկոլոգը կարող է օրական

դեղաչափերը նախորդ օրվա նշանակված դեղաչափից 5-10 միլիգրամով բարձրացնել:

- Նախնական փուլի առաջին շաբաթվա ընթացքում մեթադոնի դեղաչափի բարձրացումը պետք է լինի մեկ շաբաթում գումարային (ընդհանուր) 20 միլիգրամից ոչ ավելի՝ գերդոզավորման վտանգները բացառելու համար:
- Նախնական փուլում առաջին շաբաթվա վերջում մեթադոնի օրական դեղաչափը պետք է կազմի առավելագույնը 40 միլիգրամ:
- Նախնական փուլի երկրորդ շաբաթվա ընթացքում մեթադոնի դեղաչափի բարձրացումը պետք է լինի մեկ շաբաթում գումարային (ընդհանուր) 10 միլիգրամից ոչ ավելի:
- Երկրորդ շաբաթվա վերջում մեթադոնի օրական դեղաչափը պետք է կազմի առավելագույնը 50 միլիգրամ:
- Բացառիկ դեպքերում օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի կլինիկական ծանր արտահայտված լինելու և հիվանդի ափիոնատիպ Նյութերի նկատմամբ բարձր տոլերանտության առկայության պայմաններում, երկրորդ շաբաթվա վերջում մեթադոնի օրական դեղաչափը կարող է կազմել 60 միլիգրամ, իսկ դեղաչափերի գումարային (ընդհանուր) բարձրացումը երկրորդ շաբաթվա ընթացքում՝ 20 միլիգրամ:

Մեթադոնի օրական դեղաչափի բոլոր փոփոխությունները հիմնավորվում են մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդի ամբուլատոր քարտում առանց ուղղումների՝ սկսած հիվանդի ընդունելության պահից:

8.4.8 Մեթադոնի օրական դեղաչափերի նվազեցումը նախնական փուլում

Նախնական փուլում մեթադոնի տոքսիկ ազդեցությունների և գերդոզավորման ախտանշանների հայտնաբերման դեպքում, պետք է անմիջապես նվազեցնել մեթադոնի օրական դեղաչափերը: Այսպիսի դեպքերում հարկ է առանձնահատուկ ուշադիր լինել, վերահսկել հիվանդի սոմատիկ վիճակը, դեղաչափի ընդունումից հետո 4 ժամ հիվանդի նկատմամբ սահմանել բժշկական հսկողություն և հաշվի առնել, որ մեթադոնի օրական դեղաչափի նույնիսկ 5-10 միլիգրամ նվազեցումը կարող է անբավարար լինել մեթադոնի տոքսիկ ազդեցություններից խուսափելու համար:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում անհրաժեշտ է ցուցաբերել խիստ զգուշություն և ըստ անհրաժեշտության նվազեցնել դեղաչափերը հատկապես հետևյալ դեպքերում.

- հիվանդի կողմից այլ թմրամիջոցների և (կամ) հոգեկորագործուն նյութերի զուգահեռ գործածում

- հոգեկան հիվանդության առկայություն
- ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ ցածր տոլերանտություն
- ուղեկցող ծանր սոմատիկ հիվանդություններ:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում հիվանդների մոտ արտահայտվող առավել տարածված կողմնակի ազդեցություններն են.

- փորկապություն
- քաշի ավելացում
- դաշտանային ցիկլի խանգարում
- քրնարտադրության ուժգնացում
- Նողկանք և փսխում:

Այս անցանկալի կողմնակի ազդեցությունները սովորաբար զարգանում են բուժման նախնական շրջանում և ժամանակի ընթացքում անհետանում: Որոշ դեպքերում այս նշաններն արտահայտվում են բավականին երկար ժամանակ, սակայն, որպես կանոն, հատուկ բուժական միջամտությունների և դեղաչափերի կարգավորումների կարիք չի առաջանում:

Ստորև ներկայացված Է մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում առաջին 4 օրերին մեթադոնի նշանակման սխեման:

Բուժման օր	Ժամանակ	Դեղաչափ (մգ)	Մեթադոնի նշանակման հիմնավորումը
1-ին	0	5-ից 20 Հատուկ դեպքերում՝ 25	Նախնական դեղաչափը՝ հաշվի առնելով հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակը, զրկանքի համախտանիշի ծանրությունը.
1-ին	0+4 (4 ժամ անց)	+5 Հատուկ դեպքերում՝ +10	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի լրացուցիչ նշանակում՝ հաշվի առնելով հիվանդի մոտ առկա զրկանքի համախտանիշի ծանրությունը.
2-րդ	0	Նախորդ (1-ին) օրվա գումարային դեղաչափ +/- 5 կամ +/- 10	Դեղաչափի կարգավորում՝ հաշվի առնելով նախորդ օրը նշանակված մեթադոնի դեղաչափի կլինիկական ազդեցությունը, հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակը.
2-րդ	0+4 (4 ժամ անց)	+5	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի լրացուցիչ նշանակում՝ հաշվի առնելով հիվանդի մոտ առկա զրկանքի համախտանիշի ծանրությունը.

3-րդ	0	Նախորդ (2-րդ) օրվա գումարային դեղաչափ +/- 5 կամ +/- 10	Դեղաչափի կարգավորում՝ հաշվի առնելով նախորդ օրը նշանակված մեթադոնի դեղաչափի ²² կլինիկական ազդեցությունը, հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ ու սուբյեկտիվ վիճակները.
4-րդ	0	Նախորդ (3-րդ) օրվա գումարային դեղաչափ +/- 5 կամ +/- 10	Դեղաչափի կարգավորում՝ հաշվի առնելով նախորդ օրը տրված մեթադոնի դեղաչափի կլինիկական ազդեցությունը, հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակը.
7 օրվա ընթացքում մեթադոնի ավելացվող դեղաչափերի գումարային չափը չպետք է գերազանցի 20 միլիգրամը:			

Մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակմանը հաջորդող օրերի կամ շաբաթների ընթացքում, աստիճանաբար բարձրացնելու կամ նվազեցնելու միջոցով կարգավորելով մեթադոնի օրական դեղաչափը, որոշվում է մեթադոնի օրական պահպանողական դեղաչափը:

Սովորաբար պահպանողական դեղաչափը հնարավոր է լինում որոշել մեթադոնային փոխարինող բուժումն սկսելուց երկու-երեք շաբաթ անց: Այնուամենայնիվ, մեթադոնի նշանակման գործընթացը պետք է լինի խիստ անհատական և դեղաչափերի նշանակման ճկուն մոտեցումներով և անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլի տևողությունը կարող է կազմել երեք շաբաթից ավելի:

ԱՅԿ հրահանգ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում մեթադոնի նախնական դեղաչափը պետք է պայմանավորված լինի հիվանդի նեյրոդապատացիայի աստիճանով: Մեթադոնի նախնական դեղաչափը սովորաբար չպետք է գերազանցի 20 միլիգրամը և ո՛չ մի դեպքում 30 միլիգրամը:

8.4.9 Պահպանողական փուլ

Պահպանողական փուլում մեթադոնի օրական օպտիմալ դեղաչափը (պահպանողական դեղաչափ) սովորաբար կազմում է 60-120 միլիգրամ: Սակայն, պետք է հիշել, որ ինչպես նախնական, այնպես էլ պահպանողական փուլում մեթադոնի դեղաչափը կարգավորելիս, յուրաքանչյուր հիվանդի նկատմամբ ցուցաբերվում է անհատական մոտեցում՝ հիմնվելով նրա օբյեկտիվ վիճակի և կենսականորեն կարևոր ցուցանիշների վրա: Եվ հավանական է, որ պահպանողական դեղաչափը կարող է արդյունքում կազմել ինչպես 60 միլիգրամից ցածր, այնպես էլ 120 միլիգրամից բարձր:

²² Վերաբերվում է նախորդ օրվա ընթացքում մեթադոնի կրկնակի անգամ նշանակված դեղաչափերի գումարային չափին:

Պահպանողական փուլում հիվանդների մոտ երբեմն կարող են հայտնաբերվել զրկանքի ախտանշաններ, որոնք առաջանում են տարբեր պատճառներով:

Օփիոիդային զրկանքի ախտանշանների առավել հավանական պատճառները պահպանողական փուլում ներկայացված են ստորև.

- մեթադոնի ցածր դեղաչափեր
- որոշ դեղերի (այդ թվում՝ որոշ հակառետրովիրուսային դեղեր) ընդունում
- մեթադոնի հերթական դեղաչափի բացթողում:

Այսպիսի դեպքերում պահանջվում է մեթադոնի օրական դեղաչափի լրացուցիչ կարգավորում՝ հիվանդի համաձայնությամբ և զգուշությամբ բարձրացնելով օրական դեղաչափը:

Պահպանողական փուլում նույնպես մեթադոնի օրական բուժական դեղաչափի լրացուցիչ կարգավորման անհրաժեշտության դեպքում (օրինակ՝ մեթադոնի նյութափոխանակության վրա ազդող դեղերի ընդունման դեպքում) դեղաչափն ավելացվում է **օրական 5-10 միլիգրամով**, սակայն՝ **ընդհանուր 10 միլիգրամից ոչ ավելի մեկ շաբաթվա ընթացքում կամ բացառիկ դեպքերում՝ ընդհանուր մեկ շաբաթվա ընթացքում մինչև 20 միլիգրամ:**

Այս փուլում մեկ ամսվա ընթացքում նվազագույնը մեկ անգամ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից բժշկական դիտարկում է իրականացվում, որի արդյունքների վերաբերյալ գրառում է կատարվում հիվանդի ամբուլատոր քարտում: Մնացյալ դեպքերում բժիշկ-նարկոլոգի կողմից հիվանդի վիճակի նկատմամբ դիտարկումն իրականացվում է նրա՝ առողջական սուր խնդիրների, խորհրդատվության դիմելու կամ գանգատներ ներկայացնելու դեպքում:

Պահպանողական փուլում օրգանիզմի կենսամիջավայրի թմրամիջոցների և այլ հոգեներգործուն նյութերի նկատմամբ տոքսիկոֆիմիական հետազոտությունը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակվում է հետևյալ հարցերը պարզելու համար.

- հիվանդը խմու՞մ է արդյոք նշանակված մեթադոնը
- հիվանդը գործածու՞մ է արդյոք այլ ափիոնատիպ նյութեր
- հիվանդը գործածու՞մ է արդյոք այլ թմրամիջոցներ կամ հոգեներգործուն նյութեր

Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդի՝ բժիշկ նարկոլոգի նշանակմամբ լաբորատոր տոքսիկոֆիմիական հետազոտության վերաբերյալ եզրակացությունը հանդիսանում է հիվանդին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման բաղկացուցիչ մաս: Տոքսիկոֆիմիական հետազոտության արդյունքների վերաբերյալ տեղեկությունները, պարունակելով տվյալ կազմակերպությունում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող

անձի հիվանդության և հիվանդության բուժման գործընթացի մասին տվյալներ, գաղտնի են և ենթակա չեն հրապարակման կամ այլ անձանց տրամադրման՝ բացի օրենքով սահմանված դեպքերը:

Պահպանողական փուլում օրգանիզմի կենսամիջավայրում ապօրինի թմրամիջոցների նկատմամբ հետազոտությունը կատարվում է բժիշկ-նարկոլոգի նշանակմամբ, հրահանգով՝ ելնելով կլինիկական անհրաժեշտությունից: Սակայն, նույնիսկ կլինիկական անհրաժեշտության բացակայության պայմաններում մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդը պարտադիր տոքսիկոֆիմիական հետազոտության է ենթարկվում նվազագույնը մեկ տարվա ընթացքում երկու անգամ: Մեթադոնային փոխարինող բուժման համաձայնագրով իր ստանձնած պարտավորությունների համաձայն՝ հիվանդը պարտավոր է բժիշկ-նարկոլոգի նշանակման և հրահանգի համաձայն ենթարկվել լաբորատոր տոքսիկոֆիմիական հետազոտության:

Տոքսիկոֆիմիական հետազոտությամբ օրգանիզմի կենսամիջավայրում ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի փոխանակության արգասիքների կամ հետքերի հայտնաբերման դեպքում հիվանդը հրավիրվում է բժիշկ-նարկոլոգի խորհրդատվության՝ այլ ափիոնատիպ նյութ (նյութեր) գործածելու դրդապատճառները պարզելու համար: Այս, ըստ անհրաժեշտության, մեթադոնի պահպանողական դեղաչափը լրացուցիչ կարգավորվում է: Մեթադոնի դեղաչափի բարձրացման անհամաձայնություն հայտնելու դեպքում կարիք է առաջանում հիվանդին տրամադրել հոգեթերապևտիկ օգնություն:

Թմրամիջոցների նկատմամբ տոքսիկոֆիմիական հետազոտության բազմակի դրական արդյունքի դեպքում հիվանդը հրավիրվում է խորհրդատվական հանձնաժողովի հերթական նիստին, որի ընթացքում վերհանվում են ապօրինի թմրամիջոցներ գործածելու դրդապատճառները:

Օրգանիզմի բիոմիջավայրում այլ խմբերի (դասերի) թմրամիջոցների և/կամ հոգեներգործուն նյութերի փոխանակության արգասիքների կամ հետքերի առկայության դեպքում հիվանդի հետ քննարկվում և հայտնաբերվում են դրանց գործածման պատճառները, ապա տրամադրվում հոգեթերապևտիկ օգնություն:

Այլ թմրամիջոցների և/կամ հոգեներգործուն նյութերի փոխանակության արգասիքների բազմակի հայտնաբերման դեպքում անհրաժեշտություն է առաջանում գնահատել այդ նյութերի գործածումից առաջացող հոգեկան և վարքային խանգարումների հնարավոր առկայությունը համաձայն ՀՄԴ-10-ի: Այլ խմբերի թմրամիջոցներից կամ հոգեներգործուն նյութերից կախվածության համախտանիշի և այլ խանգարումների հայտնաբերման դեպքում (օրինակ՝ կաննաբինոիդների խմբի թմրամիջոցներից, սեդատիվ և քնաբեր նյութերից կախվածություն) հետագա բուժական գործողություններում պետք է ներառել նաև մեթադոնային փոխարինող բուժման հետ զուգակցված բժշկական

օգնության տրամադրում ախտորոշված հիվանդության կամ ախտաբանական վիճակի բուժման համար (տե՛ս գլուխ 10.6):

ԱՅԿ հրահանգ (նվազագույն պայմաններ)

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության փոխարինող բուժման առավելագույն անվտանգության և արդյունավետության ապահովման համար բուժման մարտավարությունը և նորմատիվային ակտերը պետք է հնարավորություն ընձեռեն մշակել ցածր նախնական և բարձր պահպանողական դեղաչափերի նշանակման ճկուն սխեմաներ՝ առանց անհրաժեշտ դեղաչափերի բարձրացման և բուժման տևողության սահմանափակումների:

ԱՅԿ հրահանգ (օպտիմալ պայմաններ)

Նշանակվող մեթադոնի պահպանողական դեղաչափի և հիվանդի սոցիալական վիճակի կարգավորման, ինչպես նաև դեղի ապօրինի շրջանություն մուտք գործելու վտանգների հավանականության նվազ արտահայտված լինելու դեպքում կարելի է փոխել մեթադոնի տրման ամենօրյա ռեժիմը՝ տրամադրելով հիվանդին մեթադոն բժիշկ-նարկոլոգի նշանակմամբ տանն ընդունելու համար:

8.4.10 Մեթադոնի դեղաչափի նվազեցման չափորոշիչները պահպանողական փուլում

- մեթադոնով հարուցված շարունակվող կայուն թմրածության զգացողություն
- քնկոտություն
- հիվանդի ցանկությունը՝ նվազեցնել մեթադոնի դեղաչափը:

8.4.11 Մեթադոնի հերթական դեղաչափերի ընդունումը բաց թողած հիվանդների դեղաչափի կարգավորումները

Մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրման ընթացքում հաճախ են դեպքերը, երբ հիվանդը տարբեր ժամկետներով չի ներկայանում մեթադոնային մեթադոնի հերթական պահպանողական դեղաչափը ստանալու նպատակով: Պայմանավորված ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ տոլերանտության հավանական նվազմամբ, այսպիսի դեպքերում մեթադոնային փոխարինող բուժումը վերսկսվում է զգուշությամբ: Ելնելով մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդհատման տևողությունից, մեթադոնի նշանակումը մեթադոնը կատարվում է հետևյալ սխեմայով.

- Եթե բուժումն ընդհատվել է մեկ կամ երկու օրով, ապա բուժումը շարունակվում է պահպանողական ողջ դեղաչափի նշանակմամբ:
- Եթե բուժումն ընդհատվել է երեք օրով, ապա պահպանողական դեղաչափը նվազեցվում է 25%-ով՝ տոլերանտության հավանական

Նվազման հետևանքով գերդոզավորման վտանգը բացառելու համար²³:
Հաջորդ օրվանից սկսած, կարելի է արդեն նշանակել նախկին՝
պահպանողական դեղաչափը:

- Եթե հիվանդը բուժումն ընդհատել է չորս օրով, ապա պահպանողական դեղաչափը նվազեցվում է 50%-ով՝ տոլերանտության հավանական նվազման հետևանքով գերդոզավորման վտանգը բացառելու համար: Եթե 50%-ով նվազեցված դեղաչափը հիվանդի մոտ գերդոզավորման որևէ նշան չի առաջացնում, ապա մի քանի օրվա ընթացքում կարելի է վերականգնել նախկին պահպանողական դեղաչափը:
- Եթե հիվանդը բուժումն ընդհատել է հինգ և ավելի օրով, ապա մեթադոնային փոխարինող բուժումը պետք է վերսկսել նախնական փուլից [9,28,29,30,31,40,41,42]:

8.4.12 Մեթադոնի հերթական դեղաչափի հետաձգումը

Եթե մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդը ներկայացել է բացահայտ ինտոքսիկացիայի վիճակում (հատկապես՝ ալկոհոլի կամ այլ թմրամիջոցների և հոգեներգործուն կյուրերի գործածման հետևանքով), ապա մեթադոնի հերթական դեղաչափի ընդունումը պետք է հետաձգել (տե՛ս գլուխ 10.6) [9,28,30,31,40]:

8.4.13 Մեթադոնի փսիված դեղաչափի փոխարինումը

Եթե հիվանդի կողմից մեթադոնի հերթական դեղաչափի ընդունումից հետո նրա մոտ գրանցվում է փսիում և այն դիտարկվել ու գրանցվել է բուժական անձնակազմի կողմից (բժիշկ կամ բուժքույր), ապա բժիշկ-նարկոլոգը կարող է նշանակել այդ դեղաչափին փոխարինող մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափ: Լրացուցիչ դեղաչափի նշանակումը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից հիմնավորվում և արձանագրվում է ամբուլատոր քարտում և նշանակման թերթիկում: Մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափ փսիման դեպքում նշանակվում է միայն այն դեպքում, եթե մեթադոնի դեղաչափն ընդունելուց առավելագույնը 15 րոպեի ընթացքում է փսիումը տեղի ունեցել: Այս դեպքում լրացուցիչ նշանակվում է ընդունած դեղաչափի կես (1/2) չափով: Եթե հիվանդը փսիել է մեթադոնի ընդունումից ավելի քան 15 րոպե հետո, ապա լրացուցիչ դեղաչափ չի նշանակվում [28]:

²³ Հիվանդը տարբեր պատճառաբանություններ (օրինակ՝ պնդել, որ այլ ափիոնատիպ կյուր է ընդունել այդ օրերին) կարող է բերել պահպանողական դեղաչափի նվազեցումը կանխելու համար, սակայն բժիշկը պարտավոր է դեղաչափը նվազեցնել և հիվանդին մատչելի ձևով բացատրել դեղաչափը նվազեցնելու պատճառներն ու նպատակները:

DRAFT

8.4.14. Մեթադոնի դեղաչափերի նպատակային նշանակումը

Մեթադոնի դեղաչափերի նշանակումը պետք է լինի նպատակային և հիմնված հիվանդի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակի վրա: Անհրաժեշտ է բացառել մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափերի նշանակումը «նվիրատվության» կամ «խրախուսանքի» (օրինակ՝ հիվանդի կողմից դրսևորվող դրական վարքագծի համար) նպատակով: Նաև պետք է բացառել որևէ բացասական գործողության համար հիվանդի նկատմամբ կիրառել «պատժողական գործողություն»՝ մեթադոնի դեղաչափը նվազեցնելու միջոցով:

8.4.15 Մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցման փուլ

Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդիների ընդհանուր առողջական և սոցիալական վիճակի կայունացումը հանդիսանում է կլինիկական ցուցանիշ բուժումը մեթադոնի դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ կամավոր դադարեցնելու համար [2,9]: Հետազոտություններն ու կլինիկական փորձը ցույց են տալիս, որ բուժման տևողությունը կարևոր կանխորոշիչ գործոն է հանդիսանում բուժման դադարեցման գործընթացի բարեհաջող ելքի համար [9]:

Առկա տվյալները վկայում են, որ՝

- ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի գործածման զգալի կրճատում դիտվում է այն հիվանդների շրջանում, ովքեր փոխարինող բուժում են ստացել ավելի քան մեկ տարի
- մեթադոնային փոխարինող բուժում ստանալու ընթացքում դիտվում է հանցավոր վարքի զգալի իջեցում կամ բացառում
- փոխարինող բուժման ընթացքում կենսակերպի և վարքագծերի կայուն բարելավումը (ապօրինի թմրամիջոցների գործածման նվազեցում կամ բացառում, ընտանեկան և ընկերական կապերի կայուն վերականգնում և ամրապնդում, աշխատանքի տեղավորում, նախկին զբաղմունքների վերականգնում, հանցավոր վարքի նվազեցում կամ բացառում) կանխորոշում է մեթադոնի դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ փոխարինող բուժման կամավոր դադարեցման բարեհաջող ելքը:

Բուժման դադարեցման մասին որոշումն անհրաժեշտ է կայացնել բժշկի և հիվանդի երկկողմանի համաձայնությամբ: Միևնույն ժամանակ, հիվանդին պետք է կրկին անգամ նախազգուշացնել, որ մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցումը հղի է ապօրինի թմրամիջոցների գործածման վերսկսման վտանգով և դրանից բխող բացասական հետևանքներով [2]:

Մեթադոնի դեղաչափերի նվազեցման կարգը պետք է լինի ճկուն: Նվազեցման գործընթացի ժամանակ զրկանքի ախտանշանների կամ հիվանդի մոտ վախի,

տազնապի և դիսկոմֆորտի առաջացման դեպքում դեղաչափերի նվազեցման գործընթացը պետք է անմիջապես դադարեցնել և շարունակել այն միայն զրկանքի նշանների անհետանալուց հետո:

Մեթադոնի դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ բուժման դադարեցման ժամանակ մեթադոնի օրական դեղաչափը կարելի է նվազեցնել շաբաթական 2,5-5 միլիգրամով՝ մինչև 30 միլիգրամ օրական դեղաչափ, այնուհետև յուրաքանչյուր երկու շաբաթվա ընթացքում՝ 2,5-5 միլիգրամով [2]:

Մեկ այլ մոտեցմամբ՝ մեթադոնի դեղաչափերը կարելի է նվազեցնել հետևյալ սխեմաներով [28,30]:

Օրական դեղաչափ	Նվազեցման արագությունը
80 միլիգրամից ավելի	շաբաթական 10 միլիգրամով
40-80 միլիգրամ	շաբաթական 5 միլիգրամ
40 միլիգրամից պակաս	յուրաքանչյուր մեկ շաբաթվա կամ երկու շաբաթվա 2,5 միլիգրամով կամ օրական դեղաչափի 10%-ով

Գոյություն ունեն մեթադոն դեղաչափերի աստիճանական նվազեցման հաջող կլինիկական փորձություն անցած սխեմաներ: Ստորև ներկայացված են տարբեր տևողությամբ մեթադոնի դեղաչափերի նվազեցման սխեմաներ՝ սկսած 1 ամսից մինչև 6 ամիս ժամկետներով (կարճաժամկետ և երկարաժամկետ), որոնք կիրառվում են մեթադոնային դետոքսիֆիկացիոն բուժման ժամանակ, սակայն կարող են օգտակար լինել բժիշկ-նարկոլոգներին մեթադոնային երկարաժամկետ փոխարինող բուժման ժամանակ բուժման դադարեցման պրակտիկայի ընթացքում կողմնորոշվելու համար [9]:

Երկու շաբաթ տևողություն	
Սխեմա 1	Նախնական դեղաչափը՝ 20 միլիգրամ <ul style="list-style-type: none"> • 20 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 9 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 5 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում
Սխեմա 2	Նախնական դեղաչափը՝ 25 միլիգրամ <ul style="list-style-type: none"> • 25 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 20 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 10 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 5 մգ՝ 2 օրվա ընթացքում
1 ամիս տևողություն	
Սխեմա 1	Նախնական դեղաչափը՝ 40 միլիգրամ <ul style="list-style-type: none"> • 40 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 35 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 30 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում

	<ul style="list-style-type: none"> • 25 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 20 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 10 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 5 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում
Սխեմա 2	<p>Նախնական դեղաչափը՝ 25 միլիգրամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 20 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 10 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 8 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 6 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում • 4 մգ՝ 4 օրվա ընթացքում • 2 մգ՝ 3 օրվա ընթացքում
4 ամիս տևողություն	
	<p>Նախնական դեղաչափը՝ 45 միլիգրամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 35 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 30 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 25 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 20 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 10 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 5 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում
6 ամիս տևողություն	
	<p>Նախնական դեղաչափը՝ 60 միլիգրամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 50 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 40 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 30 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 25 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 20 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 15 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 10 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 8 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 6 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 4 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում • 2 մգ՝ 14 օրվա ընթացքում

Դեղաչափերի աստիճանական նվազեցման ժամանակ պետք է պարբերաբար իրականացնել հիվանդի բժշկական դիտարկում և կլինիկական անհրաժեշտությանը համապատասխան կարգավորել մեթադոնի դեղաչափերը: Այս փուլում նույնպես հիվանդի տոքսիկոֆիմիական հետազոտությունը նշանակվում է բժշկի հայեցողությամբ՝ կլինիկական անհրաժեշտությունից ելնելով: Բացի այդ, զրկանքի ախտանշանները մեղմելու համար կարող է անհրաժեշտություն ծագել սիմպտոմատիկ բուժում նշանակելու:

Հնարավոր է մեթադոնի օրական դեղաչափերի աստիճանական նվազեցման արդյունավետ անհատական այլ սխեմաների մշակում բժշկի և հիվանդի

համատեղ որոշման և երկուստեք համաձայնության արդյունքում: Մինևույն ժամանակ, պետք է հաշվի առնել, որ մեթադոնի դեղաչափերի արագ կամ մեծ դեղաչափերով նվազեցման դեպքում արտահայտված զրկանքի համախտանիշի առաջացումն անխուսափելի է, ինչը հաճախ պատճառ է դառնում դեղաչափերի նվազեցման ողջ գործընթացի անարդյունք ելքի:

8.4.16 Մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցման փուլ

Մեթադոնային փոխարինող բուժումն ավարտելու կամ դադարեցնելու հիմքերն են.

1. բուժման դադարեցում հիվանդի և բժշկի համաձայնեցված որոշման արդյունքում
2. հետագա բուժումից հրաժարում հիվանդի միակողմանի ցանկությամբ
3. ազատազրկման ժամկետն ավարտելու արդյունքում բուժման դադարեցում քաղաքացիական բուժհաստատությունում բուժման շարունակության անհնարինության պատճառով
4. հիվանդի կամքին հակառակ բուժման դադարեցում՝ բժշկի կողմից հիմնավոր եզրակացության և որոշման արդյունքում:

Հիվանդի կամքին հակառակ բուժման դադարեցման չափորոշիչներն են՝

- մեթադոնի անկանոն ընդունում և բուժանձնակազմի հետ կոնտակտից հրաժարում
- բուժանձնակազմի կամ հիվանդների, այցելուների նկատմամբ ագրեսիվ և անհարգալից վարքի դրսևորում, կոնֆլիկտների հրահրում բուժհաստատության տարածքում
- ներհիվանդանոցային կարգուկանոնի կոպիտ խախտում
- բուժանձնակազմի հրահանգներն ու ցուցումները կատարելուց շարունակաբար (բազմակի) խուսափում
- մեթադոնի նկատմամբ անհատական բարձր զգայնության առկայություն
- մեթադոնային բուժման հետ անհամատեղելի հիվանդության կամ ախտաբանական վիճակի առկայություն:

Մեթադոնային փոխարինող բուժումն ավարտելուց հետո մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժնի/ծրագրի բժիշկ-նարկոլոգը կատարում է համապատասխան գրառում տվյալ հիվանդի ամբուլատոր քարտում:

ԱՅԿ հրահանգ (օպտիմալ պայմաններ)

Հիվանդի կամքին հակառակ բուժման դադարեցումը կարող է արդարացված լինել բուժաշխատողների և մյուս հիվանդների անվտանգության ապահովման անհրաժեշտությամբ: Սակայն *բաժնի/ծրագրի* այլ կանոնների սովորական պայմաններում խախտումն ինքնին չի կարող հիմք հանդիսանալ հիվանդի կամքին հակառակ բուժման դադարեցման համար:

Հիվանդի բուժումն իր կամքին հակառակ դադարեցնելու որոշումը կայացնելուց առաջ անհրաժեշտ է ճշգրիտ քայլեր ձեռնարկել իրավիճակի բարելավման համար, այդ թվում՝ իրականացվող բուժական մոտեցումների վերանայում և վերագնահատում:

8.6 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ-ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ ՀԵՏԱՉՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունվող հիվանդներին ընդունելության առաջին կամ երկրորդ օրվա ընթացքում տրամադրվում են հետևյալ միջամտությունները²⁴.

- թերապևտի խորհրդատվություն
- նյարդաբանի խորհրդատվություն
- արյան և մեզի ընդհանուր անալիզ
- արյան կենսաքիմիական անալիզ
- սոնոգրաֆիա
- էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ):

Նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը, հիվանդը պարտադիր ներկայացվում է ԷՍԳ հետազոտության և թերապևտի խորհրդատվության (տե՛ս գլուխ 10.5):

Եթե նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը, հիվանդի սոմատիկ վիճակը կամ գանգատների բնույթը պահանջում են այլ շտապ մասնագիտական խորհրդատվություն կամ լաբորատոր հետազոտություն, ապա միջամտություններն իրականացվում են մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումից առաջ:

Այլ դեպքերում նյարդաբանի խորհրդատվությունը, արյան և մեզի ընդհանուր արյան կենսաքիմիական հետազոտությունները և սոնոգրաֆիան իրականացվում

²⁴ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանով հաստատված պարտադիր խորհրդատվություններ, լաբորատոր և գործիքային քննություններ:

են հիվանդի կողմից նախնական դեղաչափի ընդունումից հետո՝ մեկ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման պահպանողական փուլում, եթե հիվանդի սոմատիկ վիճակն ու գանգատները չեն պահանջում մասնագիտական խորհրդատվության, դիտարկման, զննության կամ լաբորատոր-գործիքային հետազոտության տրամադրում, ապա դրանք պլանային կարգով իրականացվում են տարեկան մեկ անգամ:

Մասնագիտական խորհրդատվությունների, զննությունների և դիտարկումների վերաբերյալ գրառումները կատարվում, իսկ լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների վերաբերյալ տվյալները կցվում են հիվանդի մեթադոնային փոխարինող բուժման ամբուլատոր քարտում:

8.7 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՆԱԴԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԶՈՔԵՍՈՑԻԱԿԱԿԱՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման արդյունավետությունը բարձր է հատկապես բժշկական և հոգեսոցիալական օգնության միաժամանակյա տրամադրման դեպքում:

Զիվանդների կարիքներով պայմանավորված՝ տրամադրվում է հոգեթերապևտիկ օգնության միջոցառումների հետևյալ տեսակները.

- Մոտիվացիոն խորհրդատվություն: Այս տեսակի խորհրդատվությունները խթանում և ամրապնդում են հիվանդի կողմից սեփական վարքը բարելավելու ձգտումը.
- Կոգնիտիվ-վարքագծային հոգեթերապիա: Ժամկետներով սահմանափակ, նպատակաուղղված հոգեբանական միջամտություն է, որն ուղղված է բուժում ստացող թմրամիջոցներից կախվածությունն ունեցող անձանց խնդիրների լուծմանը: Զայտնաբերվում են թմրամիջոցներ գործածելու առավել վտանգավոր (ռիսկային) դետերմինանտները և գործոնները, ինչը թույլ է տալիս հիվանդին ձեռք բերել հմտություններ խնդիրների լուծման և առավել առողջ կենսակերպ վարելու համար: Այս միջամտությունը կարող է լինել ինչպես կարճատև, այնպես էլ երկարատև.
- Ռեցիդիվների կանխարգելում՝ անհատական խորհրդակցությունների, խմբային կոգնիտիվ թերապիայի միջոցով:

Զիվանդներին տրամադրվող հոգեսոցիալական օժանդակության մյուս բաղադրիչը՝ սոցիալական օժանդակությունը, ներառում է.

- Օգնություն հիվանդին՝ կորսված ընտանեկան կապերի վերահաստատման և ամրապնդման ուղղությամբ.

- Հիվանդների ուղղորդում սոցիալական և իրավական օգնության ծառայություններ տրամադրող կազմակերպություններ կամ պետական մարմիններ.
- Անհրաժեշտության դեպքում փաստաթղթերի վերականգման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրում և օժանդակություն.
- Համագործակցություն պետական, վերականգնողական, բարեգործական, ոչ կառավարական ծառայությունների և կազմակերպությունների հետ, որոնց գործունեությունն առնչվում է թմրամիջոցներ գործածող անձանց, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց հետ.
- Օժանդակություն՝ թմրամիջոցներ գործածող անձանց փոխօգնության խմբերի ձևավորմանը.
- Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց համար կրթական և տեղեկատվական սեմինարների կազմակերպում:

Հոգեսոցիալական օժանդակության ծառայություններն առաջարկվում են որպես բուժական գործընթացի բաղկացուցիչ մաս՝ ներկայացվելով իբրև ափիոնատիպ Նյութերից կախվածության դեղաբանական բուժման հետ համալիր միջոցառում:

Հիվանդի հոգեսոցիալական օժանդակության ծառայությունից հրաժարվելու դեպքում նրա նկատմամբ պարտադրանքի որևէ միջոց չի կիրառվում:

ԱՅԿ հրահանգ (նվազագույն պայմաններ)

Հոգեսոցիալական օգնությունը պետք է տրամադրվի ափիոնատիպ Նյութերից կախվածություն ունեցող դեղաբանական բուժում ստացող բոլոր հիվանդներին: Այն պետք իր մեջ ներառի, նվազագույնը, հոգեսոցիալական կարիքների գնահատում, բարյացակամ խորհրդատվություններ, ինչպես նաև ընտանիքների ու համայնքների հետ աշխատանքներ իրականացնող ծառայությունների հետ կապեր:

ԱՅԿ հրահանգ (օպտիմալ պայմաններ)

Անհրաժեշտ է նախատեսել հիվանդների կարիքներին համապատասխանող բազմակողմանի և համակարգված հոգեսոցիալական միջամտություններ: Այդպիսի միջամտությունները կարող են ներառել (բայց չսահմանափակվել դրանցով) խորհրդատվությունների և հոգեթերապևտիկ միջոցառումների տարբեր տեսակներ, ինչպես նաև սոցիալական խնդիրների լուծմանն ուղղված օգնություն՝ ինչպիսիք են կացարանով ապահովումը, աշխատանքի տեղավորումը, կրթությունը, սոցիալական ապահովումը և իրավական խնդիրների կարգավորումը:

8.8 ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈՒՍԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման տևողությունը չի սահմանափակվում ժամկետներով և որոշվում է հիվանդի ցանկությամբ: Մեթադոնի օրական դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ բուժումն ավարտելու ցանկության

պարագայում, հիվանդը պետք է համաձայնեցնի մեթադոնի նվազեցման գործընթացը բուժող բժիշկ-նարկոլոգի հետ:

Ազատազրկման վայրերում մեթադոնային փոխարինող բուժման տևողությունը սահմանափակվում է միայն ազատազրկման վայրում գտնվելու ժամանակահատվածով: Ազատազրկման վայրից ազատ արձակվելուց հետո, բուժումը քաղաքացիական հաստատությունում շարունակելու հիվանդի ցանկության և դրա աշխարհագրական մատչելիության դեպքում, անհրաժեշտ է հիվանդին տրամադրել պաշտոնական ուղեգիր (գրություն, տեղեկանք) բուժումը քաղաքացիական հաստատությունում շարունակելու նպատակով:

Քաղաքացիական հաստատությունում մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդի ազատազրկման դեպքում, փոխարինող բուժման շարունակականությունը պահպանելու նպատակով, ուղեգիր (գրություն, տեղեկանք) ուղարկվում կամ ներկայացվում է ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական վարչության համապատասխան հիմնարկ:

Պաշտոնական ուղեգրում (գրություն, տեղեկանք) անհրաժեշտ է նշել հասցեատիրոջ և նամակի հեղինակի ամբողջական անունը-ազգանունը, հեռախոսահամարները և այլ կոնտակտային տվյալներ, հիվանդի անձնագրային տվյալները, մեթադոնի վերջին ընդունման ամսաթիվը, տրամադրվող մեթադոնի վերջին դեղաչափը, ուղեկցող հիվանդությունները և բժիշկ-նարկոլոգի ստորագրությունը: Ուղեգիրը (գրություն, տեղեկանք) անհրաժեշտ է կազմակերպության (հիմնարկի) պաշտոնական կնիքով կնքել և ուղարկել համապատասխան հաստատություն:

8.9 ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՄՈՆԻԹՈՐԻՆԳ

Մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բժիշկ-նարկոլոգներին անհրաժեշտ է իրականացնել ինչպես բուժման գործընթացի, այնպես էլ բուժման արդյունքների պարբերական գնահատում:

Հետազոտությունների, բուժման, ձեռք բերված հաջողությունների վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները պետք է գրառվեն հիվանդի ամբուլատոր քարտում: Ամբուլատոր քարտում պետք է գրառել հետևյալ տեղեկությունները.

- հետազոտությունների արդյունքների գնահատումը
- բուժման պլանը
- մեթադոնի օրական դեղաչափերը, դրանց փոփոխություններն ու փոփոխությունների հիմնավորումները

- նշանակված դեղերի (այդ թվում՝ մեթադոնի) հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները
- զուգահեռ նշանակված դեղորայքային բուժման վերաբերյալ տեղեկություններ (այդ թվում՝ հակառետրովիրուսային բուժման վերաբերյալ)
- ցուցաբերված բժշկական օգնության բոլոր տեսակները
- ցուցաբերված հոգեթերապևտիկ օգնության վերաբերյալ տեղեկությունները
- ցուցաբերված սոցիալական օժանդակության վերաբերյալ տեղեկությունները
- լաբորատոր-գործիքային քննություններից և հետազոտություններից ստացված տեղեկությունները
- կլինիկական դիտարկումները
- բուժական ցուցումների և հրահանգների պահպանման վերաբերյալ տեղեկությունները
- բուժման դադարեցման և ավարտի հանգամանքների վերաբերյալ տեղեկությունները
- բուժման դադարեցման համաձայնությունը
- ազատագրվման վայրում կամ հակառակը՝ քաղաքացիական բուժհաստատությունում բուժման շարունակականության պահպանման վերաբերյալ տեղեկությունները:

Արդյունավետության հիմնական չափորոշիչներն են.

- սոմատիկ վիճակի բարելավում
- հոգեհուզական վիճակի բարելավում
- հանցավոր վարքագծի նվազեցում կամ բացառում
- սոցիալական վերականգնում (ռեաբիլիտացիա) (հարազատների և մտերիմների հետ կապերի վերականգնում և/կամ ընդարձակում, աշխատանքի տեղավորում և այլ ձեռքբերումներ):

ՄԱԿ 9. ԱՓԻՈՆԱՏԻԿԱՅ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԳԵՐՂՈՉԱՎՈՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

9.1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԱԿ թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի գնահատման համաձայն, աշխարհում ափիոնատիկայ սյուրթերից գերդոզավորման հետևանքով մահվան դեպքերը կազմում են 15-64 տարեկան անձանց շրջանում գրանցվող մահվան դեպքերի 0,5-1,3 տոկոսը: Համաձայն ՄԱԿ թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի գնահատումների, թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված մահվան դեպքերի գերակշիռ մասը պայմանավորված է ափիոնատիկայ սյուրթերից գերդոզավորման դեպքերի հետ [43]: Ափիոնատիկայ սյուրթերից առաջացող գերդոզավորումներից մահացությանը նպաստում են մի շարք գործոններ.

- ափիոնատիկայ սյուրթերի մատչելիությունը
- ափիոնատիկայ սյուրթերի համակցումն այլ հոգեներգործուն սյուրթերի հետ՝ մասնավորապես ալկոհոլի, քնաբեր և հանգստացնող սյուրթերի, կոկաինի համակցման դեպքում առաջացող գերդոզավորման դեպքերը (տես՝ գլուխ գլուխ 10.6)
- ափիոնատիկայ սյուրթերից առաջացող գերդոզավորումների համապատասխան բուժման, ինչպես նաև ափիոնատիկայ սյուրթերից կախվածության ժամանակակից բուժման մեթոդների բացակայությունը
- զրկանքի համախտանիշին հաջորդող տոլերանտության նվազումը, ինչը հատկապես դրսևորվում է դետոքսիֆիկացիոն բուժմանը հաջորդող շրջանում, ինչպես նաև ափիոնատիկայ սյուրթերի գործածումը հարկադիր դադարեցնելու (օրինակ՝ ազատագրվման ընթացքում) արդյունքում ափիոնատիկայ սյուրթերի նկատմամբ տոլերանտության նվազման հետևանքով նախկին չափաբաժինների գործածումից գերդոզավորման դեպքերով [43]:

9.2 ԳԵՐՂՈՉԱՎՈՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ափիոնատիկայ սյուրթերից գերդոզավորման ախտանշաններն են [9,28,30,31,40].

- դանդաղ մակերեսային շնչառություն
- զարկերակային ճնշման անկում
- անոթազարկի թուլացում կամ անհետացում
- բրադիկարդիա

- բքերի նեղացում (միոզ)
- շրթունքների և մատների դիստալ ֆալանգների ցիանոզ
- մաշկի գունատություն և չորություն
- մկանային համակարգի արտահայտված թուլություն (արտաքին զննությամբ հայտնաբերվում է շարժումների դադարում և որոշակի դիրքով անշարժությունը, օրինակ՝ բնորոշ է հարկադիր կքանստած դիրքում գտնվելը)
- գիտակցության խանգարում (քնկոտությունից մինչև գիտակցության լրիվ կորուստ)
- նողկանք և փսխում
- խոսքի խանգարում («բսված խոսք», անհասկանալի խոսք):

9.3 ԳԵՐՂՈՉԱՎՈՐՄԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՆԱԼՈՔՍՈՆԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ

Գերդոզավորման բուժման ժամանակ առաջին հերթին անհրաժեշտ է ապահովել շնչառությունը:

Շնչառության կանգի դեպքում նալոքսոնի ազդեցությանը սպասելիս անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառություն կամ թոքերի արհեստական գազափոխանակություն:

Ափիոնատիպ նյութերով թունավորվելիս շնչառական կենտրոնի զգայնությունը ածխաթթու գազի նկատմամբ իջնում է և այդ կենտրոնի էնդոգեն խթանիչ հանդիսանում է հիպօքսիան: Մաքուր թթվածնի ներմուծումը նվազեցնում է հիպօքսիայի դրդող ազդեցությունը շնչառական կենտրոնի վրա, ինչը կարող է հանգեցնել շնչառության կանգի և ատելեկտազի: Այդ իսկ պատճառով թոքերի արհեստական գազափոխանակության ընթացքում հիվանդի շնչուղիներ ներփչվող ծավալում թթվածնի կոնցենտրացիան սկզբնական շրջանում չպետք է գերազանցի 25%-ը, իսկ հետագայում՝ 30-35%-ը [9]:

Ափիոնատիպ նյութերից գերդոզավորումը ներառում է հետևյալ միջոցառումների շտապ անցկացումը.

- Զիվանդին պառկացնել կողքի վրա այնպես, որ վերին շնչուղիները չիցանվեն փսխման զանգվածներով:
- Ապահովել վերին շնչուղիների անցանելիությունը (գլխի դեպի հետ տարածում և կզակի բարձրացում):
- Արհեստական փսխում առաջացնելը հակացուցված է:

- Անցկացնել ստամոքսի լվացումներ. կատարվում են անկախ ափիոնատիպ նյութերի ներմուծման եղանակից, քանի որ նրանք մասնակիորեն ետ են ներծծվում ստամոքս՝ լորձաթաղանթի միջոցով (բնական դետոքսիկացիա), իսկ հետո աղիներից անցնում արյան մեջ: Լվացումը կատարվում է օրոգաստրալ կամ նազոգաստրալ զոնդի միջոցով՝ կիրառելով ակտիվացված ածուխ (50-80 գ ածուխ և 100-150 մլ ջուր): Անգիտակից հիվանդների ստամոքսի զոնդավորումը պետք է անցկացնել միայն ներշնչափողային խողովակի տեղադրումից հետո [2,9]:

Նալոքսոնը հանդիսանում է օփիոիդային ընկալիչների կարճատև ազդեցությամբ ոչ սելեկտիվ հակազոդիչ և ունի գերդոզավորումների բուժման բավականին հաջող և արդյունավետ կլինիկական պատմություն:

Ափիոնատիպ նյութերով գերդոզավորման դեպքում նալոքսոնը ներարկում են ներերակային, միջմկանային կամ ենթամաշկային, դեղաչափը՝ 400 կամ 800 միկրոգրամ: Արդյունքի ոչ բավարար լինելու դեպքում նալոքսոնը ներարկում են կրկնակի (հարկ եղած դեպքում՝ բազմակի)՝ յուրաքանչյուր 3-5 րոպեի ընթացքում մեկ անգամ, մինչև գիտակցության վերականգնում և սպոնտան շնչառության ի հայտ գալը: Ներերակային ներարկման հնարավորության դեպքում նալոքսոնը 100 միկրոգրամ դեղաչափով կարելի է բազմակի ներարկել այնքան, մինչև շնչառության հաճախությունը կկազմի 1 րոպեում 10-ից ավելի [2,9,44]:

Նալոքսոնի նախնական մեծ դեղաչափերի (2 միլիգրամը գերազանցող քանակ) օգտագործումը կարող է առաջացնել ծանր զրկանքի համախտանիշ, որպես դրա հետևանք փսխում ու փսխման զանգվածներով շնչական ուղիների խցանում:

Նալոքսոնի բազմակի ներարկման դեպքում ներարկվող նալոքսոնի ընդհանուր քանակը պետք է լինի առավելագույնը 10 միլիգրամ [2,9,44]:

Ներերակային ներարկման դեպքում ազդեցությունն սկսվում է արդեն 0,5-2 րոպե անց: Ազդեցության տևողությունը կազմում է 20-40 րոպե: Միջմկանային կամ ենթամաշկային ներարկումների դեպքում ազդեցությունն սկսվում է դրսևորվել 2-3 րոպե անց և տևում է 2-3 ժամ [2,9,44]:

Որոշ ափիոնատիպ նյութերի դեպքում օփիոիդային ընկալիչների վրա համազոդիչ ազդեցությունը կարող է ավելի ուժեղ լինել, քան նալոքսոնի ազդեցությունն է, այդ պատճառով անհրաժեշտ է հիվանդին պահել մշտական բժշկական հսկողության տակ, ընդ որում՝ այնպիսի պայմաններում, որտեղ հարկ եղած դեպքում հնարավոր կլինի իրականացնել արհեստական շնչառություն և վերակենդանացման այլ միջոցառումներ:

Ընդհանրապես, նալոքսոնի տրամադրումը թմրամիջոցներ գործածող անձանց, նրանց նրանց ընտանիքի անդամներին և նալոքսոնի կիրառման վերաբերյալ

կրթումը հանդիսանում է գերդոզավորումներից մահացության նվազեցման արդյունավետ մոտեցում: Որոշ երկրներում հիվանդներին և նրանց հարազատներին տրամադրվում են նալոքսոնով լցված ներարկիչներ, ինչպես նաև անց են կացվում վերակենդանացման հմտությունների կրթական ծրագրեր[2,44]:

9.3.1 Երկարատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերով գերդոզավորում

Երկարատև ազդեցությամբ ափիոնատիպ նյութերով գերդոզավորման բուժումն ավելի մեծ ջանքեր է պահանջում: Նման դեպքերում ինտոքսիկացիայի տևողությունն ավելի երկար է լինում, քան նալոքսոնի ազդեցությունը:

Այս էլ դեպքում առավել անվտանգ և արդյունավետ բուժման մեթոդը հանդիսանում է թոքերի արհեստական շնչառությունը՝ պարտադիր նալոքսոնի լուծույթի ներերակային երկարատև ինֆուզիայով զուգորդված:

Հիվանդները պետք է գտնվեն բժշակական հսկողության տակ նալոքսոնի ներարկումից հետո երկու ժամ շարունակ, որից հետո նրանք գերդոզավորման նշանների վերանալուն պես կարող են դուրս գրվում, եթե այլ բարդություններ կամ վտանգներ չկան [2,9,44]:

ԱՅԿ հրահանգ (նվազագույն պայմաններ)

Ափիոնատիպ նյութերից գերդոզավորման բուժման համար նալոքսոնի առկայությունը պարտադիր է:

ՄԱՍ 10. ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱԳԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

10.1 ՄԻԱՎ, ԶԵՊԱՏԻՏ ԵՎ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉ

Մեթադոնային փոխարինող բուժումը պետք է մատչելի լինի ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող ՄԻԱՎ, հեպատիտ C և տուբերկուլյոզ ունեցող հիվանդներին:

Ներարկային եղանակով ափիոնատիպ նյութեր գործածող անձանց շրջանում հեպատիտ C-ն մեծ տարածվածություն ունի: Զեպատիտ C ունեցող հիվանդներին խորհուրդ է տրվում ընդհանրապես զերծ մնալ ալկոհոլի գործածումից: Զեպատիտի բուժումը կատարվում է վարակաբանի կողմից: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է պարտադիր համագործակցել վարակաբանի հետ՝ նշանակվող դեղերի և միջոցառումների վերաբերյալ տեղեկություններ փոխանակել, խորհրդակցել և ըստ անհրաժեշտության մեթադոնի դեղաչափի կարգավորում կատարել:

Եթե ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող ՄԻԱՎ-ով ապրող անձը հիվանդությունների համար դեռևս որևէ տեսակի բուժում չի ստանում, ապա առավել ցանկալի է կայունացնել հիվանդի սոմատիկ և հոգեբանական վիճակը մեթադոնով՝ հետաձգելով հակառետրովիրուսային բուժման տրամադրումը, քան նշանակել հակառետրովիրուսային բուժում՝ հետաձգելով մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրումը:

Տուբերկուլյոզի զուգակցմամբ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդի՝ մեթադոնային բուժում ստանալու նպատակով դիմելու դեպքում նարկոլոգիական օգնություն տրամադրող ծառայության առաջնային նպատակն է ակտիվ տուբերկուլյոզի բուժումը՝ վարակի փոխանցման կանխարգելման նպատակով: Այսպիսի դեպքերում տուբերկուլյոզի տարածումը կանխարգելելու նպատակով մեթադոնի տրամադրումը հիվանդին իրականացվում է հակատուբերկուլյոզային բուժում տրամադրող մասնագիտացված հաստատության պայմաններում [2]:

ԱՅԿ հրահանգ (օպտիմալ պայմաններ)

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող ՄԻԱՎ, հեպատիտ C կամ տուբերկուլյոզ ունեցող հիվանդներին մեթադոնը պետք է նշանակվի այս հիվանդությունների դեղորայքային բուժման հետ համալիր՝ չսպասելով օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի զարգացմանը հեպատիտ C-ի բուժումը, հակատուբերկուլյոզային բուժումը կամ հակառետրովիրուսային բուժումն սկսելու համար:

ԱՅԿ հրահանգ (օպտիմալ պայմաններ)

Եթե ափիոնատիպ նյութերից կախվածությամբ և դրան զուգակցված ՄԻԱՎ-ի, տուբերկուլյոզի կամ հեպատիտ C-ի կապակցությամբ բժշկական օգնություն ստացող անձանց թվաքանակը մեծ է, ապա ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման ծառայությունը պետք է ինտեգրացված լինի վերոնշյալ հիվանդությունների բուժման համար տրամադրվող բժշկական օգնության ծառայությունների հետ:

ԱՅԿ հրահանգ (սվազագույն պայմաններ)

Եթե ինտեգրացիայի հնարավորությունը բացակայում է, ապա անհրաժեշտ է ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժում տրամադրող և ՄԻԱՎ-ի, տուբերկուլյոզի կամ հեպատիտ C-ի հետ կապված բժշկական օգնություն տրամադրող ծառայությունների միջև պահպանել մշտական և արդյունավետ կապ:

ՄԻԱՎ-ի բուժման համար նշանակվող հակառետրովիրուսային (ՅՌՎ) դեղերի գերակշիռ մասը որևէ կերպ ազդում է մեթադոնի փոխանակության վրա՝ առաջացնելով արյան մեջ մեթադոնի խտության շեղումներ: Այդ փոխազդեցությունների արդյունքում հաճախ մեթադոնի դեղաչափերի կարգավորման անհրաժեշտություն է առաջանում:

Ստորև աղյուսակում ներկայացված են մեթադոնի և հակառետրովիրուսային դեղերի փոխազդեցությունները [45]:

Մեթադոնի և հակառետրովիրուսային դեղերի փոխազդեցությունները

ՅՌՎ դեղ	ՅՌՎ դեղի ազդեցությունը մեթադոնի վրա	Մեթադոնի ազդեցությունը ՅՌՎ դեղի վրա	Ծանոթագրություն
Աբակավիր	Մեթադոնի մակարդակի աննշան նվազում: Օփիոիդային զրկանքի ցածր ռիսկ: Դեղաչափի կարգավորումը քիչ հավանական է, սակայն հնարավոր է՝ որոշ հիվանդների մոտ դեղաչափի ավելացման կարիքի առաջացում:	Առավելագույն կոնցենտրացիա ն նվազում է (36%-ով): Առավելագույն կոնցենտրացիայի հասնելու տևողությունը մեծանում է:	Տվյալները բազմաթիվ չեն, չնայած մեկ ուսումնասիրությամբ ցույց է տրվել մեթադոնի կլիրենսի բարձրացում 36%-ով: Օփիոիդային զրկանքի ցածր ռիսկ: Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի կարգավորում:
Դիդանոզին հաբեր պարկուճներ	Տեղեկություններ չկան: Դեղաչափի կարգավորումը պարտադիր չէ:	Հաբերի հետ համակցման դեպքում կոնցենտրացիա ն նվազում է (60%-ով), պարկուճների հետ համակցման դեպքում չի	Փոխազդեցությունն ուսումնասիրվել է միայն օրական երկու հաբ ընդունելու դեպքում: Ենթադրություն կա, որ էֆեկտը պայմանավորված է ստամոքսի թթվային միջավայրում դիդանոզինի կենսամատչելիության նվազեցմամբ: Զանի որ պարկուճների ընդունման դեպքում մեթադոնի հետ փոխազդեցություններ չեն

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույց

		Նվազում	հայտնաբերվել, ապա այս դեղածնի կիրառությունը ցանկալի է:
Չիդրվողին	Տեղեկություններ չկան: Դեղաչափի կարգավորումը պարտադիր չէ:	Կոնցենտրացիայի զգալի բարձրացում (43%-ով): Կլինիկական նշանակությունը պարզ չէ: Հնարավոր են կողմնակի ազդեցություններ:	Հետևել զիդրվողինի կողմնակի ազդեցություններին: Սակավարյունության, ևոդկանքի, փսխման, միալգիաների, ասթենիայի և ոսկրածուծի բջիջների ընկճման վերահսկում: Եթե մեթադոնի նվազագույն մակարդակը նորմալում է, հավանական է՝ տոքսիկ ազդեցությունները պայմանավորված են զիդրվողինով:
Լամովիդին	Տեղեկություններ չկան:	Տեղեկություններ չկան:	Փոխազդեցությունը հայտնի չէ:
Ստանովուդին	Տեղեկություններ չկան: Դեղաչափի կարգավորումը պարտադիր չէ:	Կոնցենտրացիան նվազում է (18-20%-ով): Կլինիկական նշանակությունը պարզ չէ:	Ազդեցության կլինիկական նշանակությունը պարզ չէ:
Տենոֆովիր	Տեղեկություններ չկան:	Տեղեկություններ չկան:	Փոխազդեցությունը հայտնի չէ:
Էմտրիցիտաբին	Չի ուսումնասիրվել:	Չի ուսումնասիրվել:	Փոխազդեցությունը հայտնի չէ:
Նեվիրապին	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նշանակալի նվազում (46%-ով): Հաճախ առաջանում է մեթադոնային զրկանք: Հիմնականում պահանջվում է մեթադոնի դեղաչափի ավելացում (16%-ով)	Տեղեկություններ չկան:	Երկարատև մեթադոն ստացող հիվանդների շրջանում կլինիկական դիտարկումներ ընթացքում նեվիրապինով բուժման սկզբում կարիք էր առաջանում մեթադոնի դեղաչափի ավելացում 50-100%-ով՝ օփիոիդային զրկանքի բուժման համար: Չրկանքի ախտանիշները սովորաբար զարգանում են նեվիրապինի ընդունումից 4-8 օր անց, չնայած հիվանդը կարող է դրան արձագանքել միայն 2-3 շաբաթ անց:
Էֆավիրենզ	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նշանակալի նվազում (60%-ով): Հաճախ առաջանում է մեթադոնային զրկանք: Հիմնականում պահանջվում է մեթադոնի դեղաչափի ավելացում (50%-ով)	Հայտնի չէ:	Մեթադոնային զրկանքի վերահսկում և դեղաչափի ավելացում անհրաժեշտության դեպքում: Չրկանքի ախտանշանները կարող են արտահայտվել 2-3 շաբաթ անց:
Լոպինավիր/ ռիտոնավիր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում (26-53%-ով): Հնարավոր է դեղաչափի ավելացում պահանջող զրկանքի առաջացում Կողմնակի ազդեցությունները կարող են իմիտացնել զրկանք:	Տեղեկություններ չկան:	Նկարագրվել է մեթադոնային զրկանք: Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:
Նեյֆինավիր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի հնարավոր նվազում (29-47%-ով): Չրկանքի կլինիկական նշաններ դիտվում են հազվադեպ: Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:	Մակարդակը կարող է նվազել, սակայն կլինիկական նշանակությունը պարզ չէ:	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազեցմամբ բնորոշվող հետազոտություններում զրկանքի ախտանշաններ չեն հայտնաբերվել:
Ռիտոնավիր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի հնարավոր նվազում (37%-ով): Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:	Տեղեկություններ չկան:	Ուսումնասիրությունները փոքրաթիվ են: Մեթադոնային զրկանքի վերահսկում և դեղաչափի ավելացում անհրաժեշտության դեպքում:

Ռիտոնավիր/ տիպրանավիր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի հնարավոր նվազում (50%-ով): Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:	Տեղեկություններ չկան:	Ուսումնասիրությունները փոքրաթիվ են: Մեթադոնային զրկանքի վերահսկում և դեղաչափի ավելացում անհրաժեշտության դեպքում:
Սակվինավիր	Տեղեկություններ չկան:	Տեղեկություններ չկան:	Ուսումնասիրությունները փոքրաթիվ են, դեղերի փոխազդեցություններ չեն հայտնաբերվել:
Սակվինավիր 1600 մգ+ Ռիտոնավիր 100 մգ Սակվինավիր 1400 մգ+ Ռիտոնավիր 400 մգ	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի քիչ արտահայտված նվազում (սակվինավիր/ռիտոնավիր 1600/100 մգ -0-12%-ով, սակվինավիր/ռիտոնավիր 1400/400 մգ -20%-ով): Չրկանքի համախտանիշի մասին տեղեկություններ չկան: Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:	Հայտնի չէ:	Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի կարգավորում:

10.2 ԲՐՈՆԽԵԱԼ ԱՍԹՄԱ ԵՎ ՇՆՉԱՌԱՎԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՅԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ինչպես բոլոր ափիոնատիպ նյութերը, մեթադոնը նույնպես խթանում է հիստամինի արտադրությունը, ինչը կարող է նպաստել բրոնխեալ ասթմայի նոպաների առաջացմանը: Բրոնխեալ ասթմա ունեցող անձանց դեպքում մեթադոնի դեղաչափերի բարձրացումը կատարվում է մեծ զգուշությամբ հատկապես բուժման նախնական փուլում՝ հաշվի առնելով, որ մեթադոնի և մյուս ափիոնատիպ նյութերի չհիմնավորված բարձր դեղաչափերն ունակ են առաջացնելու շնչառական կենտրոնի ընկճում: Բրոնխեալ ասթմայով հիվանդի մոտ բրոնխիոլների օբստրուկցիային բնորոշ նշանների հայտնաբերման դեպքում անհրաժեշտ է հրավիրել թերապևտի խորհրդատվություն, որի կողմից հնարավոր է լրացուցիչ դեղորայքային բուժման նշանակում [9,27,28,30]:

Սուր թոքաբորբերի և թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունների սրացման դեպքում պարտադիր ուշադրություն է դարձվում հիվանդների շնչառական ֆունկցիայի վրա: Այս դեպքերում պետք է զերծ մնալ նաև մեթադոնային բուժման կտրուկ ընդհատումից, քանի որ զրկանքի համախտանիշի առաջացումը կամ հիվանդի մոտ ի հայտ եկող տազնապն ու անհանգստությունը կարող են առաջացնել կարդիոռեսպիրատոր բարդություններ [2,27,28,44]:

10.3 ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏ

Մեթադոնի պերորալ լուծույթները և օշարակները հաճախ պարունակում են շաքար, որի ընդունումը շաքարային դիաբետով հիվանդների մոտ կարող է խորացնել մետաբոլիկ խանգարումները: Այդ իսկ պատճառով շաքարային դիաբետով հիվանդները հնարավորության դեպքում պետք է օգտագործեն շաքար չպարունակող մեթադոնի լուծույթներ և հաբեր: Անհրաժեշտության

դեպքում կարելի է հրավիրել Էնդոկրինոլոգի, որի կողմից հնարավոր է լրացուցիչ բուժման նշանակում: Նման հիվանդների շրջանում սովորաբար կարիք է զգացվում պարբերաբար անցկացնել արյան գլյուկոզայի մոնիթորինգ [9]:

10.4 ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ

Մեթադոնի նույնիսկ մեծ դեղաչափերը չունեն որևէ հակացնցումային ազդեցություն: Հակացնցումային դեղերը (օրինակ՝ կարբամազեպին) փոխազդում են մեթադոնի հետ, ուստի պետք պարզել՝ ինչ դեղորայք է ստանում հիվանդը և, ըստ այդմ, անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել մեթադոնի դեղաչափը [9]:

10.5 ՍՐՏԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Անամնեզում սիրտ-անոթային հիվանդություններ, սրտային անբավարարություն, սրտի հաղորդչականության խանգարում, առիթմիաներ, ինչպես նաև QT երկարաձգված ինտերվալի բնածին համախտանիշ ունեցող անձանց մեթադոն նշանակվում է մեծ զգուշությամբ՝ նախքան բուժումը և բուժման ընթացքում հսկողություն սահմանելով ԷՍԳ հետազոտության, ինչպես նաև սրտաբանի կամ թերապևտի պարբերաբար իրականացվող խորհրդատվության և զննության միջոցով:

Վերջին հետազոտությունները պարզել են մեթադոնի ընդունման արդյունքում QT ինտերվալի երկարաձգման դեպքեր [27,28,30,31]:

Սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցող անձանց մեթադոնի դեղաչափերի կտրուկ կամ արագ փոփոխություններից պետք է զերծ մնալ՝ պայմանավորված սուր կարդիոռեսպիրատոր խնդիրների հնարավոր առաջացման հետ [27,28,30]:

10.6 ԱՅԼ ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿԱՄ ՀՈԳԵՆԵՐԳՈՐԾՈՒՆ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ԳՈՐԾԱԾՄԱՆ ԴԵՊՈՒՄ

Նարկոլոգիական պրակտիկայում հաճախակի են դեպքերը, երբ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդը զուգահեռաբար գործածում է այլ խմբի թմրամիջոց կամ հոգեներգործուն նյութ: Ստորև ներկայացված են ափիոնատիպ նյութերի հետ առավել հաճախ զուգահեռաբար գործածվող խնդրահարույց նյութերի առանձնահատկությունները, մեթադոնի հետ փոխազդեցությունները և դրանց գործածման դադարեցման նպատակով անհրաժեշտ քայլերը:

10.6.1 Ալկոհոլ

Ալկոհոլի մշտական գործածումը և ալկոհոլից կախվածությունը մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների դեպքում կարող են ունենալ մի շարք բացասական հետևանքեր՝ պայմանավորված հետևյալ պատճառներով.

- գերդոզավորման վտանգ (ալկոհոլը և մեթադոնը հանդիսանում են շնչառական դեպրեսանտներ՝ ընկճում են շնչառական կենտրոնի ակտիվությունը)
- ալկոհոլից կախվածությանն ուղեկցող հիվանդություններ և բարդություններ (օրինակ՝ լյարդի ախտահարում)
- ալկոհոլային դելիրիում կամ ալկոհային կախվածության հետևանքով առաջացող այլ փսիխոտիկ վիճակներ, որոնք առաջացնում են մեթադոնի դեղաչափերն ընդունելու անհնարիություն կամ լրացուցիչ բարդություններ
- հարբեցողությունը կարող է հանգեցնել մեթադոնային փոխարինող բուժման ռեժիմի խախտման դեպքերի, անկանոն այցելությունների և այլ կարգապահական խնդիրների:

Ալկոհոլը, ԳԱԿԹ ընկալիչների հետ փոխազդելով միջնորդավորում է շնչառական կենտրոնի ընկճումը: Թե՛ օփիոիդային ընկալիչները և թե՛ ԳԱԿԹ ընկալիչները հանդիսանում են շնչառական կենտրոնի դեպրեսանտներ [46,47]: Ընդ որում ափիոնատիպ Նյութերի և ԳԱԿԹ ընկալիչների վրա ներգործող Նյութերի համակցված գործածման ընկճող ազդեցությունը շնչառական կենտրոնի վրա ավելի մեծ է, քան դրանց առանձին ազդեցությունների դեպքում:

Ափիոնատիպ Նյութերից մահվան և ապաքինման ելքերով գերդոզավումների համեմատական ուսումնասիրությունները պարզել են, որ ափիոնատիպ Նյութեր գործածող անձանց մահվան ելքով գերդոզավորումների պարագայում հիմնական ռիսկի գործոնը հանդիսացել է ափիոնատիպ Նյութերի համակցված գործածումը սեղատիվ Նյութերի (տե՛ս գլուխ 10.6.2) կամ ալկոհոլի հետ [48]:

Ալկոհոլից կախվածության դեպքում լյարդի ախտահարումն ու հետագա լյարդային անբավարարությունը կարող են հանգեցնել մեթադոնի նկատմամբ տոլերանտության անկման, ինչը պահանջում է մեթադոնի դեղաչափերի նվազեցում:

Ալկոհոլից կախվածության ախտորոշման դեպքում անհրաժեշտ է մեթադոնային փոխարինող բուժման զուգահեռ հիվանդին ուղեգրել ալկոհոլից կախվածության բուժման ստացիոնար կամ ամբուլատոր պայմաններում: Բուժման ընթացքում պետք է ցուցաբերել զգուշություն, քանի որ ալկոհոլից կախվածության բուժման ընթացքում կիրառվող դեղերը կարող են ազդել մեթադոնի փոխանակության

վրա (դիսուլֆիրամ) կամ պոտենցել մեթադոնի ազդեցությունը (բենզոդիազեպիններ և այլ շնչառական դեպրեսանտներ) [9,28,31,44]:

10.6.2 Հանգստացնող և քնաբեր դեղեր

Բենզոդիազեպինային տրանկվիլիզատորները և բարբիտուրատները նույնպես հանդիսանում են շնչառական դեպրեսանտներ, և ինչպես ալկոհոլի մշտական գործածման դեպքում, այնպես էլ բենզոդիազեպինային տրանկվիլիզատորների և բարբիտուրատների մշտական գործածման դեպքում անհրաժեշտ է մեթադոնի դեղաչափերը նշանակել զգուշությամբ՝ հաշվի առնելով գերդոզավորման առավել մեծ վտանգը: Միաժամանակ անհրաժեշտ է խորհրդատվությունների միջոցով հիվանդի կողմից այս նյութերի չարաշահումը դադարեցնել: Քնաբեր և հանգստացնող նյութերից կախվածության ախտորոշման և ամբուլատոր կամ ստացիանոր բուժման նշանակման դեպքում պետք է շարունակել տրամադրել մեթադոնային փոխարինող բուժում՝ հաշվի առնելով հիվանդի օբյեկտիվ վիճակը և զուգահեռ նշանակված դեղերի փոխազդեցությունները մեթադոնի հետ և ըստ անհրաժեշտության կարգարվորելով մեթադոնի օրական դեղաչափերը կամ թողնելով անփոփոխ [28,31,44]:

10.6.3 Կաննաբինոիդային թմրամիջոցներ

Մարիխուանայի մշտական գործածումը, բացի այս թմրամիջոցին հատուկ վնասները, ինդրահարույց կարող է դառնալ նաև մեթադոնային փոխարինող բուժման բարեհաջող ընթացի համար՝ պայմանավորված կաննաբինոիդային թմրամիջոցների քրոնիկական գործածման արդյունքում սոցիալական գործունեության մոտիվացիաների նվազեցման հետ [28,31]: Մարիխուանայի, հաշիշի կամ սինթետիկ կաննաբինոիդային թմրամիջոցների (վերջինիս ոչ գրական անվանումը՝ «սֆայս») գործածման դեպքում անհրաժեշտ է խորհրդատվությունների միջոցով կանխել դրանց գործածումը, իսկ դեղորայքային բուժման անհրաժեշտության դեպքում, ուղեգրել ստացիոնար կամ ամբուլատոր բուժման՝ շարունակելով տրամադրել մեթադոնային փոխարինող բուժում:

10.6.4 Ծխախոտ

Տարբեր հետազոտությունների համաձայն՝ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց շրջանում ծխախոտի գործածման տարածվածությունը բավականին մեծ է: Ծխախոտի գործածումը նպաստում է բազմաթիվ հիվանդությունների առաջացման, այսպիսով նպաստելով մեթադոնային փոխարինող բուժման արդյունավետության նվազեցմանը:

Ցանկալի է խորհրդատվության, առողջ ապրելակերպի քարոզի կամ հարկ եղած դեպքում նիկոտինային փոխարինող բուժման նշանակման միջոցով մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդների շրջանում խթանել ծխախոտի գործածման դադարեցմանը [28,31]:

DRAFT

ՄԱՍ 11. ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐ

11.1 ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐ

Դեռահասների հետ աշխատանքը պահանջում է խիստ անհատական և զգուշավոր մոտեցում նրանց առողջության հետ կապված բոլոր հարցերին: Թմրամիջոցների գործածումը հաճախ հանդիսանում է դեռահասի կյանքի բոլորովին այլ՝ մեծահասակներից տարբերվող դրդապատճառների հետևանք: Անհրաժեշտ է իրականացնել ֆիզիկական, հոգեկան առողջության, կրթության, ընտանիքի և դեռահասի կյանքի բոլոր մյուս գործոնների վերաբերյալ հարցերը ներառող ընդարձակ և խորը գնահատում:

Բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է նկատի ունենալ դեռահասների յուրահատկությունները: Ի տարբերություն մեծահասակների, դեռահասները սովորաբար ավելի հակված են վտանգավոր վարքագծերի դրսևորման, նոր զգացողությունների որոնման և սուբմիսիվ դրդապատճառներով թմրամիջոցների գործածման:

Այդ իսկ պատճառով, հոգեւոցիալական միջամտություններ իրականացնելիս, պետք է ներառել ինքնատիրապետման և ինքնահսկման, արտաքին ազդակների նկատմամբ կայունության և ճշգրիտ որոշումների կայացման (ընդունման) հմտությունների կրթում: Բուժման առավելագույն արդյունավետության ապահովման նպատակով նշանակվող բուժման և օժանդակության ծառայությունների ծրագիրը պետք է լինի անհատապես ադապտացված և ընդարձակ: Պետք է հաշվի առնել դեռահասի ուժեղ կողմերը, հոգեւոցիալական օգնության արդյունավետ տեսակները, դեռահասի կրթական մակարդակը, ընտանիքը, իրավական կարգավիճակը և ապօրինի թմրամիջոցների գործածման մոդելը:

Վերջին հետազոտություններից կարևոր տեղեկություններ են ստացվել ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող դեռահասների կողմից դրսևորվող կլինիկական նշանների մասին, այդ թվում՝ զուգակցված հոգեբանական խնդիրների բավականին մեծ տարածվածություն: Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության հետ հաճախ զուգակցվող հոգեկան առողջության խանգարումները ներառում են դեպրեսիա, հետվնասվածքային սթրեսային խանգարումներ, վարքի շեղումներ, «ուշադրության պակասի համախտանիշ» և գերակտիվություն [2,28]:

Օփիոիդային համազդիչներով (մեթադոն, բուպրենորֆին) դեղաբուժումը հանդիսանում է ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող դեռահասների բուժման ցանկալի մեթոդը: Մինևույն ժամանակ, թմրամիջոցների գործածման կարճատև պատմության, ընտանեկան կապերի պարագայում, և

արտահայտված վարքային շեղումների բացակայության պայմաններում հակազդիչներով (նալտրեքսոն) բուժումը կարող է նույնպես արդյունավետ լինել և հանդիսանալ համազդիչներով փոխարինող բուժման այլընտրանք [2,28]:

11.2 ԿԱՆԱՅՔ

Չայտնի է, որ կանանց կողմից թմրամիջոցների գործածման մոդելները տարբերվում են տղամարդկանց թմրամիջոցների գործածման մոդելներից: Կանայք սովորաբար թմրամիջոցներ են գործածում ավելի քիչ քանակներով, սակայն նրանց մոտ կախվածության զարգացումն ավելի արագ է տեղի ունենում:

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածությունն ունեցող կանայք առավել հաճախ ունենում են կրթության ցածր մակարդակ և ֆինանսական փոքր հնարավորություններ: Նաև, հաճախ հանդիսանում են սեռական բռնության, հոգեբանական և ֆիզիկական ճնշումների և վիրավորանքների թիրախ: Բուժական գործընթացի ժամանակ անհրաժեշտ է այս նրբությունները հաշվի առնել:

Չոգեներգործուն նյութերից կախվածության բուժման պայմաններում կանանց կարիքները սովորաբար այլ բնույթի են: Մասնավորապես, մայրերը հաճախ երեխաներին ինսամելու պարտականություն են ունենում, որը կարող է սահմանափակել պահպանողական բուժման մատչելիությունը նրանց համար: Բացի այդ, կանայք սովորաբար խուսափում են մասնակցել հոգեսոցիալական խմբային միջոցառումներին տղամարդկանց հետ միասին՝ հաճախ գերադասելով մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրման վայր այցելել միայն մեթադոնի օրական դեղաչափը ստանալու համար [2,28]:

ԱՅԿ հրահանգ

Կանանց բժշկական օգնություն տրամադրվող փոխարինող բուժման ծառայությունները պետք է նրանց նկատմամբ ցուցաբերեն անհատական մոտեցումներ, հնարավորության դեպքում կանանց հետ հոգեսոցիալական աշխատանքը պետք է տարվի միայն իգական սեռի ներկայացուցիչներից կազմված խմբերում՝ հաշվի առնելով նաև մանկահասակ երեխաներ ունեցող կանանց կարիքներն ու պահանջները:

11.3 ՀՐԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՅԱՐՑԵՐԸ

11.3.1 Հղիության վրա ափիոնատիպ նյութերի չարաշահման առաջացրած վնասները

Վերջին տասնամյակների ընթացքում զգալիորեն աճել է ապօրինի թմրամիջոցներ գործածող կանանց թիվը, որոնց մեծ մասը գտնվում է ծննդաբերական տարիքում: Նման կանանց ներգրավումը մեթադոնային փոխարինող բուժման մեջ չափազանց կարևոր է, քանի որ նրանց մոտ հղիության հետ կապված բարդությունների առաջացման հավանականությունը բավականին բարձր է՝ պայմանավորված ափիոնատիպ նյութեր չարաշահող հղի կանանց շրջանում հետևյալ գործոնների լայն տարածվածությամբ.

- ոչ համապատասխան անտենատալ ինսամբ
- թերսուլցում
- ծխախոտի գործածում
- ալկոհոլի գործածում և չարաշահում
- մշտական սթրեսային կենսակերպ
- պարբերաբար կրկնվող և իրար հաջորդող օփիոիդային ինտոքսիկացիաներ և զրկանքի վիճակներ, որը կարող է հանգեցնել հղիության ընդհատման, վաղաժամ ծննդաբերության կամ էլ պտղի վնասման
- վարակված ասեղների, ներարկիչների կամ ներարկման պարագաների համատեղ գործածման հետևանքով արյան միջոցով փոխանցվող վարակներով ախտահարում
- օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականության անկման ֆոնի վրա քրոնիկական վարակիչ հիվանդությունների սրացում [9]:

11.3.2 Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության ունեցող հղի կանաց շրջանում մեթադոնային բուժման նպատակները

Օփիոիդներ չարաշահող հղի կանանց շրջանում ճիշտ կազմակերպված մեթադոնային բուժումը հնարավորություն է տալիս.

- նվազեցնել կամ վերացնել ապօրինի օփիոիդների գործածումը
- բարելավել հոգեկան և ֆիզիկական առողջական վիճակը
- բարեփոխել կենսակերպը և սոցիալական վիճակը

- բարելավել անտենատալ և պոստնատալ խնամքը:

Մեթադոնը չի ազդում պտղի զարգացման վրա և չի մեծացնում բնածին արատների առաջացման հավանականությունը:

Չդի կանաց անտենատալ և պոստնատալ խնամքը պետք է կատարվի մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ համատեղ [2,9]:

11.3.3 Հսկողությունը հղիության ընթացքում

Եթե թմրամիջոցներ գործածող հղի կինը դեռևս չի ստանում մեթադոնային փոխարինող բուժում, ապա առաջնահերթ նախապատվությունը պետք է տրվի նրան:

Չդի կինը պետք է ստանա մեթադոնի պահպանողականին համապատասխան դեղաչափ, որպեսզի հասնի ընդհանուր վիճակի կայունացմանը և ընդհատի ապօրինի թմրամիջոցների գործածումը, ընդ որում.

- մեթադոնային փոխարինող բուժման մեջ արդեն իսկ գտնվող հղի կանայք կարող են շարունակել այն՝ առանց դեղաչափը փոփոխելու
- մեթադոնի կենսամատչելիությունը նվազում է հղիության վերջին եռամսյակում՝ պայամանավորված շրջանառող արյան ծավալի, պլազմայի սպիտակուցների և ընկերքային նյութափոխանակության մեծացման հետ: Այդ պատճառով էլ երբեմն հարկ է լինում կամ մեթադոնի դեղաչափը տալ երկու ընդունումով կամ էլ այն ավելացնել՝ զրկանքի համախտանիշից խուսափելու նպատակով:

11.3.4 Մեթադոնի դեղաչափի նվազեցումը կամ դետոքսիֆիկացիան հղիության ընթացքում

Հղիությունը երբեմն խթան է հանդիսանում թմրամիջոցներից հրաժարվելու համար: Սակայն օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը հղիության 1-ին եռամսյակում բարձրացնում է հղիության ընդհատման ռիսկը, իսկ 3-րդ եռամսյակում պտղի մոտ կարող է հանգեցնել դիսթրես համախտանիշի առաջացման և մահվան: Այդ պատճառով էլ դեղաչափի նվազեցում կամ դետոքսիֆիկացիա խորհուրդ է տրվում անց կացնել հղիության 2-րդ եռամսյակում:

Հղիության ընթացքում պետք է առաջնորդվել հետևյալ դրույթներով.

- մեթադոնի դեղաչափը նվազեցվում է միայն հղիության կայուն ընթացքի դեպքում

- դեղաչափի նվազեցման կարգը պետք է լինի բավականին ճկուն՝ կախված հղի կնոջ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ վիճակից
- դեղաչափի նվազեցման ժամանակ պետք է իրականացվի հղիության և պտղի խիստ հսկողություն
- զրկանքի համախտանիշը հնարավորինս պետք է կանխվի, քանի որ այն կարող է պտղի մոտ հանգեցնել դիսթրես համախտանիշի առաջացմանը
- սովորաբար դեղաչափի շաբաթական 2.5-5 մգ-ով նվազեցումը համարվում է ապահով
- Նալոքսոնի նշանակումը հղի կանանց շրջանում խիստ հակացուցված է, քանի որ կարող է հանգեցնել հղիության ընդհատման կամ վաղաժամ ծննդաբերության [9]:

11.3.5 Մեթադոնային բուժումը և ծննդաբերության վարումը

Մեթադոնային բուժում ստացող կնոջ ծննդաբերության վարման ընթացքը առանձնահատկություններ չունի, սակայն ցավազրկումը պահանջում է հատուկ ուշադրություն: Նման դեպքում նարկոտիկ անալգետիկների նշանակումը կարող է լինել անարդյունավետ՝ ցավի նկատմամբ տոլերանտության իջեցման և օփիատների նկատմամբ տոլերանտության բարձրացման հետևանքով, իսկ պտղի մոտ կարող է առաջացնել հիպօքսիա և դիսթրես[9]:

11.3.6 Հսկողությունը Նեոնատալ շրջանում

Ծննդկանի մեթադոնային բուժումը նորածնի մոտ կարող է առաջացնել նեոնատալ օփիոիդային զրկանքի համախտանիշ, որը զարգանում է 60-80% դեպքերում: Նեոնատալ օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի առաջին նշանները սկսվում են ծննդաբերությունից 24-72 ժամ հետո, բայց որոշ դեպքերում կարող են հետաձգվել մինչև 7-14 օր: Ինչպես ցույց է տալիս ԱՄՆ փորձը, հետաձգված զրկանքի համախտանիշը հիմնականում կապված է բենզոդիազեպինների չարաշահման հետ և, ամենայն հավանականությամբ, իրենից ներկայացնում է բենզոդիազեպինների զրկանքի համախտանիշ:

Նեոնատալ օփիոիդային զրկանքի համախտանիշի ծանրության աստիճանի և մեթադոնի պահպանողական դեղաչափի մեջ ոչ մի կապ չի հայտնաբերվել: Այն նորածինների մոտ, ում մայրերի մեթադոնի պահպանողական դեղաչափը կազմել է 20 մգ և ցածր, նեոնատալ զրկանքի համախտանիշ չի զարգանում:

Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի հաճախակի հանդիպող նշաններն են.

- քնի խանգարում, գրգռվածություն

- փռշտոց
- բարձր լաց, ճիչ
- քաշի դանդաղ ավելացում
- կաթի թույլ և ոչ արդյունավետ ներսքաշում
- դող
- վառ լույսի նկատմամբ անտանելիություն
- շնչառության հաճախացում
- տենդ
- փսխում
- լուծ
- ծանր դեպքերում՝ ցնցումներ:

Նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի ոչ դեղորայքային բուժումը ներառում է.

- հանգիստ
- ձիգ բարուրում
- Նորածնի սենյակում լույսի աղբյուրների բացառում
- հաճախակի, բայց քիչ չափաբաժիններով կերակրում:

Անցումը դեղորայքային բուժման կախված է զրկանքի համախտանիշի ծանրության աստիճանից (ցնցումներ, տենդ, քնի խանգարում, քաշի նվազում, դեհիդրատացիա), որը գնահատելու համար կարելի է օգտվել Նորածինների զրկանքի համախտանիշի գնահատման աղյուսակի Ֆինեգանի չափանիշներից: Եթե այդ չափանիշը երկու իրար հաջորդող գնումների ժամանակ հասնում է 9 և ավելի միավորի, ապա պետք է անցնել դեղորայքային բուժման:

Նալոքսոնի կիրառումը խիստ հակացուցված է: Ափիոնատիպ նյութերով բուժումը պետք է կատարվի խիստ հսկողության տակ, քանի որ դա կարող է բերել շնչառական կենտրոնի ընկճման: Կարելի է կիրառել հետևյալ դեղորայքը.

- *Մորֆինի օրալ պատրաստուկներ.* մորֆինի դոզավորումը կատարվում է ոչ թե ելնելով կգ/քաշից այլ՝ արդյունավետությունից: Նորածնին անհրաժեշտ է նշանակել 0,5 մգ/մլ լուծույթը (չպետք է շփոթել 5 մգ/մլ լուծույթի հետ): Նախնական դեղաչափը պետք է կազմի 0,2 մլ և տրվի յուրաքանչյուր կերակրման հետ: Հետագայում, ելնելով Նորածնի վիճակից, կարելի ավելացնել դեղաչափը 0,05 մլ ամեն կերակրման ժամանակ՝ մինչև 0,4 մլ, այսինքն՝ 0,2 մլ, 0,25 մլ, 0,3 մլ, 0,35 մլ, և 0,4 մլ: Բազմաթիվ Նորածինների մոտ արդյունավետության կարելի է հասնել ավելի ցածր

դեղաչափերով: Դեղաչափավորումը կարելի է կատարել նաև ըստ մգ-ի: Սկզբում տրվում է 0,1 մգ ամեն կերակրման հետ, իսկ հետո անհրաժեշտության դեպքում ավելացվում 0,05 մգ: Մայրերին խորհուրդ է տրվում օգտագործել 1 մլ/100 միավոր ինսուլինային ներարկիչներ՝ դեղաչափավորումը հեշտ կատարելու համար: Բուժումն անհրաժեշտ է շարունակել մինչև նորածնի քաշի հստակ ավելացումը, քնի և սնվելու լավացումը:

- **Ֆենոբարբիտալ.** նշանակվում է հատկապես ցնցումներ ունեցող նորածիններին: Նախնական դեղաչափը կազմում է 5 մգ/կգ/օր և կիսվում օրվա մեջ նվազագույնը երեք մասի: Հետագայում, անհրաժեշտությունից ելնելով, ավելացվում է մինչև 10 մգ/կգ/օր: Բուժումը շարունակվում է մինչև նորածնի քաշի հստակ ավելացումը, քնի և սնվելու բարելավումը: Բուժման դադարեցումը ևս կատարվում է դեղաչափի աստիճանական նվազեցմամբ: Բուժման ամբողջ ընթացքը կարող է տևել շաբաթներ և նույնիսկ ամիսներ [9,28,29,44]:

Նորածնային զրկանքի համախտանիշի գնահատման աղյուսակ		
Օրգան-համակարգ	Ախտանշաններ	Գնահատական
ԿՆՀ խանգարում	ճիչ, բարձր լաց	2
	Երկարատև ճիչ, բարձր լաց	3
	քունը <1 ժամ ուտելուց հետո	3
	քունը <2 ժամ ուտելուց հետո	2
	քունը <3 ժամ ուտելուց հետո	1
	ընդհատվող թեթև դողերոցք	1
	ընդհատվող միջին և ծանր դողերոցք	2
	չընդհատվող թեթև դողերոցք	3
	չընդհատվող միջին և ծանր դողերոցք	4
	բարձր մկանային տոնուս	2
	Էքսկորեացիա (նշել գոտին)	1
	միոկլոնիկ ցնցումներ	3
	գեներալիզացված ցնցումներ	5
Մետաբոլիկ/ շնչառական/ անոթային խանգարումներ	տենդ (37,3-38,3)	1
	տենդ (38,4 և բարձր)	2
	հաճախակի հորանջում	1
	փռշտոց (<3-4)	1
	քթի փակվածություն	2
	քթահոսություն	1
	շնչառության հաճախականություն <60/ր	1
	շնչառության հաճախականություն <60/ր կծկումներով	2

Ստամբու-ադիբային խանգարումներ	ծծելու ռեֆլեքսի խանգարում	1
	վատ ուտել	2
	ռեգուրգիտացիա	2
	փսխում	3
	վատ ձևավորված կղանք	2
	չձևավորված կղանք, լուծ	3

L.P. Finnegan, 1986

11.3.7 Հսկողությունը պոստնատալ շրջանում

Հաշվի առնելով կրծքի կաթի առավելությունները՝ կրծքով կերակրումը խրախուսվում է, նույնիսկ եթե մայրը շարունակում է գտնվել մեթադոնային փոխարինող բուժման մեջ: Սա բացատրվում է հետևյալ գործոններով.

- կրծքի կաթի մեջ թափանցած մեթադոնի դեղաչափն այնքան աննշան է, որ չի կարող ծծկեր նորածնի մոտ առաջացնել ֆիզիկական կախվածություն
- կրծքով կերակրումը կարող է ծծկեր նորածնի մոտ նվազեցնել նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի դրսևորման նշանները
- կանայք, ովքեր ստանում են մեթադոնի բարձր դեղաչափեր, պետք է երեխաներին կաթից կտրեն աստիճանաբար՝ զրկանքի համախտանիշից խուսափելու համար:

Կրծքով կերակրումը հակացուցված է, եթե մայրը.

- ՄԻԱՎ դրական է
- հեպատիտ C դրական է
- ունի ակտիվ տուբերկուլյոզ
- շարունակում է գործածել ապօրինի թմրամիջոցներ և բենզոդիազեպիններ [9]:

ԱՅԿ հրահանգ

Հղիության ընթացքում ափիոնաստիպ Նյուլթերից կախվածություն ունեցող կանանց բուժման համար պետք է նշանակել օփիոիդային համազդիչներով փոխարինող բուժում:

ԱՅԿ հրահանգ

Հղիության ընթացքում ափիոնաստիպ Նյուլթերից կախվածություն ունեցող կանանց բուժման համար անհրաժեշտ է նախապատվությունը տալ մեթադոնով, այլ ոչ թե բուպրենորֆինով բուժմանը:

ՄԱՍ 12. ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Համաձայն ՀՀ սահմանադրության 37-րդ հոդվածի, «յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք»: 1996թ. մարտի 4-ին ընդունված ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» հստակեցնում է հիվանդների իրավունքները և հոդված 5-ում («Մարդու իրավունքները բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս») սահմանում է, որ «Բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև «ժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ընտրել բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողին, ստանալ բժշկական օգնություն և սպասարկում» հիգիենայի պահանջներին համապատասխանող պայմաններում, պահանջել բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում (բացի Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից), իրազեկ լինել իր հիվանդության մասին և համաձայնություն տալ բժշկական միջամտության համար, հրաժարվել բժշկական միջամտությունից (բացի սույն օրենքով նախատեսված դեպքերից) և արժանանալ հարգալից վերաբերմունքի՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից»: Ի լրումն, «Թմրամիջոցների և հոգեմետ կյուրթերի մասին» ՀՀ օրենքի 49-րդ հոդվածի 6-րդ կետը սահմանում է, որ «Թմրամոլությամբ հիվանդները բժշկական օգնություն ստանալիս օգտվում են հիվանդի իրավունքներից՝ քաղաքացիների առողջության պահպանման մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությանը համապատասխան»: Մեթադոնային բուժման ծրագրերում ընդգրկված անձինք, մինչև բուժումը սկսելը, բուժական ծառայությունը տրամադրող բուժփիմնարկության հետ պարտադիր կարգով ստորագրում են «Մեթադոնային բուժման համաձայնագիր» (**Հավելված 2**):

2007 թվականի դեկտեմբերի 20-ի ՀՀ կառավարության «Թմրամոլների նկատմամբ բժշկական դիտարկման և նրանց հաշվառման կարգը սահմանելու մասին» որոշման 8-րդ կետի համաձայն՝ «Թմրամոլների հաշվառման վերաբերյալ տեղեկությունները գաղտնի են: Դրանք կարող են տրամադրվել միայն օրենքով նախատեսված դեպքերում: Այդ դեպքերում թմրամոլների վերաբերյալ տեղեկությունները տրամադրվում են միայն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից՝ հարցումը կատարելուց հետո 5-օրյա ժամկետում:

Հավելված 1

Մեթադոնային փոխարինող բուժման առաջնակի զննության թերթիկ

Ամսաթիվ՝ «...» 20...թ.

1. Նախնական զրույց այցելուի հետ

- Հիվանդի անուն ազգանուն
- Բնակության հասցե
- Հեռախոս Բջջային
- Ծննդյան ամսաթիվը « »..... Թ.
- Սեռը արակ. իգակ.
- Ո՞ւմից/Որտեղի՞ց է լսել ՄՓԲ մասին
- Ի՞նչ ակնկալիքներ ունի ՄՓԲ-ից
- Ինչքա՞ն ժամանակ է գործածում ափիոնատիպ Նյութեր ամիս/տարի
- Ե՞րբ է գործածել վերջին անգամ ժամ/օր առաջ
- Բուժվե՞լ է երբևիցե ոչ այո ⇒ կարո՞ղ է էպիկրիզ բերել այո ոչ
⇒ քանի՞ անգամ է բուժվել
- ⇒ որտե՞ղ է բուժվել.....

2. Այցելուին ՄՓԲ նպատակների և ընթացքի հանրամատչելի ներկայացում

- Ներկայացվել են ՄՓԲ նպատակները (բարելավել ֆիզիկական և հոգեկան առողջական վիճակը, բարձրացնել նրա կյանքի որակը...)
- Տեղեկացվել է, որ հիվանդի տվյալները անվերապահորեն պետք է գրանցվեն:
- Տեղեկացվել է, որ մեթադոնային բուժումից բացի կան կախվածության բուժման այլ մեթոդներ:
- Տեղեկացվել է, որ մեթադոնը պետք է ընդունել (*կազմակերպության անվանումը*), որի համար շահառուն ստիպված է լինելու ամեն օր այցելել այս բուժօգնությունը:
- Տեղեկացվել է, որ ՄՓԲ ստացող հիվանդները ժամանակ առ ժամանակ պատահական օրերի պետք է հետազոտվեն հոգեներգործուն նյութերի նկատմամբ:
- Տեղեկացվել է, որ ՄՓԲ ստացող հիվանդները պետք է հետևեն ծրագրի ներքին կարգուկանոնին և պահպանեն հարգանքը բուժանձնակազմի և մյուս հիվանդների հանդեպ:

3. Այցելուի՝ ՄՓԲ-ը համապատասխանելիության նախնական գնահատում

Այցելուն ցանկանում է և համաձայն է ընդգրկվելու մեթադոնային այո ոչ փոխարինող բուժում և պատրաստ է տալ գրավոր համաձայնություն:

Ըստ այցելուի տրամադրած տվյալների և (կամ) ներկայացրած այո ոչ փաստաթղթերի, նրա մոտ առկա է կախվածություն ափիոնատիպ Նյութերից:

Ըստ այցելուի տրամադրած տվյալների և (կամ) ներկայացրած այո ոչ փաստաթղթերի, նա փորձել է ինքնուրույն կամ մասնագիտացված նարկոլոգիական բուժման միջոցով ձերբազատվել ապօրինի օպիատային թմրամիջոցներից, որը նրան չի հաջողվում:

Ըստ այցելուի տրամադրած տվյալների և (կամ) ներկայացրած այո ոչ փաստաթղթերի, նրա մոտ ախտորոշված է ՄԻԱՎ կամ ՉԻԱՀ:

Ըստ այցելուի տրամադրած տվյալների և (կամ) ներկայացրած այո ոչ փաստաթղթերի, նրա մոտ ախտորոշված է քրոնիկ ծանր ընթացքով հիվանդություն (նշել ախտորոշումը _____):

4. Այցելուի ընդհանուր սոցիալական վիճակի գնահատում

Ո՞ւմ հետ է ապրում միայնակ

- այցելուն**
- ծնողների հետ
 - միայնակ՝ երեխա(ներ)ի հետ
 - միայն զուգընկերոջ հետ
 - զուգընկերոջ և երեխա(ներ)ի հետ
 - ընկեր(ներ)ի հետ
 - այլ
- Այցելուի բնակարանային պայմանները**
- կայուն կացարան
 - ոչ կայուն կացարան
 - կալանավայր, հիվանդանոց
 - այլ
- Այցելուի զբաղվածությունը**
- կայուն զբաղված
 - աշակերտ կամ ուսանող
 - տնտեսապես ոչ ակտիվ (կենսաթոշակառու, հաշմանդամ)
 - գործազուրկ
 - այլ
- Կրթական մակարդակը**
- Երբևէ չի ավարտել տարրական դպրոցը
 - կրթության տարրական մակարդակ
 - կրթության միջնակարգ մակարդակ
 - կրթական բարձրագույն մակարդակ

5. Այցելուի մոտ գուգակցված վիճակների և հիվանդությունների առկայության հայտնաբերում (ըստ ամսամեզի)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Շաքարային դիաբետ | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Սրտի հիվանդություններ | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Զարկերակային բարձր ճնշում | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Անցյալում՝ ինսուլտ(ներ) | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Թոքերի քրոնիկական հիվանդություն(ներ) | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Որևէ քաղցկեղային հիվանդություն | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Լյարդի որևէ հիվանդություն | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Չեպատիտ A, B, C | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Ստամոքսի/12-մատյա աղու խոցային հիվ. | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Երիկամների որևէ հիվանդություն | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Որևէ ցնցումային հիվանդություն | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Տուբերկուլյոզ | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Ասթմա | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |
| Որևէ հոգեկան շեղում | <input type="checkbox"/> այո | <input type="checkbox"/> ոչ | <input type="checkbox"/> չգիտի |

Ստորագրելով, ես հաստատում եմ, որ իմ կողմից տրամադրված տվյալները և տեղեկությունները ճիշտ են և համապատասխանում են իրականությանը

_____ (այցելուի ստորագրությունը)

Այս մասը լրացվում է միայն բժիշկ-նարկուղու կողմից

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

- Հիվանդին տեղեկացվել է, որ ՄՓԲ նրա համար նպատակահարմար չէ:
- Հիվանդը համապատասխանում է ՄՓԲ ստանալու չափորոշիչներին:
Ամսաթիվը «...»... 20 ...թ.

Բժիշկ-նարկոլոգի անուն ազգանունը

Ստորագրություն

DRAFT

Հավելված 2

Մեթադոնային փոխարինող բուժման համաձայնագիր թիվ

Հիվանդի ԱԱՀ _____

Ծննդյան ամսաթիվը _____

Անձնագրի սերիա _____

ուև կողմից է տրված _____ տրման ամսաթիվը _____

վավեր է մինչև _____

Անձնագրային հասցե _____

Բնակության հասցե _____

Հեռախոս(ներ) _____

Ես՝ _____ ցանկանում եմ ընդունվել ՀՀ

մեթադոնային փոխարինող բուժում ստանալու համար՝ պարտավորվելով բուժման ողջ ընթացքում չխախտել սույն համաձայնագրով ստանձնած պարտականությունները:

Ես գիտակցում և ընդունում եմ, որ ինձ մոտ ախտորոշվել է «Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ կյուրթերի գործածման հետևանքով: Կախվածության համախտանիշ», և այս բուժումը նախատեսում է օգնել ինձ՝ մեղմացնելու ափիոնատիպ կյուրթերի գործածումից առաջացած առողջական խնդիրները և նպաստել ուղեկցող հոգեբանական և սոցիալական դժվարությունների հաղթահարմանը:

Ես հասկանում և ընդունում եմ, որ առաջարկվող բուժական մեթոդը հնարավոր է, որ ինձ օգնի, բայց ես չեմ կարող երաշխավորված լինել, որ նման բուժումը արդյունավետ կլինի հենց իմ դեպքում: Ես ընդունում եմ, որ բուժման արդյունքները կախված են ոչ միայն բուժական միջամտությունից, այլ նաև ինձնից, իմ վարքից և կենսակերպից:

Ես տեղեկացված եմ և հասկանում եմ, որ մեթադոնը դեղ է, որը, հանդիսանալով ափիոնատիպ սինթետիկ թմրամիջոց, հսկվում է Հայաստանի Հանրապետության համապատասխան օրենքներով: Մեթադոնի ապօրինի՝ առանց բժշկի նշանակման գործածումը և ապօրինի շրջանառությունը արգելվում է Հայաստանի Հանրապետության օրենքներով և հանգեցնում է վարչական կամ քրեական պատասխանատվության:

Ես տեղեկացված եմ կախվածության բուժման այլ եղանակների մասին: Ես նաև տեղեկացված եմ և գիտակցում եմ, որ մեթադոնային փոխարինող բուժումը, ինչպես այլ հիվանդությունների բուժումները, ունի իր ցուցումները, հակացուցումները և կողմնակի ազդեցությունները:

Ես հասկանում և ընդունում եմ, որ մեթադոնային փոխարինող բուժումը պահանջում է իմ անձնագրային և անհատական տվյալների գրանցում:

Ես պարտավորվում եմ, իմ բնակության վայրի և/կամ հեռախոսահամարի փոփոխության դեպքում այդ մասին տեղեկացնել ինձ մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բժիշկներին:

Ես տեղեկացված եմ և ընդունում եմ, որ քանի դեռ խորհրդատվական Հանձնաժողովի որոշման համաձայն բժիշկ-նարկոլոգի կողմից չի նշանակվել բուժման և հսկողության այլ ռեժիմ, մեթադոնային փոխարինող բուժումը նախատեսում է ամենօրյա այցելություն և չի նախատեսում հանգստյան ու տոնական օրեր:

Ես պարտավորվում եմ, Հայաստանի Հանրապետությունից մեկնելու կամ այլ պատճառներով մեթադոնային փոխարինող բուժման բաժին մեկից ավելի օրեր չներկայանալու դեպքում, նախօրոք գրավոր տեղեկացնել այդ մասին ինձ մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բժիշկներին:

Ես պարտավորվում եմ բուժման ընթացքում՝

- ընդունել ինձ նշանակված մեթադոնի դեղաչափը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից սահմանված օրերին և ժամերին՝ խստագույնս պահպանելով նրա խորհուրդներն ու հրահանգները.
- բժիշկ-նարկոլոգին տեղեկացնել մեկ այլ բժշկի կողմից կատարված նշանակումների և իմ կողմից ընդունած բոլոր դեղերի մասին, իսկ հնարավորության դեպքում նաև տրամադրել համապատասխան բժշկական փաստաթղթերը և դեղատոմսերը.
- բժիշկ-նարկոլոգի նշանակմամբ, առանց նախապես զգուշացվելու, հանձնել մեզի (մազի, արյան) փորձանմուշ և չփորձել կեղծել կամ հրաժարվել փորձանմուշ հանձնելուց.
- մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բուժանձնակազմի, բուժհաստատության աշխատակիցների և այցելուների նկատմամբ ցուցաբերել հարգալից վերաբերմունք.
- չիրահրել կոնֆլիկտներ, չկատարել բռնարարներ այս բուժհաստատության տարածքում և չսպառնալ մեթադոնային փոխարինող բուժում տրամադրող բուժանձնակազմին, բուժհաստատության աշխատակիցներին և այցելուներին.
- չվնասել բուժհաստատության գույքը.
- չկատարել քրեորեն պատժելի արարքներ:

Ես հասկանում և պարտավորվում եմ, որ որևէ այլ հաստատությունում բուժսպասարկում ստանալիս պետք է բժշկին տեղեկացնեմ իմ մեթադոնային փոխարինող բուժում ստանալու մասին:

Իմ ստորագրությունը սույն համաձայնագրում վկայում է, որ ես պատրաստ եմ կատարել սույն համաձայնագրով իմ ստանձնած բոլոր պարտականությունները:

Ես ընդունում եմ, որ սույն համաձայնագրով իմ կողմից ստանձնած պարտականությունները չկատարելու դեպքում, առանց տեղեկացվելու բժիշկ-նարկոլոգի որոշման արդյունքում իմ մեթադոնային փոխարինող բուժումը կդադարեցվի:

ստորագրություն

« » _____ 20.... թ.

Հավելված 3

Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող հիվանդի նշանակման թերթիկ

Հիվանդի ԱԱՀ

ՄՓԲ գրանցման հ/հ.

ԱՄԻՍԸ ՏԱՐԻՆ 20.....թ.

Օրը	Ժամը	Նշանակված մեթադոնի քանակը				Բժշկի ստորագր.	Հիվանդի ստորագր.	Նշումներ
		... մգ (հաբ)	... մգ (հաբ)	... մգ (հաբ)	Դոզա (մգ)			

Յավելված 4

Մեթադոնային փոխարինող բուժման մեթադոնի տրամադրման ռեժիմի փոփոխության համաձայնագիր թիվ

Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ մեթադոնը հանդիսանում է ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ կյուրերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի №2 ցուցակում (թմրամիջոցներ և հոգեմետ կյուրեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է) ընդգրկված թմրամիջոց, և այն ինձ նշանակվել է ինձ մոտ ախտորոշված «Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ կյուրերի գործածման հետևանքով: Կախվածության համախտանիշ» հիվանդության բուժման նպատակով:

1. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ մեթադոնի միանվագ ընդունման համար ինձ նշանակված դեղաչափի կամ ցանկացած այլ չափով մեթադոնի ընդունումը կարող է այլ անձանց համար մահաբեր լինել կամ նրանց մոտ առաջացնել առողջության ծանր վնասներ:
2. Ես պարտավորվում եմ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակված և տանն ընդունելու համար ինձ տրամադրված մեթադոնը տեղափոխել և պահել այնպես, որ այն, բացի ինձից, որևէ այլ անձի հասանելի չլինի:
3. Ես պարտավորվում եմ յուրաքանչյուր օր (յուրաքանչյուր 24 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ) միանվագ ընդունել բժիշկ-նարկոլոգի կողմից ինձ նշանակված մեթադոնի օրական պահպանողական ողջ դեղաչափը խմելու միջոցով:
4. Ես պարտավորվում եմ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից ինձ նշանակված մեթադոնը չփոխանցել և չվաճառել այլ անձանց: Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ մեթադոնի հյուրասիրությունը կամ իրացումը Հայաստանի Հանրապետության օրենքներով արգելվում են և հանգեցնում են քրեական պատասխանատվության:
5. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ ինձ նշանակված մեթադոնի տրամադրման ռեժիմի փոփոխությունն իմ կլինիկական կայունությամբ պայմանավորված արտոնություն է, այլ ոչ թե՝ իմ նկատմամբ պարտավորության կատարում:
6. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ տանն ընդունելու համար մեթադոնի տրամադրման գործընթացը շարունակվելու է այնքան ժամանակ, որքան կկազմի իմ կլինիկական կայունության, կանոնավոր վարքի և կանոնավոր կենսակերպի տևողությունը:
7. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ տանն ընդունելու համար ինձ տրամադրված մեթադոնի կորստի դեպքում դրա փոխարեն վերստին ինձ մեթադոն չի նշանակվելու: Ես պարտավորվում եմ նաև կորցրած մեթադոնի դեպքի վերաբերյալ հայտնել իրավապահ մարմիններին:
8. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ հաջորդող օրերին տանն ընդունելու համար ինձ նշանակված մեթադոնի առկայության փաստը պարզելու համար կարող եմ ենթարկվել ստուգման: Ես պարտավորվում եմ երբեք չխուսափել ստուգումից:
9. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ տանն ընդունելու համար մեթադոնի տրամադրման գործընթացը կդադարեցվի, եթե ինձ մոտ դրսևորվի կլինիկական անկայունություն, անկանոն վարք և կենսակերպ:
10. Ես գիտակցում և հասկանում եմ, որ տանն ընդունելու համար մեթադոնի տրամադրման գործընթացը կդադարեցվի, եթե մեթադոնային փոխարինող բուժում իրականացնող բուժանձնակազմի հրահանգների, խորհուրդների և սույն համաձայնագրով իմ ստանձնած պարտականությունները չկատարեմ:

Իմ ստորագրությունը սույն համաձայնագրում վկայում է, որ ես պատրաստ եմ կատարել սույն համաձայնագրով իմ ստանձնած բոլոր պարտավորությունները:

Ես ընդունում եմ, որ սույն համաձայնագրով իմ կողմից ստանձնած պարտականությունները չկատարելու դեպքում, առանց տեղեկացվելու բժիշկ-նարկոլոգի որոշման արդյունքում իմ բուժումը կդադարեցվի:

ստորագրություն

« » ____ 20... թ.

DRAFT

Չափելված 5

Մեթադոնի փոխազդեցությունն այլ դեղերի և նյութերի հետ [9,28]

Փոխազդող նյութը կամ դեղը	Փոխազդեցության աստիճանը	Ազդեցությունը	Մեխանիզմը
Ալկոհոլ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> Շնչառության ընճում Սեդատիվ և հեպատոքսիկ ազդեցության պոտենցում 	ԿՆՅ ընկճման պոտենցում
Բարբիտուրատներ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում ԿՆՅ ընկճման պոտենցում 	Բարբիտուրատները լարում են մեթադոնի նյութափոխանակության և ֆերմենտները
Բենզոդիազեպիններ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում 	ԿՆՅ ընկճման պոտենցում
Բուպրոնոֆին	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> Հակազդող ազդեցություն Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում Շնչառության ընկճում 	Օփիոիդային և ընկալիչների մասնակի հակազդիչ է
Դելավիրոլին			
Դեզպիրամին	Կլինիկորեն կարևոր	Դեզպիրամինի մակարդակի բարձրացում	Պարզաբանված չէ
Դիսուլֆիրամ	Խուսափել ալկոհոլ պարունակող մեթադոնի միացությունների հետ զուգորդելուց	Նման զուգորդումը կարող է լինել չափազանց վտանգավոր	Դիսուլֆիրամն ընկճում է ալկոհոլի նյութափոխանակությունը, և ալկոհոլի մետաբոլիտները կուտակվում են արյան մեջ
Թիորիդազին	Կլինիկորեն կարևոր	Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՅ ընկճման պոտենցում
Կարբամազեպին	Կլինիկորեն կարևոր	Նվազեցնում է մեթադոնի կոնցենտրացիան արյան շիճուկում	Նվազեցնում է լարողի ֆերմենտների ակտիվությունը

Կետոկոնազոլ	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը
Մեպրոբամատ	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում և սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՅ ընկճման պոտենցում
Նալոքսոն	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի ազդեցության պաշարում (կարճատև ազդեցությամբ)	Մրցակցային հակազդիչ
Նալտրեքսոն	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի ազդեցության պաշարում (կարճատև ազդեցությամբ)	Մրցակցային հակազդիչ
Նևիրապին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	Արագանում է մեթադոնի մետաբոլիզմը
Նիֆեդիպին	Ցույց է տրված միայն in vivo	Նիֆեդիպինի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Մեթադոնն արագանում է նեֆիդիպինի մետաբոլիզմը
Պենտազոցին		Շնչառության ընկճում և սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	Օփիոիդային և ընկալիչների մասնակի հակազդիչ է
Պրոպանոլոլ	Դիտվել է միայն կենդանիների մոտ	Բարձրացնում է մահացությունը մեթադոնի հետ համակցման դեպքում:	
Ռիֆաբուտին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	
Ռիֆամպիցին	Շատ կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	Ակտիվանում են լյարցի ֆերմենտները
Սլավուդին	Կլինիկորեն կարևոր		
Ցիզապրիդ Դոմպերիդոն Մետոկլոպրամիդ	տեսականորեն	Արագանում է ազդեցության սկիզբը	Արագանում է մեթադոնի ներծծումը աղիներից
Ցիկլազին և այլ հակահիստամինային դեղեր	Կլինիկորեն կարևոր	Էյֆորիայի զգացողության պոտենցում	Մեծանում է հոգեմետ ազդեցությունը
Ցիմետիդին	Գրանցվել է երկու դեպք	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Ընկճում է լյարդի ֆերմենտները

Ցիպրոֆլոքսացին	Գրանցվել է մեկ դեպք	<ul style="list-style-type: none"> • Շնչառության ընկճում • Սեդացիա • Նալոքսոնի անհրաժեշտություն 	Ընկճում է լարդի ֆերմենտները
Զլորալ հիդրատ	Կլինիկորեն կարևոր	Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Զլորմեթիազոլ	Կլինիկորեն կարևոր	Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Օմեպրազոլ	Դիտվել է միայն կենդանիների մոտ	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում	Հնարավոր է մեթադոնի ադիներից ներծծման գործընթացի վրա ազդեցություն
Ֆենիտոին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	Ակտիվացնում է լարդի ֆերմենտները
Ֆլուոքսետին, սերտրալին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը
Ֆլուվոքսամին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը
Այլ եռցիկլիկ հակադեպրեսանտներ	տեսականորեն	Սեդատիվ ազդեցության դեղաչափ-կախյալ պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Այլ օփիոիդային համազդիչներ	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում, սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
ԿՆՀ ընկճող այլ դեղեր (օրինակ՝ նեյրոլեպտիկներ, հիոսցին)	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում, սեդատիվ ազդեցության բարձրացում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
ՄԱՕ-ի ինհիբիտորներ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> • ԿՆՀ գրգռվածություն • Դելիրիում, ցնցումներ • Հիպոտենզիա • Շնչառության ընկճում 	Պարզաբանված չէ
Մեզը թթվեյնեցնող նյութեր (վիտամին C	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի կոնցենտրացիայի բերումը մեզով
Մեզը հիմնայնեցնող նյութեր (նատրիումի բիկարբոնատ)	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի կոնցենտրացիայի բերումը մեզով

Սերոտոնինի հետադարձ զավթման այլ պաշարիչներ	տեսական րեն	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	հշում է մեթադոնի մետաբոլիզմ ը
--	----------------	---	--

DRAFT

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենք (26.12.2002)
2. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, WHO, 2009
3. Թմրամիջոցների վերաբերյալ ազգային զեկույց, ԱԱԻ, 2014
4. Afghanistan Opium Survey 2013: Summary findings
5. Afghanistan Opium Survey 2014: Cultivation and Production
6. Southeast Asia Opium Survey 2013: Lao PDR, Myanmar
7. World Drug Report 2014
8. «Հայաստանում թմրամիջոցներ ներարկվող մարդկանց աշխարհագրական բաշխվածության, նրանց հետ աշխատող հասարակական կազմակերպությունների մատչելիության և ասեղների ու ներարկիչների ծրագրերի ընդլայնման հնարավորությունների գնահատման հետազոտության զեկույց», Ա. Պոտոսյան, Դ. Դավթյան, Ս. Նազինյան (Երևան, 2013թ.)
9. «Օփիոիդային թմրամոլության մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույց», Ա. Պոտոսյան, Ե. Սահակյան (Երևան, 2006)
10. Building a national drugs observatory: a joint handbook, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010
11. European Drug Report 2014, EMCDDA
12. Drug situation summary. Country overview: Georgia, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
13. <http://www.interfax.ru/russia/438169>
14. ՀՀ օրենքը թմրամիջոցների եվ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին
15. Հոգեներգործուն նյութերի գործածման և դրանցից կախվածության նեյրոգիտությունը, ԱՀԿ 2004
16. Oral Methadone Dosing for Chronic Pain, A Practitioner's Guide, Stewart B. Leavitt, MA, PhD, March 12, 2008
17. Mechanisms of Tolerance and Dependence, Editor: Charles Wm. Sharp. Ph.D., NIDA Research Monograph 54 1984
18. Механизмы клеточной толерантности к опиатам и опиоидам, Головки А.И. и другие, Наркология N1-2003 ст. 15-21
19. Regulation of opioid receptor signalling: Implications for the development of analgesic tolerance
Karim Nagi and Graciela Pineyro, Canada
20. The role of mu opioid receptor desensitization and endocytosis in morphine tolerance and dependence, Lene Martini and Jennifer L Whistler, Current Opinion in Neurobiology 2007 pg. 556-564
21. Участие нейромедиаторных систем в развитии абстинентного синдрома при

- опиатной наркомании Головки А.И. и другие, Наркология N11-2004 ст. 13-24
22. The Neurobiology of Opioid Dependence: Implications for Treatment, Thomas R. Kosten and Tony P. George, Science & practice perspectives 2002, pg 13-21
 23. Հիվանդությունների 10-րդ վերանայման դասակարգիչ
 24. Նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները
 25. Մեթադոնային փոխարինող բուժումը: Առանձնահատկությունները ՀՀ ԱՆ քրեակատարողական հիմնարկներում, Հ. Հարությունյան, 2014թ.
 26. WHO/UNODC/UNAIDS position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004
 27. Reproduced from Queensland Health, (2008). Queensland Opioid Treatment Program Clinical Guidelines, (p.27)
 28. Tasmanian Opioid Pharmacotherapy Program, Policy and Clinical Practice Standards, Adrian Reynolds and others, 2012
 29. Queensland Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines 2012,
 30. Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence, 2003, Sue Henry-Edwards and others
 31. New South Wales Opioid Treatment Program, Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence, 2006, Anne Lawrance
 32. Pharmacogenomic study of opioid addicts in methadone treatment, Francina Fonseca Casals, 2010
 33. Policy Guide Methadone Maintenance Treatment (2013)
 34. Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues, Herman Joseph and others, The mount sinai journal of medicine Vol. 67 Nos. 5 & 6 October/November 2000
 35. WHO himnakan dexeri cucaki hxumy
 36. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2014 год, INCB
 37. В.Д.Менделевич Опиоидная заместительная терапия: аргументы и факты, 2011
 38. Пособие для всех, кто применяет метадон в своей практике, Э. Престон и другие, 1996
 39. Mahvan linqery
 40. College of Physicians and Surgeons of British Columbia Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline, July 2014
 41. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. 2007
 42. Alberta Methadone Maintenance Treatment standards and guidelines for dependence 2014
 43. Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов, UNODC 2013
 44. Best Practices Methadone Maintenance Treatment, Office of Canada's Drug

Strategy Health Canada

45. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ. Лечение ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков
46. S. Bauer and others, "Mortality in opioid-maintained patients after release from an addiction clinic", *European Addiction Research*, vol. 14, No. 2 (2008), pp. 82-91.
47. S. M. Bird and J. R. Robertson, "Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: presence of heroin, methadone,
P. Dietze and others, "When is a little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 84, No. 3 (2006), pp. 223-230.

DRAFT