



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

**Tulburări mentale și de
comportament legate de consumul de
opiacee**

Protocol clinic național

PCN - 10

Chișinău 2013

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din
26 iunie 2013 proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 933 din 03.09.2013
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tulburări mentale și de comportament
legate de consumul de opiacee”**

Elaborat de colectivul de autori

Mihail Oprea	Director general al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Tudor Vasiliev	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Anatol Marandici	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Mircea Revenco	Doctor habilitat în medicină, profesor universitar Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Nastas	Doctor în medicină, conferențiar Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Petru Oprea	Șef secție dispensar al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Aliona Ovcearenco	Șef Centrului de reabilitare pentru narcomani al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Ghenadie Zaporozjan	Medic psihiatru-narcolog IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Lilia Fiodorova	Medic psihiatru-narcolog IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Liubovi Andreeva	Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Victor Ianovschi	Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Eudochia Paciu	Medic psihiatru-narcolog
Olga Beșleaga	Asistenta principală a IMSP Dispensarul Republican de Narcologie

Recenzenți oficiali:

Grigore Bivol	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Victor Ghicavîi	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Alexandru Coman	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	3
A.3. Utilizatorii	3
A.4. Scopurile protocolului	3
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii.....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (psihiatru-narcolog)	9
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	11
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	13
C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului.....	13
C 1.2 Algoritm de intervenții	14
C 1.3 Algoritm de terapie substitutivă	15
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	16
C.2.1. Serviciile pentru CDI.....	16
C.2.2. Screening-ul dependenței opioide.....	17
C.2.3. Conduita pacientului CDI	17
C.2.3.1 Anamneza	17
C.2.3.2 Manifestările clinice.....	18
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	20
C.2.3.4 Diagnosticul diferențial.....	20
C.2.3.5. Indicațiile pentru terapie substitutivă	21
C.2.3.6 Tratamentul	22
C.2.3.6.1 Tratamentul substitutiv cu Metadonă hidrocloridă.....	23
C.2.3.6.2. Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială	25
C.2.3.6.3. Particularitățile tratamentului de substituție la pacienții încadrați în terapia anti-retrovirală	26
C.2.3.7. Supravegherea pacienților	29
C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)	29
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	30
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	30
D.2. Secțiile/instituțiile specializate de ambulatoriu	30
D.3. IMSP Dispensarul Republican de Narcologie	30
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	31
ANEXE.....	33
Anexa 1. Drepturile și responsabilitățile pacientului (informație pentru pacienți).....	33
Anexa 2. Acordul între client și IMSP Dispensarul Republican de Narcologie pentru aplicarea tratamentului de substituție	35
Anexa 3. Chestionar de colectare a informației inițiale în terapia substitutivă	37
Anexa 4. Instrucțiuni pentru psihiatrul-narcolog și pentru psiholog versus tratamentul individual în terapia substitutivă	38
Anexa 5. Planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului	40
Anexa 6. Planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului pentru medici, psihologi, asistenți sociali	41
Anexa 7. Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind terapia de substituție	42
Anexa 8. Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opioide	51
BIBLIOGRAFIE	54

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CDI	Consumator de droguri injectabile
HIV	Virus al imunodeficienței umane
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
MS RM	Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
SIDA	Sindromul imunodeficienței achiziționate
TSO	Terapia de substituție cu opioide
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii catedrei Psihiatrie și Narcologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie,

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind narcomania prin consum de opiacee la persoanele adulte și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea Ministerului Sănătății, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1 Diagnosticul: Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee.

A.2 Codul bolii (CIM 10): F11.0 - F11.9

A.3 Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- secțiile consultative raionale și municipale (medici psihiatri-narcologi);
- asociațiile medicale teritoriale municipale (medici de familie);
- IMSP Dispensarul Republican de Narcologie (medici psihiatri-narcologi, psihologi, psihoterapeuți, lucrători sociali).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4 Scopurile protocolului:

- A spori ponderea tinerilor ce vor abandona consumul intravenos de droguri și se vor reintegra în societate.
- A spori ponderea utilizatorilor de droguri intravenos încadrați în terapia de substituție.
- A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C, D și HIV/SIDA printre utilizatorii de droguri intravenos.
- A majora eficacitatea tratamentului substituitiv prin prevenirea recăderilor și prin menținerea abstenenței, reintegrarea socială, familială și profesională.
- A micșora numărul de decese cauzate de supradozare printre utilizatorii de droguri intravenos.






A.5 Data elaborării protocolului: iunie 2008

A.6 Data revizuirii: august 2015

A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului

Numele	Funcția deținută
Dr. Mihail Oprea	Director general al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Tudor Vasilev	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Anatol Marandici	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Mircea Revenco	Doctor habilitat în medicină, profesor universitar Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Igor Nastas	Doctor în medicină, conferențiar Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Petru Oprea	Șef secție dispensar al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Aliona Ovcearenco	Șef Centrului de reabilitare pentru narcomani al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Ghenadie Zaporozjan	Medic psihiatru-narcolog IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Dr. Lilia Fiodorova	Medic psihiatru-narcolog IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Liubovi Andreeva	Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Victor Ianovschi	Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Societatea Psihiatrilor și Narcologilor din RM	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al MS	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	

A.8 Definițiile folosite în document

Starea de ebrietate condiționată de consumul produselor/substanțelor stupefiante opioide sau a medicamentelor cu efecte similare acestora: stare survenită în urma consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora ce provoacă ebrietate și care are drept urmare dereglarea psihofuncțională a organismului, confuzie mentală, diminuarea bruscă a funcțiilor psihice, tulburări ale sistemului cardiovascular, respirator etc.

Narcomania: maladie progredientă determinată de atracția patologică pentru produsele/substanțele stupefiante sau pentru medicamentele cu efecte similare acestora, cu formarea unei stări disfuncționale și sindrom de sevraj la întreruperea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, iar, în cazurile de lungă durată, cu dezvoltarea tulburărilor somatoneurologice și dereglărilor psihice ale personalității.

Dependența fizică: consecință a unui consum frecvent al produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și a adaptării treptate a organismului la acestea (creșterea toleranței). Drept urmare, organismul are nevoie de produsele/substanțele stupefiante sau de medicamentele cu efecte similare acestora, pentru a-și îndeplini funcțiile.

Dependența psihică: inițial dorință, iar apoi cerință obsesivă a unei persoane de a utiliza produse ori substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, pentru a crea o stare în care problemele devin mai ușor de rezolvat.

Recomandabil: nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Sindrom de sevraj: se manifestă prin hipertensiune arterială, palpitație, transpirație profundă, artralgiile pronunțate, cefalee, vertij, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic, etc.

A.9 Informația epidemiologică

Fenomenul răspândirii consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora printre tineri este periculos. Actualitatea problemelor generate de abuzul produselor/substanțelor stupefiante sau al medicamentelor cu efecte similare acestora se datorează faptului că acestea determină multiple dereglări de sănătate și sociale care, la nivel național, se pot reflecta prin creșterea mortalității, morbidității și infracțiunilor printre acest contingent de persoane. Se constată faptul că experimentarea cu produsele/substanțele stupefiante sau cu medicamentele cu efecte similare acestora este un fenomen răspândit printre tineri. Unii experimentează folosind substanțe stupefiante și apoi le exclud din viața lor, alții continuă să le folosească ocazional, fără a avea probleme serioase. Alți tineri devin dependenți, încep să folosească substanțe stupefiante tot mai puternice, fără a conștientiza pericolul adevărat al acestui fenomen; respectiv, acești tineri creează probleme apropiaților lor, iar starea lor de sănătate devine precară.

Potrivit datelor statistice, către 01.04.2013 pe teritoriul Republicii Moldova sub supravegherea medicală la medicul narcolog se afla 9.749 de persoane afectate de narcomanie.

Totodată din ei către 01.04.2013 pe teritoriul mun. Chișinău sub supravegherea medicală la medicul narcolog se află 7.052 de persoane afectate de narcomanie, din ei 486 de femei.

Începând cu anul 2008 în cadrul Centrului de Reabilitare pentru narcomani au beneficiat de programele de recuperare psihosocială, programe informaționale și educaționale 922 de persoane afectate de problemele narcomaniei.

Majoritatea cunosc faptul, că produsele/substanțele stupefiante sau medicamentele cu efecte similare acestora sunt nocive pentru sănătate, cu toate acestea o parte din ei continuă să experimenteze condiționând multiple probleme.

Principalii factori care determină tinerii de a consuma abuziv produsele/substanțele stupefiante sau medicamentele cu efecte similare acestora sunt:

- predispoziția genetică;
- tipul de personalitate;
- atitudinile și concepțiile despre viață determinate de cultură, religie, vârstă , sex, etc.;
- nivelul de educație, clasa socială, experiența personală;
- gradul de expunere la oferta unei substanțe psihoactive și la condiționarea pozitivă pentru consumul acesteia;
- accesibilitatea produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora pe piața internă.

Dat fiind importanța diferită a acestor variabile, din punct de vedere a unei strategii aplicabile în grupul de tineri, contează, în primul rând, contextul situațional, care poate dicta o anumită abordare a problemei.

Tinerii, în acest sens, sunt în căutarea identității emoționale și celei psihologice, învață să aplice valorile acumulate în copilărie, să-și analizeze rolul lor în societate etc. Acest proces este treptat, emotiv și uneori, tulburător, este perioada posibilităților de afirmare, dar care comportă un grad înalt al vulnerabilității manifestat în comportamente riscante. Majoritatea riscurilor pe care și le asumă tinerii nu sunt o reflectare a atitudinilor și a dorințelor lor personale, ci mai degrabă o consecință periculoasă a procesului informativ și a celui educațional.

Acest factor de risc a fost elucidat în Capitolul X al *Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021 sub genericul: O societate fără tutun, alcool și droguri*¹.

B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>		
Descriere (măsurile) I	Motive (reperle) II	Pași (modalități și condiții de realizare) III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară a narcomaniei	Cultivarea și respectarea unui mod sănătos de viață este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin narcomanie și prin maladii noninfecțioase [7, 9, 10, 12, 18, 20, 22, 24]	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandonarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora. • Formarea grupurilor de risc (persoanele cu un comportament delicvent, cu un consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante) și asigurarea consultației la medicul specialist. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea unui mod sănătos de viață. • Diminuarea motivației în inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și vectori eficienți, credibili. • Diseminarea în opinia publică a unor informații relevante privitoare la consecințele narcomaniei. <ul style="list-style-type: none"> ✓ promovarea companiilor educaționale și informaționale printre persoanele din grupul de risc.
2. Screening-ul	Depistarea precoce a persoanelor cu un risc sporit de narcomanie permite realizarea intervențiilor curative calitative și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin narcomanie. [2, 15, 12, 16].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspecte de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora (<i>caseta 5</i>).
3. Diagnosticul		
3.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin narcomanie	Suspectarea narcomaniei necesită o supraveghere medicală (medicul de familie, psihiatrul-narcolog) și descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, depistarea și asigurarea măsurilor de profilaxie în conformitate cu protocoalele clinice [2, 7, 9, 15, 22].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 4</i>). • Examenul clinic și cel narcologic (<i>caseta 5</i>).

I	II	III
3.2. Luarea deciziei vizavi de necesitate în consultația specialistului	Medicul specialist va identifica simptomele și sindroamele dependenței opioide.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Toți pacienții, suspecți în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, necesită consultația specialistului, a psihiatrului-narcolog.
4. Tratamentul		
4.1. <i>Modificarea stilului de viață</i>	Modificarea stilului de viață va contribui la ameliorarea sănătății și la micșorarea riscului de îmbolnăvire.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Abandonarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora și respectarea unui mod sănătos de viață. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea motivației în inițierea unui consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin vectori eficienți, credibili.
5. Supravegherea		
5.1. Supravegherea medicală cu evaluarea riscului de îmbolnăviri prin narcomanie și de contractare a maladiilor noninfecțioase	Periodicitatea vizitei la medic este direct proporțională cu starea pacientului și cu grupul de evidență a acestuia (Ordinul Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 <i>Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se va efectua în comun și conform recomandărilor medicului specialist psihiatru-narcolog (<i>caseta 15</i>).

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară a narcomaniei	Cultivarea și respectarea unui mod sănătos de viață este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin narcomanie și de contaminare a maladiilor noninfecțioase [18, 25, 9, 10, 22].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandonarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora. • Formarea grupurilor de risc (persoanele cu un comportament delinvent, cu un consum episodic sau periodic de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea unui mod sănătos de viață. • Diminuarea motivației în inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și vectori eficienți, credibili. • Diseminarea în opinia publică a unor informații relevante privitoare la consecințele narcomaniei: <ul style="list-style-type: none"> ✓ promovarea companiilor educaționale și informaționale printre persoanele din grupul de risc.
2. Screening-ul	Depistarea precoce a persoanelor cu un risc sporit pentru narcomanie permite realizarea intervențiilor curative calitative și micșorarea riscul de îmbolnăviri prin narcomanie [2, 15, 12, 16].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspecte în consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (<i>caseta 5</i>). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza urinei, salivei și a sângelui la identificarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (<i>caseta 2</i>).

I	II	III
3. Diagnosticul		
3.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin narcomanie	Suspectarea narcomaniei necesită o supraveghere medicală (medicul de familie, psihiatrul-narcolog) și descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, depistarea și asigurarea măsurilor de profilaxie și de tratament în conformitate cu protocoalele clinice [9, 22, 2, 15, 7].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 4</i>). • Examenul clinic și cel narcologic (<i>caseta 5</i>). • Efectuarea diagnosticului diferențial (<i>caseta 11</i>). • Estimarea rezultatelor în confirmarea narcomaniei prin consum de opiacee.
3.2. Luarea deciziei versus necesitatea de implicare în terapia substitutivă	Medicația este un element important al tratamentului, care trebuie să fie conștient pentru a fi eficient.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de implicare în terapia substitutivă (<i>caseta 14</i>).
4. Tratamentul		
4.1. Modificarea stilului de viață	Cultivarea și respectarea unui mod sănătos de viață este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin narcomanie și de contaminare a maladiilor noninfecțioase.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Abandonarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora și respectarea unui mod sănătos de viață. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea motivației în inițierea unui consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin vectori eficienți, credibili.
4.2. Tratamentul substitutiv cu Metadonă	Tratamentul în condiții de ambulatoriu se efectuează în scop de creare a unor abilități cognitive care să-i facă apți pe bolnavi: de a rezista presiunii sociale; de a-și controla stresul; de a-și cultiva abilități de autorelaxare și capacitatea de comunicare interpersonală întru prevenirea recăderilor și continuarea terapiei substitutive.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul substitutiv cu Metadonă (<i>tabelele 1-4, figurile 1, 2</i>).
4.3. Tratamentul psihoterapeutic și de reabilitare	Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială contribuie la: diminuarea dependenței psihice, formarea atitudinii critice a bolnavului față de problema lui de sănătate, recuperarea psihosocială, familială, profesională etc.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapia rațională. • Psihoterapia sugestivă. • Psihoterapia cognitiv comportamentală (<i>figurile 2, 3</i>).

I	II	III
5. Supravegherea	Supravegherea se va efectua în colaborare cu medicul de familie și va contribui la soluționarea multiplelor probleme legate de narcomanie.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea pacienților conform actelor normative (Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1043 din 18.10.2012 <i>Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope</i>) (caseta 15).

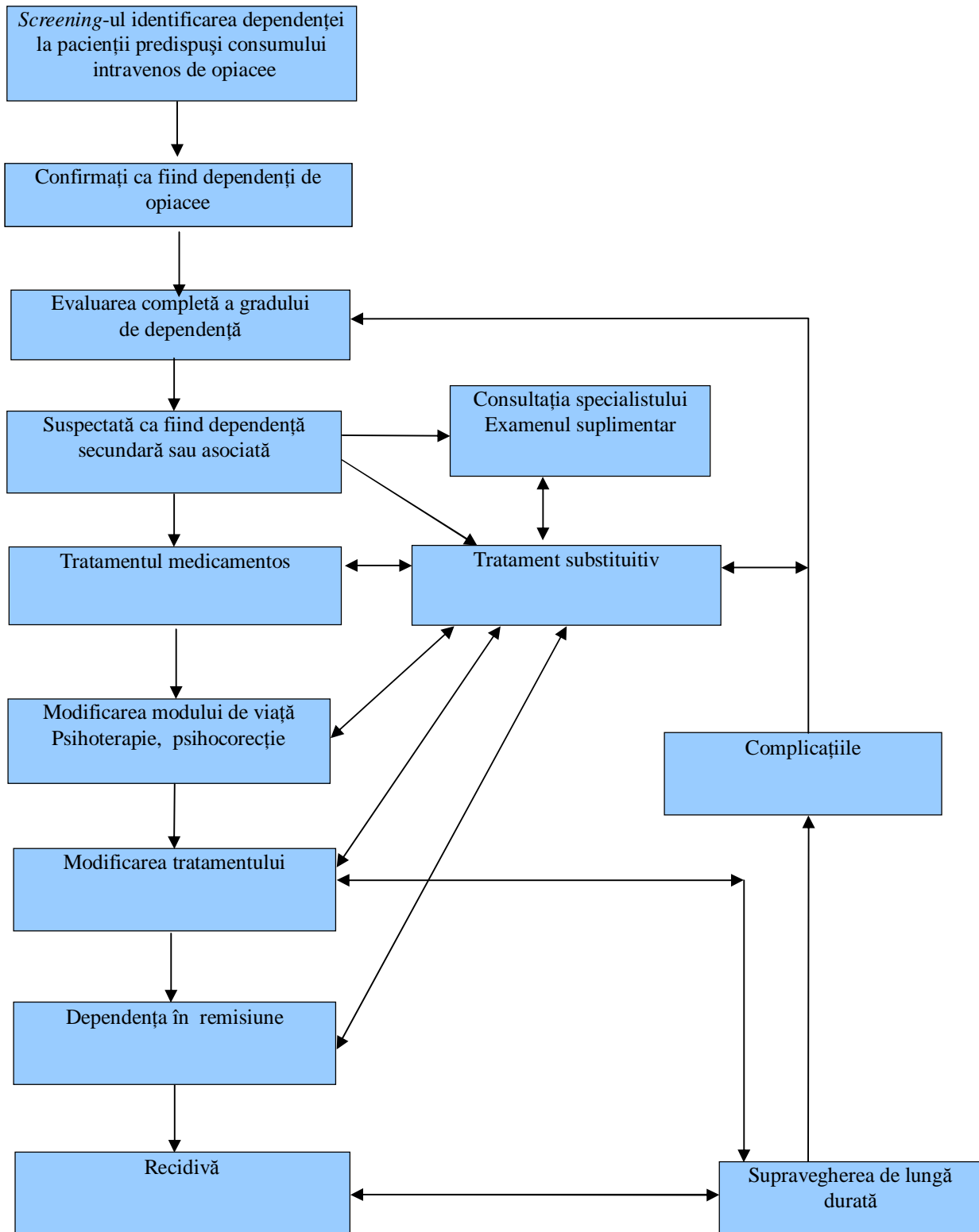
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsură)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
3.1. Stabilirea diagnosticului: narcomanie prin consum de opiacee	Necesitatea de diagnosticare a narcomaniei prin consum de opiacee și determinarea dozei de stabilizare cu Metadonă [3, 6, 18, 10].	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 4). • Examenul clinic și narcologic (caseta 5). • Efectuarea diagnosticului diferențial (caseta 11). • Estimarea rezultatelor pentru confirmarea narcomaniei prin consum de opiacee.
3.2. Luarea deciziei versus necesitatea de implicare în terapia substitutivă	Sunt importante estimarea corectă a sindroamelor și aprecierea gradului de afectare a persoanelor cu probleme de narcomanie pentru implicarea acestora în programele de profilaxie, medicație și de recuperare psihosocială. În acest sens, necesită identificarea factorilor de risc și evaluarea planului terapeutic.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de implicare în terapia substitutivă (caseta 14).
4. Tratamentul		
4.1. Modificarea stilului de viață	Cultivarea și respectarea unui mod sănătos de viață este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin narcomanie și prin contactarea maladiilor noninfecțioase.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Abandonarea consumului de opiacee și respectarea unui mod sănătos de viață. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea motivației în inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin vectori eficienți, credibili.

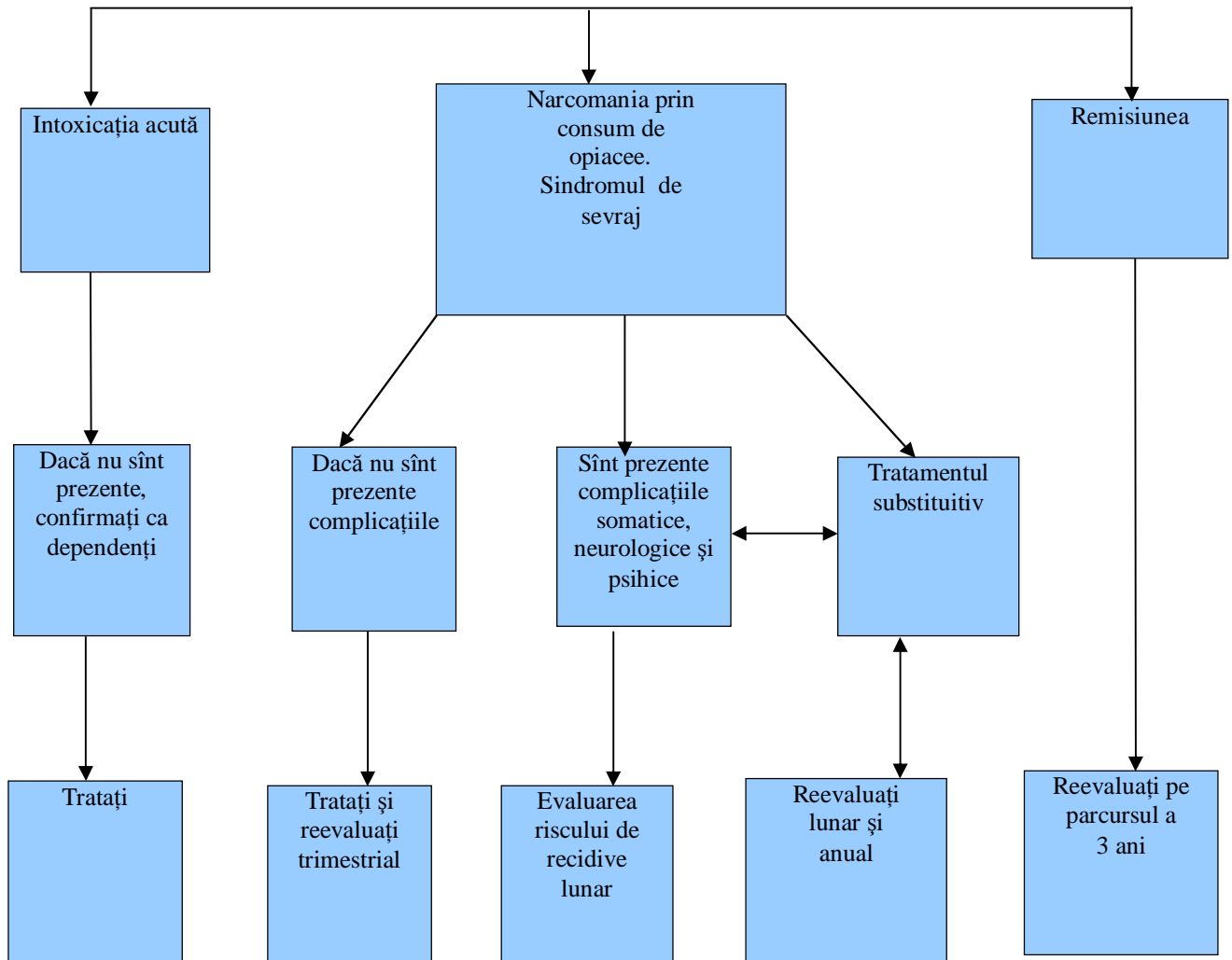
I	II	III
4.2. Tratamentul substituitiv cu Metadonă	Beneficiile tratamentului substituitiv se reflectă prin fortificarea sănătății publice și îmbunătățirea indicilor de sănătate.	Obligatoriu: • Tratamentul substituitiv cu Metadonă (<i>tabelele 1-4; figurile 1, 2</i>).
4.3. Tratamentul psihoterapeutic și de reabilitare psihosocială	Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială contribuie la diminuarea dependenței psihice, formarea criticii bolnavului față de problema lui de sănătate, recuperarea psihosocială, familială, profesională etc.	Obligatoriu: • Psihoterapia rațională. • Psihoterapia sugestivă. • Psihoterapia cognitiv comportamentală (<i>figurile 2, 3</i>).
5. Externarea, nivel consultativ specializat, tratament substituitiv și supraveghere	Externarea se va efectua numai în cazul determinării dozei de stabilizare a Metadonei.	Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate • Schema tratamentului substituitiv efectuat. • Recomandările pentru psihiatrul-narcolog. • Recomandările explicite pentru pacient.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.

C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului.



C 1.2 Algoritm de intervenții



C 1.3 Algoritmul terapiei substitutive

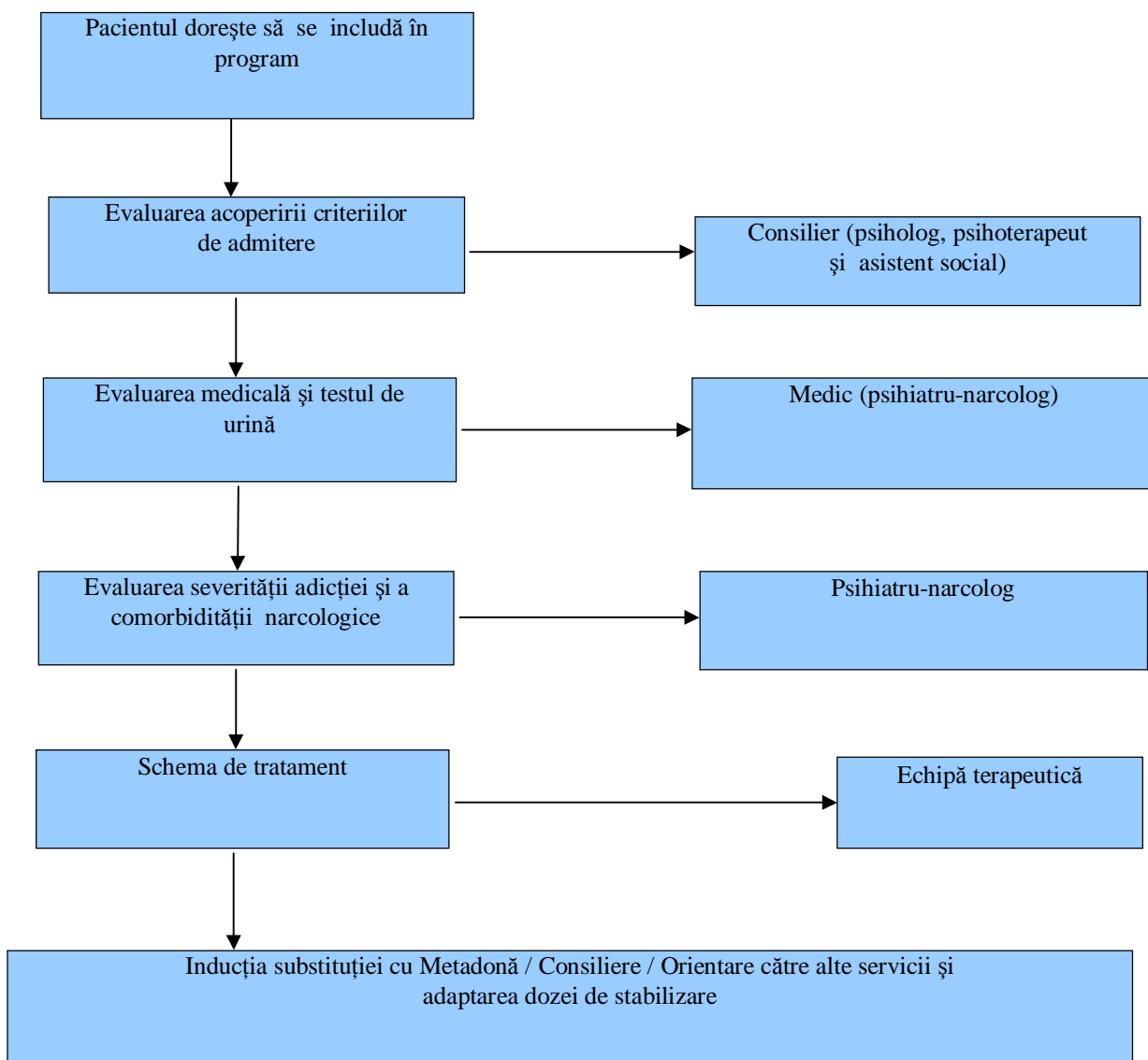
Pasul I – interviul motivațional, care este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care pacientul este ajutat să-și rezolve ambivalența și să se angajeze într-o schimbare comportamentală. Interviul motivațional are ca obiectiv conștientizarea problemei și necesitatea de a se implica în terapia substitutivă.

Pasul II – consolidarea angajării în schimbarea comportamentală și necesitatea terapiei substitutive.

Pasul III – luarea deciziei pentru terapia substitutivă discutând aspectele negative și pozitive ale comportamentului.

Pasul IV – planul de acțiuni, unde și când va fi aplicată terapia substitutivă în scop de ameliorare și de fortificare a sănătății.

Pasul V – prevenirea recăderilor. Evaluarea și abordarea situațiilor de risc, care pot provoca recidiva și abandonarea terapiei substitutive.



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.

C.2.1. Serviciile pentru CDI

Organizarea de activități ale serviciilor implicate în prevenirea, tratamentul și în reabilitarea persoanelor bolnave constituie o condiție majoră pentru tratamentul substitutiv de succes al CDI.

Caseta 1. Serviciile pentru CDI

- Tratamentul dependenței opioide, inclusiv terapia de substituție cu opioide;
- Diagnosticul și tratamentul altor afecțiuni concomitente, plus al complicațiilor în consumul intravenos de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.
- Profilaxia și tratamentul infecțiilor concomitente condiționate de infecția HIV.
- Vaccinarea contra infecțiilor cauzate de virusul hepatitei virale B.
- Îngrijirile paliative în stadiile avansate ale bolii.

Notă: Programele de tratament substitutiv trebuie să fie corelate cu programele de reducere a riscului. Acest lucru este important pentru acoperirea maximă și pentru menținerea CDI în programul de tratament substitutiv, cât și pentru oferirea acestora unei consultații privind reducerea riscului și accesibilitatea serviciilor medicale oferite. Datorită stabilizării comportamentului CDI, metodele de reducere a riscului, terapia de substituție ar putea diminua consecințele medicale și psihosociale în consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora. La tratarea pacienților HIV-infectați cu dependență opioidă se impune necesitatea coordonării activităților (servicii de patru tipuri):

- ✓ Practica medicală generală și clinicile infecțioase.
- ✓ Reducerea riscului.
- ✓ Asistența narcologică.
- ✓ Asistența psihologică și cea socială.

Acordarea cu succes a asistenței medicale, pentru consumatorii activi ai produselor/substanțelor stupefiante sau ai medicamentelor cu efecte similare acestora trebuie să corespundă câtorva principii generale. Asistența medicală trebuie să:

- ✓ fie accesibilă;
- ✓ fie gratuită;
- ✓ fie loială, prestată de cadre cu atitudini nepărtinitoare;
- ✓ corespundă necesităților individuale;
- ✓ fie continuă (prin intermediul sistemului de referințe medicale), ceea ce ar asigura interacțiunea instituției medico-sanitare, serviciile sociale, asociații de CDI și familiile pacienților.

Asistența medicală trebuie să fie multiaspectuală și să includă:

- ✓ Tratamentul dependenței opioide, inclusiv terapia de substituție cu opioide.
- ✓ Diagnosticul și tratamentul altor afecțiuni concomitente, plus al complicațiilor în consumul intravenos de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.
- ✓ Profilaxia și tratamentul infecțiilor concomitente, condiționate de infecția HIV.
- ✓ Vaccinarea contra infecțiilor cauzate de virusul hepatitei virale B.
- ✓ Îngrijirile paliative în stadiile avansate ale bolii.

Asistența medicală acordată CDI trebuie, de asemenea, să includă:

- ✓ Motivarea în respectarea regimului terapeutic.
- ✓ Reducerea riscului asociat în consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.

- ✓ Soluționarea problemelor sociale (prin intermediul serviciului de asistență socială).
- ✓ Excluderea situațiilor de stigmatizare și de discriminare.
- ✓ Garantarea confidențialității.

C.2.2. Screening-ul dependenței opioide

Caseta 2. Screening-ul dependenței opioide

- Screening-ul privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă intravenos opiacee în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică.
- Screening-ul în consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora în asociere cu analizele de urină, salivă, sânge, păr sau aer expirat, reflectă rezultatele tratamentului.
- Screening-ul în administrarea produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora nu este obligatoriu; acesta urmează a fi efectuat doar cu acordul informat al pacientului, iar rezultatele acestuia nu trebuie să servească drept motiv pentru sistarea tratamentului.

C.2.3. Conduita pacientului CDI

Caseta 3. Scopul procedurilor diagnostice

- Detoxificarea pentru un termen scurt – reducerea dozelor în 2 săptămâni;
- Detoxificare pentru un termen mediu – reducerea dozelor în mai mult de 1 lună;
- Detoxificare pentru un termen lung – reducerea dozelor de aproximativ 4 luni;
- Menținere pentru un termen lung – prescripție și stabilizare pentru 6 luni și mai mult;
- Alegerea schemei de tratament substitutiv este în funcție de gradul de dependență, de starea de sănătate fizică și mentală, de situația curentă și suportul social.

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 4. Anamneza pacienților CDI

- **Anamneza familiei** – ereditatea, bolile psihice, alcoolismul cronic, narcomania, etc.
- **Anamneza vieții** – educația și condițiile de viață ale bolnavului, studiile, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea bolnavului față de viața în familie.
- **Anamneza bolii** – la ce vârstă a consumat prima dată produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, primele cazuri de ebrietate pronunțată, particularitățile stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecțiuni somatice și cu dereglări psihice; durata consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora până la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea de halucinații, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiei.
- **Activitatea profesională** – profesia, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancțiuni administrative.
- **Antecedente personale** – maladii și traume psihice în copilărie, boli somatice și neurologice, traume craniocerebrale, probleme în familie (conflicte, divorțuri, deces al partenerului), conflicte la locul de muncă, tentative de suicid, alte probleme.

C.2.3.2 Manifestările clinice

Caseta 5. Evaluarea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora și a dependenței opioide

- Colectarea anamnezei privind consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora și tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.
- Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:
 - ✓ Lista substanțelor întrebuițate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive.
 - ✓ Vârsta pacientului în momentul începerii consumului.
 - ✓ Modalitatea de consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.
 - ✓ Caracteristica consumului pe parcursul vieții (în ultima perioadă și în momentul examinării).
 - ✓ Schimbarea efectului substanțelor psihoactive în decursul timpului.
 - ✓ Anamneza toleranței, supradozajului și a sindromului de sevraj.
 - ✓ Perioadele de abținere și tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.
 - ✓ Complicațiile legate de consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (hepatite, abcese etc.).
 - ✓ Probleme curente, inclusiv gradul de dependență.
 - ✓ Caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței opioide.

Notă:

- La examenul fizic pot fi constatate semne de consum al produselor/substanțelor stupefiante sau al medicamentelor cu efecte similare acestora și/sau complicații legate de administrarea acestora. La planificarea tratamentului este necesar de constatat și de ținut cont de complicațiile somatice ale dependenței opioide sau de alte etiologii.
- Evaluarea ulterioară a gradului de severitate a dependenței opioide și planificarea tratamentului trebuie să fie efectuate de narcolog sau un alt specialist cu competențe corespunzătoare, fie în colaborare activă a acestora.

Caseta 6. Evaluarea primară a statutului HIV

- Instituțiile medico-sanitare care prestează servicii pentru CDI trebuie să ofere consultații și să asigure testarea HIV tuturor pacienților săi; și să le ofere informațiile necesare.
- Lucrătorii medicali trebuie să explice pacienților faptul, că testarea HIV este importantă în determinarea tacticii ulterioare de prestare a asistenței medicale. Totuși pacientul are dreptul să refuze testarea. Testarea primară la infecția HIV trebuie să includă următoarele etape:
 - ✓ Consultarea și informarea pretestare.
 - ✓ Testarea serologică pentru depistarea anticorpilor anti-HIV și confirmarea rezultatelor prin intermediul testului de *Western blot*.
 - ✓ Consultarea posttestare în reducerea formelor de comportament riscant.

Caseta 7. Evaluarea psihosocială

- CDI HIV-infecțați deseori prezintă afecțiuni psihice concomitente. Potrivit unor estimări, de la 25 până la 50 la sută din consumatorii de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora se confruntă cu multiple probleme de sănătate.
- La examinarea primară este necesară evaluarea minuțioasă a statutului psihosocial, cu accent primordial pe:
 - ✓ Orice cauze de instabilitate care ar putea afecta respectarea regimului terapeutic.
 - ✓ Depresii și alte afecțiuni afective.
 - ✓ Alte probleme psihiatrice.
- Gradul de severitate a problemelor medicale legate de infecția HIV urmează a fi evaluat din perspectiva problemelor psihosociale elucidate în procesul evaluării. Este necesar a se ține cont de următorii factori sociali:
 - ✓ Stabilitatea socială, familială și sprijinul din partea comunității.
 - ✓ Vagabondajul.
 - ✓ Perturbările și crizele serioase de viață.
 - ✓ Starea materială.
 - ✓ Alimentarea.

Caseta 8. Tabloul clinic în intoxicația acută cu opiacee

- Se manifestă cu o erupție motorie.
- Apare o senzație de căldură în tot corpul, zgomot în urechi, transpirație.
- Pupilele se dilată, ochii strălucesc.
- Euforia nu se asociază cu necesitatea de activitate sporită sau cu necesitatea de a comunica cu cei din jur.
- De cele mai dese ori aceste persoane se retrag tăcuți, liniștiți, așteptând trecerea într-o stare de somnolență, scăldată în vise agreabile.
- Fac impresia unor persoane cu dizabilități.
- În cazul supraconsumului poate apărea o stare de sopor sau de comă.
- Gândirea la aceste persoane este neadecvată, deseori întreruptă sau accelerată.
- Apar iluzii, halucinații vizuale, fantastice.
- Conștiența poate fi uneori dereglată.
- Persoana nu se orientează în timp și în spațiu.

Caseta 9. Tabloul clinic în narcomania prin consum de opiacee

- De regulă, se declanșează după 5-10 injecții cu manifestări de dependență psihică și fizică.
- În cazul în care persoana e lipsită de produsele/substanțele stupefiante sau de medicamentele cu efecte similare acestora:
 - ✓ apare starea de sevraj cu manifestări algice în mușchi, mai ales în cei abdominali, spasme în abdomen, transpirație profuză, hipersalivație, strănut, cascăt, vomă, diaree, cardialgii, accelerarea pulsului și a respirației;
 - ✓ sub aspect psihic, se înregistrează stări de tristețe, frică de moarte, nervozitate, iluzii, halucinații vizuale și auditive. Pot apărea stări delirante, oneroide, crize convulsive, etc. În acest caz aceste persoane necesită o asistență medicală de urgență.

- Vizual la aceste persoane se atestă îmbătrânirea precoce, sunt palizi. Părul lor își pierde luciul, devine fragil, pielea este palidă, uscată, cu multe riduri, ceea ce indică o consumare îndelungată a substanțelor stupefiante și altor substanțe psihotrope. Dinții au smalțul afectat își pierd emailul, se distrug, cad. Unghiile sunt fragile, în straturi. Deficitul de greutate

ajunge până la 7-15 kg. Cu cât e mai veche boala, cu atât bolnavii sunt mai istoviți. În regiunea plicii coastelor, pe dosul palmelor, pe gât, pe picioare sunt semne de injecții. Se depistează „calea” venelor, care sunt sclerozate și deprimare.

C.2.3.3. *Investigațiile paraclinice*

Caseta 10. *Investigații paraclinice*

Obligatoriu:

- Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau medicamentelor cu efecte similare acestora în remediile biologice ale organismului (urină, salivă, sânge).
- Consultația psihologică.

Notă: Pacienților cu maladii concomitente li se vor efectua investigații paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor specialiști de profil.

C.2.3.4 *Diagnosticul diferențial*

Caseta 11. *Criteriile de diagnostic în dependența opioidă*

- Imposibilitatea de a rezista în fața impulsului de a realiza acest tip de comportament.
- Senzația de tensiune care crește în intensitate și precede imediat debutul comportamentului.
- Plăcere sau senzație de ușurare în acest comportament.
- Senzația de pierdere a controlului în comportamentul respectiv.
- Prezența a cel puțin cinci dintre următoarele nouă criterii:
 1. preocupare frecventă a subiectului față de acest comportament;
 2. intensitatea și durata episoadelor generate de acest tip de comportament sunt mai mari decât inițial, la debutul acestuia;
 3. tentative repetate de a reduce, de a controla sau de a abandona comportamentul respectiv;
 4. important este pregătirea pentru episoadele generate de acest comportament;
 5. frecvență a acestor episoade comportamentale atunci când subiectul respectiv ar trebui să-și îndeplinească obligațiunile profesionale, școlare sau universitare, familiale sau sociale;
 6. activitățile sociale, profesionale sau recreative majore sunt sacrificate din cauza acestui comportament;
 7. perpetuarea comportamentului, deși subiectul cunoaște faptul că acest lucru îi determină sau îi agravează o problemă persistentă sau recurentă de ordin social, financiar, psihologic sau somatic;
 8. toleranța marcantă – nevoie de amplificare a intensității sau a frecvenței pentru a obține efectul dorit, sau diminuarea efectului obținut printr-un comportament de aceeași intensitate;
 9. agitația sau iritabilitatea în cazul imposibilității de desfășurare a comportamentului respectiv.

Caseta 12. *Trăsăturile clinice în stadiul de dependență avansată*

- Procesul de marginalizare a narcomanilor este mai mult sau mai puțin definitiv în funcție de regresivitatea psihosocială și familială a subiectului.
- Dispoziția este aproape întotdeauna afectată (indiferență afectivă, stare depresivă), în același mod ca și vigilența persoanei respective (detașare, apatie, tulburare a atenției).

20

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

- Aproape la toți narcomanii în acest stadiu există o alterare importantă a stării generale determinată de multiple complicații somatice.
- Funcțiile corticale superioare sunt frecvent afectate: tulburări mnemice, apragmatism, dificultăți de concentrare, incapacitatea de a lua decizii, de a avea inițiative. Pentru un termen de durată, unii dintre acești narcomani se află în situația de a avea nevoie de îngrijiri speciale.

Caseta 13. Criteriile de diagnostic în dependență de substanță psihoactivă

- Toleranța definită de una dintre cele două situații:
 - ✓ nevoia de creștere marcată a dozei de substanță pentru a atinge nivelul de intoxicație (efectul) dorit;
 - ✓ diminuarea marcantă a efectului, dacă se continuă consumul aceleiași cantități de substanță.
- Sevrăjul, relevat de următoarele situații:
 - ✓ apariția sindromului caracteristic de sevrăj la întreruperea de consum.
 - ✓ substanța respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau pentru a îndepărta simptomele de sevrăj.
- Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau pentru o perioadă mai de lungă durată decât individul a intenționat inițial.
- Există o dorință persistentă de consum sau de eșecuri în intenția de a întrerupe acest consum.
- O mare perioadă de timp este consacrată activității necesare în obținerea substanței, consumului și recuperării după consumul acesteia.
- Activitățile importante sociale, ocupaționale sau recepționale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanță.
- Consumul de substanță este continuat în pofida faptului că pacientul este conștient de factorul cauzator și agravant al problemelor sale psihologice și somatice.

Notă: În pofida unor diferențe farmacologice între anumite substanțe psihoactive, semnele de dependență și de toxicitate sunt similare, tratamentul fiind și el în majoritatea cazurilor aproximativ același. Pentru diagnosticul diferențial este necesară clinica manifestărilor specifice ale stării de ebrietate, consumului și ale consecințelor, analizele expres de laborator precum și analiza sângelui la identificarea substanței psihoactive consumate.

C.2.3.5. Indicațiile pentru terapia substitutivă

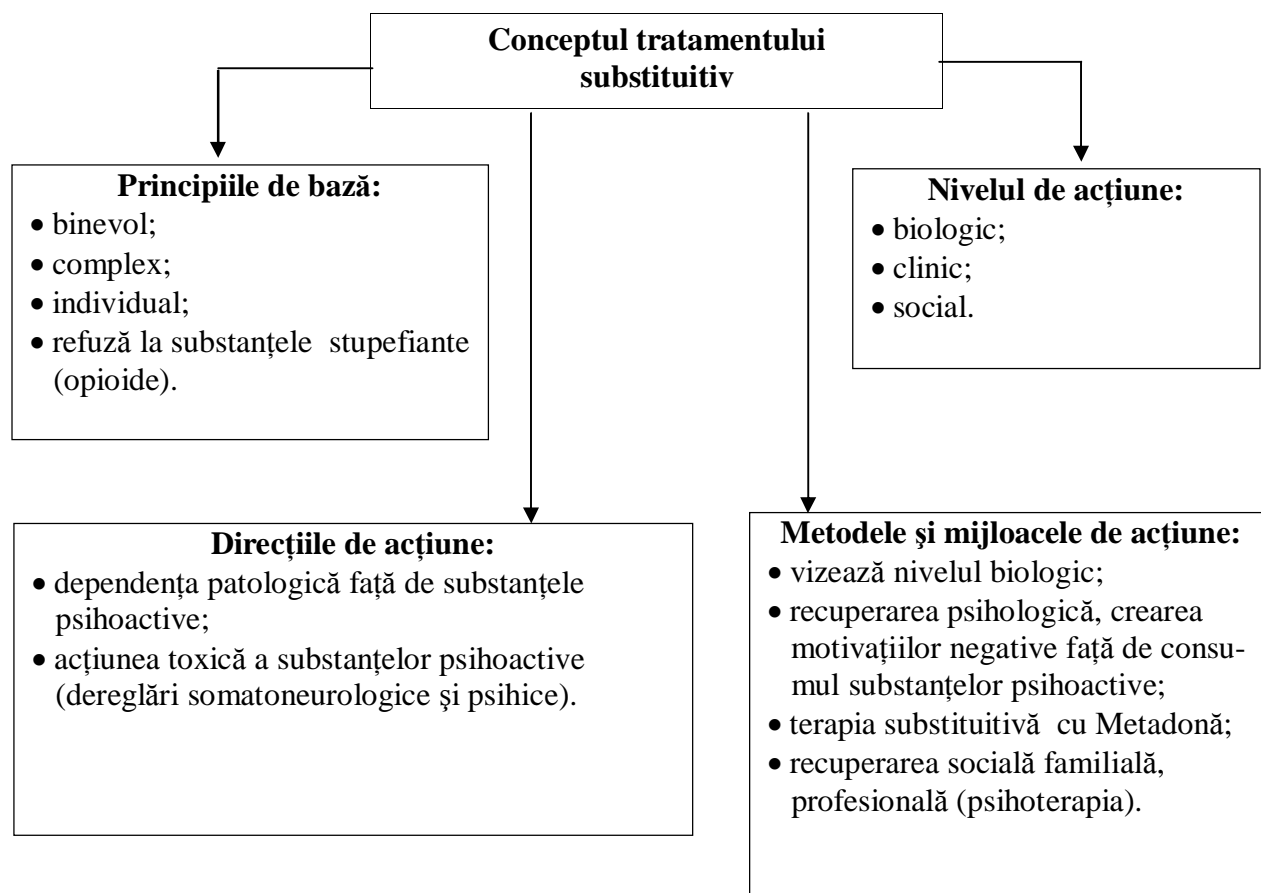
Caseta 14. Indicațiile pentru terapia substitutivă a CDI

- Narcomania prin consum de opioide.
- Probleme de sănătate generate de utilizarea intravenoasă a substanțelor stupefiante (opioide) (hepatite, septicemie, HIV/SIDA etc.).

- Maladii concomitente (boli maligne, diabet zaharat, dereglări psihice, tuberculoză pulmonară etc.).
- Tratament antidrog în mod repetat, fără succes.
- Dorința de a-și schimba comportamentul dependent, determinat de utilizarea substanțelor stupefiante (opioide), intravenos.
- Contact permanent cu lucrătorii medicali implicați în această activitate.
- Sistarea consumului de substanțe stupefiante (opioide) și de alte substanțe psihotrope.

C.2.3.6 Tratamentul

Figura 1. Conceptul tratamentului substitutiv



Notă:

- Asistența medico-socială acordată pacienților cu dependență opioidă trebuie să fie prestată de specialiștii de profil divers, inclusiv medici, asistente medicale, asistenți sociali și farmaciști. Este un imperativ faptul că organizațiile de stat, cele nonguvernamentale și asociațiile obștești să contribuie în acordarea asistenței. Tratamentul dependenței opioide, inclusiv TSO, creează multe avantaje în realizarea profilaxiei și a tratamentului HIV/SIDA, inclusiv:
 - ✓ facilitează accesul la tratament și la asistență în caz de infecție HIV și la asistența medicală generală;
 - ✓ reține consumatorii activi de la consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora în terapia substitutivă;
 - ✓ reduce riscul de transmitere a: HIV-infecției, hepatitelor virale, infecțiilor bacteriene;

- ✓ reduce necesitatea de spitalizare.
- Tratatamentul substitutiv contribuie la:
 - ✓ reducerea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora;
 - ✓ reducerea de frecvență a acțiunilor ilicite;
 - ✓ reducerea mortalității (supradozare);

22

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

- ✓ corijarea comportamentului asociat riscului ridicat de transmitere a HIV;
- ✓ facilitarea integrării sociale a consumatorilor de substanțe stupefiante și de alte substanțe psihotrope.
- Avantajele programelor de terapie de substituție sunt realizate maxim în caz de:
 - ✓ prescriere a unor doze mari de Metadonă;
 - ✓ programe de orientare întru substituția produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora versus abandonarea completă a acestora;
 - ✓ prestare a serviciilor de diagnostic și de tratament asociate dereglărilor psihice, precum și în asistența în soluționarea problemelor sociale;
 - ✓ încheiere a unui acord între pacient și medic sau introducerea unui sistem de premiere, de rând cu consultația medicală, în vederea reducerii consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora ;
 - ✓ asigurare a accesibilității serviciilor medicale, inclusiv comoditatea amplasării acestora, orele de lucru și remunerarea;
 - ✓ creare a unui mediu prietenos.
- Asistența medicală și psihosocială CDI:
 - ✓ Servicii de suport psihologic în prestarea serviciilor de psihoterapie în grup, pentru CDI și membrii familiilor acestora.
 - ✓ Grupuri de asistență reciprocă („de la egal la egal”).
 - ✓ Programe de informare.
 - ✓ Servicii de asistență psihologică și psihiatrică în diagnosticarea și tratamentul dereglărilor psihice.
 - ✓ Servicii de asistență socială întru soluționarea problemelor de trai, asistență în angajarea în câmpul de muncă și asigurarea materială, în soluționarea aspectelor juridice și depășirea discriminării etc.

C.2.3.6.1 Tratatamentul substitutiv cu Metadonă

Tabelul 1. *Schema de conversie a heroinei în Metadonă pentru stabilirea dozei inițiale*

Cantitatea de heroină zilnic	Calea de administrare	Doza inițială de Metadonă detoxificare	Doza inițială de Metadonă stabilizare
0,25 mg	inhalat i.v.	10-25 mg 15-35 mg	10-40 mg 15-45 mg
0,5 mg	inhalat i.v.	15-50 mg 25-60 mg	20-50 mg 30-65 mg
0,75 mg	inhalat i.v.	25-65 mg 25-70 mg	35-75 mg 35-85 mg

1 g	inhalat i.v.	30-80 mg 30-90 mg	35-85 mg 35-100 mg
1,5 g	inhalat i.v.	45-100 mg 45-110 mg	45-120 mg 45-120 mg
2 g	inhalat i.v.	50-120 mg 50-120 mg	50-130 mg 50-130 mg

Tabelul 2. Schema de detoxificare cu Metadonă, pentru un termen scurt (2 săptămâni)

Schema I	sau schema a II-a
a) 20 mg, pentru 3 zile b) 15 mg, pentru 3 zile c) 10 mg, pentru 3 zile d) 5 mg, pentru 3 zile	a) 25 mg, pentru 3 zile b) 20 mg, pentru 3 zile c) 15 mg, pentru 3 zile d) 10 mg, pentru 3 zile e) 5 mg, pentru 2 zile
Notă: Va fi selectată una din schemele nominalizate anterior.	

Tabelul 3. Schemele de detoxificare cu Metadonă, pentru un termen lung (1, 4, 6 luni)

Schema de detoxificare cu Metadonă pentru un termen mediu (aproximativ 1 lună)	<u>Începând de la o doză de 40 mg (care asigură inducția și în primele 4 zile - stabilizarea):</u> a) 40 mg, pentru 4 zile; b) 35 mg, pentru 3 zile; c) 30 mg, pentru 4 zile; d) 25 mg, pentru 3 zile; e) 20 mg, pentru 4 zile; f) 15 mg, pentru 3 zile; g) 10 mg, pentru 4 zile; h) 5 mg, pentru 3 zile.
Notă: Pentru cei care au nevoie de mai mult de 40 mg de Metadonă pentru stabilizare sau care provin dintr-un program de menținere cu Metadonă, aceștia după stabilizare pot reduce doza până la 20 mg și apoi să urmeze protocolul de detoxificare cu Metadonă așa cum este prezentat.	<u>Începând de la o doză de 25 mg:</u> a) 25 mg, pentru 4 zile; b) 20 mg, pentru 4 zile; c) 15 mg, pentru 4 zile; d) 10 mg, pentru 3 zile; e) 8 mg, pentru 3 zile; f) 6 mg, pentru 3 zile; g) 5 mg, pentru 3 zile; h) 4 mg, pentru 3 zile; i) 2 mg, pentru 3 zile;
Schema de detoxificare pentru un termen lung (aproximativ 4 luni)	<u>Începând de la o doză de 45 mg:</u> a) 45 mg, pentru 14 zile; b) 35 mg, pentru 14 zile; c) 30 mg, pentru 14 zile; d) 25 mg, pentru 14 zile; e) 20 mg, pentru 14 zile; f) 15 mg pentru 14 zile;

	g) 10 mg, pentru 14 zile; h) 7 mg, pentru 14 zile.
Schema de detoxificare (aproximativ 6 luni și mai mult)	<u>Începând de la o doză de 60 mg:</u> a) 60 mg, pentru 14 zile; b) 50 mg, pentru 14 zile; c) 40 mg, pentru 14 zile;

24

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

	d) 30 mg, pentru 14 zile; e) 25 mg, pentru 14 zile; f) 20 mg, pentru 14 zile; g) 15 mg, pentru 14 zile; h) 10 mg, pentru 14 zile; i) 8 mg, pentru 14 zile; j) 6 mg, pentru 14 zile; k) 4 mg, pentru 14 zile; l) 2 mg, pentru 14 zile.
--	---

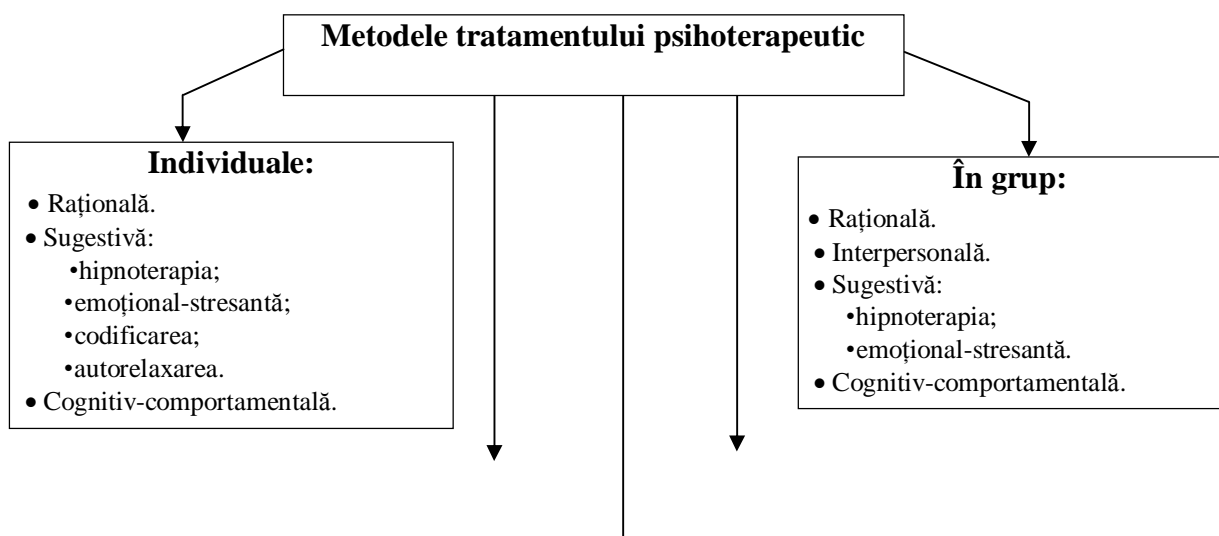
Notă: Beneficiarii terapiei de substituție care au abandonat consumul ilicit de produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, respectă strict regimul de tratament substituitiv pe parcurs de 3 luni și mai mult, dispun de relațiile familiale, sunt profesional și social adaptați pot beneficia de prescrierea metadonei la domiciliu o dată săptămînal, conform recomandărilor comisiei, iar în cazul respectării acestor condiții mai mult de 6 luni prescrierea metadonei la domiciliu poate fi de pînă la 3 zile săptămînal, după recomandările comisiei.

Dozele mici (5 mg și sub 5 mg) sunt lipsite de valoare fiziologică, avînd o valoare pur psihologică. Unii clienți au frică de a deveni abștinenți. Perioada de prescriere a acestor doze minimale asociate cu consiliere poate scădea nivelul de anxietate și oferă timp pentru acomodarea la un nou stil de viață.

C.2.3.6.2. *Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială*

Un rol important în tratamentul substituitiv cu Metadonă îl dețin tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială, care contribuie la restabilirea relațiilor familiale, încadrarea în muncă și societate. În acest sens, se propun următorii algoritmi de tratament psihoterapeutic și de reabilitare psihosocială a persoanelor încadrate în terapia substituitivă.

Figura 2. *Modele de tratament psihoterapeutic*



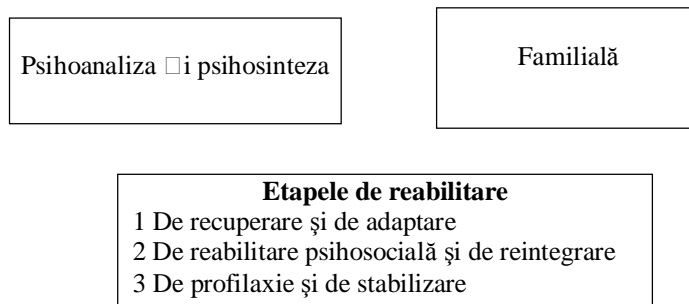
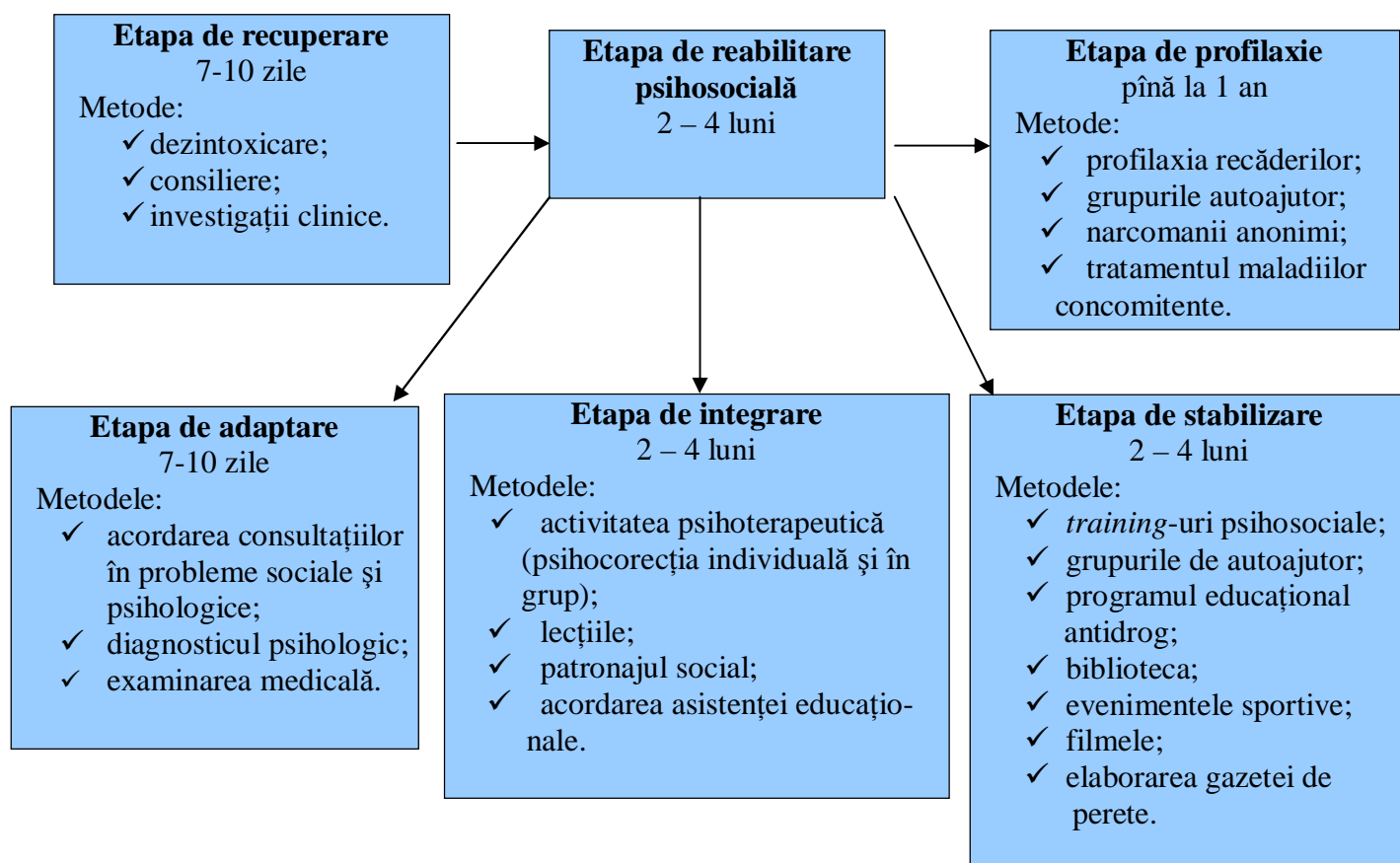


Figura 3. Etapele procesului de reabilitare a bolnavilor de narcomanie care sunt încadrați în tratamentul substituitiv



C.2.3.6.3 Particularitățile tratamentului de substituție la pacienții încadrați în terapia antiretrovirală

În cazul CDI HIV-infectați tratamentul începe cu implicarea acestora în terapia substituitivă cu Metadonă și stabilizarea dozei, după care persoanele date sunt încadrate în terapia antiretrovirală (ARV). Pacienții obligatoriu vor fi supravegheați de către narcolog în colaborare cu infecționistul.

Tabelul 4. Interacțiunea între Metadonă și preparatele ARV

Remediul ARV	Acțiunea remediului ARV asupra Metadonei	Acțiunea Metadonei asupra remediului ARV	Adnotare
I	II	III	IV
Inhibitori nucleozidici sau nucleotidici ai revers transcriptazei			
Abacavir	O micșorare ne semnificativă a concentrației Metadonei.	Concentrația maximă se micșorează (cu 34%).	Datele sunt limitate, deși un studiu a constatat o creștere a

26

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

I	II	III	IV
	Risc cauzat de abțință opioidă. Corecția posologiei este puțin probabilă, dar la unii pacienți ar putea să fie necesară creșterea dozei Metadonei.	Crește timpul de realizare a concentrației maxime.	clearance-ului Metadonei cu 22 la sută. Risc mic de abțință opioidă. S-ar putea să fie necesară corecția dozei Metadonei.
Didanozină comprimate capsule enterosolubile	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	În combinație cu comprimatele concentrația se micșorează (cu 60%), iar în combinație cu capsulele – nu se schimbă.	Interacțiunea este studiată numai la administrarea comprimatelor în două prize timp de 24 ore. A fost lansată ipoteza că efectul este legat de micșorarea biodisponibilității didanozinei în condiții de pasaj diminuat în mediul acid al stomacului. Variații individuale majore în farmacocinetică didanozinei. Din moment ce n-a fost depistată vre-o interacțiune în cazul capsulelor, predicție se dă acestei forme de administrare.
Zidovudină	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	Creșterea considerabilă a concentrației (cu 43 la sută). Semnificația clinică nu este clară. Posibile efecte adverse.	Trebuie de monitorizat efectele adverse ale Zidovudinei. Controlul anemiei, greții, mialgiei, vomei, asteniei, cefaleei și al suprimării celulelor măduvei osoase ale beneficiarilor. Dacă concentrația minimă a Metadonei este în limitele normei, probabil efectele toxice sunt cauzate de Zidovudină.
Lamivudină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Stavudină	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	N-a fost relatată. Concentrația scade (cu	Semnificația clinică a efectului nu este certă.

		18-27%).	
Tenofovir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Emtricitabină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

I	II	III	IV
Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse			
Nevirapină	Micșorare considerabilă a concentrației Metadonei (cu 46%). Deseori se dezvoltă abstinanța metadonică. Majoritatea pacienților necesită o majorare considerabilă a dozei Metadonei (cu 16%).	N-a fost relatată.	Într-un șir de investigații clinice asupra pacienților, cărora li s-a administrat Metadonă pe o perioadă lungă de timp, debutul terapiei cu Nevirapină a solicitat majorarea dozei diurne a Metadonei cu 50-100% pentru sistarea abstinanței opioide. Simptomele abstinanței se dezvoltă, de regulă, peste 4-8 zile după administrarea Nevirapinei, deși reacția poate să se dezvolte și peste 2-3 săptămâni.
Efavirenz	Micșorare considerabilă a concentrației Metadonei (cu 60%). Se dezvoltă des abstinanța metadonică. De regulă, este necesară majorarea considerabilă a dozei Metadonei (cu 50%).	Nu este cunoscută.	Monitorizarea minuțioasă a semnelor de abstinanță metadonică și majorarea dozei la necesitate. Simptomele de abstinanță pot să se manifeste peste 2-3 săptămâni.
Inhibitori ai proteazei			
Lopinavir / ritonavir	Micșorarea concentrației Metadonei (cu 26-53%). Este posibilă apariția abstinanței, care dictează majorarea dozei. Efectele adverse pot imita abstinanța.	N-a fost relatată.	Este descrisă abstinanța metadonică. Este posibilă necesitatea majorării dozei Metadonei.
Nelfinavir	Concentrația Metadonei poate descrește (cu 29-47%). Semnele clinice ale abstinanței sunt observate rar. S-ar putea dicta necesitatea	Concentrația poate descrește, dar semnificația clinică nu este certă.	În studiile care au dovedit micșorarea concentrației Metadonei n-au fost constatate semne clinice ale abstinanței.

	creșterii posologiei Metadonei.		
Ritonavir	Concentrația Metadonei poate descrește (cu 37%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei Metadonei.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de abinență metadonică și majorarea dozei la necesitate.

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

I	II	III	IV
Ritonavir / tipranavir	Concentrația metadonei se poate micșora (cu 50%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei Metadonei.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de abinență metadonică și majorarea dozei la necesitate.
Saquinavir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr, interacțiunea preparatelor n-a fost relatată.
Saquinavir 1600 mg + Ritonavir 100 mg Saquinavir 1400 mg + Ritonavir 400 mg	Micșorarea ușoară a concentrației Metadonei (Saquinavir/Ritonavir 1600/100 mg – cu 0-12%, Saquinavir/Ritonavir 1400/400 mg - cu 20%). N-au fost relatări despre sindromul de abinență. S-ar putea să fie necesară corecția dozei Metadonei.	Nu este studiată.	Ar putea fi necesară corecția dozei Metadonei; este necesară supravegherea continuă.

C.2.3.7. Supravegherea pacienților

Caseta 15. Supravegherea pacienților cu dependență opioidă

- Supravegherea persoanelor afectate de narcomanie prin consum de opiacee se efectuează în conformitate cu actele normative și legislative, pentru problema dată, și se efectuează de către medicul de familie și de către narcolog.
- 2Periodicitatea vizitei la medic este direct proporțională cu starea pacientului și cu grupul de evidență a acestuia.

C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 16. Complicațiile frecvente în dependența opioidă

- Supradozarea.
- Insuficiența hepatică.

- Insuficiența renală.
- Insuficiența cardiovasculară.
- Infectarea cu virusul HIV.
- Infectarea cu virușii hepatici B,C,D.
- Septicemia.
- Tromboflebita.
- Gangrene.
- Endocardite.
- Deces, etc.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<i>D.1 Instituțiile de AMP</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistenta medicului de familie.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf portabil; • ciocănaș neurologic; • cântar.
<i>D.2 Secțiile consultativ-diagnostice</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru-narcolog; • asistentă medicală; • psiholog; • psihoterapeut; • laborant.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • ciocănaș neurologic; • electrocardiograf; • narcoteste; • alcool.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metadonă.
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru-narcolog; • medici consultanți (neurolog, internist, ginecolog, radiolog, laborant etc.); • asistente medicale; • farmacist; • psiholog; • psihoterapeut.

**D.3 IMSP Dispensarul
Republican de Narcologie**

Aparate, utilaj:

- tonometru;
- fonendoscop;
- electrocardiograf;
- electroencefalograf;
- ultrasonograf;
- cardiomonitor;
- laborator clinic și biochimic;
- cabinet fizioterapeutic;
- ciocănaș neurologic;
- serviciul morfologic.

Medicamente:

Metadonă.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea tinerilor care vor abandona consumul intravenos de droguri și se vor reintegra în societate	1.1. Proporția tinerilor dependenți de opioide, cu vârsta de 18-30 de ani, care au abandonat consumul intra-venos pentru un termen de cel puțin 6 luni, pe parcursul unui an	Numărul de tineri dependenți de opioide, cu vârsta de 18-30 de ani, care au abandonat consumul intravenos pentru un termen de cel puțin 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al tinerilor dependenți de opioide, cu vârsta de 18-30 de ani, înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		1.2. Proporția tinerilor dependenți de opioide, cu vârsta de 18-30 de ani, care au abandonat consumul intravenos pentru un termen de cel puțin 6 luni și s-au reintegrat social și familial, pe parcursul unui an	Numărul de tineri dependenți de opioide, cu vârsta de 18-30 de ani, care au abandonat consumul intravenos pentru un termen de cel puțin 6 luni și s-au reintegrat social și familial, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al tinerilor dependenți de opioide, cu vârsta 18-30 de ani, înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
2.	A spori ponderea utilizatorilor de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă	2.1 Proporția utilizatorilor de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, pe parcursul unui an	Numărul utilizatorilor de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase, înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an

3.	A micșora riscul de îmbolnăvire prin hepatite virale B, C, D și HIV/SIDA printre utilizatorii de droguri intravenoase	3.1. Proporția utilizatorilor de droguri intravenoase, HIV/SIDA infectați, pe parcursul unui an	Numărul de utilizatori de droguri intravenoase, HIV/SIDA infectați, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase, înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		3.2. Proporția utilizatorilor de droguri intravenoase, infectați cu virușii hepatici B, C, D, pe parcursul unui an	Numărul de utilizatori de droguri intravenoase, infectați cu virușii hepatici B, C, D, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase, înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an

31

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
4.	A majora eficacitatea tratamentului substitutiv prin prevenirea recăderilor și prin menținerea abstenenței, reintegrarea socială, familială și profesională	4.1 Proporția utilizatorilor de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, în remisiune mai mult de 6 luni, pe parcursul unui an	Numărul de utilizatori de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, în remisiune mai mult de 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase, încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă din lista nominală de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		4.2 Proporția utilizatorilor de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, în remisiune mai mult de 6 luni, care s-au reintegrat social, familial și profesional, pe parcursul unui an	Numărul de utilizatori de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă, în remisiune mai mult de 6 luni, care s-au reintegrat social, familial și profesional pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase încadrați în terapia substitutivă cu Metadonă din lista nominală de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie pe parcursul ultimului an
5.	A micșora numărul de decese cauzate de supradozare printre utilizatorii de droguri intravenoase	5.1. Rata deceselor printre utilizatorii de droguri intravenoase, pe parcursul unui an	Numărul de decese printre utilizatorii de droguri intravenoase, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri intravenoase înregistrați în listele nominale de evidență narcologică în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an

		5.2. Rata deceselor cauzate de supradozare printre utilizatorii de droguri intravenoase, pe parcursul unui an	Numărul de decese cauzate de supradozare printre utilizatorii de droguri intravenoase, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de decese înregistrate printre utilizatorii de droguri intravenoase, pe parcursul ultimului an
--	--	---	---	--

ANEXE

Anexa 1. Drepturile și responsabilitățile pacientului (informație pentru pacienți)

DREPTURI

- Asistența medicală gratuită în volumul stabilit de legislație.
- Atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socio-economic, convingeri politice și religioase.
- Securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate.
- Reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate.
- Opinie medicală alternativă și recomandările altor specialiști, la solicitare proprie ori a reprezentantului legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație.
- Asigurare de asistență medicală (obligatorie sau benevolă), în conformitate cu legislația.
- Informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective.
- Examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate a normelor sanitaro-igienice.
- Informații cu privire la propria sănătate, metodele de diagnosticare, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora.
- Informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant.
- Exprimare benevolă a consimțământului sau a refuzului la intervenție medicală și la participare în cercetarea biomedicală (studiul clinic), în modul stabilit de prezenta lege și de alte acte normative.
- Acceptare sau refuz în ceea ce privește efectuarea ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă un prejudiciu moral altor pacienți.
- Asistență din partea avocatului, a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale,

- în modul stabilit de legislație.
- Informație privind rezultatele examinării plângerilor și a solicitărilor, în modul stabilit de legislație.
 - Atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și ale funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație.
 - Îngrijire terminală demnă de o ființă umană.
 - Despăgubire pentru daunele aduse sănătății, conform legislației.
 - Spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social.

RESPONSABILITĂȚI

- Grija față de propria sănătate și menținerea unui mod de viață sănătos, excluderea acțiunilor premeditate ce dăunează sănătății proprii și a altor persoane.
- Respectarea măsurilor de precauție în contactele cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii medicali, în cazul în care persoana știe că suferă de o boală ce prezintă pericol social.
- Luarea, în lipsa contraindicațiilor medicale, a măsurilor profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria sănătate și creează pericole sociale.
- Informarea completă a lucrătorului medical cu privire la bolile suportate și cele curențe, maladiile sale ce prezintă pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sângelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor.
- Respectarea regulilor de comportament stabilite pentru pacienți în instituțiile medico-sanitare, precum și a recomandărilor medicului în perioada tratamentului ambulatoriu și de staționar.
- Excluderea utilizării produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituțiile medico-sanitare.
- Respectarea drepturilor și demnității altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Anexa 2. Acordul între client și IMSP Dispensarul Republican de Narcologie pentru aplicarea tratamentului de substituție

A C O R D U L
între client și IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
pentru aplicarea tratamentului de substituție

nr. _____
 „ _____ ” _____ 20__

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.283 din 12.07.2007 se încheie Acordul bilateral între clientul _____

_____ în cele ce

(numele, pronumele, anul nașterii, domiciliul)

urmează–client, și directorul general al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie Mihail Oprea, în cele ce urmează “director general”, privind aplicarea tratamentului substituitiv.

Angajamentele părților:

Clientul este obligat:

- Să consume Metadona în cabinetul programului de tratament al terapiei de substituție cu Metadonă în prezența personalului medical.
- Să permită personalului medical de a se încredința de faptul că Metadona nu se ascunde.
- Să nu vândă și să nu transmită Metadona altor persoane.
- Să nu fie agresiv față de personalul medical al instituției medicale și alte persoane

- participante în programul terapiei de substituție cu Metadonă.
- Să îndeplinească indicațiile personalului medical.
 - Să nu vândă și să nu consume droguri ilegale și alte substanțe psihoactive în încăperea instituției medicale.
 - Să dea analiza urinei după indicația personalului medical, aflându-se în cabinet.
 - Să păstreze bunurile materiale ale instituției medicale.
 - Să nu fumeze în încăperea instituției medicale, la scări (sanctiunea poate fi fără observații suplimentare).

Clientul se informează că:

- În cazul încălcării regulilor mai sus menționate comisia medicală consultativă care a indicat tratamentul terapiei de substituție cu Metadonă, prescrie clientului sancțiune individuală.
- În cazul în care clientul este agresiv față de personalul medical sau față de alți participanți ai programului, este exclus din programul terapiei de substituție cu Metadonă fără dreptul de restabilire.
- În cazul în care participantul programului nu se prezintă nemotivat în cabinetul terapiei de substituție cu Metadonă timp de 7 zile este exclus automat din program.
- La prezența dezacordului cu Regulile indicate (acord) clienții nu se includ în programul tratamentului terapiei de substituție cu Metadonă.

35

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

IMSP Dispensarul Republican de Narcologie:

- Asigură condițiile respective pentru tratamentul de substituție.
- Asigură clientul cu medicament, investigații necesare și supravegherea medicală în dinamică.
- Asigură anonimatul adresării pentru tratament substituitiv.

Acordul se întocmește în două exemplare: unul se eliberează clientului, al doilea se anexează la fișa medicală a bolnavului de ambulator (staționar).

L.□.

Director general

Clientul

Anexa 3. Chestionar de colectare a informației inițiale în terapia substituitivă

Data îndeplinirii _____

Numele, prenumele _____

Anul nașterii, vârsta _____ Sexul _____

Adresa _____

Studiile _____

Ocupația _____

Situația familială _____

Inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora _____

Termenul de utilizare sistematică de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (anii) _____

Ultimele doze _____

Prețul unei doze medii zilnice _____

Cazuri de tratament ineficient _____

Abstinența cea mai îndelungată _____

Cine i-a recomandat tratamentul respectiv _____

Date suplimentare:

Prezența :

HIV/SIDA _____

Hepatitele B,C, D _____

Severitatea _____

Maladiile grave _____

Antecedentele penale _____

Durata tratamentului _____

Dorința de a continua tratamentul în condiții de ambulatoriu _____

Semnătura clientului

Semnătura personalului medical

37

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Anexa 4. Instrucțiuni pentru psihiatrul-narcolog și pentru psiholog versus tratamentul individual în terapia substitutivă

I. Instrucțiune

- Pentru fiecare client, inclus în programul Terapie de Substituție, se aprobă o schemă de tratament individual în procesul dialogului motivațional, pe parcursul căruia se elucidează problemele și necesitățile clientului. Această informație constituie axa tratamentului și a reabilitării pacientului. (Măsurile medicale se înscriu în *Fișa medicală a participantului* la program).

II. Aspecte ale schemei de activitate individuală

- Examinarea medicală generală.
- Examinarea medicală la HIV/SIDA, TBC, hepatite, IST, etc. la includerea în program (mai apoi minim o dată în an).
- Examinarea medicală (boli complicate: septicemie, ulcer trofic și dereglări organice).
- Consultația psihologică.
- Selectarea dozei individuale a preparatului de substituție în condiții de staționar sau ambulatoriu.
- Determinarea termenului de realizare a terapiei de substituție.
- În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului.
- Asigurarea consultației specialiștilor de profil.
- Graficul de consultații la narcolog.
- Planul tematic individual de consiliere la psiholog.

- Includerea în grupurile de susținere și de autoajutor.
- Participarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea periodicității lor.
- Măsurile de resocializare (anexa *Planul de activitate al schimbării*).
- Testarea de laborator la consumul drogurilor ilegale.
- Tratatamentul maladiilor concomitente.
- Corectarea/modificarea schemei de tratament confirmat lunar.

III. Schema de tratament individual

Examinare medicală generală _____

Examinarea medicală la HIV/SIDA, TBC, Hepatite, IST, etc.; la includerea în program (în continuare minim o dată în semestru) _____

Examinarea medicală la boli complicate (septicemie, ulcer trofic și dereglări organice)

38

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Testarea psihologică _____

Selectarea dozei individuale a preparatului substitutiv în condiții de staționar

Determinarea tipului și a termenului de administrare a terapiei de substituție _____

În cazurile necesare, corectarea dozei preparatului:

Data _____ Data _____

Data _____ Data _____

Data _____ Data _____

Asigurarea consultației la specialiștii de profil (de exemplu, dermatovenerolog)

Graficul consultațiilor la narcolog (o dată în 10 zile)

Planul tematic individual de consiliere la psiholog

Implicarea în grupurile de susținere și de autoajutor

Implicarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea perioadei de implicare

Măsurile de resocializare (vezi planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului)

Testarea de laborator la consumul de droguri ilegale (la necesitate)

Tratamentul maladiilor concomitente (la necesitate)

Corectarea/modificarea schemei de tratament se confirmă o dată în trimestru.

39

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Anexa 5. Planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului

Instrucțiune pentru pacient

Clientul care acceptă terapia de substituție _____

Data completării planului _____

1. Eu accept și vreau să fac în viața mea următoarele schimbări ...

2. Motivul cel mai important care m-a determinat să fac acest lucru este...

3. Pașii care intenționez să-i fac pentru a realiza aceste schimbări sunt ...

4. Modalitățile în care oamenii mă pot ajuta sunt ...

5. Sunt sigur că planul meu va funcționa, dacă...

6. Obstacolele în realizarea planului pot fi:

Semnătura clientului

Semnătura medicului

40

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Anexa 6. Planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului pentru medici, psihologi, asistenți sociali

Se completează în dialogul motivațional, care dezvăluie problemele și necesitățile clientului.

1. Ce schimbări eu accept să fac (Eu accept și vreau să fac în viața mea următoarele schimbări...

În ce mod sau în ce domeniu clientul dorește să intervină. Fiți cât mai concret. Este important să includeți scopuri pozitiviste (vreau să încep, vreau să îmbunătățesc, îmi doresc să fac ceva mai mult) și nu scopuri care ar provoca stresul.

2. Motivul cel mai important care m-a determinat să fac acest lucru este...

La ce consecințe vă așteptați de la ceea ce faceți sau de la ceea ce nu faceți (care este motivația majoră în acceptarea noului stil de viață de către client?)

3. Pașii care intenționez să-i fac pentru a realiza aceste schimbări în viața mea...

Modul în care clientul își planifică realizarea obiectivului? Cum pot fi atinse schimbările preconizate? Unde, când și în ce mod poate fi îndeplinit acest lucru?

4. Modurile, în care oamenii mă pot ajuta.

În ce mod alte persoane (inclusiv persoane importante, în caz de prezență a acestora) pot ajuta clientul în acceptarea și respectarea unui nou stil de viață.

5. Sunt sigur că planul meu va funcționa, dacă...

Așteptările clientului ce pot fi în rezultatul realizării obiectivului schimbării?

6. Obstacolele în realizarea planului sunt...

Ajutați clientul în a prevedea eventualele situații care pot dăuna realizării planului? Ce se poate întâmpla? Cum clientul poate depăși aceste probleme sau insuccese?

Planul se întocmește în formă scrisă, în două exemplare. Un exemplar se păstrează la medic, altul – la client. Planul se întocmește pentru 3 luni, apoi se reexaminează și se redactează.

Anexa 7. Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind terapia de substituție

Dependența reprezintă o stare complexă, care influențează negativ sănătatea utilizatorilor de droguri, bunăstarea populației și sistemului de ocrotire a sănătății, în genere; în special în caz de consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.

Actualitatea problemelor generate de consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora se datorează faptului că acestea determină multiple dereglări de sănătate și sociale care, la nivel național, se pot reflecta prin creșterea mortalității, morbidității și a infracționalității. Consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora depășește limitele cercului tradițional afectat de acest flagel, răspândindu-se larg în societate prin folosirea ocazională sau permanentă. Caracterul ascuns al acestui fenomen limitează posibilitatea cunoașterii situației reale, a problemelor și a factorilor predispozanți.

Studiile de identificare a factorilor principali determinanți și de evaluarea a ponderii fiecăruia dintre ei în actuala tendință epidemică menționează:

- ✓ cultivarea pe întreg teritoriul țării a materiei prime pentru producerea drogurilor – macul opiaceu și cânepa indiană;
- ✓ creșterea migrației populației;
- ✓ situația social-economică, șomajul tinerilor, sărăcia și nedreptățile sociale;
- ✓ abandonarea copiilor de către părinții plecați în străinătate în căutarea unui câștig și, respectiv, reducerea importanței educației în familie cu creșterea de influență a străzii și a prietenilor;

- ✓ deficiențe în promovarea și în realizarea măsurilor eficace de prevenție primară a răspândirii drogurilor;
- ✓ predispoziția genetică la consum.

Transformările sociale care au avut loc în Republica Moldova în anii '90 au contribuit la majorarea continuă a numărului de persoane antrenate în consumul de droguri și de alte substanțe psihotrope. Acest fapt a provocat probleme esențiale care vizează sănătatea publică, situația demografică sporirea morbidității printre narcomani, (infecția HIV/SIDA, hepatite virale B, C și D), sporirea criminalității, a agresivității și a violenței în familie.

Datele statistice confirmă faptul că, în grupul utilizatorilor de droguri injectabile, indicatorii morbidității prin maladiile nominalizate au valori destul de înalte.

Primul caz de infectare cu infecția HIV/SIDA a fost înregistrat în anul 1987, caracterul epidemic manifestându-se din anii '90. Analiza datelor relevă faptul că, începând cu anul 2001, printre utilizatorii de droguri se atestă o scădere a infecției HIV/SIDA de la 78,3% până la 33,7%, în 2005, și 28,4, în 2012, grație măsurilor întreprinse în acest sens.

Odată cu escaladarea epidemiei infecției HIV/SIDA a apărut necesitatea de promovare a măsurilor argumentate științific, de profilaxie, tratament și de reducere a riscurilor (de exemplu, repartizarea seringilor și a acelor, a soluțiilor dezinfectante și a prezervativelor, consilierea și testarea voluntară la HIV, terapia de substituție, diagnosticul și tratamentul ITS în rândul grupurilor socialmente vulnerabile.

În ultimii ani populația a fost inițiată în probleme de narcomanie, consecințele, pericolul de contaminare a infecției HIV/SIDA măsurile de protejare, utilizând în acest sens toate formele și metodele de prevenție într-un comportament riscant.

În scop de micșorare a riscului de infectare cu HIV printre utilizatorii de droguri intravenoase, au fost promovate campaniile educaționale și informaționale, implicarea lor în programele de tratament, profilaxie, recuperarea psihosocială, familială, profesională, etc. În orașele și în raioanele republicii, cu o morbiditate înaltă prin narcomanie, au fost acreditate programe de asistență psihologică și de schimb al seringilor getabile pentru consumatorii de droguri injectabile (CDI) care nu manifestau dorința de a-și schimba comportamentul dependent, întru înștiințarea lor versus consecințele narcomaniei, comportamentul inofensiv și posibilitățile de micșorare a riscului de contaminare cu infecția HIV/SIDA.

Reducerea infectării cu HIV, asociată consumului de droguri injectabile, se atribuie impactului de implementare și programelor strategice de reducere a riscurilor pe tot teritoriul țării.

Reducerea riscurilor

Programul *Reducerea riscurilor* cuprinde o asistență adecvată și accesibilă, nepărtinitoare din partea cadrelor medicale, prin intermediul programelor speciale desfășurate în teritorii. Programele complexe de reducere a riscului permit micșorarea incidenței infecției HIV în rândul CDI.

Componentele-cheie ale programelor eficiente de reducere a noxelor pentru CDI includ:

- ✓ politici de stat favorabile și cadrul legal;
- ✓ activități desfășurate pentru CDI, în special cu implicarea foștilor CDI;
- ✓ oferirea informației care favorizează schimbarea comportamentului riscant, în special măsurile de reducere a riscurilor;

- ✓ facilitarea accesului la seringi și la ace, cu colectarea celor utilizate;
- ✓ tratamentul dependenței narcotice, în special prestarea terapiei de substituție;
- ✓ consilierea și testarea la HIV;
- ✓ repartizarea prezervativelor, profilaxia și tratamentul infecțiilor sexual-transmisibile;
- ✓ asistența medicală primară, inclusiv vaccinarea contra hepatitei virale B, tratamentul complicațiilor venoase, a ulcerelor trofice și a abceselor, tratamentul intoxicațiilor în caz de supradozaj narcotic.

Serviciile de reducere a riscurilor trebuie să includă următoarele tipuri de activități:

- ✓ prestarea tratamentului de substituție, inclusiv administrarea nemijlocită a terapiei antiretrovirale, la pacienții cu HIV/SIDA;
- ✓ susținere în respectarea regimului terapeutic;
- ✓ asigurarea accesului la specialiștii și la serviciile implicate în tratamentul dependenței;
- ✓ oferirea informației;
- ✓ solicitarea altor servicii, care activează în contextul programelor de reducere a riscurilor, inclusiv, organele protecției sociale și alte instituții medico-sanitare;
- ✓ activitățile desfășurate în teren, în rândul CDI, în scopul de acordare de consultații;
- ✓ planificarea tratamentului infecției HIV la CDI.

Reieșind din aceste principii și în scop de soluționare a multiplelor probleme de sănătate, condiționate de consumul de droguri injectabile, în anul 2002, în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie a fost implementată terapia de substituție cu Buprenorfină, în cadrul unui proiect-pilot. În acest sens, au beneficiat de terapia de substituție cu Buprenorfină 35 de persoane care, ulterior au fost reintegrați familial, profesional și social. După finalizarea acestui proiect, analiza și sinteza rezultatelor, s-a menționat eficacitatea tratamentului și solicitarea acestuia de către pacienți.

43

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Principiile de bază în acordarea terapiei de substituție în rândul utilizatorilor de droguri injectabile

Acordarea cu succes a TSO pentru utilizatorii drogurilor injectabile trebuie să corespundă unor principii generale. Asistența medicală trebuie:

- ✓ să fie accesibilă;
- ✓ să fie gratuită;
- ✓ să fie loială, prestată de cadre cu atitudini nepărtinitoare;
- ✓ să corespundă necesităților individuale;
- ✓ să continue (prin intermediul sistemului medical) să asigure interacțiunea instituțiile medico-sanitare, serviciile sociale, asociațiile de UDI și familiile acestora.

Pe parcursul ultimilor ani, a fost creată baza legislativă și normativă cu privire la acordarea terapiei de substituție utilizatorilor de droguri. Au fost elaborate și aprobate prin *Hotărârea Guvernului nr.948 din 5.09.2005 Programul Național de Profilaxie și Control al infecției HIV/SIDA și ITS pe anii 2010-2015*, Strategia IV, activitatea 3; nr.314 din 17.03.2007 *Pentru aprobarea Planului de acțiuni cu privire la combaterea narcomaniei și narcobusinessului pe anii 2010-2015*, Capitolul III, activitatea 3, p.3.14; ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 *Cu privire la perfecționarea formelor și metodelor terapiei de substituție la bolnavii de narcomanie*. În cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și Departamentul Penitenciar, din anul 2003 a fost implementată terapia de substituție cu Metadonă, cu scopul de ameliorarea sănătății publice,

abandonarea consumului intravenos de droguri printre tineret, micșorarea riscului de îmbolnăviri prin hepatite virale și prin infecția HIV/SIDA printre consumatorii de droguri, profilaxia infecției HIV/SIDA în populație, majorarea eficacității tratamentului antidrog, diminuarea criminalității etc.

Datele științifice confirmă faptul, că terapia de substituție cu Metadonă, atunci când este realizată la standarde adecvate, este cea mai eficientă substituție medicamentoasă pentru dependența de opioide intravenoase. Ca rezultat, se atestă creșterea calității vieții pacienților și a familiilor acestora, modificarea stilului de viață a utilizatorilor de droguri (comportament sociabil). Prin toate aceste avantaje ale TSO s-a dovedit a avea indicii de cost-eficiență maxim, între serviciile pentru utilizatorii de droguri.

Avantajele terapiei de substituție în tratamentul dependenței versus substanțele stupefiante (opioide)

Asistența medico-socială acordată pacienților afectați de narcomanie trebuie să fie prestată de specialiștii de divers profil, inclusiv psihiatri-narcologi, asistente medicale, lucrători în teren, asistenți sociali și alții. Este un imperativ faptul că, organizațiile de stat, și cele nonguvernamentale și asociațiile obștești să contribuie în acordarea asistenței medicale. Supervizarea și instruirea continuă a echipei asigură calitatea serviciului unui astfel de program de substituție, adaptare și reabilitare psihosocială a acestui contingent.

În acest context, pentru implicarea în programul de terapie de substituție, bolnavul depune o cerere și își asumă anumite responsabilități privind respectarea contractului bilateral (*anexa nr.1*). După examinarea medicală complexă (*anexa nr.2*), determinarea indicațiilor și a contraindicațiilor de prescriere a Metadonei, determinarea dozei optime de Metadonă, care îi permite persoanei să activeze conform statutului profesional și social, aceasta este inclusă în terapia substitutivă în condiții de ambulatoriu, sub supravegherea permanentă a medicului.

Tratamentul de substituție contribuie la sporirea măsurilor de profilaxie a narcomaniei, a maladiilor concomitente și la crearea condițiilor de ameliorare a sănătății populației, în genere.

44

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Avantajele terapiei de substituție în profilaxie:

- ✓ reține de la consumul de substanțe narcotice în tratament;
- ✓ reduce riscul de transmitere a infecției HIV, a hepatitelor virale și a infecțiilor bacteriene;
- ✓ reduce necesitatea de spitalizare;
- ✓ ameliorează și facilitează procesul de respectare a regimului terapeutic TSO și monitorizarea clinică;
- ✓ facilitează accesul la tratament și la asistență specială, în caz de infecție HIV, și la asistența medicală generală.

Tratamentul narcologic contribuie la:

- ✓ reducerea consumului de substanțe narcotice opioide ilegale;
- ✓ reducerea de frecvență a acțiunilor ilegale;
- ✓ reducerea mortalității (supradozare);
- ✓ corectarea comportamentului asociat riscului ridicat de transmitere a HIV și a hepatitelor virale;
- ✓ facilitează integrarea socială a consumatorilor de droguri.

Aceste avantaje pot fi realizate la maxim în caz de:

- ✓ prescriere a unor doze adecvate de Metadonă sau Buprenorfină;

- ✓ programe de orientare pentru substituția substanțelor narcotice și abandonarea completă a acestora în continuare;
- ✓ prestare a serviciilor de diagnostic și de tratament asociate dereglărilor psihice, asistența în soluționarea problemelor sociale;
- ✓ încheiere a unui acord între pacient și medic, însoțit de o consultație în vederea reducerii consumului de substanțe narcotice;
- ✓ asigurare a accesibilității serviciilor medicale, inclusiv comoditatea amplasării acestora, orele de lucru și remunerarea;
- ✓ crearea unui mediu adecvat.

Susținerea psihosocială

Concomitent cu acordarea asistenței medicale și cu implementarea terapiei de substituție este importantă acordarea asistenței psihosociale. În funcție de necesitățile pacienților, este necesară asigurarea accesului la un spectru vast de servicii specializate în asistența psihosocială, inclusiv:

- Servicii de suport psihologic și psihoterapeutic care prestează servicii de psihoterapie pentru CDI în grup.
- Grupuri de asistență reciprocă („de la egal la egal”).
- Programe de informare.
- Servicii de asistență psihologică și psihiatrică în diagnosticul și în tratamentul dereglărilor psihice.
- Servicii de asistență socială și juridică.
- Servicii de suport al compliancei la terapia antiretrovirală.

Pe parcursul implementării TSO, se elaborează schema de tratament individual, însoțit de planul de activitate în modificarea stilului de viață a solicitantului, care se completează împreună cu clientul Programului TSO (*anexele 3 și 4*).

45

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Terapia de substituție cu opioide

În toată lumea există circa jumătate de milion de persoane afectate de narcomanie și care beneficiază de terapie de substituție cu Metadonă, inclusiv aproximativ 400,000 de persoane, în Europa. Metadona este utilizată și în Australia, Argentina, Indonezia, Iran, Canada, China, Noua Zelandă, Thailanda și în alte țări. Conform estimărilor, în următorii 5 ani, de terapia de substituție cu Metadonă vor beneficia circa un milion de persoane. În Republica Moldova, până în prezent au beneficiat de terapia de substituție peste 500 de persoane.

Actual, continuă administrarea terapiei de substituție aproximativ 203 de persoane care beneficiază de tot spectrul de forme și de metode de tratament de substituție și de recuperare psihosocială. Deja la aceste persoane s-a ameliorat starea de sănătate relațiile familiale; 67 la sută dintre ei s-au încadrat în diverse activități, manifestă planuri reale pentru viitor, au revenit la un comportament adecvat. Analiza contingentului implicat în terapia de substituție denotă faptul că 17 de persoane sunt HIV/SIDA-infecțate, 10 persoane au tuberculoză pulmonară, la 49 de persoane s-a înregistrat hepatita virală.

Detoxificare cu aplicarea Metadonei

Tabelul 1. *Schema de conversie a heroinei în Metadonă pentru stabilirea dozei inițiale*

Cantitatea de heroină zilnic	Calea de administrare	Doza inițială de Metadonă detox	Doza inițială de Metadonă stabilizare
0,25 mg	inhalat i.v.	10-25 mg 15-35 mg	10-40 mg 15-45 mg
0,5 mg	inhalat i.v.	15-50 mg 25-60 mg	20-50 mg 30-65 mg
0,75 mg	inhalat i.v.	25-65 mg 25-70 mg	35-75 mg 35-85 mg
1 g	inhalat i.v.	30-80 mg 30-90 mg	35-85 mg 35-100 mg
1,5 g	inhalat i.v.	45-100 mg 45-110 mg	45-120 mg 45-120 mg
2 g	inhalat i.v.	50-120 mg 50-120 mg	50-130 mg 50-130 mg

Tabelul 2. *Schema de detoxificare cu Metadonă pentru un termen scurt (2 săptămâni)*

schema I	sau schema a II-a
a) 20 mg pentru 3 zile a) 15 mg pentru 3 zile b) 10 mg pentru 3 zile d) 5 mg pentru 3 zile	a) 25 mg pentru 3 zile b) 20 mg pentru 3 zile c) 15 mg pentru 3 zile d) 10 mg pentru 3 zile e) 5 mg pentru 2 zile
Notă: Va fi selectată una dintre schemele nominalizate.	

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Tabelul 3. *Schemele de detoxificare cu Metadonă pentru un termen lung (1, 4, 6 luni)*

Schema de detoxificare cu Metadonă pentru un termen lung (aproximativ 1 lună)	<p><u>Începând de la o doză de 40 mg (care asigură inducția și în primele 4 zile - stabilizarea):</u></p> <p>a) 40 mg, pentru 4 zile; b) 35 mg, pentru 3 zile; c) 30 mg, pentru 4 zile; d) 25 mg, pentru 3 zile; e) 20 mg, pentru 4 zile; f) 15 mg, pentru 3 zile; g) 10 mg, pentru 4 zile; h) 5 mg, pentru 3 zile.</p>
Notă: Pentru cei care au nevoie de mai mult de 40 mg de Metadonă pentru stabilizare sau care provin dintr-un program de menținere pe Metadonă, după stabilizare pot reduce doza până la 20 mg și apoi să urmeze protocolul de detoxificare cu Metadonă așa cum este prezentat.	<p><u>Începând de la o doză de 25 mg:</u></p> <p>a) 25 mg, pentru 4 zile; b) 20 mg, pentru 4 zile; c) 15 mg, pentru 4 zile; d) 10 mg, pentru 3 zile; e) 8 mg, pentru 3 zile; f) 6 mg, pentru 3 zile; g) 5 mg, pentru 3 zile;</p>

	h) 4 mg, pentru 3 zile; i) 2 mg, pentru 3 zile.
Schema de detoxificare pentru un termen lung (aproximativ 4 luni)	<u>Începând de la o doză de 45 mg:</u> a) 45 mg, pentru 14 zile; b) 35 mg, pentru 14 zile; c) 30 mg, pentru 14 zile; d) 25 mg, pentru 14 zile; e) 20 mg, pentru 14 zile; f) 15 mg, pentru 14 zile; g) 10 mg, pentru 14 zile; h) 7 mg, pentru 14 zile.
Schema de detoxificare pentru un termen lung (aproximativ 6 luni și mai mult)	<u>Începând de la o doză de 60 mg:</u> a) 60 mg, pentru 14 zile; b) 50 mg, pentru 14 zile; c) 40 mg, pentru 14 zile; d) 30 mg, pentru 14 zile; e) 25 mg, pentru 14 zile; f) 20 mg, pentru 14 zile; g) 15 mg, pentru 14 zile; h) 10 mg, pentru 14 zile; i) 8 mg, pentru 14 zile; j) 6 mg, pentru 14 zile; k) 4 mg, pentru 14 zile; l) 2 mg, pentru 14 zile.

Notă: Dozele mici (5 mg și sub 5 mg) sunt fără valoare fiziologică, acestea au o valoare pur psihologică. Unii clienți se tem să devină abștinenți sau se tem că nu vor evita abștinența. Perioada de prescriere a acestor doze minime asociate cu consiliere poate scădea nivelul de anxietate și oferă timp pentru includerea graduală într-un nou stil de viață.

47

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

Tratamentul de substituție de scurtă durată cu Metadonă

Se aplică pacienților cu o motivație stabilă în tratament pentru includerea lor în programele de reabilitare psihosocială. Metoda constă în administrarea zilnică a soluției de Metadonă în instituția medicală.

Doza inițială - 20 mg, apoi treptat se mărește optim, având capacitatea de a compensa lipsa heroinei sau a altor opioide. Unii specialiști consideră această metodă intermediară între detoxicarea cu Metadonă și terapia de substituție cu Metadonă.

Tratamentul de substituție cu Metadonă pe termen lung

Terapia de substituție cu Metadonă constituie tratamentul special organizat de administrarea preparatului de către consumatorii de droguri din grupul de opioide, ce includ supravegherea sistematică a medicului și controlul de laborator nu mai puțin de 8 ori pe an. După cum Metadonă se absoarbe lent din tractul gastrointestinal, acțiunea ei se prelungește 24-26 de ore; se administrează intern, de obicei în formă lichidă (cu sirop dulce).

Adepii terapiei de substituție cu Metadonă, conform cercetărilor științifice, au obținut următoarele rezultate privind consumul Metadonei, care duce la:

- ✓ Diminuarea marcantă a atracției de heroină sau de alte opioide.

- ✓ Blocarea efectelor neurotice inclusiv euforia provocată de heroină sau de alte opioide.
- ✓ Normalizarea nivelului de beta endorfină.
- ✓ Normalizarea sistemelor endocrine și imune ale organismului.

Toate aceste acțiuni duc la normalizarea stării psiho-fizice a pacientului și creează condiții benefice de reabilitare socială.

Calculul dozei minime de Metadonă

- ✓ "dozele corecte" reflectă sarcinile puse în tratamentul de substituție;
- ✓ dozele ilegale consumate de către utilizatorii de droguri opioide în diferite zone și diferite anotimpuri ale anului, variază la fiecare consumator;
- ✓ pentru a mări doza de Metadonă, persoana poate exagera informația privind dozele ilegale consumate de opioide;
- ✓ narcologul trebuie să cunoască adevăratele cantități consumate de opioide;
- ✓ Metadona este un opioid cu o acțiune de lungă durată;
- ✓ supradozarea Metadonei poate provoca decesul persoanei, care se află în tratament;
- ✓ doze mici nu oferă eficacitatea scontată.

1. Doze echivalente ale Metadonei la alte opioide

Denumirea drogului consumat	Modul de consumare	Doza	Doză Metadonei
Diamorfină (Heroină) <i>per os</i>	<i>per os</i>	10 mg	20 mg
Diamorfină (Heroină)	intravenos	10 mg 30 mg	20 mg 50 mg
Metadonă	intravenos	10 mg	10 mg
Morfină	<i>per os</i> <i>per rectum</i> intravenos	10 mg 10 mg 10 mg	10 mg 10 mg 10 mg
Dipipanon (Diaconal)	<i>per os</i>	10 mg	4 mg
Dihidrocodeină (DF 118)	<i>per os</i>	30 mg	3 mg
Dextramoramidă	<i>per os</i>	5 mg 10 mg	5-10 mg 10-20 mg
Petidină	<i>per os</i>	50 mg	5 mg

	intravenos	50 mg	5 mg
Buprenorfină	intravenos <i>per os</i>	300 mg 200 mg	8 mg 8 mg
Pentazocină	<i>per os</i>	50 mg, capsule 50 mg, pastile	2 mg 4 mg
Codeină fosfat: • mixtură • pastile • pastile • pastile	<i>per os</i> <i>per os</i> <i>per os</i> <i>per os</i>	300 mg 15 mg 30 mg 60 mg	10 mg 1 mg 2 mg 3 mg
Mixtură <i>Dji</i>	<i>per os</i>	10 mg	10 mg
<i>Dji Collis braun</i> (extract de opiu)	<i>per os</i>	10 mg	10 mg

2. Dozele de detoxificare și de tratament cu Metadonă

Doza de opiacee în grame	Modul de consumare	Doza inițială la intoxicare	Doza inițială la tratament
1/8	fumat intravenos	0-10 mg 0-25 mg	5-25 mg 5-25 mg
0,25	fumat intravenos	10-25 mg 10-35 mg	10-40 mg 15-45 mg

49

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

0,5	fumat intravenos	15-50 mg 25-60 mg	30-50 mg 30-65 mg
0,75	fumat intravenos	25-65 mg 25-75 mg	30-70 mg 35-85 mg
1,00	fumat intravenos	30-80 mg 30-90 mg	35-85 mg 35-100 mg
1,50	fumat intravenos	45-100 mg 45-110 mg	45-120 mg 45-130 mg
2,00	fumat intravenos	50-120 mg 50-120 mg	50-130 mg 50-130 mg

Reglementarea dozei se efectuează în primele trei zile, pentru a diminua consecințele întreruperii drogării. Pacientul în aceste zile necesită o supraveghere medicală permanentă, pentru a preveni simptomele de abstenență. Dacă aceasta totuși se instalează, este necesar ca doza de 24 de ore să fie majorată cu 10-20%.

Scopul final al terapiei de substituție pentru un termen lung este refuzul deplin al pacientului de la consumul drogurilor ilegale și al Metadonei. De regulă, după finalizarea terapiei de substituție, doza zilnică a preparatului se micșorează cu 10 mg la fiecare 2-3 săptămâni până la minim 20 mg.

Monitorizarea procesului terapiei de substituție

Monitorizarea eficacității tratamentului antidependență este realizată prin metode diverse:

- Deosebit de importantă este planificarea tratamentului și analiza cu regularitate a acestuia. Aceasta permite ameliorarea rezultatelor terapiei de substituție.
- În programul de tratament trebuie stabilite obiectivele pentru termene scurți, mediu și de durată;
- În conformitate cu rezultatele obținute se poate evalua eficacitatea tratamentului.
- Toate datele privind examinarea, tratamentul și rezultatele realizate trebuie să fie înregistrate în fișa medicală a pacientului cu includerea următoarei informații:
 - ✓ evaluarea rezultatelor examinării și a investigațiilor;
 - ✓ programul de tratament;
 - ✓ asistența psihologică și psihiatrică acordată;
 - ✓ asistența socială acordată;
 - ✓ rezultatele investigațiilor de laborator;
 - ✓ monitorizarea clinică;
 - ✓ datele despre respectarea recomandărilor curative;
 - ✓ circumstanțele sistării și ale finalizării tratamentului;
 - ✓ consimțământul pentru sistarea tratamentului;
 - ✓ acordurile convenite cu privire la supravegherea pacientului.
- Utilizarea măsurilor standardizate de evaluare, de exemplu, indicele gradului de dependență permite efectuarea unui control mai exact al stării pacientului.
- *Screening*-ul consumului de substanțe narcotice ilicite determinate prin analiza urinei, care pot reflecta rezultatele tratamentului.
- *Screening*-ul administrării de substanțe narcotice este obligatoriu; testarea se efectuează cu acordul pacientului preventiv informat; rezultatele acestuia pot servi drept motiv pentru sistarea tratamentului.

50

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opioace”, Chișinău, Iunie 2013

Anexa 8. Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opioide

RECOMANDĂRI METODICE PENTRU PERSONELE DEPENDENTE DE OPIOIDE

1. Dependența de opioide

Înseamnă pierderea controlului în consumul de opioide și generarea numeroaselor probleme de sănătate, sociale, legale și financiare. Consumul repetat de opioide puternice, cum este heroina, produce dezechilibrul anumitor funcții biologice, apariția sindromului de abstenență (sevrăj) la încetarea consumului și care poate fi stopat doar prin administrarea unei doze de opioide.

2. Ce este tratamentul de substituție?

Terapia de substituție reprezintă consumul substanțelor psihoactive legale, indicate persoanelor dependente de droguri (opioide), sub supraveghere medicală. În multe țări ale lumii o astfel de substanță este Metadona. Ea permite sistarea consumului de heroină sau de alte opioide ilicite, fără declanșarea de simptome ale sindromului de sevrăj, în condițiile de supraveghere

medicală, psihologică și socială, cu scopul de a ameliora calitatea vieții clientului, oferind asistența de care acesta are nevoie.

3. Scopul terapiei de substituție

Programul terapiei de substituție vizează:

- Reducerea consumului până la refuzul complet de droguri ilegale.
- Excluderea supradozării și a cazurilor mortale asociate consumului de droguri ilegale.
- Ameliorarea stării de sănătate.
- Profilaxia infecției HIV și a hepatitelor virale.
- Posibilitatea de acordare a asistenței sociale.
- Ameliorarea relațiilor familiale, a relațiilor cu mediul.
- Stabilirea activității de învățământ și de muncă.
- Diminuarea cazurilor criminale.
- Posibilitatea de cultivare a personalității, dezvoltarea calităților morale.

4. Metadona – un medicament de substituție

Metadona este un medicament de substituție, care se prescrie în cazul dependențelor de opioide. Doza optimală este acea doză, care practic diminuează atracția față de droguri, dar nu provoacă efect de relaxare sau de euforie. În cazul supradozării sau al creșterii rapide a dozei zilnice, se poate agrava sănătatea.

Ca orice medicament, administrarea Metadonei este individuală. Dacă veți împărți doza dumneavoastră de Metadonă cu altcineva, în afară de faptul că veți reduce din doza personală, puteți pune în pericol persoana care va face un supra doză de Metadonă. O doză de la 10 până la 20 mg de Metadonă poate fi mortală pentru copii și o doză de la 30 la 40 mg poate provoca supradoza unui adult nedependent, a unui abstinent sau unui consumator ocazional. Metadona se eliberează în diferite forme: pastile, praf sau formă lichidă și, obligatoriu, cu prescriere medicală.

51

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

5. Prescrierea și administrarea Metadonei

În prezent, numai un psihiatru-narcolog poate prescrie Metadona. Inițial prescrierea tratamentului de substituție are scopul de a vă ajuta în administrarea Metadonei și permite adaptarea și stabilizarea dozei zilnice de care aveți nevoie. Aceasta diferă individual și depinde de cantitatea de substanță opioidă consumată de dumneavoastră. În continuare, administrarea medicamentului se va face conform unui program individual.

6. Metadona – o doză pe zi

Pentru cea mai mare parte din clienți, administrarea dozajului o dată pe zi este cea mai eficientă. În același timp, pentru unii, în perioada inițială poate fi administrată în 2 prize pe zi pentru a controla mai ușor eventualele efecte secundare. Supravegherea clinică și analizele biologice permit adaptarea într-o manieră optimă a tratamentului/dozajului zilnic și a modului său de administrare. Doza zilnică nu reprezintă în nici un caz nivelul de severitate a dependenței dumneavoastră.

7. Metadona și analizele urinei

Pe parcursul tratamentului medicul dumneavoastră vă va cere colectarea analizei de urină (determinarea de opioide, cocaină, amfetamine etc.). Aceste analize se efectuează cu scopul de a evalua eficacitatea tratamentului dumneavoastră, de a asigura transparența tratamentului întru fortificarea sănătății.

8. Metadona și celelalte substanțe

Alcoolul reduce eficacitatea tratamentului dumneavoastră, producând apariția sevrajului între două dozări (micșorarea duratei de acțiune a Metadonei), crește intensitatea efectelor secundare și interacțiunile medicamentoase. În plus, alcoolul este dăunător și prin efectele sale directe.

Administrarea de medicamente calmante sau somnifere (Benzodiazepine) are două efecte diferite: pe de o parte agresivitate, confuzie, somnolență puternică și, pe de altă parte, un risc serios de supradoză. Cocaina, *crack*-ul și drogurile de sinteză pot provoca riscuri majore pentru stabilitatea tratamentului dumneavoastră.

Efectele unei doze de heroină, de morfină sau de codeină pot fi mortale în tratamentul cu Metadonă. În acest sens, riscul supradozei este mare.

9. Metadona și medicamentele

Administrarea anumitor medicamente contribuie la destabilizarea tratamentului dumneavoastră. Dacă dumneavoastră consultați un alt medic decât cel care v-a prescris Metadona, nu ezitați să-i vorbiți despre tratamentul pe care îl faceți. În același timp, înștiințați-l pe medicul care v-a prescris Metadona de orice medicament pe care vi l-au scris alți medici. Medicamentele antiulceroase, antidepresive, antiretrovirale și antibioticele interacționează cu Metadona.

Ele nu sunt contraindicate, însă folosirea lor trebuie adaptată și supravegheată.

10. Metadona și contracepția

Metadona, ca și heroina, poate produce absența sau perturbarea menstruației. Dacă nu doriți ca dumneavoastră (sau partenera dumneavoastră) (aflată în tratament de substituție cu Metadonă) să rămână însărcinată, folosiți o metodă contraceptivă eficientă (pilule, sterilet, prezervativ).

52

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

11. Metadona și sarcina

Metadona nu este contraindicată în cazul sarcinii, ea este singurul tratament de substituție recomandat femeilor însărcinate. Metadona nu este toxică pentru făt. Singurul pericol pentru făt poate fi oprirea bruscă a administrării opioidelor, în special în primul și în ultimul trimestru al sarcinii. În cazul nașterii, este posibil ca nou-născutul să poată prezenta un sindrom de sevraj, însă acesta este ușor de tratat.

Mama poate continua fără pericol tratamentul cu Metadonă și își poate alăpta copilul sub supravegherea medicului.

12. Efecte adverse

În general, Metadona este bine tolerată. În același timp, la unii clienți pot apărea anumite tulburări, dintre care cele mai importante sunt: transpirația excesivă, constipația, grețurile, tulburările de somn, sensibilitățile gustative, etc.

Nu ezitați să discutați cu medicul dumneavoastră despre orice tulburare de acest tip!

13. Continuitatea tratamentului

Tratamentul de substituție necesită să fie continuat și nu există motive de întrerupere a tratamentului, cu excepția celor medicale, care trebuie discutate cu dumneavoastră. În caz că sunteți internați sau arestați, medicul spitalului sau al închisorii ar putea lua legătura cu medicul dumneavoastră, pentru a asigura continuitatea tratamentului. Dacă trebuie să suportați o intervenție chirurgicală, nu uitați să informați că faceți un tratament de substituție cu Metadonă.

14. Sistarea tratamentului

Tratamentul poate dura de la câteva luni până la câțiva ani și depinde de nevoile fiecărui client aparte. Încetarea tratamentului de substituție cu Metadonă este o decizie pe care trebuie s-o luați împreună cu medicul dumneavoastră. Abandonarea bruscă, din propria inițiativă, constituie un mare risc de recădere și vă poate afecta starea de sănătate.

BIBLIOGRAFIE

1. Aceijas C et al. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the “Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy” (3 by 5). *Addiction*, 2006 in press.
2. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2004, 18:2295—2303.
3. Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to IDUs. New York, International Harm Reduction Development Program (IHRD), Open Society Institute, 2004.
4. Celentano DD et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*, 2001, 15:1707—1715.
5. Clarke S et al. Directly observed antiretroviral therapy for injection users with HIV infection. *AIDS Reader*, 2003, 12(7):312—316.
6. Comprehensive care and treatment of HIV—positive injecting drug users. Geneva, WHO, in press (Evidence for Action Technical Paper).

7. Donoghoe MC. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, Copenhagen, World Health Organization, 2006.
8. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, Government of Ireland, 2004
(http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 13 July 2006).
9. *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper;
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 17 April 2006).
10. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper;
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 17 April 2006).
11. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper;
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).
12. Joint UNAIDS statement on HIV prevention and care strategies for drug users. Geneva, UNAIDS, 2005 (http://www.data.unaids.org/UNA-docs/CCO_IDUPolicy_en.pdf, accessed 17 April 2006).
13. Kohli R et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41:864—872.
14. Mesquita F. Brazil: Giving IDUs access to HAART as a response to the HIV/AIDS epidemic. In: *Breaking Down Barriers. Lessons on Providing HIV treatment to IDUs*. New York, International Harm Reduction Development (IHRD), Open Society Institute, 2004.
15. *Report of the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2002.
16. Rhodes T et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, 1999, 94:1323—1336.
17. Rhodes T, Simic M. Transition and risk environment. *BMJ*, 2005, 331:220—223.
18. Sambamoorthi U et al. Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 60:77—89.

54

Protocol clinic național „Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee”, Chișinău, Iunie 2013

19. Van Asten LC et al. Limited effect of highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users on the population level. *European Journal of Public Health*, 2003, 13:347—349.
20. WHO, UNODC, UNAIDS. *Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.03;
<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>, accessed 17 April 2006).
21. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.05;
<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf>, accessed 17 April 2006).
22. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.04;
<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, accessed 17 April 2006).
23. WHO, UNODC, UNAIDS. *Reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva,

- WHO, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.02;
<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/throughoutreachen.pdf>, accessed 17 April 2006).
24. WHO. *Global health-sector strategy for HIV/AIDS*. Geneva, WHO, 2003 (http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/GHSS_E.pdf, accessed 10 July 2006).
25. WHO. *WHO expert committee on drug dependence*. Geneva, WHO, 1974 (WHO Technical Report Series No. 551).
26. Wood E et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169(7):656—661.
27. Wood E et al. Extending access to HIV antiretroviral therapy to marginalised populations in the developed world. *AIDS*, 2003, 17:2419—2427.
28. Wood E et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2005, 19:1189—1195.
29. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Antiretroviral therapy and injecting drug users*. Geneva, WHO, 2005 (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).