

# Klīniskais algoritms

## Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšana un ārstēšana

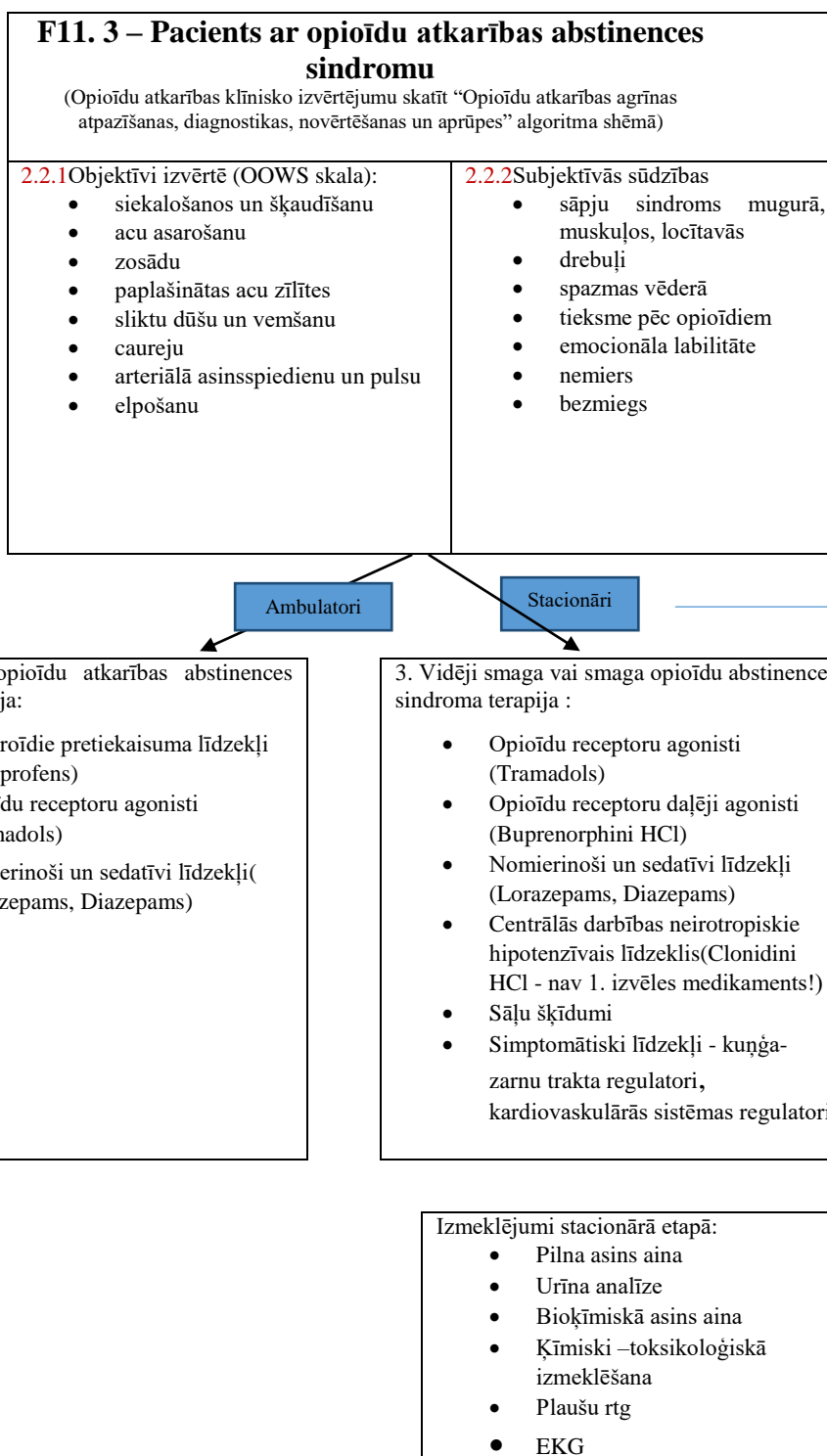
Autore narkoloģe Inga Landsmane

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un narkoloģes Ingas Landsmanes vadībā:  
anesteziologs, reanimatologs Mihails Ārons; ģimenes ārste Līga Kozlovska; narkoloģe  
Sarmīte Skaida; neirologs Ainārs Stepens; narkoloģe Astrīda Stirna; ģimenes ārsts Edgars  
Tirāns; radiologs prof. Ardis Platkājis; psihiatrs prof. Māris Taube

### Saturs

I. Algoritma shēma.....	2
II. Vispārējā daļa.....	3
IEVADS.....	3
Algoritma mērķi.....	5
Mērķgrupas.....	5
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu.....	5
III. REKOMENDĀCIJAS.....	6
1. Sākotnējais klīniskais izvērtējums.....	6
2. Rīcība ambulatorā etapā.....	7
3. Rīcība stacionārā etapā.....	8
ATSAUCES.....	9
1. pielikums OOWS.....	10

# I.Algoritma shēma



## II. Vispārējā daļa

### IEVADS

Opioīdu atkarības sindroms ir psiholoģisku, uzvedības un izziņas traucējumu kopums, kuru noteikusi opioīdu grupas vielu lietošana. Centrālais aprakstošā sindroma raksturojums ir kompulsīva jeb nepārvarama vēlēšanās lietot psihoaktīvo vielu.<sup>1</sup>

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju<sup>1</sup>, opioīdu atkarības sindroms ir iekļauts F10 – F19 sadaļā Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ:

F11 Psihiski un uzvedības traucējumi opioīdu (opiātu) lietošanas dēļ

- F11.0 – akūta intoksikācija opioīdu (opiātu) lietošanas dēļ
- F11.1 – opioīdu kaitējoša, pārmērīga lietošana
- F11.2 – opioīdu atkarības sindroms
  - F11.22 – opioīdu atkarības sindroms, pašreiz klīniski pārraudzīta balstterapija vai aizvietojošā terapija
- F11.3 – opioīdu atkarības abstinences sindroms
- F11.4 – opioīdu atkarības abstinences sindroms ar delīriju
- F11.5 – psihotiski traucējumi opioīdu lietošanas dēļ
- F11.6 – amnestiskais sindroms opioīdu lietošanas dēļ
- F11.7 – reziduāli un vēli sākušies psihotiski traucējumi opioīdu lietošanas dēļ<sup>1</sup>

Opioīdu regulāra lietošana rada kompulsīvu tieksmi pēc opioīdiem un veido vielas tolerances pieaugumu, attīstās psihiskie un fiziskie atkarības mehānismi. Krasi pārtraucot opioīdu lietošanu, veidojas opioīdu abstinences sindroms, kuru raksturo psihisko un fizisko atcelšanas simptomu kopums. Atkarības veidošanos nosaka serotonīnergiskā, noradrenalinērgiskā, dopamīnergiskā, glutamīnergiskā un opioīderģiskā receptoru sistēma smadzenēs. Opioīdu atkarības sindroma laikā smadzenēs norit neuroķīmisks process receptoru sinapšu līmenī, kā rezultātā organisma vajadzība pēc opioīdiem kļūst par bioloģiski nosacītu nepieciešamību. Opioīdu atkarību ir grūti kontrolēt, jo kompulsīvā tieksme pēc narkotikām noved pie to meklēšanas, atkārtotas lietošanas, nespējot saskatīt saikni starp lietošanu un lietošanas radītām veselības un sociālām problēmām<sup>2</sup>.

Augsta riska narkotiku lietošana Latvijā galvenokārt ir saistīta ar opioīdu lietošanu. Ir aprēķināts, ka 2016. gadā Latvijā bija apmēram 6200 augsta riska opioīdu lietotāju (4,9 uz 1 000 iedzīvotājiem)<sup>3</sup>.

Narkoloģisko ārstēšanu nodrošina iestādes, kuras darbojas Veselības ministrijas pārraudzībā un ko finansē no valsts Nacionālā veselības dienesta budžeta. Ilgtermiņa sociālo rehabilitāciju nodrošina no Labklājības ministrijas līdzekļiem. Narkoloģisko ārstēšanu var nodrošināt arī privātās institūcijas un to regulē Ārstniecības likums. Narkoloģiskā ārstēšana ir pieejama ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs. Ambulatoros narkoloģiskās ārstēšanas pakalpojumus nodrošina narkologi specializētajās valsts vai privātajās ārstniecības iestādēs un pakalpojumi parasti attiecas uz visām atkarību formām. Lai gan vairāki zema sliekšņa centri sniedz atsevišķus psihosociālās intervences pakalpojumus un konsultācijas narkotiku lietotājiem, Latvijā tie netiek klasificēti kā ārstniecības iestādes. Stacionāro ārstēšanu

nodrošina specializētās psihiatriskās slimnīcas, reģionālās un vietējās daudzprofilu slimnīcas, kas tiek finansētas no valsts. Ja ārstēšanu nodrošina privātā ārstniecības iestāde vai prakse, pacientam pašam pilnībā jāsedz visas izmaksas par saņemtajiem pakalpojumiem. Ambulatorie pakalpojumi galvenokārt ietver psihosociālu intervenci, kognitīvi biheiviorālo terapiju, motivējošo intervenci un opioīdu aizstājējterapiju (OST) jeb ilgtermiņa farmakoterapiju ar opioīdu agonistiem (IFT), savukārt stacionārās aprūpes iestādes nodrošina ārkārtas palīdzību pārdozēšanas gadījumos, detoksikāciju abstinences sindroma ārstēšanai un īstermiņa psihosociālo intervenci. Ir pieejama ilgtermiņa rehabilitācija, kuras pamatā ir “terapeitiskās kopienas” princips<sup>3</sup>.

OST ar metadonu ir pieejama kopš 1996. gada, savukārt ārstēšana ar buprenorfinu tika atļauta 2005. gadā. Pēdējos gados OST pieejamība ir paplašinājusies visā valstī, un tā var tikt nozīmēta jebkurā stacionārajā ārstniecības centrā, ja tajā ir Ārstu konsilijs ar vismaz diviem narkologiem. Valstī metadons tiek nodrošināts bez maksas, savukārt izmaksas par buprenorfinu sedz pacienti paši par saviem līdzekļiem.<sup>3</sup>

Dažādās pasaules un Eiropas valstīs opioīdu lietošana nav reta parādība, tāpēc opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšana ir aktuāla problēma, kuras risināšanai meklē jaunas un efektīvas metodes. Ārstēšanas metožu daudzveidība ir atkarīga gan no valstī pieejamiem resursiem, gan no ideoloģijas. Ilgtermiņa farmakoterapijas (aizvietojošās terapijas, PVO terminoloģija 2004. gadā) jeb ilgtermiņa farmakoterapijas ar opioīdu agonistiem (PVO terminoloģija 2007. gadā) izmantošanas priekšrocības ir opioīdu atkarīgās personas apzināšana, konsultatīvās un ārstnieciskās palīdzības sniegšana, samazinot HIV izplatīšanās risku, kā arī ietekmējot pacienta sociālās adaptēšanas spējas un uzvedības korekciju (kriminalitātes mazināšanos). Jāmin arī šādas terapijas pozitīvā ietekme uz sabiedrību kopumā.

Algoritms “Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšana un ārstēšana” paredzēts opioīdu atkarības abstinences sindroma ( F11.3) agrīnai atklāšanai un mērķtiecīgai palīdzības organizēšanai gan pieaugušiem, gan pusaudžiem līdz 18 gadu vecumam, savlaicīgi sniedzot palīdzību gan ambulatorā primārās aprūpes etapā, gan stacionārā daudzprofilu slimnīcas vai specializētās slimnīcas līmenī. Opioīdu atkarības sindroma ārstēšana ir pirmais etaps ceļā uz uzturošo terapiju, izmantojot farmakoterapiju ar opioīdu antagonistiem un psihosociālo atbalstu un tālāku medicīnisko un psihosociālo rehabilitāciju.

## **Algoritma mērķi**

1. Uzlabot opioīdu abstinences sindroma atpazīšanu primārās aprūpes līmenī un daudzprofilu stacionāru uzņemšanas nodaļās, kā arī citu speciālistu aprūpes līmenī
2. Sniegt nepieciešamo ārstēšanu pacienta veselības traucējumu novēršanai
3. Spēt mērķtiecīgi virzīt pacientu nepieciešamās specializētās aprūpes saņemšanai pie narkologa
4. Sniegt uz pierādījumiem balstītus ieteikumus, veikt darbības, mazinot nelietderīgas, izmaksu ziņā dārgas, neracionālas darbības (nelietderīga simptomātiska terapija un izmeklējumu veikšana)

## **Mērķgrupas**

1. Ģimenes ārsti
2. Uzņemšanas nodaļas ārsti
3. Pacienti un viņu radnieki, atbalsta personas

## **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir savlaicīgi veikt pacienta traucējumu atklāšanu primārās aprūpes līmenī un daudzprofilu stacionāru uzņemšanas nodaļā, ņemot vērā konkrēta pacienta veselības riskus.

## III.REKOMENDĀCIJAS

### Opioīdu atkarības abstinences sindroms

Dažādas smaguma pakāpes simptomu kopums un to kombinācijas, kas rodas pēc ilgstoši lietotas opioīdu grupas psihoaktīvo vielu lietošanas pilnīgas vai daļējas pārtraukšanas. Abstinences stāvokļa sākums un gaita izpaužas ierobežotā laikā un ir saistīts ar opioīdu veidu un devu, kas lietota tieši pirms lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas.

### 1.Sākotnējais klīniskais izvērtējums

#### 1.1. Anamnēzes dati

Lai veiktu pilnīgu pacienta veselības stāvokļa izvērtēšanu, speciālists ambulatorā vai stacionārā etapā konsultācijas laikā veic pacienta slimības anamnēzes izvērtēšanu – cik bieži un kādās devās lieto opioīdus, cik ilgi tos lieto, kad pēdējo reizi ir lietojis opioīdus, kādā veidā lieto, kādu ārstēšanu iepriekš saņēmis, vai lieto citas psihoaktīvas vielas.

#### 1.2. Klīniskais izvērtējums

Kopējais pacienta psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā veselības stāvokļa novērtējums.

Psihisko stāvokli izvērtē, veicot:

- apziņas
- kontakta
- uztveres
- uzmanības
- atmiņas
- domāšanas
- tieksmes
- emocionālās un gribas sfēras novērtēšanu.

Neiroloģisko stāvokli izvērtē, veicot:

- acu zīlīšu formas, lieluma, reakcijas uz gaismu, konverģences un akomodācijas traucējumu, nistagma pārbaudi
- līdzsvara, koordinācijas, gaitas novērtēšanu
- roku un kāju muskulatūras tonusa pārbaudi
- cīpslu, ādas, periostālo, kā arī patoloģisko refleksu pārbaudi
- vietējo un refleksīvo dermogrāfisko pārbaudi.

Somatisko stāvokli izvērtē, veicot:

- slimnieka ārējā izskata novērtēšanu (apģērbs, ķermenis, poza, gaita, mīmika, runas veids, mati, zobi)
- ādas (krāsa, turgors, tūska, brūces un rētas) un gļotādu apskati
- vēnu un citu injekciju vietu apskati uz ķermeņa
- pulsa novērtēšanu un arteriālā asinsspiediena mērīšanu
- sirds auskultāciju
- elpošanas ritma novērtējumu, plaušu auskultāciju

- vēdera palpāciju.

Beidzot pacienta psihiskā, neiroloģiskā un somatiskā veselības stāvokļa novērtējumu, veic iegūtās informācijas analīzi un diagnozes noteikšanu.

Lai organizētu tālāko aprūpes taktiku, izmanto OOWS (Objective opioid withdrawal scale jeb objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala, skatīt 1. pielikumu), nosakot opioīdu abstinences simptoma smagumu, vadoties pēc kopējo punktu skaita, maksimālais punktu skaits 13.

## 2. Rīcība ambulatorā etapā

2.1 Ja, izvērtējot anamnēzes un klīniskā stāvokļa datus, **ir konstatēts opioīdu atkarības sindroms**, tad:

2.1.1 Izvērtēt objektīvos simptomus – izteikti veģetatīvās sistēmas darbības traucējumi siekalošanās, asarošana, šķaudīšana, karstuma un aukstuma viļņi (drebuļi), paātrināta elpošana, zosāda, paplašinātas acu zīlītes, slikta dūša, vemšana, caureja, arteriālā asinsspiediena un sirdsdarbības labilitāte,

2.1.2 Izvērtēt subjektīvos simptomus – izteikts sāpju sindroms mugurā, muskuļos, locītavās, vēderā, tieksme pēc narkotikām, emocionāla labilitāte, nemiers, bezmiegs

2.1.3 Ja eksistē objektīvo un subjektīvo simptomu kopums, tad **ir konstatēts opioīdu abstinences sindroms**

2.1.4 Ja abstinences sindroms ir viegls, tad primārās aprūpes speciālists var nozīmēt abstinences sindroma ārstēšanu, ambulatori nozīmējot:

- Nesteroīdos pretiekaisuma līdzekļus (S. Ketoprofēni 50mg/2ml 2-3X dn sāpju sindroma mazināšanai i/m, nepārsniedzot 200mg dn vai T. Ketoprofēni 50mg vai 100mg, nepārsniedzot 200mg dn)
- Opioīdu receptoru agonistu (T. Tramadoli 50 mg, 150 mg, 200 mg, nepārsniedzot 150 -400mg /dn ) per os
- Nomierinošus un sedatīvus līdzekļus (T. Diazepexi 5mg, nepārsniedzot 15mg/dn, T. Lorazepamī 1mg, nepārsniedzot 3mg/dn vai 2,5mg, nepārsniedzot 7,5mg/dn)

2.1.5 Ja opioīdu abstinences sindroms ir vidēji smags un smags, tad primārās aprūpes speciālists nosūta uz daudzprofilu slimnīcu vai specializēto slimnīcu palīdzības sniegšanai, rekomendējot speciālista narkologa apmeklējumu pēc detoksikācijas veikšanas.

## 2.2 Narkologa kompetence ambulatora līmenī

2.2.1 Veic diagnostiku un sastāda ārstēšanas plānu:

- Opioīdu abstinences sindroma ambulatora ārstēšana (skatīt algoritmu “Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšana un ārstēšana” 2.2.4 punktu)
- Opioīdu abstinences sindroma stacionāra ārstēšana (skatīt algoritmu “Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšana un ārstēšana” 2.2.4 punktu)
- Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapija ar antagonistiem (skatīt algoritmu” Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapija ar opioīdu antagonistiem” 3.2. punktu)

- Medicīniskā un psihosociālā rehabilitācija
- Profilaktiskā novērošana vai dinamiskā novērošana aprūpes un atveseļošanās etapā

### 3. Rīcība stacionārā etapā

Ja, izvērtējot anamnēzes un klīniskā stāvokļa datus, **ir konstatēts opioīdu atkarības sindroms**, tad rekomendēts izmantot OOWS (Objective opioid withdrawal scale jeb objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala, skatīt 1. pielikumu) objektīvu datu iegūšanai par abstinences sindroma smaguma pakāpi.

1.1. Skatīt 2.2.1-2.2.3 punktus opioīdu abstinences sindroma noteikšanai!

1.2. Ja abstinences sindroms ir vidēji smags vai smags, tad uzņemšanas nodaļas ārsts daudzprofila slimnīcā vai narkologs specializētā slimnīcā nozīmē abstinences sindroma ārstēšanu:

- Opioīdu receptoru agonistu (T. Tramadoli 50 mg, 150 mg, 200 mg, nepārsniedzot 150 -400mg /dn ) per os vai opioīdu receptoru agonistu metadonu ( Sol. Methadoni 1mg/ml no 10 -50 ml dienā, monitorējot abstinences sindroma simptomus)
- opioīdu receptoru daļēju agonistu (Sol. Buprenorphine hydrochloridum 0,3mg/1ml - 0,6mg/2ml s/c, terapiju turpina pēc 30 -60 minūtēm, izvērtējot abstinences simptomus un pacienta elpošanas frekvenci, ja nepieciešams, pievienot 0,3mg/ml medikamenta vai T. Buprenorphine hydrochloride 8mg, no 2- 16 mg per os, nepārsniedzot 24mg dn)
- nomierinošus un sedatīvus līdzekļus (T. Diazepexi 5mg, nepārsniedzot 15mg/dn, T. Lorazepamī 1mg, nepārsniedzot 3mg/dn vai 2,5mg, nepārsniedzot 7,5mg/dn)
- centrālās darbības neirotropisko hipotenzīvo līdzekļus,  $\alpha_2$ - adrenomimētiķi (T. Clonidini hydrochloridi 0,45-0,9mg/dn p/o), kas opiātu abstinences gadījumā samazina veģetatīvo simptomātiku, neiesaka ikdienas praksē kā izvēles medikamentu
- detoksikācija ar sāļu šķīdumiem, plazmas aizvietošanas līdzekļiem, ja nepieciešams
- simptomātiskā terapija – kuņģa-zarnu trakta darbības regulatorus, kardiovaskulārās sistēmas regulatorus, ja nepieciešams.

Pacientam rekomendē narkologa apmeklējumu un tālākas ārstēšanas turpināšanu, nodrošinot ambulatoru dinamisko novērošanu un lietošanas recidīva novēršanu, izmantojot uzturošo terapiju ar opioīdu antagonistiem (skatīt algoritmu "Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapija ar opioīdu antagonistiem") un psihosociālo atbalstu. Pacienta radniekiem rekomendē līdzatkarīgo grupu apmeklējumus atkarības slimības izpratnei un pārmaiņu procesa izprašanai pacienta ārstēšanās laikā.



## ATSAUCES

- 1.SSK-10,1.sējums, 5.izdevums, 2016 <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/>
2. I.Maksima. A.Pelne, I. Landsmane,S.Skaida “Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfīnu “ vadlīnijas, 2009, SPKC
- 3.Valsts ziņojums par narkotikām 2018( dati par 2016.gadu), SPKC,EMCDDA,  
[https://www.spkc.gov.lv/upload/Atkaribu\\_slimibu\\_zinojumi/lv\\_cdr2018\\_really\\_final\\_lv.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Atkaribu_slimibu_zinojumi/lv_cdr2018_really_final_lv.pdf)
- 4.2012. gada 24. janvāra Ministru kabineta noteikumi Nr.70 „Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība" [www.likumi.lv](http://www.likumi.lv)
5. NICE, Opioid withdrawal syndrom  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/chapter/1-Guidance#pharmacological-interventions-in-opioid-detoxification>
6. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline of Canada (2018),Julie Bruneau, Keith Ahamad, Marie-Ève Goyer, Ginette Poulin, Peter Selby, Benedikt Fischer, T. Cameron Wild, Evan Wood  
<http://www.cmaj.ca/content/cmaj/190/9/E247.full.pdf>

# 1.pielikums OOWS

(The objective opiate withdrawal scale)

*Objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala*

(Handelsman L. at all.)

Datums: \_\_\_\_\_ Laiks: \_\_\_\_\_

Pacients: \_\_\_\_\_

**5 minūšu apskates tests** (katru simptomu novēro līdz 5 minūtēm)

Nr.	Simptomi	Rezultāti		
1.	Žāvāšanās	0 – nav žāvāšanās	1 - $\geq$ 1 žāvāšanās	
2.	Rinoreja	0 - $<$ 3 šņaukāšanās, šķaudīšanas epizodes	1 - $\geq$ 3 šņaukāšanās, šķaudīšanas epizodes	
3.	“Zosāda” uz rokām	0 - nav	1 - ir	
4.	Svīšana	0 - nav	1 - ir	
5.	Lakrimācija	0 - nav	1 - ir	
6.	Roku tremors	0 - nav	1 - ir	
7.	Midriāze	0 - nav	1 - ir	
8.	Aukstuma/karstuma viļņi	0 - nav	1 – trīcēšana, “tīstīšanās” siltās drēbēs	
9.	Nemiers	0 - nav	1 – bieža stāvokļa maiņa	
10.	Vemšana	0 - nav	1 - ir	
11.	Muskuļu raustīšanās	0 - nav	1 - ir	
12.	Vēdergraizes	0 - nav	1 – pat “saķer” vēderu	
13.	Trauksme	0 - nav	1 – no vieglas līdz izteiktai	
14.	<i>Kopā</i>	X	X	

*Kopējais punktu skaits 13 vai mazāk*