

Klīniskais algoritms

Opioīdu atkarības agrīna atpazīšana, diagnostika, novērtēšana un aprūpe

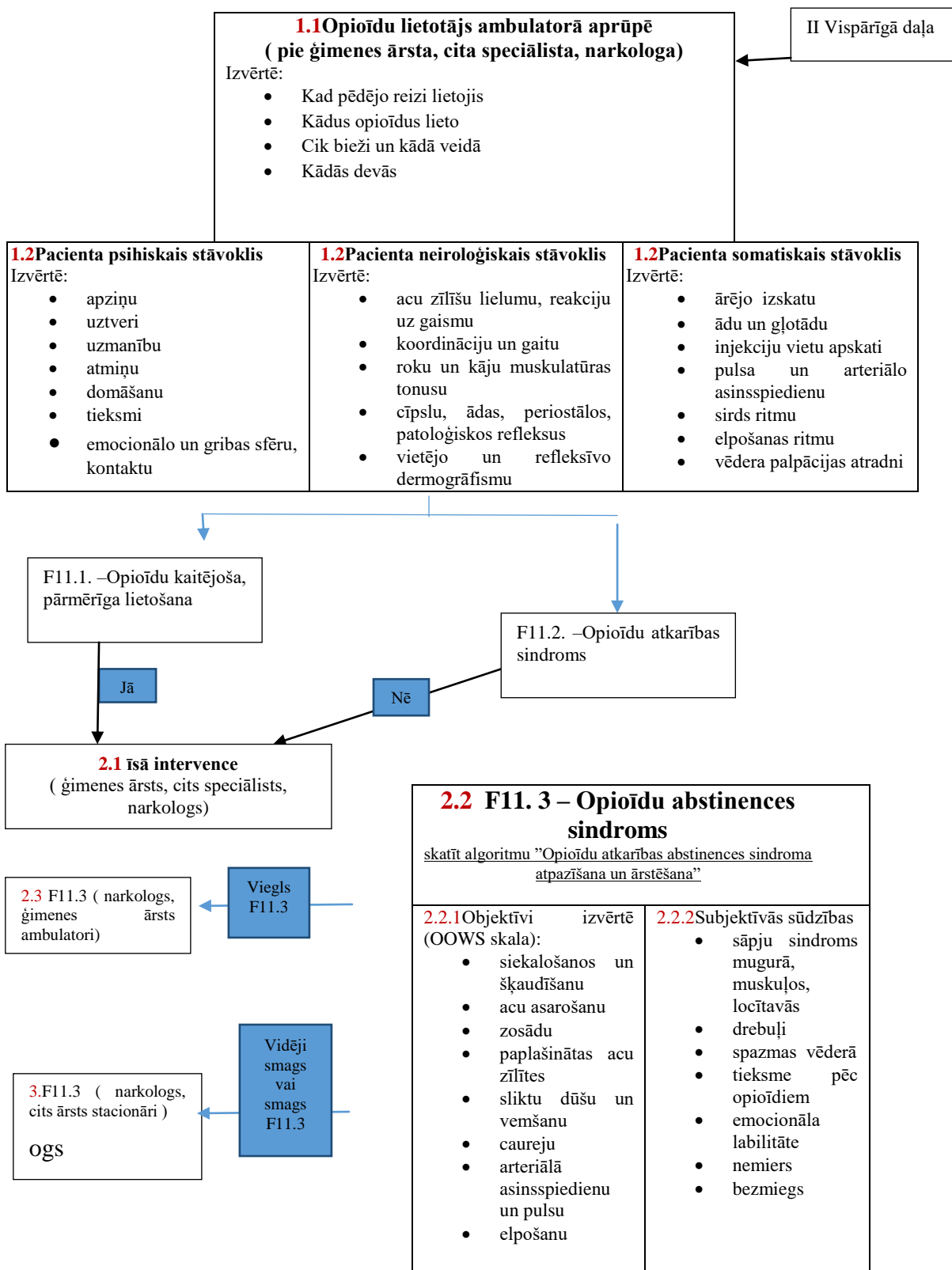
Autore narkoloģe Inga Landsmane

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
Mērķgrupa.....	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.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 vēlī 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, noradrenālīnērgiskā, 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 problēmām.

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).

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

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 agrīna atpazīšana, diagnostika, novērtēšana un aprūpe” paredzēts opioīdu kaitējoši pārmērīgas lietošanas (F11.1) un opioīdu atkarības sindroma (F11.2) agrīnai atklāšanai un mērķtiecīgai palīdzības organizēšanai, ietver lietotājus ar nelielu opioīdu lietošanas stāžu līdz pat izteiktiem un sistemātiskiem opioīdu lietošanas periodiem, tādejādi pasargājot pacientu no dzīves kvalitātes krišanās, psiholoģiskās un sociālās disfunkcijas. Algoritms attiecināms arī uz diagnostiku pusaudžiem līdz 18 gadu vecumam, kuriem biežāk raksturīga opioīdu kaitējoši pārmērīga lietošana (F11.1). Pacientam rekomendē dzīvesveida izmaiņu nepieciešamību gan primārās aprūpes etapā, gan citu speciālistu ambulatorās un stacionārās aprūpes etapos, iespējams motivēt pacientu narkologa (tiešās pieejamības speciālista) apmeklējumam un ārstēšanās uzsākšanai. Agrīna diagnostika var sekmēt ārstēšanās kvalitātes uzlabošanu un pacienta līdzestību ārstēšanai, kas savukārt pazeminātu ārstēšanas izmaksas.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot agrīno opioīdu lietotāju atpazīšanu primārās aprūpes līmenī un daudzprofilu stacionāru uzņemšanas nodaļās kā arī citu speciālistu aprūpes līmenī
2. Spēt mērķtiecīgi virzīt pacientu nepieciešamās specializētās aprūpes saņemšanai pie narkologa
3. Racionāli sniegt uz pierādījumiem balstītus ieteikumus, veikt darbības, mazinot nelietderīgas, izmaksu ziņā dārgas, neracionālas darbības (nelietderīga simptomātiska terapija un izmeklējumu veikšana)

Mērķgrupa

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Citi ārsti speciālisti
4. Pacienti un viņu radnieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir savlaicīgi veikt pacientu atklāšanu, īpaši primārās aprūpes līmenī, ņemot vērā konkrēta pacienta veselības riskus.

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 veida 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.

Kaitīgi pārmērīgas opioīdu lietošanas diagnostiskie kritēriji:

Opioīdu lietošanas veids, kas rada veselības bojājumus. Ir saskatāms vismaz viens traucējums – psiholoģisks vai somatisks. Bojājumi var būt somatiski (piem., hepatīts injicētu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ), vai psihiski (piem., depresīvas epizodes pēc lielu devu lietošanas). Opioīdu lietošana ir pārmērīga ar stereotipisku, bet ne sistemātisku raksturu.

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.

Lai organizētu tālāko aprūpes taktiku, pacienta nosūtīšanu pie narkologa ārstēšanas plāna sastādīšanai un aprūpes uzsākšanai, nepieciešams izvērtēt vai nav opioīdu abstinences sindroms.

Ja ir aizdomas par opioīdu atkarības abstinences sindroma esamību, izmantot OOWS (Objective opioid withdrawal scale jeb objektīvā opioīdu atcelšanas simptomu skala, skatīt 1. pielikumu) opioīdu atcelšanas simptomu izvērtējumam un sindroma smaguma noteikšanai (viegls, vidēji smags vai smags)

2. Rīcība ambulatorā etapā

2.1 Ja, izvērtējot anamnēzes un klīniskā stāvokļa datus, **nav konstatēts opioīdu abstinences sindroms**, bet ir nepārliciecināmi dati par sistemātisku opioīdu lietošanu, jādome par kaitīgi, pārmērīgu opioīdu lietošanu un jāveic motivējošais darbs – sniedzot īso intervenci.

Īsā intervence (veic primārās aprūpes līmenī vai pie cita speciālista, kas neuzsāk farmakoterapiju)

Īsā intervence jeb iekļaušanās ir instruments, lai uzrunātu lietotāju problēmas apzināšanai. Īsā intervence ir pacienta informēšana par opioīdu lietošanas kaitējumu veselībai, kas motivē lietotāju apzināties problēmu un sākt to risināt. Motivācija, tāpat kā pacienta atbalstīšana, uzklauššana ir svarīgākā aprūpes uzsākšanas sastāvdaļa. Īsā intervence ietver padomu: norādot lietošanas riska faktorus, norādot lietošanas sekas un sniedzot iedrošinājumu un informāciju problēmas risināšanai, nosūtot pie narkologa (tiešās pieejamības speciālists, nosūtījums nav nepieciešams, pacienta motivācijas stiprināšanai nosūtījums rekomendējams).

Īsa intervence var ietvert tikai vienu konsultāciju. Tās var būt arī trīs un kopējais laiks vienā reizē aizņem 15-10 minūtes. Īsās intervences īstenošanas pamatprincipi ir racionāla darba sadale starp ārstu un medicīnas māsu, izmantojot prasmi komunicēt, pamatot un psiholoģiski izglītēt (veikt psihoedukāciju).⁵

2.2 Opioīdu abstinences sindroma izvērtējums:

2.2.1 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,

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

2.2.3 Ja eksistē simptomu kopums, tad **ir konstatēts opioīdu abstinences sindroms**

Ja, izvērtējot anamnēzes un klīniskā stāvokļa datus, **ir konstatēts opioīdu abstinences sindroms** un izmantots OOWS (Objective opioid withdrawal scale jeb objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala, skatīt 1. pielikumu) objektīvu datu iegūšanai par abstinences sindroma smaguma pakāpi(jo lielāks kopējais punktu skaits, jo izteiktāks abstinences sindroms, maksimālais kopējais punktu skaits 13)(skatīt “Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšanas un ārstēšanas algoritma” punktus ambulatorās primārās aprūpes līmenī)

2.2.4 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.

2.3 Narkologa kompetence ambulatora līmenī

2.3.1 Veic diagnostiku vai diagnostikas apstiprināšanu (ja nāk ar nosūtījumu no ģimenes ārsta vai cita speciālista), sastāda ārstēšanas plānu, vienojoties ar pacientu, un uzsāk ārstēšanu:

- Opioīdu abstinences sindroma ambulatoru vai stacionāru ārstēšanu, ja konstatēts opioīdu atkarības abstinences sindroms un pacients vēlas pārtraukt opioīdu lietošanu, plānojot tālāku ārstēšanos atturības nostiprināšanai (skatīt algoritmu ”Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšana un ārstēšana”)
- Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapiju ar opioīdu agonistu – metadonu vai daļēju agonistu – buprenorfinu, ja diagnosticēts opioīdu atkarības sindroms un pacients nespēj atteikties no vielu lietošanas (skatīt algoritmu” Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapija ar opioīdu agonistiem”)
- Opioīdu atkarības ilgtermiņa farmakoterapiju ar antagonistiem pēc opioīdu atkarības abstinences sindroma ārstēšanas, lai novērstu lietošanas recidīvu un nodrošinātu remisiju (skatīt algoritmu ”Opioīdu atkarības uzturoša terapija, izmantojot farmakoterapiju un psihosociālo atbalstu”)
- Medicīnisko un psihosociālo rehabilitāciju remisijas periodā, lai novērstu recidīvu un stabilizētu psihosociālo funkcionēšanu un reintegrāciju sabiedrībā

3. Rīcība stacionārā etapā

Ja, izvērtējot anamnēzes un klīniskā stāvokļa datus, **ir konstatēts opioīdu abstinences sindroms**, un izmantots OOWS (Objective opioid withdrawal scale jeb objektīvā opioīdu abstinences sindroma skala, skatīt 1. pielikumu) objektīvu datu iegūšanai par abstinences sindroma smaguma pakāpi tad skatīt “Opioīdu atkarības abstinences sindroma atpazīšanas un ārstēšanas algoritma” punktus stacionārās aprūpes līmenī

Cits speciālists uzņemšanas nodaļā pacientam rekomendē narkologa apmeklējumu un tālākas ārstēšanas turpināšanu, nodrošinot ambulatoru dinamisko novērošanu un lietošanas recidīva izvērtējumu.

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. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2007). *Methadone and Buprenorphine for the management of opioid dependence*. UK.
7. Tomas F.Beibors, Džons K.Higins-Bidls. Īsa iejaukšanās. Riskantā un kaitīgā alkohola lietošana. Primārās aprūpes darbinieku rokasgrāmata. PVO, 2004.
- 8.Opioid dependence treatment and guidelines (2010),Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C.,
<http://www.amcp.org/data/jmcp/S14-S21.pdf>
- 9.Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. et al. (1987) Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal, American Journal of Alcohol Abuse, 13, 293-308(1. PIELIKUMS, 8.lpp)

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, šķaudišanas epizodes	1 - \geq 3 šņaukāšanās, šķaudišanas 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.	Vēdergrauzes	0 - nav	1 – pat “saķer” vēderu	
13.	Trauksme	0 - nav	1 – no vieglas līdz izteiktai	
14.	<i>Kopā</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	

Kopējais punktu skaits 13 vai mazāk