

Klīniskais algoritms

Opioīdu atkarības uzturošā terapija, izmantojot farmakoterapiju un psihosociālo atbalstu

Autore narkoloģe Inga Landsmane

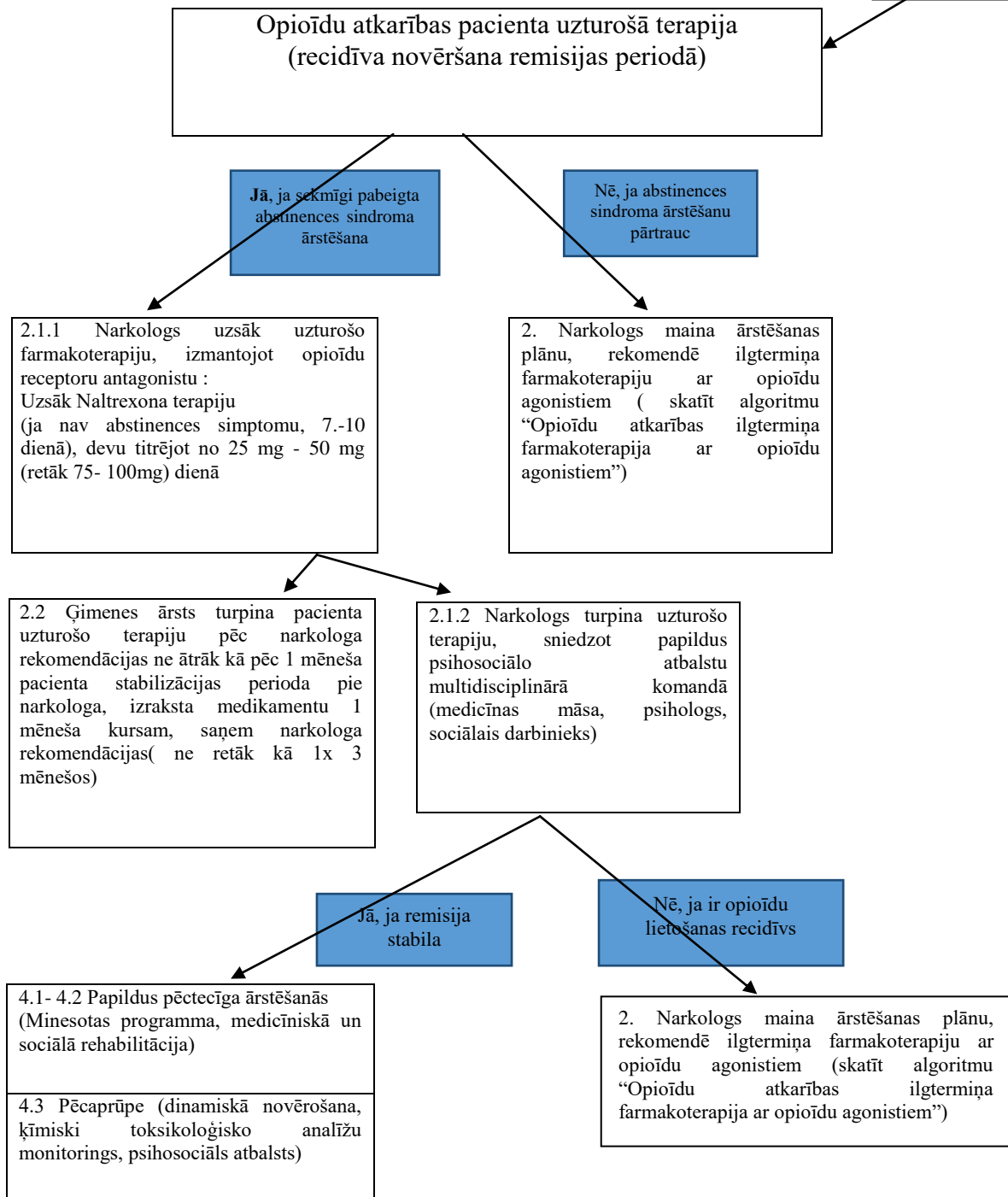
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un narkoloģes Ingas Landsmanes vadībā: anesteziologs, reanimatologs Mihails Ārons; ģimenes ārste Līga Kozlovska; narkoloģe Sarmīte Skaida; neirologs Ainārs Stepens; narkoloģe Astrīda Stirna; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; radiologs prof. Ardis Platkājis; psihiatrs prof. 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
4. Papildus rīcība narkologa kompetencē	8
Atsauces.....	10

I. Algoritma shēma

II. Vispārējā daļa



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.¹

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju¹, 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 dēļ¹

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 veidošanās nosaka serotonīnērgiskā, noradrenalinērgiskā, dopamīnērgiskā, glutamīnērgiskā un opioīdērgiskā receptoru sistēma smadzenēs. Opioīdu atkarības sindroma laikā smadzenēs norit neiroķīmisks 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 problēmām².

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)³.

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 farmakoterapija 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.

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.³

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, 2004) jeb ilgtermiņa farmakoterapijas ar opioīdu agonistiem (PVO, 2007) 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 uzturošā terapija, izmantojot farmakoterapiju un psihosociālo atbalstu”, izmantojams opioīdu atkarības sindroma (F11.2) mērķtiecīgai, tālākai aprūpes organizēšanai pacientam pēc opioīdu atkarības abstinences sindroma ārstēšanas, lai nodrošinātu opioīdu lietošanas recidīva profilaksi un uzturētu atturības jeb remisijas periodu. Minēto ārstēšanu uzsāk un nodrošina narkologs (tiešās pieejamības speciālists), pakalpojums nodrošināms ambulatorā līmenī, to iespējams turpināt pie primārās aprūpes speciālista tuvāk pacienta dzīvesvietai, ja narkologs nav pieejams, bet ir saņemtas narkologa rekomendācijas. Psihosociālā atbalsta sniegšana pacientam abos līmeņos gan no speciālista - narkologa, gan primārās aprūpes līmenī var sekmēt ārstēšanās kvalitātes uzlabošanu un pacienta līdzestību ārstēšanai.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot opioīdu atkarības pacientu ārstēšanas iespējas, sniedzot multiprofesionālu (narkologs sadarbībā ar ģimenes ārstu) pakalpojumu ambulatorā līmenī
2. Sniegt pacientam remisijas periodā nepieciešamo psihosociālo atbalstu

Mērķgrupas

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

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir recidīva novēršanas profilakse remisijas periodā.

III.Rekomendācijas

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. Neuroadaptācijas novērtējums (pacienta emocionālais stāvoklis, līdzestība, atbildība).

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.

Opioīdu atkarības sindroma diagnostiskie kritēriji:

- kompulsīva tieksme
- tolerances pieaugums
- kontroles zudums
- abstinences jeb atcelšanas sindroms, krasi pārtraucot opioīdu lietošanu

Kopumā tā ir simptomu grupa, kuru veido uzvedības, kognitīvi un somatiski simptomi, kas radušies pēc vielu atkārtotas lietošanas un tipiskos gadījumos izraisa stipru un nepārvaramu tieksmi pēc vielas, grūtības pašam kontrolēt tās lietošanu, par spīti tās kaitīgām sekām. Lietotājs dod priekšroku vielas lietošanai salīdzinājumā ar citām nodarbībām un pienākumiem, pieaug tolerance, un rodas somatisks abstinences stāvoklis, lietošanu pārtraucot.

2. Rīcība ambulatorā etapā

2.1 Narkologa kompetence

Ja pacientam veikta opioīdu atkarības abstinences sindroma ārstēšana, var uzsākt uzturošo terapiju ar opioīdu anatagonistiem un veikt pacienta dinamisko novērošanu, sniedzot psihosociālo atbalstu. Narkologs terapiju var nodrošināt 4 mēnešus, tālāk ģimenes ārsts var turpināt terapiju ilgtermiņā.

2.1.1 Farmakoterapija - terapijā izmanto opioīdu receptoru antagonistu Naltreksona HCl (*skatīt medikamenta aprakstu, pieejams tekstā zemāk!*), kurš specifiski saistās ar opioīdu receptoriem tos, bloķējot un mazinot tieksmi pēc opioīdiem. Pacientam ar opioīdu atkarību, kurš lieto medikamentu, atsākot iepriekš lietoto opioīdu, neiestājas gaidītā labsajūta, jo opioīdu piesaistes vieta ir bloķēta. Dienas deva ir 50 – 100 mg. Terapijas ilgums 4 – 6 – 12 mēneši. Naltreksons pieejams arī implanta formā, kas nodrošina opioīdu receptoru blokādi uz 2-3 mēnešiem.

Medikamenta apraksts (naltrexonum hydrochloridum)

- oksimorfona sintētiskais analogs
- opioīdu receptoru antagonists
- darbojas pārsvarā uz μ - receptoriem, minimāli uz λ - receptoriem
- biopiejamība 5 - 40%
- $T_{1/2} = 4$ (13h – depo formai (380 mg)
- ir novērota devas atkarīga toksicitāte
- tabletes deva - 50 mg (rekomendē 1X dienā no rīta)
- sievietēm rekomendē sākt ar 25 mg
- ja nesen lietots alkohols, sāk ar 25 mg
- ja novēro blakusparādības, devu samazina vai sadala uz divām lietošanas reizēm dienā
- pacientiem ar nepārejošu tieksmes sajūtu, diskomfortu un lietošanas recidīvu gadījumos – 100 mg dienā
- terapijas ilgums – min .- 3-4 mēneši, vid.- 6 mēneši

Biežākās blaknes:

- miega traucējumi
- galvas sāpes un reiboņi
- depresija
- pasliktināta apetīte
- slikta dūša
- vemšana, caureja
- sāpes vēderā
- devas augstākas par 200 mg/dn – hepatotoksisks efekts

Kontrindikācijas medikamenta lietošanai:

- grūtniecība
- akūts hepatīts
- izteikti aknu un nieru darbības traucējumi.

2.1.2 Psihosociālais atbalsts

- veidot un attīstīt atbalstošas terapeita(ārsta) – pacienta attiecības
- veicināt pacienta spēka pieaugumu un problēmu pārvarēšanas prasmes
- veicināt pacienta spēju izmantot pozitīvas sociālās vides atbalstu
- samazināt pacienta subjektīvo distresu un uzvedības disfunkcijas
- veicināt un attīstīt lielāku pacienta autonomijas un atbildības pakāpi ārstēšanas lēmumu pieņemšanā

2.2. Ģimenes ārsta kompetence

Saņemot rekomendācijas (izrakstu no narkologa) par ārstēšanas turpināšanu pie ģimenes ārsta dzīves vietā un rekomendācijām par farmakoterapijas lietošanu, var turpināt izrakstīt nozīmēto opioīdu antagonistu – T. Naltrexoni 50 mg (skatīt 2.1.1 punktu) narkologa nozīmētās terapeitiskās devās līdz 6 – 12 mēnešiem, plānojot vizītes pie ārsta vienu reizi mēnesī. Vizīšu laikā sniedz psihosociālu atbalstu. Terapijas maiņas gadījumā nepieciešama narkologa konsultācija, individualizētas ārstēšanas pieejas attīstībai rekomendēta sadarbība ar narkologu vienu reizi 3 mēnešos. Nozīmēto medikamentu var lietot ar papildus terapiju blakusslimību ārstēšanai, ja tāda ir nozīmēta.

3. Rīcība stacionārā etapā

Stacionārais etaps šajā algoritmā netiek izmantots!

4. Papildus rīcība narkologa kompetencē

Papildus iespējams nozīmēt Minesotas programmu un pēc tās pabeigšanas medicīnisko un psihosociālo rehabilitāciju.

4.1 Minesotas programma (28 dienu psihoterapeitiska ārstēšanas programma specializētā stacionārā)

Psihoterapijas programma pēc Minesotas modeļa principa, kuras laikā tiek mazināts atkarības slimību noliegums, veicināta reintegrācija sabiedrībā.

Minesotas programmas stacionāra nodaļā ārstēšanās kurss ilgst 28 dienas, to uzsāk pēc opioīdu atkarības abstinences sindroma ārstēšanas kursa pabeigšanas. Galvenais programmas mērķis ir uzlabot pacienta emocionālo funkcionēšanu un dzīves kvalitāti, mudinot viņu uz pašattīstību, personības izaugsmi un sevis pilnveidošanu.

4.2 Medicīniskā un sociālā rehabilitācija

Medicīniskās un psihosociālās rehabilitācijas programmas ilgst no 4 mēnešiem līdz gadam. Rehabilitācijas centri vai terapeitiskās kopienas, kuros realizē rehabilitāciju, ir audzinošu, psiholoģisku, izglītojošu, sociālu, tiesisku pasākumu komplekss, integrējot darba terapiju un tas vērsts uz pacienta reintegrāciju sabiedrībā, veidojot viņam motivāciju nelietot atkarību izraisošas vielas.

4.3 Pēcaprūpe

Pacientam rekomendē narkologa apmeklējumu un tālākas ārstēšanas turpināšanu, nodrošinot ambulatoru dinamisko novērošanu un lietošanas recidīva izvērtējumu.

Pacienta atbalstam rekomendē anonīmo narkomānu(AN) grupu apmeklējumus.

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
- 4.Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking, A Manual for Use in Primary Care, WHO, 2001.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf
- 5.2012. gada 24. janvāra Ministru kabineta noteikumi Nr.70 „Alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība"
www.likumi.lv
- 6.Stirna A., Landsmane I., Skaida S., Stankeviča I. (2008) Narkoloģija Astrīdas Stirnas redakcijā, Rīga, SIA „Medicīnas apgāds”
- 7.NICE, Naltrexone for the management of opioid dependence,2007
<https://www.nice.org.uk/guidance/ta115>