

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ  
ՀՐԱՄԱՆ

---

«25» դեկտեմբեր 2019թ.

No 3902 - Ա

«ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ» ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 6-րդ հոդվածի 1-ին մասի 5-րդ կետը և ղեկավարվելով վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշման հավելվածով հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետերով՝

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ

1. Հաստատել «Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման» կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն հավելվածի:

Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

Հավելված  
Առողջապահության նախարարի  
2019 թվականի դեկտեմբերի 25-ի  
N 3902-Ա հրամանի

**ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

Երևան – 2019

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության «Կախվածությունների բուժման ազգային կենտոն» ՓԲԸ-ի մասնագիտական խմբի կողմից՝ առաջնորդվելով ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող փոխարինող բուժման վերաբերյալ վերջին տարիներին կուտակված համաշխարհային բժշկագիտական փորձով, և հաշվի առնելով մեր հանրապետությունում 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:

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:

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

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	2
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	4
ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐ (ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ)	7
ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ	18
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԱՌԱՋՆԱԿԻ ԶՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ	27
ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ	33
ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՏՈՔՍԻՖԻԿԱՑԻՈՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ	34
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ	37
ՄԵԹԱԴՈՆԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄԸ	39
ԱՓԻՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԳԵՐԴՈՋԱՎՈՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ	66
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՌԱՋՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ	70
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ ԿԱՆԱՆՑ	78
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՅՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ	85
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ/ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1	86
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՅՈՂ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ/ ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2	87
ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹԱԴՈՆԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՌԵԺԻՄԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ/ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3	88
ՄԵԹԱԴՈՆԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՅԼ ԴԵՂԵՐԻ և ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՀԵՏ/ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4	91
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	94

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՄՆ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԷՍԳ	Էլեկտրասրտագրություն
ԿՆՀ	կենտրոնական նյարդային համակարգ
ՀԿ	հասարակական կազմակերպություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՄԴ-10	հիվանդությունների միջազգային 10-րդ վերանայման դասակարգիչ
ՁԻԱՀ	ձեռք բերովի իմունային անբավարարության հիվանդություն
ՄԱԿ	միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄՓԲ	մեթադոնային փոխարինող բուժում
ՌԴ	Ռուսաստանի Դաշնություն
ՓԲԸ	փակ բաժներտիրական ընկերություն
ՔԿՀ	քրեակատարողական հիմնարկ
ՔԿՎ	քրեակատարողական վարչություն
ՔՕ	քրեական օրենսգիրք

# ՄԱՍ 1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

## 1. Կլինիկական ուղեցույցի նպատակները

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման կլինիկական ուղեցույցը նախատեսված է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից տրված լիցենզիայով թմրաբանական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների (անկախ դրանց սեփականության ձևից և ենթակայությունից) և մասնավոր գործունեություն իրականացնող բժիշկների համար [1]:

Սույն ուղեցույցը նախատեսված է հետևյալ մասնագետների և աշխատակիցների համար.

- 1) ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող բժիշկ-թմրաբաններ,
- 2) թմրաբանական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում սոցիալ-հոգեբանական օժանդակության ծառայություններ տրամադրող մասնագետներ (հոգեբաններ, հոգեբույժներ, հոգեթերապևտներ, սոցիալական աշխատողներ),
- 3) թմրաբանական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների ղեկավար կազմի ներկայացուցիչներ:

Ուղեցույցը կարող է օգտակար տեղեկություններ պարունակել նաև հետևյալ անձանց համար.

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

6) թմրամիջոցներ գործածող անձանց հետ առնչվող ոչ կառավարական կազմակերպություններ:

Սույն ուղեցույցի նպատակներն են.

- 1) նպաստել ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող բուժման որակի և արդյունավետության բարձրացմանը,
- 2) նպաստել թմրամիջոցներ գործածող անձանց նկատմամբ իրականացվող քաղաքականության բարելավմանը՝ առաջնորդվելով միջազգային գիտական հիմնավորումներ ունեցող լավագույն փորձով:

Ուղեցույցը ներառում է ոչ միայն ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման, այլ 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:

## **2. Ուղեցույցում առկա հրահանգների ձևակերպման հիմքերը**

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

Յուրաքանչյուր առանցքային կլինիկական հարցին անդրադառնալիս՝ նախօրոք մանրամասնորեն ուսումնասիրվել է տվյալ թեմայի վերաբերյալ համաշխարհային գիտաբժշկական գրականությունը և միջազգային փորձը՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով հատկապես վերջին տասը տարիներին հրապարակված աշխատանքներին:

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 զարգացման տեմպերը, ինչպես նաև թմրամիջոցների հետ կապված իրավիճակի փոփոխությունները՝ սույն ուղեցույցը կարող է առաջիկա տարիներին ենթարկվել վերանայման, փոփոխությունների և լրացումների:

## ՄԱՍ 2. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐ (ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ)

### 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 ազոնիստները<sup>1</sup>, ինչպես նաև օրգանիզմում սինթեզվող միացությունները, որոնք հանդիսանում են օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների ազոնիստներ 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 ազոնիստ-անտազոնիստ պենտազոցինը: Էնդոգեն ափիոնատիպ նյութերի թվին են պատկանում էնդորֆինները և էնկեֆալինները<sup>2</sup>:

Առավել հաճախ կիրառվող ափիոնատիպ նյութերը (մորֆին, հերոին, մեթադոն), ներգործելով գլխավորապես ԿԼՀ օփիոիդային մյու-ընկալիչների վրա, առաջացնում են ցավազրկող ազդեցություն, քնկոտություն և հաղորդում են տրամադրության դրական փոփոխություններ՝ երանության (էյֆորիա) զգացողություն, հուզական հանգստություն<sup>3</sup>: 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

<sup>1</sup> Քնաբեր կակաչից ստացվող նյութերին և դրանց կիսաարհեստական ազոնիստներին (դիացետիլմորֆին, բուպրենորֆին, դեզոմորֆին 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:

<sup>2</sup> Էնդորֆինները («էնդորֆին» անվանումը ձևավորվել է «էնդո»+«մորֆին» բառարմատներից) և էնկեֆալինները էնդոգեն օփիոիդային պեպտիդների խմբեր են, որոնք հանդիսանում են էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի (օփիոիդների) ազոնիստները և հանդիսանում են օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների լիգանդներ: Էնդորֆիններն ու էնկեֆալինները, սինթեզվելով օրգանիզմում և ազդելով ԿԼՀ օփիոիդային ընկալիչների վրա, մասնակցում են անձի մոտիվացիաների, վարքագծի և տրամադրության ձևավորման, ինչպես նաև ցավազգացողության կարգավորման գործընթացներին:

<sup>3</sup> Երբեմն ափիոնատիպ նյութերի առաջին գործածումը կարող է առաջացնել տրամադրության բացասական փոփոխություններ և դիսֆորիա:

տեղում է՝ զիջելով միայն կաննաբինոիդների<sup>4</sup> 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 կախվածություն 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

<sup>4</sup> 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:

փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների, այդ թվում՝ ՄԻԱՎ-ի և վիրուսային հեպատիտների 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. 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 ավալոիդներ, 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 ավալոիդների, 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 պրեկուրսոր<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Պրեկուրսորները քիմիական միացություններ են, որոնք օգտագործվում են որևէ նյութի արտադրության համար՝ մասնակցելով դրա առաջացման համար անհրաժեշտ քիմիական

հանդիսացող քացախաթթվի անհիդրիդի<sup>6</sup> միջոցով քիմիական մշակման արդյունքում: Պարունակում է մինչև 12% հերոին: Օգտագործվում է գերազանցապես ներարկային եղանակով:

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» N<sup>1129</sup>-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) N<sup>1</sup> «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը Հայաստանի Հանրապետության տարածքում արգելվում է» ցուցակում:

Մինևույն 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 ռեթիուրմը, 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» N<sup>1129</sup>-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) N<sup>2</sup> ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

### 3. Մորֆին

---

ռեակցիա(ներ)ին, սակայն չհանդիսանալով հիմնական հումքը: Թմրամիջոցների և հոգեմետ գործոն (հոգեմետ) նյութերի պրեկուրսորների շրջանառությունը վերահսկվում է ինչպես միջազգային կոնվենցիաներով, այնպես էլ ներպետական իրավական ակտերով:

<sup>6</sup> Քիմիական բանաձևը՝ C<sub>4</sub>H<sub>6</sub>O<sub>3</sub>: Քացախաթթվի 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» N<sup>1129</sup>-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) N<sup>4</sup>՝ «պրեկուրսորների, որոնց շրջանառությունը հայաստանի հանրապետությունում սահմանափակ է, և որոնց նկատմամբ սահմանված են հսկման եղանակներ» ցուցակում:

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

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» N<sup>1129</sup>-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի (ցանկի) N<sup>2</sup> ցուցակում («թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է»):

#### **4. 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:

Կողեինն ու կողեինի 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 քանակությու (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» №1129-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:

## **5. 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»):

## 6. Դիացետիլմորֆին (հերոին<sup>7</sup>, դիամորֆին)

Դիացետիլմորֆինի քիմիական բանաձևն է  $C_{21}H_{23}NO_5$ : Հանդիսանում է կիսաարհեստական ափիոնատիպ նյութ և գերազանցում է մորֆինին իր 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 հակահազային<sup>8</sup> և ցավազրկող միջոց, սակայն այս նյութի հզոր թմրամբեր ազդեցությամբ և ծանր կախվածություն 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» N<sup>o</sup>1129-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա

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

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

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

## 7. Դեզոմորֆին

Դեզոմորֆինի քիմիական բանաձևն է՝  $C_{17}H_{21}NO_2$ : Կիսասարհեստական 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 կախվածություն 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 տնայնագործական դեզոմորֆինին հաճախ անվանում են «բենզին», քանի որ դեղատնային կողեին պարունակող դեղերից տնայնագործական պայմաններում դեզոմորֆինի լուծույթի սինթեզման ընթացքում մի շարք այլ նյութերի հետ միասին օգտագործվում է նաև բենզին:

Տնայնագործական 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, անդառնալի 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 արսցեսներ, ֆլեգմոններ, 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 նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում տարածքում արգելվում է» ցուցակում:

## **8. Բուպրենորֆին**

Բուպրենորֆինի 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) բուպրենորֆինը և բուպրենորֆին-նալոքսոն<sup>9</sup> բազմաբաղադրատարր դեղը կիրառվում են նաև որպես ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց տրամադրվող փոխարինող բուժման միջոց՝ նշանակելով ենթալեզվային ընդունման եղանակով:

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

Բուպրենորֆինն 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»):

## **9. Ափիոնատիպ նյութերի ազդեցությունները**

<sup>9</sup> Նալոքսոնը հանդիսանում է օրգանոզմի օփիոիդային ընկալիչների անտանգոնիստ: Բուպրենորֆինի և նալոքսոնի պարունակությամբ բազմաբաղադրատարր դեղի ընդունումը թույլ է տալիս կանխել հիվանդի կողմից այլ ափիոնատիպ նյութերի գործածումը, ինչպես նաև բուպրենորֆինի և նալոքսոնի պարունակությամբ դեղի այլ եղանակով՝ մասնավորապես ներարկային եղանակով ընդունումը՝ պայմանավորված նալոքսոնի՝ օփիոիդային ընկալիչներին անտանգոնիստ լինելու հանգամանքով:

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

***Կենտրոնական նյարդային համակարգ***

- ցավազրկում (անալգեզիա)
- քնաբեր ազդեցություն
- շնչառության ընկճում
- հաճույք և երջանկության, երանության զգացում (էյֆորիա)
- նողկանք և փսխում
- հազի ռեֆլեքսի ընկճում

***Վեգետատիվ նյարդային համակարգ***

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

***Ներզարական (էնդոկրին) համակարգ***

- ֆոլիկուլոթթանիչ 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

***Պարուղ***

- նեոնատալ զրկանքի 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 ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՉ**

#### **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 դասակարգչին<sup>10</sup> համապատասխան» [1]:

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 դրա հետևանքով զարգացող հոգեկան, մարմնական և սոցիալական խնդիրների առաջացմամբ [2]:

#### **2. Օփիոիդային ընկալիչներ**

1976 թվականին առաջին անգամ հրապարակվեցին տեղեկություններ տարբեր տեսակի օփիոիդային ընկալիչների մասին: Հետագա դեղաբանական հետազոտությունների արդյունքում օփիոիդները կապող տեղամասերը դասակարգվեցին երեք տեսակի ընկալիչների՝  $\mu$  («մյու»),  $\delta$  («դելտա») և  $\kappa$  («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 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 [3]:

<sup>10</sup> Հայաստանի Հանրապետությունում ներկայումս գործող դասակարգիչն է ՀՄԴ-10:

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 [3]:

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 պարզևատրման<sup>11</sup> զգացողություն, չնայած որ նման ազդեցությունն այս դեպքում ավելի թույլ է, քան մյու-ընկալիչների համազդիչների դեպքում: Օփիոիդային ընկալիչների երրորդ խումբը՝ կապա-ընկալիչները, պարզևատրման վրա թողնում են հակառակ ազդեցություն [3]:

ԿՆՀ-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 [3]:

Օրգանիզմի երեք խմբերի օփիոիդային ընկալիչների վրա ափիոնատիպ նյութերի ներգործությամբ պայմանավորված հնարավոր կլինիկական ազդեցություններն ընդհանուր առմամբ խմբավորվում են հետևյալ կերպ [4].

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

<sup>11</sup> «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 [3]:

ծ («դելտա»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ցավազրկում</li> <li>✓ դիսֆորիա</li> <li>✓ ցնորքներ</li> </ul>
-------------	--

Warfield and Fausett, 2002

Օրգանիզմի երեք խմբերի օփիոիդային ընկալիչների նկատմամբ ավիոնատիպ նյութերի և օփիոիդային ընկալիչների հակազդիչների (նալոքսոն և նալտրեքսոն) խնամակցությունը և հակազդող ու համազդող ազդեցությունները տարբեր աստիճանի են:

Ստորև ներկայացված աղյուսակում նյութերի ազոնիստական և անտազոնիստական 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»)
<b>ազոնիստներ</b>			
մորֆին	+++	+	
մեթադոն	+++	+	
մեպերիդին	++	+	+
կոդեին	+	+	+
էտորֆին	+++	+++	+++
ֆենտանիլ	+++		
սուֆենտանիլ	+++	+	+
<b>էնդոգեն պեպտիդներ</b>			
մեթ-էնկեֆալին	++		+++
լեյ-էնկեֆալին	++		+++
β-էնդորֆին	+++		+++
α-նեոէնդորֆին	+	+++	+
դինորֆին A	++	+++	
<b>անտազոնիստներ</b>			
նալոքսոն	---	--	-
նալտրեքսոն	---	--	-
<b>ազոնիստ-անտազոնիստներ</b>			
պենտազոցին	-	+	
նալբուֆին	--	++	
բուպրենորֆին	++	--	

Ազդեցությունները՝ (+) ազոնիստ, (-) անտազոնիստ

C. Tirupathi

### 3. Տոլերանտություն

«Տոլերանտություն» եզրը դեղաբանությունում և թմրաբանությունում նշանակում է թմրամիջոցի, հոգեներգործուն նյութի կամ այլ նյութի բազմակի ընդունման արդյունքում դրա նկատմամբ օրգանիզմի ռեակցիայի

(արծագանքի) նվազումը, ինչի արդյունքում նախկին ազդեցությունը ստանալու նպատակով, հարկ է լինում շարունակաբար ավելացնել ընդունվող նյութի չափաբաժինները:

Ափիոնատիպ նյութերի 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 նյութերի կրկնակի գործածմամբ դրանց նկատմամբ զգայուն նեյրոնների և նեյրոնային ուղիների գործունեությունը ենթարկվում է ադապտատիվ փոփոխությունների: Օփիոիդային ընկալիչների համազդիչների երկարատև ներգործությունները նվազեցնում են ընկալիչների հետագա էքսպոզիցիայի զգայնությունը (դեսենսիտիզացիա)՝ առաջացնելով օփիոիդերգիկ հաղորդչականության թուլացում: Դեսենսիտիզացիայի վարքային համարժեքներ կամ դրսևորումներ կարելի է համարել ափիոնատիպ նյութերի զավազրկող, թմրաբեր, էֆորիա 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 [3, 5, 6, 7, 8]:

Մարդկանց և փորձարարական կենդանիների շրջանում ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ արտահայտված տոլերանտություն 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 [3, 5, 6]:

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 [6]:

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 [6]:

#### **4. 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 «լոմկա» (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 նալտրեքսոնի կիրառման դեպքում [3, 9, 10]:

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, ԳԱԿԹ<sup>12</sup>-երգիկ, խոլիներգիկ, էնդոկաննաբինոիդային համակարգերի վրա՝ պահմանավորելով օփիոիդային զրկանքի վիճակին հատկանշական բազմաթիվ ախտանշանների զարգացումը [9]:

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

<b>Ափիոնատիպ նյութերից (օփիոիդային) զրկանքի համախտանիշի ՀՄԴ-10 ախտորոշիչ չափորոշիչները</b>
<p>Ա. Եթե առկա է ստորև նշվածներից որևէ մեկը.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ափիոնատիպ նյութերի երկարատև (մի քանի շաբաթ և ավելի տևողությամբ) գործածմանը հաջորդող դրանց գործածման նվազեցում կամ լիարժեք դադարեցում.</li> <li>2) ափիոնատիպ նյութերի գործածումից որոշ ժամանակ անց ափիոնատիպ նյութերի անտագոնիստի ընդունում:</li> </ol> <p>Բ. Եթե առկա է ստորև նշվածներից առնվազն երեքը, որոնք զարգանում են «A» չափանիշից մի քանի թույլ կամ օր հետո.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) տրամադրության անկում</li> <li>2) նողկանք կամ փսխում</li> <li>3) մկանային ցավեր</li> <li>4) արցունքահոսություն կամ քթահոսություն</li> <li>5) բերրի լայնացում, «սագի մաշկ» և քրտնարտադրություն</li> <li>6) փորլուծություն</li> <li>7) հորանջելու անընդմեջ ցանկություն</li> <li>8) տենդ, դողերոցք</li> <li>9) անքնություն:</li> </ol> <p>Գ. Սոցիալական, աշխատանքային կամ գործունեության այլ կարևոր բնագավառներում «B» չափանիշն առաջ է բերում կլինիկական արտահայտված շեղումներ կամ դիսթրես:</p> <p>Դ. Վերոնշյալ ախտանիշներն ընդհանուր առողջական վիճակից անկախ շեղումներ են և ավելի թեթև չեն, քան մեկ այլ հոգեկան հիվանդության ժամանակ:</p>

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

<sup>12</sup> GABA (gamma-aminobutyric acid ), γ-ամինոկարապաթթու (քիմիական բանաձևը՝ C<sub>4</sub>H<sub>9</sub>O<sub>2</sub>N)

ադրյունքում զարգացող զրկանքի ախտանշանները սովորաբար ավելի մեղմ են լինում [2]:

## **5. Երկարատև գործածման նեյրոկենսաբանական ադապտացիաները**

Էկզոգեն ափիոնատիպ նյութերի քրոնիկական ազդեցությունից առաջացող ադապտացիաները գործարկվում են ուղեղի այն գոտիների միջոցով, որոնք պատասխանատու են պարգևատրումների, ուսուցման և սթրեսին պատասխան տալու գործընթացների ձևավորման համար: Կարևոր շրջաններից են նշածն կորիզը, ծովածին և ուղեղի կեղևը, որոնք բուրն էլ կապված են խորանարդածն 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 նեյրոքիմիական ադապտացիաներ [3]:

## **6. Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության ախտորոշումը**

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 նյութերի յուրահատկություններով, դրանց ազդեցությունների տարբերություններով և այլ հատկանիշներով: Միևնույն ժամանակ, տարբեր խմբերի թմրամիջոցներից և հոգեներգործուն նյութերից կախվածության դեպքում բազմաթիվ ընդհանրություններ կան:

Ստորև ներկայացված են ՀՄԴ-10-ի դասակարգմամբ թմրամիջոցներից և այլ հոգեներգործուն նյութերից կախվածության բնորոշումը (Ա), ինչպես նաև

թմրամիջոցներից և այլ հոգեներգործուն նյութերից կախվածության համախտանիշի ախտորոշիչ չափորոշիչները (Բ) [11]:

Ա. Որևէ թմրամիջոցից կամ այլ հոգեներգործուն նյութից **կախվածության համախտանիշն** անձի մոտ արտահայտվող ֆիզիոլոգիական, վարքագծային և ճանաչողական երևույթների համակցություն է, որոնց դեպքում տվյալ հոգեներգործուն նյութի կամ հոգեներգործուն նյութերի տվյալ խմբի գործածումը պացիենտի արժեհամակարգում զբաղեցնում է գերակա (առաջնային) տեղ:

Բ. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ստորև նշված **առնվազն երեք նշանների միաժամանակյա դրսևորումը խոսում է թմրամիջոցներից կախվածության համախտանիշի առկայության** մասին.

- 1) թմրամիջոց կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութը գործածելու անզուսպ ցանկություն.
- 2) թմրամիջոց կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութը 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) նյութի գործածման դադարեցմանը կամ նվազեցմանը: Կամ էլ՝ նույն խմբի կամ ազդեցությամբ շատ մոտ թմրամիջոցների կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի գործածում՝ զրկանքի համախտանիշը վերացնելու, մեղմելու կամ դրա առաջացումը կանխելու համար: Հարկ է առանձնահատուկ նշել, որ յուրաքանչյուր թմրամիջոցին կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութին (խմբին) հատուկ են իրեն բնորոշ զրկանքի ախտանշանները.
- 4) տոլերանտության բարձրացում, որը բնորոշվում է օգտագործվող թմրամիջոցի կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութի չափաբաժինների շարունակական բարձրացման պահանջով՝ ցանկալի ազդեցությանը հասնելու համար, որը նախկինում հաջողվում էր նույն այդ նյութերի ավելի փոքր չափաբաժինների գործածման դեպքում.
- 5) թմրամիջոցի կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութի 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) նյութի 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 [11]:

### ՀՄԴ-10 գնահատման սանդղակ

#### Հոգեներգործուն նյութերի գործածման ախտանիշների մոդուլ

Պացիենտի գրանցման համարը .....

Պացիենտի 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) Զգում եք, որ այլևս դժվարացել կամ անհնա՞ր է դարձել Ձեր կողմից թմրամիջոցի գործածման նկատմամբ վերահսկում իրականացնելը	այո	ոչ
3) Առաջացե՞լ են Ձեզ մոտ «լոմկայի» երևույթներ որոշ ժամանակ թմրամիջոց չգործածելու դեպքում:	այո	ոչ
4) Գործածե՞լ եք թմրամիջոցներ «լոմկան» վերացնելու կամ մեղմացնելու համար:	այո	ոչ
5) Զգում 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) Զգացե՞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 4. ՊԱՅԻՆՏԻ ԱՌԱՋՆԱԿԻ ԶՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ**

### **1. Ներածություն**

Բուժման ընդունվելու համար պացիենտները կարող են ինչպես ուղղակիորեն դիմել թմրաբանական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ, այնպես էլ միջորդավորված՝ հանրապետության այլ բուժհաստատություններից:

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

Պացիենտի վիճակի գնահատումն ընդհանուր առմամբ ներառում է հետևյալ գործողությունները.

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

### **2. Պացիենտի հետ առաջին կոնտակտը**

Առաջնակի զննություն իրականացնող բժիշկ-թմրաբանի կողմից նախապես պացիենտին ներկայացվում է առաջնակի զննության նպատակները:

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

- 1) նախատեսվող խորհրդատվության և զննության մոտավոր տևողությունը,
- 2) նախատեսվող խորհրդատվության բովանդակությունը,
- 3) անձնական և հիվանդության վերաբերյալ տվյալների գաղտնիության պահպանումը,

4) հիվանդության բուժման գոյություն ունեցող այլընտրանքային տարբերակները:

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

Պացիենտին ներկայացվում է, որ առաջնակի զննության գլխավոր նպատակը թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված առողջական խնդիրների հայտնաբերումն է:

### **3. Տվյալների գաղտնիություն ու խորհրդապահություն**

Անհրաժեշտ է պացիենտին 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 պացիենտը 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 պացիենտի ընտանիքի անդամներին:

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

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

Բացի այդ, առանց բժշկի նշանակման ավիոնատիպ նյութերի գործածման և ապօրինի թմրամիջոցների հետ առնչվող այլ գործողությունների համար ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված են քրեական և վարչական պատիժներ, ինչը հաճախ ստիպում է պացիենտին թաքցնել թմրամիջոցների գործածմամբ պայմանավորված հիվանդությունները, չնայած որ թմրամիջոցներ գործածող անձինք թմրաբանական 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 թմրաբանական բուժման դիմելու ճանապարհին:

#### **4. Պացիենտի վիճակի գնահատում**

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

#### **5. Թմրաբանական անամնեզ**

Թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի վերաբերյալ տեղեկությունների հավաքագրումը ներառում է.

- 1) ներկայում և նախկինում գործածվող թմրամիջոցների և (կամ) հոգեներգործուն այլ նյութերի ցանկը, նաև ալկոհոլի, թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի համակցված գործածման դեպքերն ու հաճախականությունը,
- 2) թմրամիջոցներ և (կամ) հոգեներգործուն այլ նյութեր գործածելու սկզբնական տարիքը,
- 3) յուրաքանչյուր նյութի գործածման եղանակը (ներերակային, միջմկանային, ենթամաշկային, քթի միջոցով ներշնչելով (ինտրանազալ), ծխելու միջոցով), գործածման հաճախականության վերաբերյալ տեղեկությունները,
- 4) թմրամիջոցների և (կամ) հոգեներգործուն նյութերի գործածման կանոնավոր կամ մշտական լինելու վերաբերյալ տեղեկությունները վերջին շրջանում,
- 5) թմրամիջոցների և (կամ) հոգեներգործուն այլ նյութերի գործածման հետևանքով գերդոզավորման դեպքերի քանակը նախկինում,
- 6) գործածվող նյութերի նկատմամբ տոլերանտության և զրկանքի համախտանիշի առկայությունը,
- 7) նախկինում ստացած բժշկական օգնության կամ այլ միջամտության արդյունքը (արդյունքները),

- 8) ռեմիսիաների առկայությունը և դրանց տևողությունը
- 9) թմրամիջոցների և (կամ) հոգեներգործուն այլ նյութերի գործածման հետևանքով առաջացած բարդությունները, ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդությունները,
- 10) պացիենտի վերաբերմունքն ու գնահատականն իր կողմից թմրամիջոցների և (կամ) հոգեներգործուն այլ նյութեր գործածելու փաստի նկատմամբ,
- 11) պացիենտի կողմից թմրամիջոցների և հոգեներգործուն այլ նյութերի գործածմանը նպաստող գործոններն ու դրդապատճառները,
- 12) պացիենտի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն այցելելու դրդապատճառները, նպատակներն ու ակնկալիքները:

## **6. 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, անութային և աճուկային շրջաններին:

Ներարկման հետքերի զննության ընթացքում թմրամիջոցների ներարկային եղանակով գործածման տևողության և հաճախականության վերաբերյալ օգտակար տեղեկություններ կարելի է ստանալ զննելով ներարկման հետքերի վաղեմությունը: 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. Հոգեկան վիճակի գնահատում**

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

- 1) գիտակցությունը (տեղի, ժամանակի, սեփական անձի և իրավիճակի նկատմամբ կողմնորոշումը),
- 2) ընկալման ոլորտը (սենսատոպաթիաներ, պատրանքներ, ցնորքներ),
- 3) հիշողությունը (հիշողության խանգարումներ),

- 4) հուզական ոլորտ (հուզական վիճակի նկարագրություն, հուզականության բարձր կամ ցածր շեմ, տրամադրություն),
- 5) կամային ոլորտը,
- 6) անձի փոփոխությունների առկայությունը (անձի փոփոխության բնույթը՝ արտահայտված գերազանցապես ինտելեկտի խանգարումներով, կամքի, հուզական ոլորտի կամ բնավորության գծերի շեշտվածությամբ):

### **8. Հոգեւոցիալական վիճակի գնահատում**

Պացիենտի հոգեւոցիալական վիճակի գնահատումն առաջնակի զննության ընթացքում իրականացվում է բժիշկ-նարկոլոգի կողմից: Գնահատվում է.

- 1) ինքնասպանության կամ ինքնավնասման փորձեր
- 2) հոգեկան և վարքային խանգարումների նկատմամբ ժառանգական նախատրամադրվածության առկայությունը
- 3) կրթության մակարդակը
- 4) սոցիալական կապերը
- 5) աշխատանքի, փաստաթղթերի առկայությունը
- 6) դատվածությունների քանակը, այդ թվում՝ թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառությամբ պայմանավորված ՀՀ ՔՕ հոդվածներով:

### **9. Կյանքի անամնեզ**

- 1) Տարբեր այլ հիվանդությունների նկատմամբ ժառանգական նախատրամադրվածություն
- 2) Մանկությունը
- 3) Զինձառայությունը
- 4) Ընտանիքը
- 5) Ծնողները
- 6) Երխաները
- 7) Կյանքի ընթացքում կրած այլ հիվանդություններ և բուժման դեպքեր

### **10. Բուժման դիմելու դրդապատճառների բացահայտում**

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

## 11. Սքրինինգային հետազոտություններ

Պացիենտի վիճակի անհատական գնահատման շրջանակներում պացիենտին առաջարկվում է անցնել վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերմանն ուղղված հետևյալ հետազոտությունները.

- 1) ՄԻԱՎ վարակի նկատմամբ հետազոտություն
- 2) վիրուսային հեպատիտ C
- 3) տուբերկուլյոզ
- 4) անհրաժեշտության դեպքում հետազոտություններ այլ վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով:

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

## 11. Լաբորատոր տոքսիկոքիմիական հետազոտություն

Օրգանիզմի կենսամիջավայրի լաբորատոր տոքսիկոքիմիական հետազոտության համար սովորաբար օգտագործվում է պացիենտի մեզր, երբեմն նաև արյունը, մազը կամ եղունգը: Տոքսիկոքիմիական հետազոտության արդյունքը կարող է կարևոր նշանակություն ունենալ պացիենտի վիճակի գնահատման համար: Ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ հետազոտության դրական եզրակացությունը վկայում է, որ պացիենտը 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 պացիենտի կողմից ափիոնատիպ նյութերին զուգահեռ այլ թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի գործածման փաստը հայտնաբերելու համար:

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

## **ՄԱՍ 5. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ**

### 1. Ընդհանուր նկարագրություն

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

- 1) ափիոնատիպ նյութերի գործածման նվազեցում կամ դադարեցում (բացառում),
- 2) ափիոնատիպ նյութերի գործածմամբ պայմանավորված վնասների նվազեցում և կանխարգելում,
- 3) ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն 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 կախվածություն ունեցող անձանց: Այսպիսի դեպքերում թմրաբանական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների նպատակն է ոչ միայն հիվանդի կողմից ապօրինի ափիոնատիպ նյութերի գործածման նվազեցումը կամ դադարեցումը, այլ նաև առողջության, կյանքի որակի և հոգեւոցիալական գործունեության բարելավմանն ուղղված միջոցառումներ իրականացնելը:

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

- 1) առանց թմրամիջոցների դետոքսիֆիկացիոն բուժում,
- 2) ափիոնատիպ նյութերով (օփիոիդներով) կամ օփիոիդային ընկալիչների ազոնիստներով փոխարինող բուժում:

## **ՄԱՍ 6. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԿԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՏՈՔՍԻՖԻԿԱՑԻՈՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

### **1. Ընդհանուր նկարագրություն**

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

Դետոքսիֆիկացիայի ընթացքում դեղորայքային բուժման միջոցով ասիոնատիպ նյութերի գործածումը դադարեցրած հիվանդի մոտ զարգացող զրկանքի վիճակով պայմանավորված ախտանշանները մեղմացվում և վերացվում են: Օփիոիդային զրկանքի բուժման տևողությունը սովորաբար կազմում է 3-10 օր (պայմանավորված նախքան բուժումն սկսելը գործածվող ասիոնատիպ 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 30 օր, որից հետո հիվանդը լավացումով ավարտում է բուժման կուրսը և դուրս գրվում:

«Ատոդչապահության 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, անալեպտիկներ և հոգեխթանիչներ, անալգետիկներ, տրանկվիլիզատորներ, քնաբեր դեղեր, ատիպիկ նեյրոլեպտիկներ, հեպատոպրոտեկտորներ, ասիոնատիպ նյութերի նկատմամբ հիվանդագին հակումը ճնշող դեղեր, վիտամիններ, ամինաթթուներ, նոոտրոպներ,  $\alpha$ -2-ադրենբլոկատորներ, տրամադոլ, օփիոիդային ընկալիչների անտագոնիստներ (նալոքսոն և նալոքսոն), պրոտեազների ինհիբիտորներ: Ամբուլատոր և ստացիոնար պայմաններում բուժում ստացող հիվանդի մոտ զրկանքի համախտանիշի առկայության պարագայում՝ ախտանիշները մեղմելու նպատակով թույլատրվում է նշանակել նաև մեթադոն և բուպրենորֆին [24]:

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]:

## **2. Դետոքսիֆիկացիոն բուժման նպատակները**

- 1) Բուժման մարտավարության մշակում,
- 2) Զրկանքի համախտանիշի բուժում,
- 3) Թունավորման հետևանքով առաջացած հետևանքների բուժում,
- 4) Դեղորայքային բուժման և հոգեթերապևտիկ միջոցարումների համատեղ իրականացում,
- 5) Բուժման արդյունավետության գնահատում,
- 6) Հիվանդի հոգեմարմնական վիճակի կայունացում,
- 7) Պահպանողական բուժում և դիտարկում:

## **3. Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության զրկանքի վարում**

Օփիոիդային զրկանքի դեղորայքային լիարժեք բուժումն էականորեն բարձրացնում է բուժման հաջողության հավանականությունը:

Օփիոիդների զրկանքի համախտանիշի ծանրության աստիճանը կախված է ընդունվող օփիոիդի դեղաչափից ու դեղաբանական հատկություններից, ինչպես նաև նեյրոադապտիվ փոփոխություններից, որոնք տեղի են ունեցել պացիենտի օրգանիզմում: Կիսատրոհման կարճ շրջանով թմրամիջոցները զրկանքի ախտանշաններ են առաջացնում ավելի շուտ, քան կիսատրոհման ավելի երկարատև շրջանով թմրամիջոցները, նաև ավելի վաղ է ի հայտ գալիս ախտանիշների գագաթնակետը և ավելի վաղ են անհետանում ախտանշանները: Առանց բուժման հերոինի կամ մորֆինի զրկանքի համախտանիշի գագաթնակետը սովորաբար ի հայտ է գալիս վերջին դեղաչափի ընդունումից 36-72 ժամ հետո, իսկ ախտանշանների զգալի թուլացումը լինում է 5-7 օր անց: Մեթադոնի կամ երկարատև ազդեցության այլ օփիոիդների զրկանքի համախտանիշը սովորաբար գագաթնակետին է հասնում 4-6 օրը և զգալիորեն թուլանում է 10-12 օրվա ընթացքում: Բուպրենորֆինի զրկանքի համախտանիշը վերջին դեղաչափին ընդունելուց 3-5 օր հետո հասնում է գագաթնակետին, իսկ թեթև ախտանիշները կարող են պահպանվել մի քանի շաբաթ:

Օփիոիդային անտագոնիստները (օրինակ՝ նալտրեքսոնը), եթե նշանակվում են օփիոիդների ակտիվ գործածման փուլում, կարող են արագացնել զրկանքի ախտանշանների դրսևորումը: Այս դեպքում զրկանքի ախտանշաններն ավելի

ծանր են, ի համեմատ առանց նախորեքսոնի ընթացող զրկանքի: Նախորեքսոնով բուժումը կարելի է սկսել կարճաժամկետ ազդեցության օփիոիդների և բուպրենորֆինի ընդունումը դադարեցնելուց մեկ շաբաթ հետո: Մեթադոնի գործածման դեպքում նախորեքսոնով բուժումը սովորաբար սկսվում է ոչ վաղ, քան մեթադոնի ընդունումը դադարեցնելուց 10-14 օր անց:

## ՄԱՍ 7. ՊԱՅԻՆՏԻ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ

### 1. Ընդունելության պայմանները

Ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց ընդունելությունը կամավոր է՝ պացիենտի ցանկությամբ, գրավոր համաձայնությամբ:

- 1) Բուժման համաձայնություն տվող անձը պետք է ունենա համապատասխան իրավագիտակցություն: Հաշվի է առնվում, որ եթե հակառակն ապացուցող հանգամանքները բացակայում են, ապա անձն իրավագիտակից է:
- 2) Պետք է մշակել և կիրառել բուժման վերաբերյալ պացիենտին լիարժեք և համակողմանի տեղեկություններ հաղորդելու եղանակ: Բուժման վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրման արդյունքում պացիենտը հանգամանալիորեն տեղեկացվում է առաջարկվող բուժման նպատակների, հնարավոր տևողության և ակնկալվող արդյունքների, ինչպես նաև բուժման ընթացքում ի հայտ եկող ախտանիշների, սահմանափակումների և դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունների մասին: Այս ամենը հանգամանալիորեն ներկայացվում և քննարկվում է պացիենտի հետ:
- 3) Տեղեկատվության տրամադրումը պետք է լինի պացիենտի համար հասկանալի և մատչելի՝ առանց պացիենտի համար օտար լեզուների կամ օտար եզրույթների կիրառության:
- 4) Մեթադոնային փոխարինող բուժման վերաբերյալ պացիենտին 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:
- 5) Պացիենտին պետք է բացատրել բուժումից հրաժարվելու հնարավոր բացասական հետևանքները:
- 6) Խիստ անհրաժեշտության կամ բացառիկ դեպքերում (օրինակ՝ ծանր հիվանդության կասկած) բժիշկը պացիենտից կարող է պահանջել նաև էպիկրիզ կամ տեղեկանք նախկինում տարած կամ ներկայում ուղեկցող հիվանդության, բարդության բուժման, նշանակված դեղերի, ախտորոշման կամ հետազոտությունների վերաբերյալ:

7) Պացիենտի կողմից բուժման ընդունման համաձայնությունը տրվում է փոխարինող բուժման համաձայնագրի (այսուհետ՝ Համաձայնագիր) միջոցով:

## **2. Փոխարինող բուժում նշանակելու չափորոշիչները**

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) պացիենտի ցանկությունը և գրավոր համաձայնությունը՝ Համաձայնագրի ստորագրմամբ

## **3. Պացիենտի ընդունելության գործընթացը**

Պացիենտի ընդունելությունը (ինչպես նաև՝ բուժման դադարեցումը) կատարվում է բժիշկ-թմրաբանի ախտորոշման վերաբերյալ եզրակացության և պացիենտին ընդունելու վերաբերյալ կայացրած որոշման համաձայն:

## **4. Պացիենտի համաձայնությունը և համաձայնագրի ստորագրումը**

Պացիենտը 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 1**): Համաձայնագրի ստորագրված օրինակներից մեկը տրվում է պացիենտին, իսկ մյուս օրինակը կցվում է պացիենտի ամբուլատոր քարտին: Համաձայնագիրը ստորագրվում է պացիենտի ընդունելության ընթացքում՝ նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը: Համաձայնագիրը ստորագրած և ընդունված պացիենտը սահմանված կարգով հաշվառում է ընդունարանում և դիսպանսերային բաժնում:

## **ՄԱՍ 8. ՄԵԹԱԴՈՆԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄԸ**

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

### **1. Մեթադոնի և այլ ափիոնատիպ նյութերի համարժեք (էկվիվալենտ) դեղաչափերը**

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

Ընդունելությանը նախորդող շրջանում ափիոնատիպ նյութերի 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» ափիոնատիպ նյութերին համարժեք մեթադոնի հաշվարկ իրականացնելը բավականին դժվար է՝ պայմանավորված բազմաթիվ գործոններով, որոնց մասին հանգամանալից ներկայացվել է ստորև:

Ընդունելությանը նախորդող շրջանում ափիոնատիպ նյութերի թե՛ տեսակի և թե՛ օրական չափաբաժնի օբյեկտիվ գնահատումը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից մեծ ջանքեր է պահանջում՝ պայմանավորված այն հանգամանքով, որ գնահատումը հիմնվում է պացիենտի (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» ափիոնատիպ նյութերը գերազանցապես շրջանառվում և գործածվում են այլ՝ սովորաբար թմրաբեր ազդեցություն չունեցող նյութերի հետ խառնուրդներով, ինչի արդյունքում նույնիսկ թմրամիջոց գործածող անձի համար անհայտ է մնում իր կողմից ընդունվող չափաբաժնում ափիոնատիպ նյութի քանակությունը:

Մասնագիտական գործունեության ընթացքում բժիշկ-նարկոլոգներին հաճախ է հանդիպում այնպիսի իրավիճակ, երբ բուժմանը նախորդող շրջանում թմրամիջոցների գործածման վերաբերյալ պացիենտը 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 ափիոնատիպ նյութերի չափաբաժիններով առաջնորդվելով:
- Երբեմն հիվանդները ենթադրում են, որ բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակվող մեթադոնի դեղաչափը որոշվում է իրենց կողմից ընդունվող կոնկրետ ափիոնատիպ նյութի տեսակով (հերոին, ացետիլացված ափիոն, բուպրենորֆին 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 ացետիլացված ափիոն):

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

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

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

**Օրինակ.** բժիշկ-նարկոլոգի հնչեցրած «ի՞նչ թմրամիջոց եք վերջին շրջանում գործածում» հարցին «բուպրենորֆին» պատասխանելու դեպքում, քիչ անց կարելի է հարցնել՝ «ինչպե՞ս էիք գործածում բուպրենորֆինը՝ օրական քանի՞ անգամ և ի՞նչ քանակներով»: Եթե պացիենտը «չի կարողանում հիշել» բուպրենորֆինի հաբերի<sup>13</sup> դեղաչափերը կամ տալիս է անհրական պատասխաններ (օրինակ՝ պատասխանում է, թե յուրաքանչյուր 3-4 ժամվա ընթացքում մեկ անգամ ներարկվել է<sup>14</sup>), ապա ամենայն հավանականությամբ պացիենտը չի հանդիսանում բուպրենորֆինի 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 նյութեր գործածելու փաստը և նրա մոտ ափիոնատիպ նյութերից կախվածության համախտանիշը բացակայում է<sup>15</sup>, այլ՝ **ընդամենը բժշկին պատկերացում են տալիս, որ պացիենտը 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

<sup>13</sup> Հայաստանում տարածված անօրինական բուպրենորֆինն իրենից ներկայացնում է գերազանցապես գործարանային արտադրության ենթալեզվային կիրառման հաբեր, որը սովորաբար գործածում են ներարկային եղանակով:

<sup>14</sup> Բուպրենորֆինը դանդաղ և երակարտև ազդեցությամբ թմրամիջոց է և նույնիսկ ներարկային եղանակով ընդունելու դեպքում յուրաքանչյուր 3-4 ժամ անց սովորաբար չի պահանջվում վերստին գործածել, ի տարբերություն, օրինակ, «տնայնագործական» դեզոմորֆինի:

<sup>15</sup> Հիվանդի մոտ ափիոնատիպ նյութերից 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:

դեպքերում անհրաժեշտ է պացիենտին բացատրել, որ **մեթադոնի դեղաչափերի ընտրության կարևորագույն կլինիկական հիմնավորումը նրա մոտ տվյալ պահին առկա օբյեկտիվ վիճակն է**, այլ ոչ թե նախկին չափաժինների ցածր կամ բարձր լինելու մասին նկարագրությունները:

Արտահայտվածությամբ, տևողությամբ և կախվածություն ձևավորելու պոտենցիալով համանման ազդեցությունների առումով այլ ափիոնատիպ նյութերի 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 նյութերի դեղաչափերի և նրանց համարժեք մեթադոնի դեղաչափերի վերաբերյալ տվյալներն անհրաժեշտ է պրակտիկայում կիրառել զգուշությամբ՝ հաշվի առնելով նաև աղյուսակում ներկայացված նյութերի ազդեցության տևողության, նյութափոխանության և կիրառման եղանակներից բխող առանձնահատկությունները [21]:

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

## 2. Նախնական փուլ

Մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում հիմնական նպատակներն են.

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

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

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

- բացառել ափիոնատիպ նյութերի (այդ թվում՝ մեթադոնի) ինտոքսիկացիոն ազդեցությունները
- մեղմել և բացառել օփիոիդային զրկանքի համախտանիշը
- պացիենտին տեղեկացնել այլ թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի զուգահեռ կամ համակցված գործածումից բխող վտանգների մասին
- նախնական դեղաչափերը նշանակել զգուշությամբ և ըստ հրահանգների
- պացիենտի 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 պացիենտի բժշկական դիտարկում

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

Միևնույն 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 [15]:

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 [22]:

### **3. Մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակման կարգը**

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

Մեթադոնի նախնական միանվագ ընդունման դեղաչափը պետք է լինի 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: Նեյրոադապտացիայի 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 պացիենտը պետք է գտնվի օփիոիդային զրկանքի վիճակում: Կլինիկորեն ծանր արտահայտված զրկանքի համախտանիշի զարգացումը կանխելու համար անհրաժեշտ է պացիենտին 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 պացիենտի 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 պացիենտի կողմից հաստատվում է տվյալ պացիենտի ստորագրությամբ:

Մեթադոնի նախնական դեղաչափը նշանակվում է ամբուլատոր պայմաններում՝ դեղաչափի ընդունմանը հաջորդող 4 ժամվա (լրացուցիչ դեղաչափի նշանակման դեպքում՝ 8 ժամ) ընթացքում պացիենտի նկատմամբ սահմանելով բժշկական հսկողություն: Հատուկ դեպքերում (հատկապես՝ ծանր սոմատիկ վիճակի առկայության պայմաններում) նախնական դեղաչափի նշանակման գործընթացը և հետագայում դեղաչափերի կարգավորումն իրականացվում է ստացիոնար պայմաններում:

#### **4. Մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափի նշանակում**

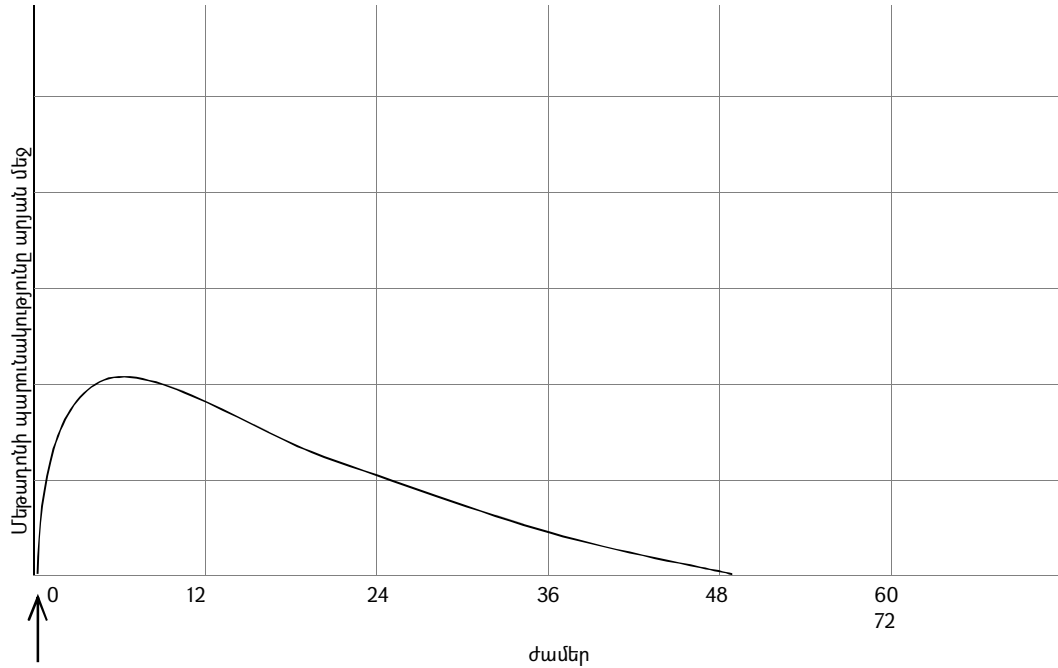
Եթե մեթադոնի նախնական դեղաչափի ընդունումից 4 ժամ անց պացիենտի մոտ շարունակվում է զրկանքի վիճակը, ապա բժիշկ-նարկոլոգի կողմից կարող է նշանակվել ևս 5 միլիգրամ մեթադոն (հատուկ դեպքերում՝ 10 միլիգրամ): Միևնույն ժամանակ, առաջին օրը նշանակվող մեթադոնի նախնական դեղաչափի և լրացուցիչ նշանակված դեղաչափի գումարային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

#### **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 պացիենտին հանգամանալիորեն բացատրել, որ մեթադոնային փոխարինող բուժման նախնական փուլում օրեցօր մեթադոնի ազդեցության կլինիկական դրսևորումներն ուժգնանալու են՝ անգամ մեթադոնի օրական դեղաչափերի փոփոխության չենթարկվելու կամ պացիենտին «աննշան» թվացող բարձրացումների դեպքում՝ պայմանավորված մարդու օրգաններում մեթադոնի դանդաղ կումուլյացիայի և դրա շնորհիվ արյան շիճուկում մեթադոնի խտության 4-5 օր տևող շարունակական բարձրացման: Հետևաբար, պայմանավորված մարդու օրգանիզմում մեթադոնի դեղաբանական յուրահատկությունների հետ, մեթադոնի դեղաչափերի արագ բարձրացումը կարող է հանգեցնել մեթադոնի տոքսիկ ազդեցություններին և առաջացնել գերդոզավորում:

#### **6. Մեթադոնի խտության փոփոխություններն արյան շիճուկում**

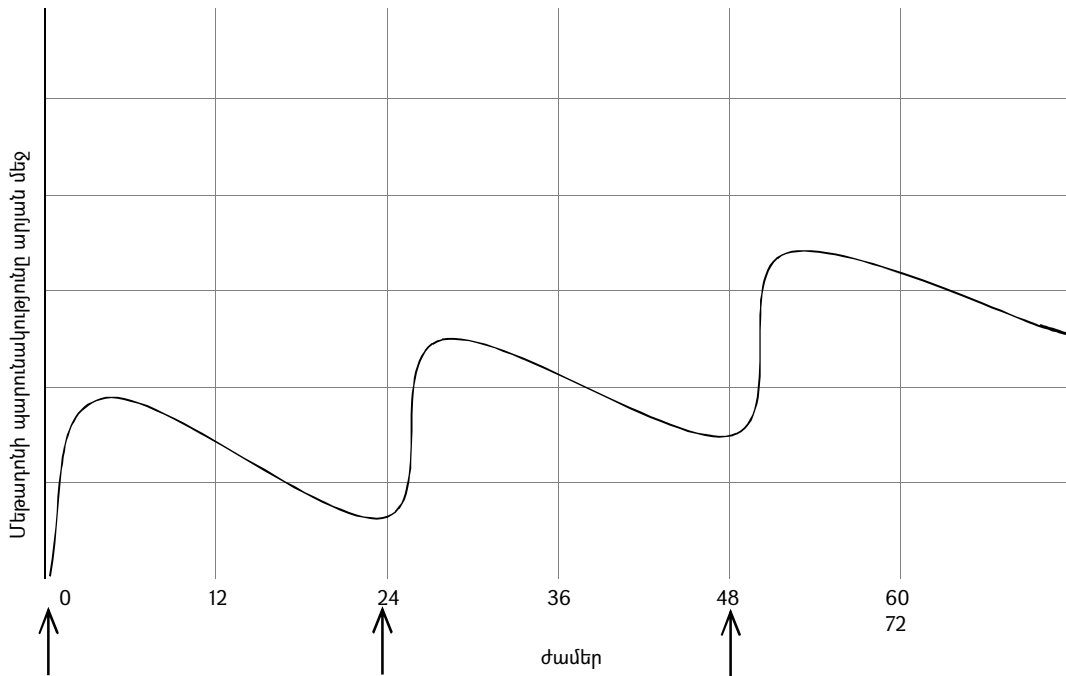
Մեթադոնի միանվագ պերորալ ընդունումից 4 ժամ անց մեթադոնի մակարդակն արյան շիճուկում հասնում է գագաթնակետին, այնուհետև սկսում է աստիճանաբար նվազել: Մեթադոնի միանվագ պերորալ դեղաչափի կիսատրոհման պարբերությունը կազմում է 12-18 ժամ, միջինում՝ 15 ժամ: Մեթադոնի միանվագ ընդունման դեպքում արյան մեջ նրա մակարդակի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



Մեթադոնի միանվագ ընդունում

*Andrew Preston, 1996*

Տարբեր օրգաններում՝ թոքերում, երիկամներում, լյարդում և այլ օրգաններում մեթադոնի կուտույլացիան տեղի է ունենում առավելապես մեթադոնի ամենօրյա ընդունման մինչև երրորդ օրն ընկած ժամանակահատվածում: Ամենօրյա ընդունման երկրորդ օրվանից սկսած, օրգաններում մեթադոնի կուտույլացիայի 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):



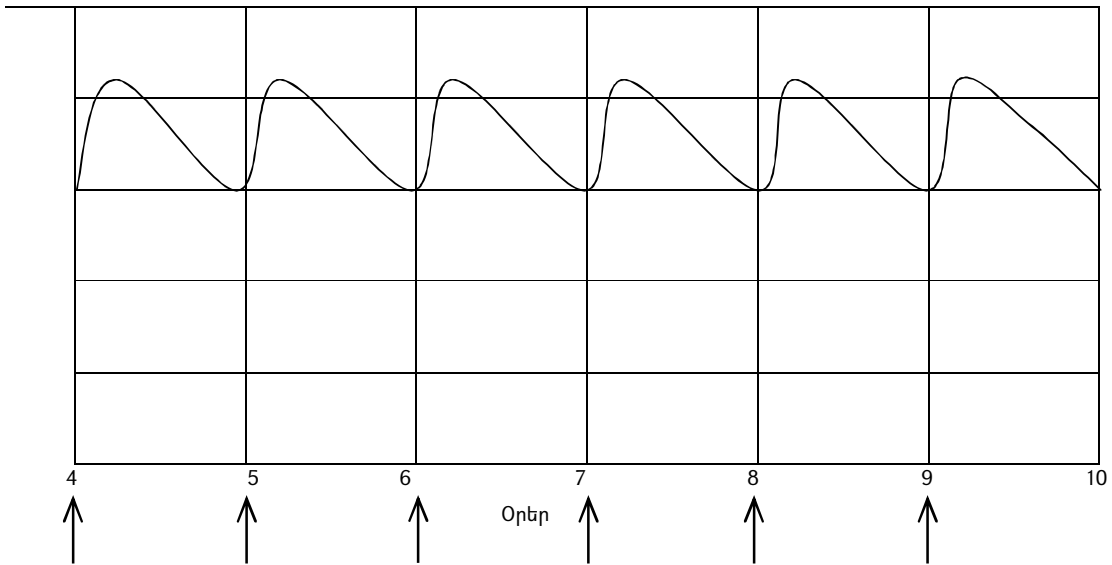
Մեթադոնի առաջին ընդունում

Մեթադոնի երկրորդ ընդունում

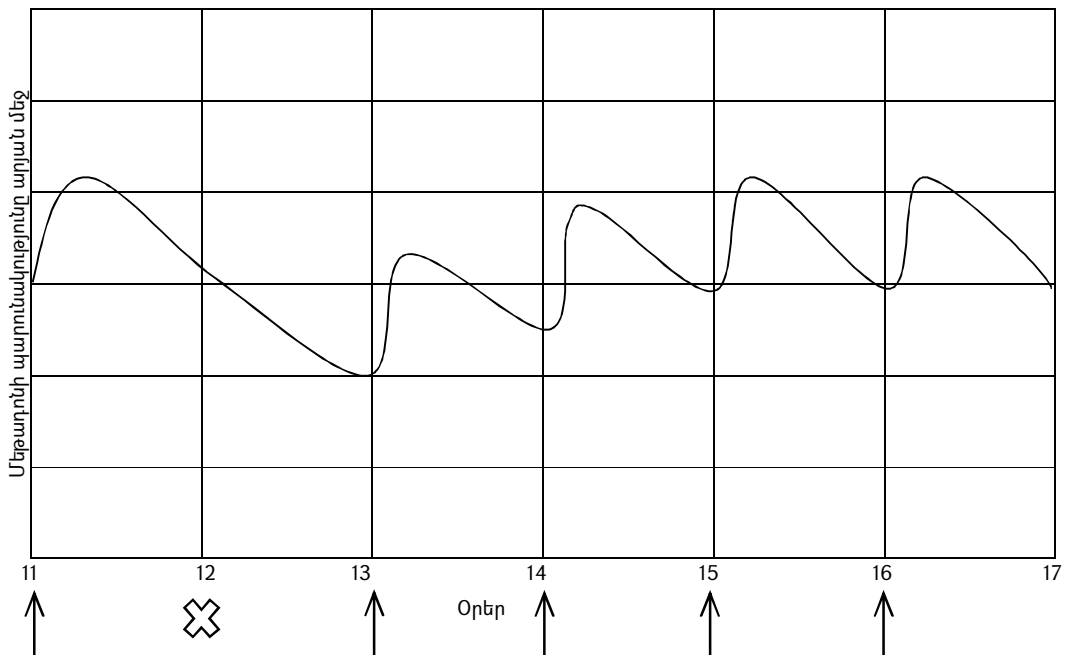
Մեթադոնի երրորդ ընդունում

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:

Թիմար դրում մեջ						
-----------------------	--	--	--	--	--	--



Մեթադոնի ընդունումը մեկ օրով ընդհատումից (ներքևում 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 պացիենտի 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

## 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 պացիենտի գանգատների արդյունքում դեղաչափերի արագ կամ մեծ չափերով բարձացումը և մեթադոնի օրեցօր աճող խտությունն արյան շիճուկում կարող է առաջ բերել մեթադոնի սեդատիվ և տոքսիկ ազդեցությունների դրսևորումներ:

Նախնական փուլում մեթադոնի դեղաչափերի բարձրացման ժամանակ գործում են հետևյալ սահմանափակումները.

- Պացիենտի 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 պացիենտի 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 պացիենտի ամբուլատոր քարտում առանց ուղղումների՝ սկսած պացիենտի ընդունելության պահից:

## **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 պացիենտի սոմատիկ վիճակը, դեղաչափի ընդունումից հետո 4 ժամ պացիենտի 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.

- պացիենտի կողմից այլ թմրամիջոցների և (կամ) հոգենորգործուն 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 կարգավումների 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 պացիենտի 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 պացիենտի 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, պացիենտի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակը.
2-րդ	0+4 (4 ժամ անց)	+5	Անհրաժեշտության դեպքում մեթադոնի լրացուցիչ նշանակում՝ հաշվի առնելով պացիենտի 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 <sup>16</sup> կլինիկական ազդեցությունը, պացիենտի 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, պացիենտի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակը.
<b>7 օրվա ընթացքում մեթադոնի ավելացվող դեղաչափերի գումարային չափը չպետք է գերազանցի 20 միլիգրամը:</b>			

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:

## 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 պացիենտի նկատմամբ ցուցաբերվում է անհատական մոտեցում՝ հիմնվելով նրա օբյեկտիվ վիճակի և կենսականորեն կարևոր ցուցանիշների վրա: Եվ

<sup>16</sup> Վերաբերվում է նախորդ օրվա ընթացքում մեթադոնի կրկնակի անգամ նշանակված դեղաչափերի գումարային չափին:

հավանական է, որ պահպանողական դեղաչափը կարող է արդյունքում կազմել ինչպես 60 միլիգրամից ցածր, այնպես էլ 120 միլիգրամից բարձր:

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՝ պացիենտի 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 պացիենտի ամբուլատոր քարտում: Մնացյալ դեպքերում բժիշկ-նարկոլոգի կողմից պացիենտի 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 տոքսիկոքիմիական հետազոտությունը բժիշկ-նարկոլոգի կողմից նշանակվում է հետևյալ հարցերը պարզելու համար.

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

Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող պացիենտի՝ բժիշկ նարկոլոգի նշանակմամբ լաբորատոր տոքսիկոքիմիական հետազոտության վերաբերյալ եզրակացությունը հանդիսանում է պացիենտին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման բաղկացուցիչ մաս: Տոքսիկոքիմիական 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 պացիենտը պարտադիր տոքսիկոքիմիական հետազոտության է ենթարկվում նվազագույնը մեկ տարվա ընթացքում երկու անգամ: Մեթադոնային փոխարինող բուժման համաձայնագրով իր ստանձնած պարտավորությունների համաձայն՝ պացիենտը պարտավոր է բժիշկ-նարկոլոգի նշանակման և հրահանգի համաձայն ենթարկվել լաբորատոր տոքսիկոքիմիական հետազոտության:

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

Օրգանիզմի բիոմիջավայրում այլ խմբերի (դասերի) թմրամիջոցների և/կամ հոգեներգործուն նյութերի փոխանակության արգասիքների կամ հետքերի առկայության դեպքում պացիենտի 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:

#### **10. Մեթադոնի դեղաչափի նվազեցման չափորոշիչները պահպանողական փուլում**

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

#### **11. Մեթադոնի հերթական դեղաչափերի ընդունումը բաց թողած հիվանդների դեղաչափի կարգավորումները**

Մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրման ընթացքում հաճախ են դեպքերը, երբ պացիենտը 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 համար<sup>17</sup>: Հաջորդ օրվանից սկսած, կարելի է արդեն նշանակել նախկին՝ պահպանողական դեղաչափը:
- Եթե պացիենտը բուժումն ընդհատել է չորս օրով, ապա պահպանողական դեղաչափը նվազեցվում է 50%-ով՝ տոլերանտության

<sup>17</sup> Պացիենտը տարբեր պատճառաբանություններ (օրինակ՝ պնդել, որ այլ ափիոնատիպ նյութ 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:

հավանական նվազման հետևանքով գերդոզավորման վտանգը բացառելու համար: Եթե 50%-ով նվազեցված դեղաչափը պացիենտի մոտ գերդոզավորման որևէ նշան չի առաջացնում, ապա մի քանի օրվա ընթացքում կարելի է վերականգնել նախկին պահպանողական դեղաչափը:

- Եթե պացիենտը բուժումն ընդհատել է հինգ և ավելի օրով, ապա մեթադոնային փոխարինող բուժումը պետք է վերսկսել նախնական փուլից [2,15,16,17,18,23,24,25]:

## **12. Մեթադոնի հերթական դեղաչափի հետաձգումը**

Եթե մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող պացիենտը ներկայացել է բացահայտ ինտոքսիկացիայի վիճակում (հատկապես՝ ալկոհոլի կամ այլ թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի գործածման հետևանքով), ապա մեթադոնի հերթական դեղաչափի ընդունումը պետք է հետաձգել [2,15,17,18,23]:

## **13. Մեթադոնի փսխված դեղաչափի փոխարինումը**

Եթե պացիենտի կողմից մեթադոնի հերթական դեղաչափի ընդունումից հետո նրա մոտ գրանցվում է փսխում 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 փսխման դեպքում նշանակվում է միայն այն դեպքում, եթե մեթադոնի դեղաչափն ընդունելուց առավելագույնը 15 րոպեի ընթացքում է փսխումը տեղի ունեցել: Այս դեպքում լրացուցիչ նշանակվում է ընդունած դեղաչափի կես (1/2) չափով: Եթե պացիենտը փսխել է մեթադոնի ընդունումից ավելի քան 15 րոպե հետո, ապա լրացուցիչ դեղաչափ չի նշանակվում [15]:

## **14. Մեթադոնի դեղաչափերի նպատակային նշանակումը**

Մեթադոնի դեղաչափերի նշանակումը պետք է լինի նպատակային և հիմնված պացիենտի մոտ առկա օբյեկտիվ վիճակի վրա: Անհրաժեշտ է բացառել մեթադոնի լրացուցիչ դեղաչափերի նշանակումը «նվիրատվության» կամ «խրախուսանքի» (օրինակ՝ պացիենտի կողմից դրսևորվող դրական վարքագծի համար) նպատակով: Նաև պետք է բացառել որևէ բացասական

գործողության համար պացիենտի նկատմամբ կիրառել «պատժողական գործողություն»՝ մեթադոնի դեղաչափը նվազեցնելու միջոցով:

### **15. Մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցման փուլ**

Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող պացիենտիների ընդհանուր առողջական և սոցիալական վիճակի կայունացումը հանդիսանում է կլինիկական ցուցանիշ բուժումը մեթադոնի դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ կամավոր դադարեցնելու համար [2,12]: Հետազոտություններն ու կլինիկական փորձը ցույց են տալիս, որ բուժման տևողությունը կարևոր կանխորոշիչ գործոն է հանդիսանում բուժման դադարեցման գործընթացի բարեհաջող ելքի համար [2]:

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 պացիենտի երկկողմանի համաձայնությամբ: Միևնույն ժամանակ, պացիենտին պետք է կրկին անգամ նախազգուշացնել, որ մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցումը հղի է ապօրինի թմրամիջոցների գործածման վերսկսման վտանգով և դրանից բխող բացասական հետևանքներով [12]:

Մեթադոնի դեղաչափերի նվազեցման կարգը պետք է լինի ճկուն: Նվազեցման գործընթացի ժամանակ զրկանքի ախտանշանների կամ պացիենտի 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 [12]:  
 Մեկ այլ մոտեցմամբ՝ մեթադոնի դեղաչափերը կարելի է նվազեցնել հետևյալ սխեմաներով [15,17]:

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 բժշկ-նարկոլոգներին մեթադոնային երկարաժամկետ փոխարինող բուժման ժամանակ բուժման դադարեցման պրակտիկայի ընթացքում կողմնորոշվելու համար [2]:

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

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

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

Հնարավոր է մեթադոնի օրական դեղաչափերի աստիճանական նվազեցման արդյունավետ անհատական այլ սխեմաների մշակում բժշկի և պացիենտի համատեղ որոշման և երկուստեք համաձայնության արդյունքում: Միևնույն 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:

## **16. Մեթադոնային փոխարինող բուժման դադարեցման հիմքերը**

Մեթադոնային փոխարինող բուժումն ավարտելու կամ դադարեցնելու հիմքերն են.

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

Պացիենտի կամքին հակառակ բուժման դադարեցման չափորոշիչներն են՝

- 1) մեթադոնի անկանոն ընդունում և բուժանձնակազմի հետ կոնտակտից հրաժարում
- 2) մեթադոնային փոխարինող բուժման անարդյունավետություն
- 3) բուժանձնակազմի կամ հիվանդների, այցելուների նկատմամբ ագրեսիվ և անհարգալից վարքի դրսևորում, կոնֆլիկտների հրահրում բուժհաստատության տարածքում
- 4) ներհիվանդանոցային կարգուկանոնի կոպիտ խախտում
- 5) բուժանձնակազմի հրահանգներն ու ցուցումները կատարելուց շարունակաբար (բազմակի) խուսափում
- 6) մեթադոնի նկատմամբ անհատական բարձր զգայնության առկայություն
- 7) 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 պացիենտի ամբուլատոր քարտում:

## **17. Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց տրամադրվող մասնագիտական խորհրդատվություններ եվ լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ**

Մեթադոնային փոխարինող բուժման ընդունվող հիվանդներին ընդունելության առաջին կամ երկրորդ օրվա ընթացքում տրամադրվում են հետևյալ միջամտությունները<sup>18</sup>.

- 1) թերապևտի խորհրդատվություն
- 2) նյարդաբանի խորհրդատվություն
- 3) արյան և մեզի ընդհանուր անալիզ
- 4) արյան կենսաքիմիական անալիզ
- 5) սոնոգրաֆիա
- 6) էլեկտրասրտագրություն (էՍԳ):

Նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը, պացիենտը պարտադիր ներկայացվում է էՍԳ հետազոտության և թերապևտի խորհրդատվության:

Եթե նախքան մեթադոնի նախնական դեղաչափի նշանակումը, պացիենտի սոմատիկ վիճակը կամ գանգատների բնույթը պահանջում է 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 են պացիենտի կողմից նախնական դեղաչափի ընդունումից հետո՝ մեկ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Մեթադոնային փոխարինող բուժման պահպանողական փուլում, եթե պացիենտի 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 պացիենտի մեթադոնային փոխարինող բուժման ամբուլատոր քարտում:

## **18. Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող անձանց հոգեսոցիալական օժանդակություն**

---

<sup>18</sup> ԳՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ԳՀ տարածքում թմրաբանական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանով հաստատված պարտադիր խորհրդատվություններ, լաբորատոր և գործիքային քննություններ:

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

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

- Մոտիվացիոն խորհրդատվություն: Այս տեսակի խորհրդատվությունները խթանում և ամրապնդում են պացիենտի կողմից սեփական վարքը բարելավելու ձգտումը.
- Կոգնիտիվ-վարքագծային հոգեթերապիա: Ժամկետներով սահմանափակ, նպատակաուղղված հոգեբանական միջամտություն է, որն ուղղված է բուժում ստացող թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց խնդիրների լուծմանը: Հայտնաբերվում են թմրամիջոցներ գործածելու առավել վտանգավոր (ոխկային) դետերմինանտները և գործոնները, ինչը թույլ է տալիս պացիենտին 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:

Հիվանդներին տրամադրվող հոգեւոցաբանական օժանդակության մյուս բաղադրիչը՝ սոցիալական օժանդակությունը, ներառում է.

- Օգնություն պացիենտին՝ 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:

Հոգեւոցաբանական օժանդակության ծառայություններն առաջարկվում են որպես բուժական գործընթացի բաղկացուցիչ մաս՝ ներկայացվելով իբրև ավիոնատիպ նյութերից կախվածության դեղաբանական բուժման հետ համալիր միջոցառում:

Պացիենտի հոգեւոցաբանական օժանդակության ծառայությունից հրաժարվելու դեպքում նրա նկատմամբ պարտադրանքի որևէ միջոց չի կիրառվում:

## **19. Մեթադոնային փոխարինող բուժման տևողությունը**

Մեթադոնային փոխարինող բուժման տևողությունը չի սահմանափակվում ժամկետներով և որոշվում է պացիենտի ցանկությամբ: Մեթադոնի օրական դեղաչափերի աստիճանական նվազեցմամբ բուժումն ավարտելու ցանկության պարագայում, պացիենտը պետք է համաձայնեցնի մեթադոնի նվազեցման գործընթացը բուժող բժիշկ-նարկուղգի հետ:

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

Քաղաքացիական հաստատությունում մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող պացիենտի ազատագրկման 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, պացիենտի անձնագրային տվյալները, մեթադոնի վերջին ընդունման ամսաթիվը, տրամադրվող մեթադոնի վերջին դեղաչափը, ուղեկցող հիվանդությունները և բժիշկ-նարկուղգի ստորագրությունը: Ուղեգիրը (գրություն, տեղեկանք) անհրաժեշտ է կազմակերպության (հիմնարկի) պաշտոնական կնիքով կնքել և ուղարկել համապատասխան հաստատություն:

## **20. Բուժման արդյունավետության մոնիթորինգ**

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

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

- 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
- ազատագրկման 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):

Մեթադոնային փոխարինող բուժման արդյունավետության գնահատման նպատակով կարելի է կիրառել նաև ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկվող<sup>19</sup> «Կախվածության ծանրության ինդեքսի»<sup>20</sup> գնահատման ադապտացված հարցաթերթիկը:

<sup>19</sup> Клинический протокол для европейского региона ВОЗ. Лечение ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков

<sup>20</sup> [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/04\\_ASI.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/04_ASI.pdf)

«Կախվածության ծանրության ինդեքսի» միջոցով գնահատման արդյունքում հնարավոր է լինում թմրաբանական բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացած պացիենտի նկատմամբ իրականացնել արդյունավետ դինամիկ հսկողություն, ըստ անհրաժեշտություն արձագանքնել և իրականացնել այլ միջոցառումներ՝ նշանակել ինչպես այլ դեղորայքային բուժում, այնպես էլ սոցիալ-հոգեբանական օժանդակության միջոցառումներ, թույլ է տալիս նաև օբյեկտիվորեն գնահատել կիրառված թմրաբանական օգնության տեսակի արդյունավետությունը:

## **ՄԱՍ 9. ԱՓԻՈՆԱՏԻՊ ՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԳԵՐԴՈՉԱՎՈՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

### **1. Ներածություն**

ՄԱԿ թմրամիջոցների և հանցավորության հարցերով գրասենյակի գնահատման համաձայն, աշխարհում ափիոնատիպ նյութերից 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 ափիոնատիպ նյութերից գերդոզավորման դեպքերի հետ [26]: Ափիոնատիպ նյութերից առաջացող գերդոզավորումներից մահացությանը նպաստում են մի շարք գործոններ.

- ափիոնատիպ նյութերի մատչելիությունը
- ափիոնատիպ նյութերի համակցումն այլ հոգեներգործուն նյութերի հետ՝ մասնավորապես ալկոհոլի, քնաբեր և հանգստացնող նյութերի, կոկաինի համակցման դեպքում առաջացող գերդոզավորման դեպքերը
- ափիոնատիպ նյութերից առաջացող գերդոզավորումների համապատասխան բուժման, ինչպես նաև ափիոնատիպ նյութերից կախվածության ժամանակակից բուժման մեթոդների բացակայությունը
- զրկանքի համախտանիշին հաջորդող տոլերանտության նվազումը, ինչը հատկապես դրսևորվում է դետոքսիֆիկացիոն բուժմանը հաջորդող շրջանում, ինչպես նաև ափիոնատիպ նյութերի գործածումը հարկադիր դադարեցնելու (օրինակ՝ ազատազրկման ընթացքում) արդյունքում ափիոնատիպ նյութերի նկատմամբ տոլերանտության նվազման հետևանքով նախկին չափաբաժինների գործածումից գերդոզավորման դեպքերով [26]:

### **2. Գերդոզավորման ախտորոշումը**

Ափիոնատիպ նյութերից գերդոզավորման ախտանշաններն են [2,15,17,18,23].

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

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

### **3. Գերդոզավորման 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 աճխաթթու 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 պացիենտի շնչուղիներ ներփչվող ծավալում թթվածնի կոնցենտրացիան սկզբնական շրջանում չպետք է գերազանցի 25%-ը, իսկ հետագայում՝ 30-35%-ը [2]:

Ափիոնատիպ նյութերից գերդոզավորումը ներառում է հետևյալ միջոցառումների շտապ անցկացումը.

- Պացիենտին պառկացնել կողքի վրա այնպես, որ վերին շնչուղիները չխցանվեն փսխման զանգվածներով:
- Ապահովել վերին շնչուղիների անցանելիությունը (զլխի 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 [2,12]:

Նալոքսոնը հանդիսանում է օփիոիդային ընկալիչների կարճատև ազդեցությամբ ոչ սելեկտիվ հակազդիչ 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 [2,12,27]:

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 [2,12,27]:

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 [2,12,27]:

Որոշ ափիոնատիպ նյութերի դեպքում օփիոիդային ընկալիչների վրա համազդիչ ազդեցությունը կարող է ավելի ուժեղ լինել, քան նալոքսոնի ազդեցությունն է, այդ պատճառով անհրաժեշտ է պացիենտին 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 [12,27]:

#### **4. 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 [2,12,27]:

**ՄԱՍ 10. ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ  
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԴԵՊՔՈՒՄ**

**1. ՄԻԱՎ, հեպատիտ C և տուբերկուլոզ**

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

Ներարկային եղանակով ափիոնատիպ նյութեր գործածող անձանց շրջանում հեպատիտ C-ն մեծ տարածվածություն ունի: Հեպատիտ C ունեցող հիվանդներին խորհուրդ է տրվում ընդհանրապես զերծ մնալ ալկոհոլի գործածումից: Հեպատիտի 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 պացիենտի սոմատիկ և հոգեբանական վիճակը մեթադոնով՝ հետաձգելով հակառետրովիրուսային բուժման տրամադրումը, քան նշանակել հակառետրովիրուսային բուժում՝ հետաձգելով մեթադոնային փոխարինող բուժման տրամադրումը:

Տուբերկուլոզի զուգակցմամբ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող պացիենտի՝ մեթադոնային բուժում ստանալու նպատակով դիմելու դեպքում թմրաբանական օգնություն տրամադրող ծառայության առաջնային նպատակն է ակտիվ տուբերկուլոզի բուժումը՝ վարակի փոխանցման կանխարգելման նպատակով: Այսպիսի դեպքերում տուբերկուլոզի տարածումը կանխարգելելու նպատակով մեթադոնի տրամադրումը պացիենտին իրականացվում է հակատուբերկուլոզային բուժում տրամադրող մասնագիտացված հաստատության պայմաններում [12]:

ՄԻԱՎ-ի բուժման համար նշանակվող հակառետրովիրուսային (ՀՌՎ) 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 [28]:

## Մեթադոնի և հակառետրովիրուսային դեղերի փոխազդեցությունները

ՀՌ-Վ դեղ	ՀՌ-Վ դեղի ազդեցությունը մեթադոնի վրա	Մեթադոնի ազդեցությունը ՀՌ-Վ 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 կոնցենտրացիային հասնելու տևողությունը մեծանում է:	Տվյալները բազմաքանակ 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 նվազում	Փոխազդեցությունն ուսումնասիրվել է միայն օրական երկու հաբ ընդունելու դեպքում: Ենթադրություն կա, որ էֆեկտը պայմանավորված է ստամոքսի թթվային միջավայրում դիդանոզինի կենսամատչելիության նվազեցմամբ: Քանի որ պարկուճների ընդունման դեպքում մեթադոնի հետ փոխազդեցություններ չեն հայտնաբերվել, ապա այս դեղաձևի կիրառությունը ցանկալի է:
Ջիդովուդին	Տեղեկություններ չկան: Դեղաչափի կարգավորումը պարտադիր չէ:	Կոնցենտրացիայի զգալի բարձրացում (43%-ով): Կլինիկական նշանակությունը պարզ չէ: Հնարավոր են կողմնակի ազդեցություններ:	Հետևել գիդովուդինի կողմնակի ազդեցություններին: Սակավարյունության, նոկանքի, փսխման, միալգիաների, ասթենիայի և ոսկրածուծի բջիջների ընկճման վերահսկում: Եթե մեթադոնի նվազագույն մակարդակը նորմայում է, հավանական է՝ տոքսիկ ազդեցությունները պայմանավորված են գիդովուդինով:
Լամուվիդին	Տեղեկություններ չկան:	Տեղեկություններ չկան:	Փոխազդեցությունը հայտնի չէ:
Ստանովուդին	Տեղեկություններ չկան: Դեղաչափի կարգավորումը պարտադիր չէ:	Կոնցենտրացիա ն 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: Ջրկանքի ախտանիշները սովորաբար զարգանում են

			նեվիրապինի ընդունումից 4-8 օր անց, չնայած պացիենտը կարող է դրան արձագանքել միայն 2-3 շաբաթ անց:
Էֆավիրենգ	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: Զրկանքի ախտանշանները կարող են արտահայտվել 2-3 շաբաթ անց:
Լոպինավիր/ դիտոնավիր	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:
Նելֆինավիր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի հնարավոր նվազում (29-47%-ով): Զրկանքի 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/ դիտոնավիր 1600/100 մգ -0-12%-ով, սակվինավիր/ դիտոնավիր 1400/400 մգ - 20%-ով): Զրկանքի համախտանիշի մասին տեղեկություններ չկան: Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի ավելացում:	Հայտնի չէ:	Հնարավոր է՝ պահանջվի մեթադոնի դեղաչափի կարգավորում:

## 2. Բրոնխեալ ասթմա և շնչառական համակարգի այլ հիվանդություններ

Ինչպես բոլոր ափիոնատիպ նյութերը, մեթադոնը նույնպես խթանում է հիստամինի արտադրությունը, ինչը կարող է նպաստել բրոնխեալ ասթմայի նուպաների 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 չիմնավորված բարձր դեղաչափերն ունակ են առաջացնելու շնչառական կենտրոնի ընկճում: Բրոնխեալ ասթմայով պացիենտի 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 գերծ մնալ նաև մեթադոնային բուժման կտրուկ ընդհատումից, քանի որ գրկանքի համախտանիշի առաջացումը կամ պացիենտի մոտ ի հայտ եկող տագնապն ու անհանգստությունը կարող են առաջացնել կարդիոռեսպիրատոր բարդություններ [12,14,15,27]:

### **3. Շաքարային դիաբետ**

Մեթադոնի պերօրալ 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 [2]:

#### **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 պացիենտը և, ըստ այդմ, անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել մեթադոնի դեղաչափը [2]:

#### **5. Սրտային հիվանդություններ**

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

Վերջին հետազոտությունները պարզել են մեթադոնի ընդունման արդյունքում QT ինտերվալի երկարաձգման դեպքեր [14,15,17,18]:

Սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցող անձանց մեթադոնի դեղաչափերի կտրուկ կամ արագ փոփոխություններից պետք է զերծ մնալ՝ պայմանավորված սուր կարդիոռեսպիրատոր խնդիրների հնարավոր առաջացման հետ [14,15,17]:

#### **6. Այլ թմրամիջոցների կամ հոգեներգործուն նյութերի համակցված գործածում**

Թմրաբանական պրակտիկայում հաճախակի են դեպքերը, երբ ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող պացիենտը 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:

#### **7. 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 անհնարինություն 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 [29,30]: 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 սեդատիվ նյութերի կամ ալկոհոլի հետ [31]:

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 պացիենտին 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) [2,15,18,27]:

## **8. 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 պացիենտի 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 պացիենտի օբյեկտիվ վիճակը և զուգահեռ նշանակված դեղերի փոխազդեցությունները մեթադոնի հետ և ըստ անհրաժեշտության կարգարվորելով մեթադոնի օրական դեղաչափերը կամ թողնելով անփոփոխ [15,18,27]:

## **9. Կաննաբինոիդային թմրամիջոցներ**

Մարիխուանայի մշտական գործածումը, բացի այս խմբի թմրամիջոցներին հատուկ վնասները, խնդրահարույց կարող է դառնալ նաև մեթադոնային փոխարինող բուժման բարեհաջող ընթացի համար՝ պայմանավորված կաննաբինոիդային թմրամիջոցների քրոնիկական գործածման արդյունքում սոցիալական գործունեության մոտիվացիների նվազեցման հետ [15,18]: Մարիխուանայի, հաշիշի կամ սինթետիկ կաննաբինոիդային թմրամիջոցների (վերջինիս ոչ գրական անվանումը՝ «սփայս») 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. 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 [15,18]:

## **ՄԱՍ 11. ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ ԿԱՆԱՆՑ**

### **1. Ներածություն**

Հայտնի 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 կախվածություն 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:

Հոգեներգործուն նյութերից կախվածության բուժման պայմաններում կանանց կարիքները սովորաբար այլ բնույթի են: Մասնավորապես, մայրերը հաճախ երեխաներին խնամելու 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 [12,15]:

### **2. 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 խնամք
- թերսնուցում
- 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 [2]:

### **3. 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:

Հղի կանաց անտենատալ և պոստնատալ խնամքը պետք է կատարվի մանկաբարձ-գինեկոլոգի հետ համատեղ [2,12]:

### **4. Հսկողությունը հղիության ընթացքում**

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

Հղի 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:

## **5. 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 [2]:

## **6. 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 [2]:

## 7. 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
- ծիգ 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 գննումների ժամանակ հասնում է 9 և ավելի միավորի, ապա պետք է անցնել դեղորայքային բուժման:

Նախքան 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: Նորածինն 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:
- *Ֆենորաբրիդալ.* 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 [2,15,16,27]:

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
	փոշոց (<3-4)	1
	քթի փակվածություն	2
	քթահոսություն	1
	շնչառության հաճախականություն <60/ր	1
շնչառության հաճախականություն <60/ր կծկումներով	2	
Ստամոքս-աղիքային խանգարումներ	ծծելու ռեֆլեքսի խանգարում	1
	վատ ուտել	2
	ռեգուրգիտացիա	2
	փսխում	3
	վատ ձևավորված կղանք	2
	չձևավորված կղանք, լուծ	3

L.P. Finnegan, 1986

## 8. 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 քենզոդիազեպիններ [2]:

## **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 նյութերի մասին» ՀՀ օրենքի 49-րդ հոդվածի 6-րդ կետը սահմանում է, որ «Թմրամոլությամբ հիվանդները բժշկական օգնություն ստանալիս օգտվում են պացիենտի իրավունքներից՝ քաղաքացիների առողջության պահպանման մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությանը համապատասխան»: Մեթադոնային թուրման ծրագրերում ընդգրկված անձինք, մինչև բուժումը սկսելը, բուժական ծառայությունը տրամադրող բուժհիմնարկության հետ պարտադիր կարգով ստորագրում են «Մեթադոնային թուրման 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 համաձայնագիր թիվ ....**

Պացիենտի ԱԱՀ \_\_\_\_\_  
Ծննդյան ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
Անձնագրի սերիա \_\_\_\_\_  
ում կողմից է տրված \_\_\_\_\_ տրման ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
վավեր է մինչև \_\_\_\_\_  
Անձնագրային հասցե \_\_\_\_\_  
Բնակության հասցե \_\_\_\_\_  
Հեռախոս(ներ) \_\_\_\_\_  
Ես՝ \_\_\_\_\_ ցանկանում եմ ընդունվել ՀՀ

\_\_\_\_\_ 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 նյութերի գործածման հետևանքով: Կախվածության համախտանիշ», և այս բուժումը նախատեսում է օգնել ինձ՝ մեղմացնելու ափիոնատիպ նյութերի 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 ինձ 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.
- չհրահրել կոնֆլիկտներ, չկատարել բռնարարքներ 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 կարող է դադարեցվել:**

\_\_\_\_\_

ստորագրություն

« » \_\_\_\_\_ 20.... թ.

**Հավելված 2**

**Մեթադոնային փոխարինող բուժում ստացող պացիենտի նշանակման թերթիկ**

Պացիենտի ԱԱՀ \_\_\_\_\_ ՄՓԲ գրանցման  
h/h \_\_\_\_\_

ԱՄԻՍԸ \_\_\_\_\_ ՏԱՐԻՆ \_\_\_\_\_ թ.

Օրը	Ժամը	Նշանակված մեթադոնի քանակը				Բժշկի ստորագր.	Պացիենտի ստորագր.	Նշումներ
		5մգ (հաբ)	10մգ (հաբ)	40մգ (հաբ)	Դոզա (մգ)			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

**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 նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմի №2 ցուցակում (թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է) ընդգրկված թմրամիջոց, և այն ինձ նշանակվել է ինձ մոտ ախտորոշված «Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ նյութերի 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 ինձնից, 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 հրահանգները, խորհուրդները 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 գիտակցում և ընդունում եմ, որ սույն համաձայնագրով իմ կողմից ստանձնած պարտականությունները չկատարելու դեպքում բժիշկ-նարկոլոգի որոշման արդյունքում իմ բուժումը կարող է դադարեցվել:**

\_\_\_\_\_

ստորագրություն

« » \_\_\_\_\_ 20.... թ.

## Հավելված 4

### Մեթադոնի փոխազդեցությունն այլ դեղերի և նյութերի հետ [2,15]

Փոխազդող նյութը կամ դեղը	Փոխազդեցության աստիճանը	Ազդեցությունը	Մեխանիզմը
Ալկոհոլ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> <li>Շնչառության ընճում</li> <li>Սեդատիվ և հեպատոքսիկ ազդեցության պոտենցում</li> </ul>	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Բարբիտուրատներ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> <li>Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում</li> <li>Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում</li> <li>ԿՆՀ ընկճման պոտենցում</li> </ul>	Բարբիտուրատները լյարդում խթանում են մեթադոնի նյութափոխանակության ֆերմենտները
Բենզոդիազեպիններ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> <li>Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում</li> </ul>	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Բուպրոնորֆին	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> <li>Հակազդող ազդեցություն</li> <li>Սեդատիվ ազդեցության պոտենցում</li> <li>Շնչառության ընկճում</li> </ul>	Օփիոիդային ընկալիչների մասնակի հակազդիչ է
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	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Կարբամազեպին	Կլինիկորեն կարևոր	Նվազեցնում է մեթադոնի կոնցենտրացիան արյան շիճուկում	Նվազեցնում է լյարդի ֆերմենտների ակտիվությունը
Կետոկոնազոլ	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը
Մեպրոբամատ	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում և սեդատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ 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 արագացնում է նեֆիդիպինի մետաբոլիզմը

Պենտագոն		Շնչառության ընկճում և սեղատիվ ազդեցության պոտենցում	Օփիոիդային 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	
Ռիֆամպին	Շատ կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	Ակտիվանում են լյարցի ֆերմենտները
Ցիզապրիդ Դոմպերիդոն Մետոկլոպրամիդ	տեսականորեն	Արագանում է ազդեցության սկիզբը	Արագանում է մեթադոնի ներծծումը աղիներից
Ցիկլազին և այլ հակահիստամինային դեղեր	Կլինիկորեն կարևոր	Էջֆորիայի 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"> <li>• Շնչառության ընկճում</li> <li>• Սեղացիա</li> <li>• Նալոքսոնի անհրաժեշտություն</li> </ul>	Ընկճում է լյարդի ֆերմենտները
Քլորալ հիդրատ	Կլինիկորեն կարևոր	Սեղատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Քլորմեթիազոլ	Կլինիկորեն կարևոր	Սեղատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Օմեպրազոլ	Դիտվել է միայն կենդանիների մոտ	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում	Հնարավոր է մեթադոնի աղիներից ներծծման գործընթացի վրա ազդեցություն
Ֆենիտոին	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի նվազում արյան շիճուկում	Ակտիվացնում է լյարդի 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	Սեղատիվ ազդեցության դեղաչափ-կախյալ պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
Այլ օփիոիդային համազդիչներ	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում, սեղատիվ ազդեցության պոտենցում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
ԿՆՀ ընկճող այլ դեղեր (օրինակ՝ նեյրոլեպտիկներ, հիոսցին)	Կլինիկորեն կարևոր	Շնչառության ընկճում, սեղատիվ ազդեցության բարձրացում	ԿՆՀ ընկճման պոտենցում
ՄԱՕ-ի ինհիբիտորներ	Կլինիկորեն կարևոր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ԿՆՀ զրգուվածություն</li> <li>• Դելիրիում, ցնցումներ</li> <li>• Հիպոտենզիա</li> <li>• Շնչառության</li> </ul>	Պարզաբանված չէ

		ընկճում	
Մեզը թթվեյնեցնող նյութեր (վիտամին C	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի կդուրս բերումը մեզով
Մեզը հիմնայնեցնող նյութեր (նատրիումի քիկարբոնատ)	Կլինիկորեն կարևոր	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի կդուրս բերումը մեզով
Սերոտոնինի հետադարձ զավթման այլ պաշարիչներ	տեսականորեն	Մեթադոնի կոնցենտրացիայի բարձրացում արյան շիճուկում	Իջնում է մեթադոնի մետաբոլիզմը

## ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԽՈՒՄԲ

Սուրեն Նազինյան, Արտաշես Թումանյան, Գայանե Վարդազարյան, Վարդուիի Շաքարյան, Աննա Ասատրյան, Արմինե Բաղդասարյան-Երևան: ՀՀ ԱՆ ՆՀԿ, 2019- 116 էջ:

## ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. ՀՀ օրենքը թմրամիջոցների եվ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին
2. «Օփիոիդային թմրամիջոցային մեթադոնային փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույց», Ա. Պոտոսյան, Ե. Սահակյան (Երևան, 2006)
3. Հոգեներգործուն նյութերի գործածման և դրանցից կախվածության ներդրող գործոնները, ԱՀԿ 2004
4. Oral Methadone Dosing for Chronic Pain, A Practitioner's Guide, Stewart B. Leavitt, MA, PhD, March 12, 2008
5. Mechanisms of Tolerance and Dependence, Editor: Charles Wm. Sharp. Ph.D., NIDA Research Monograph 54 1984
6. Механизмы клеточной толерантности к опиатам и опиоидам, Головки А.И. и другие, Наркология N1-2003 ст. 15-21
7. Regulation of opioid receptor signalling: Implications for the development of analgesic tolerance  
Karim Nagi and Graciela Pineyro, Canada
8. 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
9. Участие нейромедиаторных систем в развитии абстинентного синдрома при опиатной наркомании Головки А.И. и другие, Наркология N11-2004 ст. 13-24
10. The Neurobiology of Opioid Dependence: Implications for Treatment, Thomas R. Kosten and Tony P. George, Science & practice perspectives 2002, pg 13-21
11. Հիվանդությունների 10-րդ վերանայման միջազգային դասակարգիչ
12. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, WHO, 2009
13. WHO/UNODC/UNAIDS position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004
14. Reproduced from Queensland Health, (2008). Queensland Opioid Treatment Program Clinical Guidelines, (p.27)
15. Tasmanian Opioid Pharmacotherapy Program, Policy and Clinical Practice Standards, Adrian Reynolds and others, 2012
16. Queensland Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines 2012,
17. Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence, 2003, Sue Henry-Edwards and others
18. New South Wales Opioid Treatment Program, Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence, 2006, Anne Lawrance
19. Pharmacogenomic study of opioid addicts in methadone treatment, Francina Fonseca Casals, 2010
20. Policy Guide Methadone Maintenance Treatment (2013)
21. Пособие для всех, кто применяет метадон в своей практике, Э. Престон и другие, 1996
22. Opioid Overdose: Recovering from Opioid Overdose. Resources for Overdose Survivors and Family Members. SAMSHA 2014
23. College of Physicians and Surgeons of British Columbia Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline, July 2014
24. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. 2007
25. Alberta Methadone Maintenance Treatment standards and guidelines for dependence 2014

26. Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов, UNODC 2013
27. Best Practices Methadone Maintenance Treatment, Office of Canada's Drug Strategy Health Canada
28. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ. Лечение ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков
29. 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.
30. S. M. Bird and J. R. Robertson, "Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: presence of heroin, methadone,
31. 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.