

Лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у дорослих і підлітків*

ВСТУП

Дослідженнями за методологією доказової медицини встановлено, що розлади психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин є хронічним, рецидивуючим захворюванням, яке вимагає ефективного лікування з необхідністю довгострокової підтримки. Ця програмна декларація відображує згадані наукові дані і нові національні керівні принципи щодо лікування розладів психіки і поведінки внаслідок вживання опіоїдів і призначена для того, щоб позбавлені волі люди з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин отримували допомогу за принципами доказової медицини відповідно до національних стандартів.

Ця програмна декларація в першу чергу стосується розладів психіки і поведінки внаслідок вживання алкоголю, бензодіазепінів і опіоїдів через високі показники смертності від передозування і стану відміни. Але принципи виявлення, обстеження, лікування за принципами доказової медицини, а також координування медичної допомоги перед звільненням з-під варти, застосовуються до всіх розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Не дивлячись на те, що варіанти фармакотерапії відрізняються в залежності від типу речовини, що вживається, загальні принципи є схожими.

Ефективне лікування розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, в тому числі фармакотерапія (згадувана тут як медикаментозна підтримувальна терапія залежності [МПТЗ]), особливо в поєднанні з науково обґрунтованою поведінковою терапією, поліпшує наслідки для соматичного і психічного здоров'я та зменшує рецидиви і повторні злочини¹ (Amato et al., 2005; Bird, Fischbacher, Graham, & Fraser, 2015; Egli, Pina, Skovbo Christensen, Aebi, & Killias, 2011). Медична допомога при розладах психіки і поведінки внаслідок вживання опіоїдів удосконалюється таким чином, що МПТЗ і лікування стану відміни схваленими медичними препаратами (за наявності показань) додано до Національного медичного стандарту (Amato et al., 2005; Kampman & Jarvis, 2015). На жаль, у багатьох в'язницях і інших місцях позбавлення волі МПТЗ не використовують або проводять тільки в окремих випадках.

Стан відміни опіоїдів під час вагітності може призвести до викидня, передчасних пологів, мертвонародження і інших несприятливих наслідків. Тому відміни опіоїдів, в тому числі і за допомогою медикаментозної детоксикації, слід уникати шляхом використання МПТЗ. Заклади позбавлення волі мають забезпечити вагітним жінкам продовження МПТЗ або призначення МПТЗ з метою запобігання стану відміни.

Відомо, що в виправних установах стаються випадки вживання наркотиків. Наслідки вживання наркотиків у в'язницях і інших місцях позбавлення волі можуть включати

смерть від передозувань, пов'язаних з наркотиками, самогубства, збільшення злочинної діяльності, пов'язаної з вживанням і розповсюдженням наркотиків, заходи дисциплінарного впливу, самоушкодження і поширення інфекцій, що передаються через кров шляхом спільного використання ін'єкційних голок. Доведено, що ефективне лікування розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, в тому числі довгострокова МПТЗ, зменшують ці проблеми в виправних установах.

Особи, звільнені з в'язниці без призначення МПТЗ, мають більш ніж в 10 разів вищий ризик смерті від передозування в перші 2 тижні після звільнення у порівнянні із загальною популяцією (Binswanger et al., 2007; Merrall et al., 2010). МПТЗ значно зменшує смертність від передозувань у звільнених з місць позбавлення волі (Bird et al., 2015; Gisev et al., 2015). У той час як лікування як метадоном, так і бупренорфіном, створює певний ризик витоку препарату у в'язницях та інших місцях позбавлення волі, деякі дані свідчать про те, що загальні показники вживання нелегальних наркотиків зменшуються після впровадження МПТЗ (Larney et al., 2014).

Хоча фармакологічні методи лікування відіграють важливу роль в лікуванні людей з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, найбільший успіх спостерігається у випадках, коли психосоціальні втручання поєднуються з фармакологічними методами лікування в рамках комплексного плану допомоги. Свою ефективність довели поведінкова терапія (наприклад, застосування нагороди), когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання, а також інші типи індивідуальних, групових і сімейних психотерапевтичних втручань. Лікування включає багато видів додаткових психосоціальних втручань в різних умовах. підходи взаємодопомоги і самодопомоги в громаді, такі як групи «Анонімні алкоголіки», «Анонімні Наркомани» та інші, які є потенційно важливим доповненням, але не є заміною для заснованих на доказовій медицині фармакологічних і поведінкових методів лікування розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

Особи з опіоїдною залежністю, які потрапляють до виправних установ, мають високий ризик розвитку у них синдрому відміни опіоїдів (СВО). Недостатнє лікування СВО може зумовити страждання; переривання життєво важливої медичної допомоги, такої як лікування ВІЛ-інфекції; загострення маскованих симптомів інших загрозливих для життя захворювань; а в деяких випадках - смерть.

Адміністрація з контролю за наркотиками США (DEA) вважає, що є незаконним для лікаря при лікуванні опіоїдної залежності видавати рецепт на будь-який опіоїд (включаючи метадон), за винятком бупренорфіну. Лікування опіоїдної залежності метадоном може проводитися тільки в ліцензованих програмах. Таким чином, важливо, щоб виправні заклади визначилися, як вони продовжуватимуть або починатимуть МПТЗ для в'язнів-пацієнтів - чи то у співробітництві з існуючою ліцензованою лікувальною програмою, або шляхом отримання ліцензії для медичної служби закладу, або залучаючи послуги лікаря, який має ліцензію для призначення бупренорфіну.

Клофелін - це антигіпертензивний препарат, який застосовується для лікування нетяжких СВО. Проте він не є показаний під час вагітності або для пацієнтів з тяжкою блювотою, діареєю і прогресуючим зневодненням організму, коли гіпотонія може бути смертельною.

Особи з залежністю від алкоголю і седативних препаратів, які потрапляють до виправної установи, мають високий ризик розвитку синдрому відміни алкоголю (СВА) і схожого синдрому відміни седативних речовин. Якщо такий стан не діагностується і

не призначається адекватне лікування, він може прогресувати до деліріозного розладу і смерті. СВА, поширений серед осіб, які перебувають в пересильних тюрмах чи ізоляторах тимчасового утримання, часто починається у ув'язнених протягом перших 24 годин після останнього прийому ними алкоголю. Це ускладнює надання медичної і психіатричної допомоги. Важливо відзначити, що стан відміни може приводити до суїцидальних дій, які є вагомою причиною смерті у виправних закладах і яким можна запобігти.

Американське Товариство Адиктивної Медицини опублікувало **Національні практичні рекомендації з використання лікарських засобів в лікуванні опіоїдної залежності**. Рекомендації затверджують національний Стандарт лікування. Надавачі послуг у виправних установах повинні дотримуватися цих рекомендацій при лікуванні людей з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Ефективне лікування людей з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин є ключовим фактором для припинення епідемії зловживання наркотиками в країні, зокрема, розладів психіки і поведінки внаслідок вживання опіоїдів, і переривання циклу рецидивної злочинності в результаті цього основного захворювання.

ПРОГРАМНА ДЕКЛАРАЦІЯ

Національна комісія з питань охорони здоров'я у виправних установах (НКОЗБУ) виступає за викладені нижче принципи допомоги дорослим і підліткам з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин в виправних установах; ці принципи посилюють і розширюють принципи, сформульовані в стандартах НКОЗБУ для служб охорони здоров'я. Деякі положення цієї програмної декларації мають в основному медичну спрямованість: скринінг та виявлення, продовження або початок МПТЗ в місцях позбавлення волі, моніторинг і детоксикація відповідно до національних медичних стандартів (в разі необхідності), координування початку лікування і догляду перед звільненням з виправного закладу та забезпечення поєднання програм фармакологічного лікування з різними немедикаментозними втручаннями.

Скринінг, обстеження та координування допомоги ув'язненим після їх прибуття до місць позбавлення волі

1. Всі ув'язнені мають пройти скринінг на наявність факторів ризику і симптомів відміни після прибуття до місця позбавлення волі. Слід використовувати валідні інструменти скринінгу стану відміни алкоголю, бензодіазепінів і опіоїдів; вони доступні з різних джерел (наприклад, Національний інститут досліджень зловживання наркотиками (NIDA); див також стандарт НКОЗБУ E-02 «Проведення скринінгу»).

2. Всі ув'язнені з позитивними результатами скринінгу мають пройти медичне обстеження, яке включає наступне:

а. Оцінка вживання психоактивних речовин на час обстеження, включаючи участь в програмах лікування, наприклад, програми терапії опіоїдами (ПТО), лікування бупренорфіном на базі первинної медичної ланки, або лікування алкоголізму.

б. Тест на вагітність, як мінімум, для всіх жінок, які повідомили про вживання ними опіоїдів, і, відповідно, виявлення вживання опіоїдів в анамнезі всіх вагітних ув'язнених. Заклади мають дотримуватися національних стандартів медичної

допомоги в забезпеченні належної МПТЗ (метадон або бупренорфін), а не проводити детоксикацію вагітним жінкам з опіоїдної залежністю.

с. Обстеження на коморбідні розлади і призначення ліків (з зазначенням доз), в тому числі тих, які використовуються для лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, наприклад, налтрексон, акампросат, метадон та бупренорфін.

d. Оцінка ступеню тяжкості стану відміни з використанням валідних, стандартизованих інструментів, таких як: Шкала тяжкості стану відміни алкоголю Клінічного інституту Фонду досліджень залежності (CIWA-Ar), Шкала тяжкості стану відміни бензодіазепінів Клінічного інституту Фонду досліджень залежності (CIWA-B) і Клінічна шкала стану відміни опіоїдів (COWS).

Медикаментозна підтримувальна терапія залежності (МПТЗ)

3. Продовження терапії призначеними раніше препаратами для лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: Продовження лікування агоністами опіоїдів усуває соматичні і психологічні симптоми залежності і зменшує ризик стану відміни опіоїдів, невдалих спроб відновити лікування і рецидиву у разі несподіваного звільнення ув'язнених. Як і при багатьох хронічних захворюваннях, важливе значення має стабільність терапії і стану здоров'я. Продовження підтримувальної терапії й інших втручань при лікуванні розладів внаслідок вживання психоактивних речовин в умовах ув'язнення терміном менше 6 місяців виявилось позитивним для пацієнта за даними досліджень доказової медицини на основі рандомізованих контрольованих досліджень (Rich et al., 2015). Щодо більш довгострокових програм (коли термін ув'язнення більш ніж 6 місяців) доказів менше, тому план лікування, в тому числі рішення про продовження МПТЗ, слід оцінювати для кожного окремого випадку. МПТЗ має потенціал для зменшення вживання заборонених опіоїдів всередині виправних установ, що може бути позитивним фактором і для ув'язнених, і для закладу.

4. Ув'язненим, які не отримували МПТЗ перед прибуттям до місць позбавлення волі, або яким МПТЗ скасовано в виправних закладах (що не є кращим), має бути запропонована МПТЗ перед звільненням у випадках, коли може бути забезпечена безперервність лікування (Kamran & Jarvis, 2015). Застосування метадону або бупренорфіну запобігає розвитку стану відміни і покращує залучення до лікування після звільнення (Rich et al., 2015). Деякі заклади можуть віддавати перевагу припиненню МПТЗ, якщо очікуваний термін ув'язнення перевищує 6 місяців. У таких випадках лікування агоністами опіоїдів слід починати за 30 днів до звільнення, щоб запобігти смерті від передозування і покращити залучення до лікування. Використання налтрексону (антагоніст опіоїдів) вимагає повної детоксикації до початку лікування.

5. Для забезпечення безперервності лікування перед звільненням ув'язненого з місць позбавлення волі дуже важливо забезпечити належне планування початку ПТО в громаді і можливість отримання бупренорфіну за рецептом. За відсутності ПТО у громад, ув'язнені перед звільненням мають проходити медикаментозну детоксикацію.

6. Виправні заклади повинні мати кілька варіантів організації лікування ув'язнених бупренорфіном або метадоном, в тому числі і під час вагітності. Ці варіанти відрізняються необхідними рівнями планування і ліцензування.

а. Транспортування ув'язнених до місцевих ПТО в громаді або до лікарні (це іноді використовується для вагітних). ПТО можуть отримати спеціальні дозволи для забезпечення певної кількості препарату для прийому ув'язненим під наглядом персоналу місця позбавлення волі, щоб мінімізувати кількість перевезень.

б. Співробітництво з місцевими ПТО в громаді для проведення лікування ув'язненого у виправному закладі. В цьому випадку МПТЗ здійснюється за ліцензією місцевої ПТО в громаді.

с. Отримання ліцензії на призначення бупренорфіну лікарями виправного закладу. Ця ліцензія дозволяє використання бупренорфіну для МПТЗ, а також для медикаментозної детоксикації.

д. Отримання ліцензії на ПТО для закладу. Це дозволяє використовувати метадон і бупренорфін для лікування і для детоксикації. (Примітка: НКОЗВУ акредитує виправні заклади для ПТО).

е. Отримати ліцензію для медичного відділу виправної установи як закладу охорони здоров'я від адміністрації штату і Адміністрації з контролю за наркотиками США (DEA). Це дає установі такі ж можливості, як і лікарні, для використання метадону або бупренорфіну під час вагітності або для лікування інших захворювань, наприклад, ВІЛ-інфекції, психічних захворювань.

7. Важливо враховувати потреби вагітних жінок з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин - у відповідності до національного стандарту послуг² щодо надання саме МПТЗ, а не детоксикації вагітним жінкам з опіоїдною залежністю. Лікування має проводитися клініцистами з досвідом роботи в цій галузі. Початок МПТЗ може вимагати госпіталізації ув'язненого. Інші препарати групи опіоїдів, такі як ацетамінофен з кодеїном, гідрокодон або оксикодон, не мають замінятися препаратами МПТЗ через ризик для матері і плоду.³

Психосоціальні втручання

8. Виправні заклади мають забезпечувати немедикаментозні втручання в рамках комплексного плану лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

Медикаментозна детоксикація за показаннями

9. Ув'язненим з клінічно очевидним станом відміни алкоголю, опіатів чи інших ПАР слід надавати допомогу з використанням лікарських засобів, ефективність яких доведена дослідженнями доказової медицини, включаючи агоністи опіоїдів для важкого стану відміни.

10. Ув'язнені мають проходити обстеження і відповідне лікування супутніх розладів соматичного і психічного здоров'я, в тому числі супутніх психічних розладів, у кваліфікованих фахівців в галузі охорони здоров'я, навчених і досвідчених в лікуванні коморбідних розладів.

11. Якщо пацієнт в місцях позбавлення волі отримує фармакотерапію розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, застосовується перенаправлення і координування ресурсів громади для продовження (після звільнення) лікування цих розладів, а також психічних захворювань.

12. Для осіб, у яких при скринінгу отримано позитивні результати щодо вживання психоактивних речовин, і які ще не брали участь в програмах лікування в громаді, перед їх звільненням необхідно вирішити питання щодо перенаправлення і координування ресурсів громади для лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин і психічних захворювань.

13. Виправні заклади мають забезпечити наявність налоксону (Narcan®) і персоналу, навченого його застосовувати при виникненні передозувань. Можна було б розглянути питання про забезпечення ув'язнених дозою налоксону при звільненні за наявності високого ризику передозування.

14. НКОЗВУ підтримує високоякісні дослідження щодо щонайкращих методів лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин в виправних закладах. Хоча в наявності є велика база доказів на користь такого лікування, існує нагальна потреба в проведенні досліджень, щоб визначити кращі практики для забезпечення лікування в виправних установах різних типів. Такі дослідження необхідні для того, щоб визначити оптимальний вид лікування, інтенсивність, розподіл в часі та координування заходів, необхідних після звільнення від покарання представникам різних популяцій (наприклад, підлітки, особи з хронічними психічними захворюваннями, а також особи з різними типами розладів внаслідок вживання психоактивних речовин). Дослідження мають також вивчити проблеми, пов'язані зі стратифікацією ризику, а також питання складу і підготовки команд спеціалістів для надання допомоги при розладах внаслідок вживання психоактивних речовин.

Затверджено Радою директорів Національної комісії з питань охорони здоров'я у виправних установах

23 жовтня 2016

ПРИМІТКИ

1. Більш докладну інформацію про МПТЗ можна отримати на сайті Адміністрації служб для розладів внаслідок вживання психоактивних речовин і психічних захворювань на <http://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment>.

2. Сучасні методичні рекомендації медичного спрямування є доступними з таких джерел:

Національний центр з проблем зловживання психоактивними речовинами і соціального захисту дітей. Лікування опіоїдної залежності у вагітних. <https://www.ncsacw.samhsa.gov/resources/resources-mat.aspx>

Американський коледж акушерів і гінекологів. Думка Комітету лікарів, які опікуються здоров'ям жінок. Зловживання опіоїдами, хімічна залежність і адикція під час вагітності. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Opioid-Abuse-Dependence-and-Addiction-in-Pregnancy>

3. Згідно із законом, бупренорфін є єдиним агоністом опіоїдів, який лікарі можуть призначати (за межами ПТО) для лікування опіоїдної залежності у будь-якого пацієнта, включаючи вагітних жінок. В таких випадках закон дозволяє призначати цей препарат на строк до трьох днів, щоб в подальшому перейти до МПТЗ.

ЛІТЕРАТУРА

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329.

Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison—a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356, 157-165.

Bird, S. M., Fischbacher, C. M., Graham, L., & Fraser, A. (2015). Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction*, 110, 1617-1624.

Egli, N., Pina, M., Skovbo Christensen, P., Aebi, M., & Killias, M. (2011). Effects of drug substitution programs on offending among drug-addicts. *Campbell Systematic Reviews*. Retrieved from <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/79>

Gisev, N., Larney, S., Kimber, J., Burns, L., Weatherburn, D., Gibson, A., Degenhardt, L. (2015, June). Determining the impact of opioid substitution therapy upon mortality and recidivism among prisoners: A 22 year data linkage study. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice* (No. 498). Australian Institute of Criminology.

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *Journal of Addiction Medicine*, 9, 358-367.

Larney, S., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Burns, L., Gibson, A., Degenhardt, L. (2014). Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: Retrospective cohort study. *BMJ Open*, 4(4), e004666.

Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105, 1545.

Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: A randomised, open-label trial. *Lancet*, 386(9991), 350.

Примітка перекладача:

Програмні декларації Національної комісії з питань охорони здоров'я у виправних установах (НКОЗВУ) призначені для розширення Стандартів допомоги або висловлення думки експертів НК з важливих питань, які не розглядаються в Стандартах. Поряд зі Стандартами, ці декларації можуть допомогти виправним установам в розробці політики і процедур. Комітет НКОЗВУ з питань політики і Стандартів переглядає програмні декларації щонайменше раз на п'ять років. Програмна декларація припиняє свою дію, якщо вона не підтверджена або не переглянута протягом п'яти років. Програмні декларації підлягають затвердженню Радою директорів НКОЗВУ.