

# Klīniskais algoritms

## Sedatīvo un miega līdzekļu atkarība pacientiem ar psihiskiem traucējumiem, atpazīšana, vadišana, ārstēšana un aprūpe

Autore narkoloģe Sarmīte Skaida

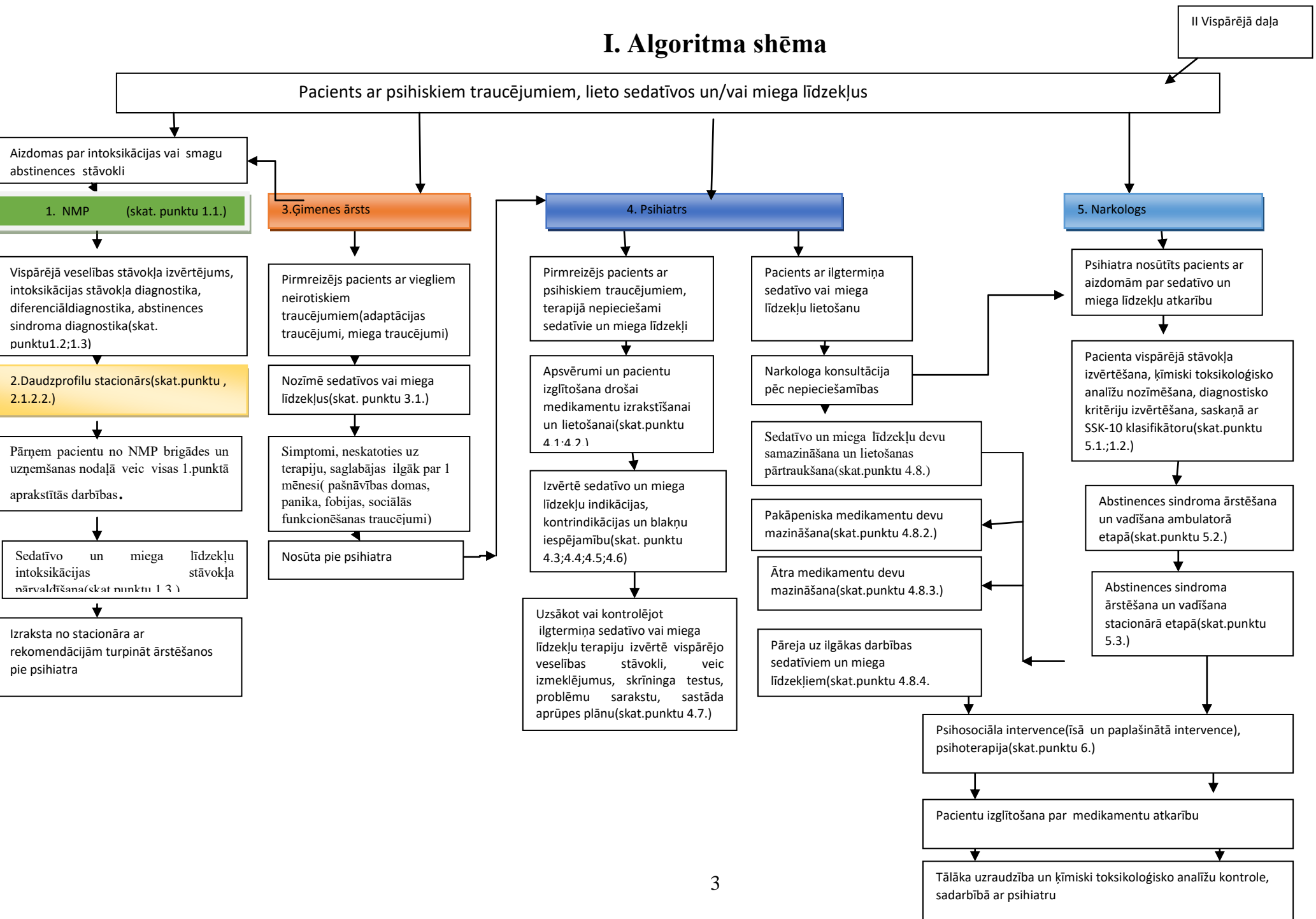
Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un narkoloģes Sarmītes Skaidas vadībā: anesteziologs, reanimatologs Mihails Ārons; ģimenes ārste Līga Kozlovska; narkoloģe Inga Landsmane; neirologs Ainārs Stepens; narkoloģe Astrīda Stirna; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; radiologs prof. Ardis Platkājis

### Saturs

I. Algoritma shēma .....	3
II. Vispārējā daļa.....	4
Saīsinājumi.....	4
Ievads .....	5
Algoritma mērķi.....	7
Mērķgrupas .....	7
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu .....	7
III. Rekomendācijas.....	8
1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) etaps .....	8
1.1. Ja pastāv aizdomas par sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas traucējumiem (intoksikācija, abstinences sindroms) un/vai psihiskiem traucējumiem, jautāt pacientam: 8	
1.2. Vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, lai diagnosticētu sekojošus stāvokļus: .....	8
1.3. Sedatīvo un miega līdzekļu intoksikācijas stāvokļa pārvaldīšana.....	9
2. Daudzprofila stacionāra etaps .....	9
2.1. Pārņemt pacientu no NMP brigādes un uzņemšanas nodaļā veikt visas 1.punktā aprakstītās darbības .....	9
2.2. Ja pacients ar sedatīvo un miega līdzekļu lietošanu iestājas stacionārā somatisku stāvokļu ārstēšanai: .....	9
3. Ģimenes ārsta etaps .....	10
3.1. Rekomendācijas ģimenes ārstam par sedatīvo un miega līdzekļu izrakstīšanu pacientiem: .....	10
3.2. Sedatīvo un miega līdzekļu intoksikācijas un abstinences sindroma klīnika.....	11
4. Psihiatra etaps .....	11
4.1. Apsvērumi sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanai .....	11
4.2. Sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšana pacientiem pēc 65 gadu vecuma .....	11
4.3. Galvenās indikācijas (īstermiņa (vienreizēji vai līdz 5-7 dienām) benzodiazepīnu (BD) un Z-vielu nozīmēšanai .....	12

4.4. Citas īstermiņa benzodiazepīnu nozīmēšanas indikācijas:.....	12
4.5. Kontrindikācijas sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanai: .....	12
4.6. Sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas blaknes: .....	13
4.7. Psihiatra uzdevumi, uzsākot vai kontrolējot ilgtermiņa sedatīvo vai miega līdzekļu terapiju, pacientiem ar psihiskiem traucējumiem.....	13
4.8. Sedatīvo un miega līdzekļu devu samazināšana un lietošanas pārtraukšana .....	13
5. Narkologa etaps .....	16
5.1. Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana .....	16
5.2. Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana ambulatorā etapā.....	18
5.3. Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana stacionārā. ....	18
5.4. Abstinences simptomu profilakse un ārstēšana devu mazināšanas etapā. ....	19
6. Psihosociāla intervence .....	20
Atsauces.....	21
Pielikumi.....	22
1. Pielikums .....	22
2. Pielikums “Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT)” .....	23
3. Pielikums „Narkotiku skrīninga aptauja (DAST)” .....	26

# I. Algoritma shēma



## II. Vispārējā daļa

### Saīsinājumi

- AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test* – alkohola lietošanas traucējumu tests  
BD – benzodiazepīni  
CDT – *Carbohydrate –deficient transferrin* – karbohidrātu deficītais transferīns  
CNS – Centrālā nevu sistēma  
DAST – *The Drug Abuse Screening Test* – Narkotiku skrīninga aptauja  
HOPS – hroniska obstruktīva plaušu slimība  
GASS – gamma-aminosviestskābe  
KBT – Kognitīvi biheiviorālā terapija  
NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests  
NMP – Neatliekamā medicīniskā palīdzība  
MRT – Magnētiskās rezonanses tomogrāfija  
PAV – Psihoaktīvas vielas  
SSK-10 – Starptautiskā statistiskā slimību ar tām saistīto veselības traucējumu klasifikācija,  
SNAI – serotonīna-noradrenalīna atpakaļsaistīšanās inhibitori  
SSAI – selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori  
TAD - tricikliskie antidepresanti  
10.pārskats (*International statistical classification of diseases and related health problems – 10<sup>th</sup> revision*)

## Ievads

Sedatīvie un miega līdzekļi ir centrālās nervu sistēmas depresanti. Galvenokārt tie ir benzodiazepīnu grupas medikamenti un selektīvi benzodiazepīnu receptoru apakštipa agonisti (Z-vielas).

Benzodiazepīni un Z-vielas ir GASS(gamma-aminosviestskābes) receptoru agonisti ar prettrauksmes, miega, miorelaksantu un pretkrampju darbību.

Benzodiazepīnus iedala 3 grupās, atkarībā no to eliminācijas ātruma:

- Īsas aktivitātes (pusizvades laiks mazāks par 12 stundām) – midazolāms un triazolāms;
- Vidējas aktivitātes (pusizvades periods 12-24 stundas) – alprazolāms, lorazepāms, temazepāms
- Ilgas aktivitātes (pusizvades laiks ilgāks par 24 stundām) – diazepāms, klonazepāms, hlordiazepoksids

Z vielas (*Zolpidem, Zopiclone*) – ne-benzodiazepīnu grupas miega līdzekļi, līdzīgi benzodiazepīniem. Tie ir GASS receptoru agonisti, bet ar citādu struktūru. Z-vielas nav drošākas par benzodiazepīniem, līdz ar to pacientiem ar benzodiazepīnu lietošanas traucējumiem nevajadzētu nozīmēt Z-vielas.

Lietojot medikamentus nepareizi vai ļaunprātīgi, pieaugot tolerancei ir augsts ļaunprātīgas lietošanas un atkarības risks, kas saistīts ar neurotransmitera, gamma-aminosviestskābes (ietekmes palielināšanos, kā rezultātā palēninās impulsu pārvade, radot relaksācijas, miera un miegainības sajūtu. Pēc ilgstošas sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas organisms ātri izstrādā toleranci, smadzenes kļūst mazāk jutīgas pret medikamenta darbību un nepieciešams lietot lielākas devas, lai iegūtu tādu pašu efektu, kāds bija no zemākām devām. Tolerance attīstās dažu dienu vai nedēļu laikā uz pretkrampju un miega efektu un pēc 4 mēnešiem ir maz pierādījumu, ka benzodiazepīni saglabā anksiolītiskās īpašības.

Sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas un atkarības modeļi:

1.Psiholoģiska atkarība ir medikamentu lietošana, lai izjustu tā eiforisko vai apreibinošo efektu, bez vēlmes (nepieciešamības) samazināt vai novērst abstinences simptomus.

2.Benzodiazepīnu atkarība pie zemu terapeitisku devu ilgstošas lietošanas, bez atkarīgas uzvedības modeļa formēšanās. Terapeitiskās devas atkarība ir lielākai pacientu grupai, kas ir atkarīgas no sedatīviem un miega līdzekļiem. Šie pacienti parasti nepalielina medikamentu devas un tiem nav raksturīgs savu zāļu ļaunprātīgas lietošanas modelis. Medikamentu pēkšņas lietošanas pārtraukšanas rezultātā attīstās abstinences sindroms.

3.Benzodiazepīnu atkarība ar augstu devu lietošanu, kā ļaunprātīgas lietošanas modelis ar atkarīgas uzvedības modeļa veidošanos. Medikamentu pēkšņas lietošanas pārtraukšanas rezultātā attīstās smagi abstinences simptomi.

Īstermiņā benzodiazepīni var būt efektīvas zāles akūtas trauksmes vai bezmiega ārstēšanai, taču ilgstošākas lietošanas gadījumā citas terapeitiskas intervences, gan farmakoloģiskās, gan psihoterapeitiskās, kļūst efektīvākas.

Latvijas Zāļu valsts aģentūras zāļu patēriņa statistika uzrāda, ka aptuveni 13,77 no katriem 1000 Latvijas iedzīvotājiem (jeb 1,4% no visiem valsts iedzīvotājiem) 2013. gadā teorētiski ik dienas patērēja 1 terapeitisko anksiolītisko līdzekļu grupas benzodiazepīnu atvasinājumu devu (DDD/1000 iedzīvotājiem/dienā), bet 2017.gada patēriņš pieaudzis uz 15,07 jeb 1,5% no visiem valsts iedzīvotājiem.

SPKC 2016.gada analītiskais pārskats uzrāda, ka 14,8% Latvijas iedzīvotāju atzīst, ka lietojuši nomierinošus medikamentus, bet vairumā gadījumu zāles izrakstījis ārsts. Sedatīvos preparātus lietojušas 17,4% sievietes un 11,7% vīrieši.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. Redakciju (SSK-10), sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas traucējumi ir iekļauti F13 sadaļā „Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies sedatīvu un miega līdzekļu lietošanas dēļ”:

F13.0 Akūta intoksikācija

F13.1 Vielu kaitējoši pārmērīga lietošana

F13.2 Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies sedatīvu un miega līdzekļu lietošanas dēļ, atkarības sindroms

F13.3 Abstinences stāvoklis

F13.4 Abstinences stāvoklis ar delīriju

F13.5 psihotiski traucējumi

F13.6 Amnestiskais sindroms

F13.7 Reziduāli un vēl sākušies psihotiski traucējumi

F13.8 Citi psihiski un uzvedības traucējumi

F13.9 Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies sedatīvu un miega līdzekļu lietošanas dēļ, neprecizēti psihiski un uzvedības traucējumi

Biežākie psihiskie traucējumi, kas prasa sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanu:

- Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30-F39)
- Neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40-F48)

SSK10 definīcija:

Atkarības sindroms ir simptomu grupa, ko veido uzvedības, kognitīvi un somatiski simptomi, kas radušies pēc vielu atkārtotas lietošanas un tipiskos gadījumos izraisa stipru tieksmi pēc vielas, grūtības pašam kontrolēt tās lietošanu, par spīti tās kaitīgām sekām; pacients dod priekšroku vielas lietošanai salīdzinājumā ar citām nodarbībām un pienākumiem, pieaug tolerance un dažreiz rodas somatisks abstinences stāvoklis.

Abstinences sindroms ir dažādas smaguma pakāpes simptomi, kas rodas pēc ilgstoši lietotu psihoaktīvu vielu pilnīgas vai daļējas lietošanas pārtraukšanas. Abstinences stāvokļa sākums un gaita izpaužas ierobežotā laikā un ir saistīts tieši ar to psihoaktīvo vielu veidu un devu, kas lietota tieši pirms lietošanas pārtraukšanas vai devas samazināšanas.

Algoritms „Sedatīvo un miega līdzekļu atkarība pacientiem ar psihiskiem traucējumiem, atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”

ietver pacientu no 18 gadu vecuma ar diagnosticētiem psihiskiem traucējumiem psihiskā stāvokļa novērtēšanu, sedatīvo un miega līdzekļu kaitējoši pārmērīgas lietošanas un atkarības diagnostiku, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu un ārstēšanu.

Algoritmā ietvertie ieteikumi attiecas uz pacientiem, kuriem jau ir nozīmēta īstermiņa vai ilgtermiņa benzodiazepīnu vai Z-vielu terapija, kā arī drošības apsvērumi, kam tiek plānota tās uzsākšana.

Izmantojot šo algoritmu un individualizētus ārstēšanas plānus, var vienlaicīgi risināt gan medikamentu lietošanas, gan psihiskās veselības traucējumus. Nodrošinot vienlaikus komorbīdo traucējumu ārstēšanu un uzraudzību, pacients veiksmīgāk varēs kontrolēt gan psihiakās veselības stāvokli, gan medikamentu lietošanas traucējumus.

## **Algoritma mērķi**

1. Samazināt nepamatotu sedatīvo un miegalīdzekļu nozīmēšanu.
2. Uzlabot sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas traucējumu savlaicīgu atklāšanu.
3. Uzlabot zināšanas par sedatīviem un miega līdzekļiem un to ilgtermiņa lietošanas blaknēm.
4. Uzlabot komorbīdo pacientu medikamentozo terapiju.
5. Nodrošināt uzraudzību par izrakstītajiem medikamentiem ar atkarības veidošanās risku

## **Mērķgrupas**

1. Ģimenes ārsti
2. Citu specialitāšu ārsti
3. Psihiatri
4. Narkologi

## **Pamatprioritātes ieviešot algoritmu**

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar sedatīvo un miega līdzekļu atkarību mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot dažādu speciālistu savstarpēju efektīvu sadarbību, lai mazinātu medikamentu ļaunprātīgas izmantošanas un izplatīšanas iespējas, kā arī izvairītos no jatrogēnas atkarības veidošanās iespējamības pacientiem.

### III. Rekomendācijas

#### 1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) etaps

##### 1.1. Ja pastāv aizdomas par sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas traucējumiem (intoksikācija, abstinences sindroms) un/vai psihiskiem traucējumiem, jautāt pacientam:

- Vai kādreiz ir diagnosticēta šizofrēnija?
- Vai kādreiz ir diagnosticēta depresija vai bipolāri afektīvi traucējumi?
- Vai kādreiz ir diagnosticēts posttraumatiskā stresa sindroms?
- Vai kādreiz ir diagnosticēti citi psihiskās veselības traucējumi, piemēram, trauksme, miega traucējumi?
- Vai lieto kādus medikamentus psihisko traucējumu ārstēšanai?
- Vai ir bijušas vai ir suicidālas domas?

**Svarīgi!** Ja pacients lieto kādus sedatīvos vai miega līdzekļus, precizēt nosaukumus, devas, to pieaugumu, lietošanas ilgumu, kad un cikos lietota pēdējā deva.

##### 1.2. Vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, lai diagnosticētu sekojošus stāvokļus:

###### 1.2.1. Akūta intoksikācija sedatīvo vai miega līdzekļu lietošanas dēļ:

Pastāv disfunkcionāla uzvedība, par ko liecina vismaz viens no šiem traucējumiem:

- eiforija un traucējumi;
- apātija un sedācija;
- agresija;
- garastāvokļa labilitāte;
- traucēta uzmanība;
- anterogrāda amnēzija;
- traucēti psihomotorie procesi;

Vismaz vienam no šiem traucējumiem jābūt fiksētam:

- nestabila gaita;
- grūtības nostāvēt;
- neskaidra runa;
- nistagms
- samazināts apziņas līmenis (piemēram, stupors, koma);

###### 1.2.2. Diferenciāldiagnoze:

- smadzeņu satricinājums;
- subdurāla hematoma;
- infekcijas slimības;
- cukura diabēts;
- elektrolītu traucējumi;
- galvas trauma (dezorientācija, miegainība, apjukums).

**Svarīgi!** Pārbaudīt alkohola klātbūtni izelpojamā gaisā.



### 1.2.3.Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences stāvoklis

Abstinences sindroms var attīstīties pat pēc nelielu devu ilgtermiņa lietošanas, gados vecākiem pacientiem var attīstīties murgi, par ko liecina vai ko pavada:

- trauksme, panika, nemiers;
- tremors;
- svīšana, tahikardija, hipertenzija;
- krampji;
- psihoze, delīrijs.

**Svarīgi!** Pārbaudīt alkohola klātbūtni izelpojamā gaisā.

### **1.3.Sedatīvo un miega līdzekļu intoksikācijas stāvokļa pārvaldīšana**

- Sedatīvie un miega līdzekļi ietekmē garastāvokli, kognitīvās spējas, uzvedību
- Stāvoklis var ietekmēt pacienta piekrišanu ārstēšanās procesam, kā arī var būt problemātiska ar ārstēšanu saistītās informācijas saprašana
- Intoksikācija var maskēt nopietnas saslimšanas, tai skaitā traumas
- Pacienti var būt agresīvi pret sevi un citiem
- Jākontrolē galvenie pacienta organisma stāvokli raksturojošie parametri, un jāsāk uzturoši, pacienta klīniskajam stāvoklim atbilstoši pasākumi. Hospitalizācijas nepieciešamību nosaka vispārējā veselības stāvokļa rādītāji un lietoto medikamentu devas.
- Ja zāles lietotas perorāli, turpmāku zāļu uzsūkšanos jānovērš piemērotā veidā, piemēram, 1 – 2 stundu laikā pēc pārdozēšanas ievadot aktivēto ogli. Lietojot aktivēto ogli, miegainiem pacientiem obligāti jānodrošina elpceļu aizsardzība. Jauktas pārdozēšanas gadījumā var apsvērt kuņģa skalošanu, tomēr tas nav standarta pasākums.
- Smaga intoksikācija var būt bīstama dzīvībai, izmainot psihiskās un fiziskās funkcijas, kas var novest līdz CNS depresijai. Jāapsver benzodiazepīnu antagonista flumazenila (Anexate) lietošana

## **2. Daudzprofila stacionāra etaps**

### **2.1.Pārņemt pacientu no NMP brigādes un uzņemšanas nodaļā veikt visas 1.punktā aprakstītās darbības**

**Svarīgi!** Pārbaudīt alkohola klātbūtni izelpojamā gaisā, asinīs, urīnā, ķīmiski toksikoloģiskā urīna un asins pārbaude uz sedatīvo un miega līdzekļu klātbūtni.

### **2.2.Ja pacients ar sedatīvo un miega līdzekļu lietošanu iestājas stacionārā somatisku stāvokļu ārstēšanai:**

- Noskaidrot benzodiazepīnu lietošanas anamnēzi, devas, lietošanas ilgumu, vai ir bijuši medikamenta atcelšanas simptomi iepriekš.
- Nepārtraukt benzodiazepīnu lietošanu, pat ja pacients lietojis zemas devas
- Pacientiem, kuri lieto augstas devas, stabilizēt stāvokli ar ilgas darbības medikamentu (rekomendē diazepam), devā, apmēram, 40% no regulāri lietojamās devas vai 80 mg

dienā. Devas mazināšana var notikt tikai pēc saslimšanas, kuras dēļ pacients iekļuvis somatiskā stacionārā, stabilizācijas.

- Pacients izrakstoties saņem izrakstu ar rekomendācijām un tālākās terapijas ieteikumus
- Pacientam rekomendē griezties pie psihiatra, kurš nodrošina psihisko traucējumu ārtēšanu un izraksta medikamentus

### 3. Ģimenes ārsta etaps

#### 3.1.Rekomendācijas ģimenes ārstam par sedatīvo un miega līdzekļu izrakstīšanu pacientiem:

- Izvērtējiet šo medikamentu nepieciešamību katram konkrētam pacientam, vieglākos gadījumos (piem. adaptācijas traucējumi) parakstot nomierinošas tējas (baldriāna, vilkābels ziedu, mārsila) un mikstūras (Novo passit, Vilkābele), citus medikamentus (Adaptols, Noofens).
- Pirms sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanas jānoskaidro:
  - psihiskās saslimšanas;
  - ļaunprātīga medikamentu lietošana iepriekš,
  - alkohola vai narkotisko vielu lietošana un atkarības problēmas,
  - atkarības problēmas radiniekiem.
- Nenožīmējiet sedatīvos un miega līdzekļus pacientiem, kuriem nav diagnosticēta trauksme (pārmērīga, nepamatota, izraisa funkcionēšanas traucējumus ikdienā, pasliktinās darbības un sociālā funkcionēšana, trauksmes diagnostika notiek noskaidrojot trauksmes dabu: kad un kur tā parādās, pacienta domas un somatiskās reakcijas, izvairīšanās reakcijas, kā arī dzīvesveida ierobežojumi sakarā ar trauksmi.) vai miega traucējumi (nepietiekams miega daudzums un/vai tā kvalitāte, kas turpinās pietiekami ilgi un iekļauj grūtības iemigt, gulēt iemigušam vai agru pamošanos).
- Neskaidrību gadījumos (simptomi ilgāki par 1 mēnesi, pašnāvības domas, panikas lēkmes, fobijas, sociālās funkcionēšanas traucējumi) nosūtiet pie psihiatra.
- Nenožīmējiet šos medikamentus pacientiem ar aizdomām par paralēlu citu atkarības vielu lietošanu, neskaidrību gadījumos nosūtiet pie narkologa.
- Neizrakstīt šos medikamentus ilgākam laika periodam (dažas dienas, nedēļu, bet ne ilgāk par 4 nedēļām), veiciet regulāru kontroli (1 reizi nedēļā, vai 1 reizi divās nedēļās).
- Nozīmēt nelielas devas, ja nav vēlamā efekta, nomainiet uz citu medikamentu. Parasti ārstēšanu sāk ar T.Alprazolam 0,25-0,5 mg 1x dienā vai T.Diazepam 2,5-5 mg 1x dienā.
- Izejot no ģimenes ārsta, psihiatra, narkologa esošo resursu pieejamības, pārbaudīt vai pacients neapmeklē psihiatru vai paralēli arī citus ārstus.
- Nenožīmējiet medikamentus metadona un buprenorfina ilgtermiņa farmakoterapijas programmas pacientiem, jo to uzraudzību veic narkologs.
- Esiet uzmanīgi, ja pacients atkārtoti ziņo par medikamentu zaudēšanu vai zādzību.
- Nav nepieciešams steidzami izrakstīt medikamentus pēc to lietošanas pārtraukšanas, ja nenovēro medikamenta atcelšanas simptomus

## 3.2.Sedatīvo un miega līdzekļu intoksikācijas un abstinences sindroma klīnika

(skatīt 1.punktā)

3.3.Sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšana pacientiem pēc 65 gadu vecuma(skat. punktu 4.2.)

3.4.Kontrindikācijas sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanai(skat. punktu 4.5.)

3.5.Sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas blaknes (skat. punktu 4.6.)

**Svarīgi!**Pacientam, kuram medikamenta lietošanas pārtraukšana izraisa atcelšanas simptomus, ģimenes ārstu etapā to ārstēšana nav ieteicama, nosūtiet pacientu pie narkologa.

## 4. Psihiatra etaps

### 4.1.Apsvērumi sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanai

Pirms ārstēšanas ar benzodiazepīniem uzsākšanas:

- skaidri norāda pacientam ārstēšanas ilgumu. Benzodiazepīnu lietošana ilgāk par 6 nedēļām nav ieteicams.
- izrunā ar pacientu riskus un blaknes, tostarp tolerances un atkarības veidošanās risku.
- apspriež benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanu ar pakāpenisku devu mazināšanu vai pāreju uz alternatīvu ārstēšanu.
- pārrunā alternatīvus ārstēšanas veidus: ar pacientu, iespēju robežās arī ar ģimenes ārstu
  - Antidepresanti (piemēram, selektīvie serotonīna atpakaļsaistīšanās inhibitori (SSAI), serotonīna-noradrenālīna atpakaļsaistīšanās inhibitori (SNAI), tricikliskie antidepresanti (TAD))
  - Psihoterapija (piemēram, kognitīvās uzvedības terapija)
  - Serotonēģiskie līdzekļi trauksmes ārstēšanai (buspīrons)
  - Pretkrampju līdzekļi trauksmes ārstēšanai (gabapentīns)
  - Simptomātiski medikamenti abstinences simptomu profilaksei un ārstēšanai (skatīt 4.tabulu 4.3.punktā)
- jāvienojas, ka konkrētais psihiatrs būs vienīgais benzodiazepīnu izrakstītājs pacientam. Kontrole e- veselība)
- psihiatrs būs atbildīgs arī par zāļu izrakstīšanu un ārstēšanas procesa uzraudzību, droša izrakstīšanas laika ievērošanu, izslēdzot medikamentu iespējamu ļaunprātīgu izmantošanu.

### 4.2.Sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšana pacientiem pēc 65 gadu vecuma

- jāapsver šo medikamentu lietošana, uzsākot terapiju, jālieto puse no pieaugušo devas.
- jāņem vērā, ka vielmaiņas rādītāji līdz ar vecumu samazinās, kas var izraisīt medikamentu pārdozēšanas iespējamību
- biežāk novēro reti sastopamās blaknes kā apjukuma stāvokļus un ataksiju
- pastāv augsts zāļu mijiedarbības risks
- noturīgu kognitīvu traucējumu risks, lietojot lielas benzodiazepīnu devas (piemēram, 30 mg diazepamā) regulāri.

### 4.3. Galvenās indikācijas (īstermiņa (vienreizēji vai līdz 5-7 dienām) benzodiazepīnu (BD) un Z-vielu nozīmēšanai

Galvenās indikācijas (īstermiņa) benzodiazepīnu (BD) un Z-vielu nozīmēšanai			
Indikācijas	BD	Z-vielas	Lietošanas apsvērumi
Bezmiegs	Jā	Jā	<ul style="list-style-type: none"> <li>• abas grupas ir efektīvas īslaicīgai (1-2 nedēļas) bezmiega ārstēšanai, bet ne ilgtermiņa bezmiega ārstēšanai</li> <li>• ārstēšanas periods nedrīkst pārsniegt 2 nedēļas, jo pētījumi liecina, ka miega režīms atgriežas līdz līmenim, kāds bija pirms ārstēšanas, jau dažas nedēļas pēc medikamentu regulāras lietošanas.</li> </ul>
Trauksme	Jā	Nē	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nav pirmās izvēles terapija, bet tos var lietot kā papildlīdzekli, līdz nozīmētās pamatterapijas efekta sasniegšanai</li> <li>• ilgstošas lietošanas (pēc 4 – 6 nedēļām) rezultātā medikamentu efektivitāte mazinās, var attīstīties tolerance vai atkarība, iespējami abstinences simptomi, nevēlamas blaknes</li> <li>• rekomendē konsultācijas par medikamentu lietošanas pārtraukšanu</li> </ul>

### 4.4. Citas īstermiņa benzodiazepīnu nozīmēšanas indikācijas:

- alkohola abstinences sindroma ārstēšanai
- akūtas psihozes ar uzbudinājumu vai akūtu māniju neatliekamai ārstēšanai
- vienreizējas devas fobiju ārstēšanai, piemēram, bailes lidot
- krampju un dažū neiroloģisku traucējumu ārstēšanai
- sedācija pie dažām procedūrām

Svarīgi! Sedatīvos un miega līdzekļus nav ieteicams lietot ilgstoši (ilgāk par 4- 6 nedēļām), tikai īpašos gadījumos, piemēram, nedziedināmi slimi pacienti. Nav pierādījumu, kas pamatotu šo līdzekļu ilgtermiņa lietošanu bezmiega vai citu psihisku traucējumu ārstēšanai.

### 4.5. Kontrindikācijas sedatīvo un miega līdzekļu nozīmēšanai:

- aktīva vai anamnēzē psihoaktīvo vielu ļaunprātīga lietošana
- grūtniecība vai grūtniecības risks
- hronisku sāpju ārstēšana ar opioīdiem vai pacients sastāv ilgtermiņa farmakoterapijas programmās (metadons, buprenorfins)
- medicīniskas un psihiskas veselības problēmas, kuras var pasliktināt benzodiazepīnu lietošana, piemēram, fibromialģija, hronisks noguruma sindroms, depresija, bipolāri traucējumi, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms,
- kleptomānija un citi impulsu traucējumi
- kardiopulmonāli traucējumi, piemēram, astma, miega apnoja, hroniskas obstruktīvas plaušu slimības, sirds mazspēja.

## 4.6.Sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas blaknes:

- atkarības veidošanās: benzodiazepīniem ar īsu vai vidēju pusizvades periodu (piemēram, alprazolāms, lorazepāms) ir augstāks atkarības formēšanās risks dažu nedēļu vai mēnešu laikā, īpaši augstu devu vai ilgstošas lietošanas rezultātā,
- tolerance uz miega efektu, kas var attīstīties dažu dienu laikā pēc regulāras lietošanas.
- miegainība dienas laikā
- reibonis
- depresija un pastiprināta trauksme
- kognitīvo procesu palēnināšanās
- īpaši augsts pārdozēšanas risks, lietojot kopā ar citiem sedatīviem līdzekļiem, piemēram, opioīdiem vai alkoholu
- tolerance uz prettrauksmes efektu, kas var izveidoties pēc dažu mēnešu regulāras lietošanas.

## 4.7.Psihiatra uzdevumi, uzsākot vai kontrolējot ilgtermiņa sedatīvo vai miega līdzekļu terapiju, pacientiem ar psihiskiem traucējumiem

### 4.1. Apmeklējums/ konsultācija

- vispārējā veselības stāvokļa izvērtējums, lai izslēgtu benzodiazepīnu lietošanas riskus (piemēram, HOPS, sirds mazspēja, nieru vai aknu mazspēju, miega apnoju, grūtniecības risku)
- pacienta anamnēze un fiziska izmeklēšana
- depresijas skrīnings ar PHQ-9 (1.pielikums)
- alkohola lietošanas skrīnings AUDIT (2.pielikums)
- narkotisko vielu lietošanas pārbaude pēc vajadzības ar DAST (3 pielikums)

### 4.2. Problēmu saraksts.

### 4.3. Aprūpes plāns, ko sastāda psihiatrs, vienojoties ar pacientu

**Svarīgi!** Visiem pacientiem pēc apmeklējuma jāsaņem aprūpes plāns, kurā iekļauti visi ārstēšanas elementi.

Jānodrošina regulārs pacientu monitorings, kas atkarīgs no ārstēšanās plāna ievērošanas.

## 4.8.Sedatīvo un miega līdzekļu devu samazināšana un lietošanas pārtraukšana

Nodrošina psihiatrs, sadarbībā ar narkologu. Ģimenes ārstam pirms medikamentu devu mazināšanas, pacients būtu jānosūta pie psihiatra un/vai narkologa uz konsultāciju, iespējamo psihisko traucējumu atjaunošanās risku izvērtēšanai.

### Apsvērumi:

- Novērtē pacienta izejas stāvokli, kad medikamenti sākotnēji tika izrakstīti, ja nepieciešams, apspriež alternatīvās terapijas iespējas
- Novērtē pacientu gatavību / nepieciešamību samazināt benzodiazepīnu devas. Pacientu uzskata par piemērotu, ja:
  - ir gatavs un var to izdarīt ar atbilstošu sociālo atbalstu.
  - nav datu par komplicētu abstinences sindromu anamnēzē
- Jāizmanto kognitīvās uzvedības terapija, lai palīdzētu abstinences sindroma procesā kā arī ar “atsitiena” trauksmi.

- narkologa konsultācija nepieciešama:
  - anamnēzē ir alkohola vai narkotisko vielu lietošanas traucējumi
  - lieto lielas benzodiazepīnu devas;
  - vienlaikus lieto amfetamīnus vai opiātus/opioīdus;
  - sastāv Metadona vai Buprenorfīna ilgtermiņa farmakoterapijas programmā
  - anamnēzē benzodiazepīnu abstinences sindroms ar krampjiem.

#### 4.8.1. Ieteikumi pacientiem pēc 65 gadu vecuma

- Ja pacients lietojis ilgas vai vidējas darbības benzodiazepīnus, medikamentu devas mazina pakāpeniski kā 1. tabulā vai 2. tabulā.
- Ja pacients lietojis īsas darbības benzodiazepīnus vai tādas, kam nav viegli piemērot nelielu devu samazināšanu, pāriet uz lorazepāmu un pakāpeniski mazina devas kā 1. tabulā vai 2. tabulā
- Ja pacients lieto Z- vielas, jāizvēlas kāda no šīm opcijām:
  - pārtraukt Z- vielu lietošanu un sākt alternatīvu medikamentu (piemēram, melatonīns, trazodons, vai mirtazapīns) lietošanu
  - pakāpeniski mazina Z- vielu lietošanu, samazinot lietošanas dienu skaitu nedēļā (piemēram, ņem 6 naktis nedēļā x 2 nedēļas, tad 5 naktis nedēļā x 2 nedēļas utt.)
  - pārliet pacientu no Z- vielas uz lorazepāmu un pakāpeniski mazina devu kā 1. tabulā vai 2. tabulā.

#### 4.8.2. Pakāpeniska sedatīvo un miega līdzekļu devu mazināšana.

Visefektīvākā stratēģija, benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanai un nelabvēlīgu rezultātu novēršanai, kas saistās ar smagu abstinences simptomu attīstību, ir pakāpeniska medikamentu devu mazināšana.

*1. tabula.*

*Klīniskās indikācijas sedatīvo un miega līdzekļu devu mazināšanai*

<b>Indikācijas</b>	<b>Devu mazināšana</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentu lietošanas nelabvēlīgie riski ir lielāki nekā ieguvumi, vai</li> <li>• Blakusslimības palielina komplikāciju risku</li> </ul>	10% nedēļā
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkcija nav uzlabojusies, vai</li> <li>• Ilgstošas lietošanas rezultātā attīstījusies tolerance, vai</li> <li>• Blakusslimības palielina komplikāciju risku.</li> </ul>	10% katru 2-4 nedēļu

Apsveriet iespēju pārliet pacientus uz ilgas darbības benzodiazepīniem (skatīt punktu 4.8.4.)

- Devu mazināšanā ir jāvadās pēc individuāla plāna un atcelšanas simptomu smaguma.
- Pārtraukšana var ilgt no 3 mēnešiem līdz gadam vai ilgāk,
- Jāpārskata pacienta progress, lai atklātu un pārvaldītu problēmas agrīni un nodrošinātu ar padomu devu mazināšanas laikā un pēc tās.
- Ja ar pirmo mēģinājumu neizdodas devu mazināšana, jāpamudina pacientu mēģināt vēlreiz.
- Z- vielu lietošanas pārtraukšanai var izmantot tās pašas metodes

#### 4.8.3.Ātra sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas pārtraukšana.

2.tabula.

*Klīniskās indikācijas ātrai sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas pārtraukšanai*

<b>Indikācijas</b>	<b>Ātra pārtraukšanas metode</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Urīna skrīnings rada aizdomas par medikamentu un, iespējams, citu vielu ļaunprātīgu lietošanu</li><li>• Pacienta uzvedība liecina par iespējamu medikamentu ļaunprātīgu izmantošanu vai tirgošanu</li></ul> Šāda rīcība var ietvert: <ul style="list-style-type: none"><li>• medikamentu pārdošana</li><li>• medikamentu zagšana vai aizņemšanās</li><li>• bieži zaudēti medikamenti</li><li>• agresīvi pieprasa izrakstīt benzodiazepīnus</li><li>• benzodiazepīnu nepamatota izmantošana</li><li>• nesaskaņota devas palielināšana</li><li>• vienlaicīga nelegālo narkotiku lietošana</li><li>• benzodiazepīnu iegūšana no vairākiem izrakstītājiem</li><li>• atkārtotas neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumi</li></ul>	25% nedēļā  un/vai  nosūtīt pacientu vielu kaitējoši pārmērīgas lietošanas vai atkarības diagnostikai pie narkologa

#### 4.8.4.Pāreja uz ilgākas darbības sedatīviem un miega līdzekļiem.

- Diazepāms (pacientiem līdz 64 gadu vecumam)

Pāreja uz diazepāmu ir rekomendēta pacientiem, kuri lieto īsas vai vidēji ilgas darbības spēcīgu benzodiazepīnu (piemēram, alprazolāms un lorazepāms), jo tam ir ilgs pusizvades periods (20–80 stundas), un tādējādi mazākas tā līmeņa svārstības plazmā.

- Lorazepāms (pacientiem no 65 gadu vecuma)

Pāreja uz diazepāmu pacientiem, kas vecāki par 65 gadiem, nav ieteicama, jo tas var būt saistīts ar paaugstinātu delīrija rašanās risku. Gados vecākiem cilvēkiem lorazepāms, oksazepāms un temazepāms ir drošākās iespējas, jo tiem nav metabolītu, kas var uzkrāties.

#### Kā veikt pāreju.

- Vienas, pašreizējās benzodiazepīna devas aizvietošana ar diazepāmu vai lorazepāmu; parasti sāk ar vakara vai nakts devu, lai izvairītos no sedācijas dienas laikā.
- Nomaina citas devas (rīta, pusdienu) pa vienai, pēc dažām dienām vai nedēļas, līdz kopējā aptuvenā ekvivalentā deva (pacienta lietotā medikamenta d/n deva atbilstoši Diazepāma 5 mg ekvivalentam) ir sasniegta (3. tabula) pirms samazināšanas uzsākšanas.
- Pacientiem ar Diazepāmu, tā ilga pusizvades periods ļauj viņiem lietot vienu devu naktī vai ne vairāk kā vienu devu divas reizes dienā. (vienu vai divas reizes dn/n)
- Pacientiem ar Lorazepāmu ieteicams lietot vienu devu divas reizes dienā.

3.tabula  
Aptuvenā deva, ekvivalenta 5mg Diazepamam

Deva ekvivalenta 5mg Diazepamam	Zāļu nosaukums	Pusizvades laiks(h)
<b>Benzodiazepīni</b>		
Alprazolam 0.25–0.5 mg	Xanax	12–15
Chlordiazepoxide 15 mg	Elenium	5–30
Clonazepam 0.25–0.5 mg	Clonazepam	18–50
Diazepam 5 mg	Diazepex/Relium	20–80
Lorazepam 0.5–1 mg	Lorafen	10–20
Bromazepam 3-6 mg	Lexotamil	1,5–5,5
Triazolam 0.25 mg	Halcion	1,5–5,5
<b>Z-vielas</b>		
Zopiclonum 2 mg	Imovan/Somnol	6–9
Zolpidem 10 mg	Hypnogen/Stilnox	1,4–4,5

Svarīgi! Diazepamam sākuma deva nedrīkst pārsniegt 40 mg.

## 5.Narkologa etaps

Pacienti nosūtāmi pie narkologa:

- medikamenta devas pieaugums vairāk kā 2 reizes
- abstinences simptomi pārtraucot vielas lietošanu (skat. punktu 1.2.3.)

### 5.1.Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana

Nodrošina narkologs narkoloģijas nodaļā.

1.Sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas traucējumu izvērtēšana saskaņā ar SSK-10.

F13.1 Vielu kaitējoši pārmērīga lietošana

- Ir skaidri pierādījumi, ka vielas lietošana izraisījusi psihisku vai fizisku kaitējumu vai jūtami līdzietekmējusi tā rašanos.
- Kaitējums ir skaidri identificējams un definējams.
- Vielas lietošana ilgusi vismaz vienu mēnesi vai tas noticis atkārtoti 12 mēnešu laikā.
- Traucējums neatbilst nevienam citam ar tās pašas apreibinošās vielas lietošanu saistītam garīgās veselības traucējumu kritērijam

F13.2 Atkarības sindroms



- Spēcīga tieksme
- Grūtības kontrolēt vielas lietošanu
- Abstinences stāvoklis
- Tolerance
- Lietošana - svarīga dzīves sastāvdaļa
- Vielas lietošana turpinās neskatoties uz tās izraisītajiem neapstrīdamiem kaitējumiem

### F13.3 Abstinences sindroms

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

#### 2. Pacienta vispārējā veselības un psihiskā stāvokļa kompleksa izvērtēšana

- Pilna medikamenta lietošanas vēsture (iegūstama no pacienta, radniekiem, sociālā darbinieka)
- Riski, kas saistīti ar medikamenta lietošanas traucējumiem
- Abstinences sindroma ārstēšanas riski, arī iepriekšējās epizodes
- Psihisko traucējumu slimības vēsture
- Fizikālā izmeklēšana
- Psihiskā stāvokļa izmeklēšana
- Atbilstoši laboratoriskie izmeklējumi (pilna asins aina, aknu, nieru funkcionālā stāvokļa izvērtēšana, ķīmiski toksikoloģiskās analīzes, CDT)

Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroms var formēties jau pēc 1 mēneša regulāras lietošanas.

Abstinences sindroma simptomi attīstās 2-5 dienā pēc lietošanas pārtraukšanas ar maksimālo izpausmi 7-10 dienā un mazinās 2-3 nedēļu laikā. Simptomu sākums un ilgums atkarīgs no lietotā medikamenta pusizvades perioda.

**Svarīgi!** Lielai daļai pacientu pārtraucot medikamenta lietošanu atjaunojas trauksme un bezmiegs bez tālāku abstinences simptomu attīstības, kas ir subjektīvs rādītājs. Nepieciešama vēl citu atcelšanas simptomu atklāšana, lai diagnosticētu abstinences sindromu.

4.tabula

Abstinences sindroma simptomi

Bieži	Vid.bieži	Reti
Trauksme	Nakts, murgi, agarofobija	Murgi
Bezmiegs	Nerealitātes sajūta	Paranoja
Sagurums	Depersonalizācija	Halucinācijas
Ažitācija	Panikas lēkmes	Epilēkmes
Aizkaitināmība	Slikta dūša	Persistējošs tinnīts
Koncentrēšanās grūt	Samazināta apetīte	Apjukums
Atmiņas traucējumi	Svara zudums	
Depresija	Svišana	
Muskuļu saspringums, trīce	Letarģija	
	Hipersensitivitāte, sāpes un artralģijas, galvassāpes	
	Sirdsklauves	
	Trīce	
	Neskaidra redze	
	Ataksija	
	Dispeptiskas sūdzības	
	Menstruālā cikla izmaiņas	

## 5.2.Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana ambulatorā etapā (skat. punktu 5.1.)

Rekomendē:

- Pacientam ar zemām medikamentu devām, ja nav iepriekšējas neveiksmīgas ārstēšanās epizodes
- Pacientam ar zemām devām, ja iepriekš pacients stabilizēts no augstām medikamenta devām
- Ambulatoro ārstēšanu jānodrošina narkologam, konsultējoties ar pacienta ārstējošo psihiatru, īpaši pacientiem ar paralēliem citu psihoaktīvo vielu lietošanas traucējumiem.

Abstinences sindroma vadīšana ambulatorā etapā.

- Nodrošināt labas terapeitiskās attiecības ar pacientu
- Motivējoša un atbalstoša pieeja
- Pacienta līdzestība terapijai
- Devas stabilizācija ar ilgas darbības medikamentu
- Pakāpeniska devas mazināšana
- Nodrošina katram pacientam individuālu devas mazināšanas plānu
- Sadarbība ar psihiatru, ja attīstās psihiski traucējumi, kas nav saistāmi ar abstinences simptomiem

Ja pacients stabilizējas ar diazepāma devu no 40-80 mg dienā, deva jāmazina par 5 mg nedēļā līdz 40 mg, tad pa 2,5 mg nedēļā. Šādā līmenī no sākumdevas 80 mg paies 6 mēneši.

Maksimālais ātrums ir mazināt medikamentu devu par 10 mg ar nedēļas intervālu līdz 40 mg, tad pa 5 mg ar nedēļas intervālu. Tas aizņems 12 nedēļas.

## 5.3.Sedatīvo un miega līdzekļu abstinences sindroma ārstēšana stacionārā

Rekomendē:

- Pacientiem ar smagiem psihiskiem traucējumiem, paralēlu alkohola atkarību, krampju lēkmēm anamnēzē
- Pacientiem, kas uzrāda augstas medikamentu devas
- Iepriekšēja neveiksmīga ambulatora terapija (sociālas problēmas, citu vielu lietošana, nespēja mazināt devas)
- Pacients atsakās no ambulatoras terapijas, baidoties, no izteiktiem miega traucējumiem un nespēju paškontrolēt medikamentu lietošanu.

Ļauj pacientam stabilizēties uz diazepāma devas 4-7 dienas.

### 5.3.1.Mazu benzodiazepīna devu samazināšanas shēma

5.tabula  
Pacients lieto mazāk par 40 mg d/n diazepāma ekvivalenta

	Lietošanas laiks			Kopējā dienas deva
	8.00	12.00	20.00	
Sākuma deva	5 mg	5 mg	5 mg	15 mg
1. samazinājums	5 mg	2,5 mg	5 mg	12,5 mg
2. samazinājums	5 mg	-	5 mg	10 mg
3. samazinājums	2,5 mg	-	5 mg	7,5 mg
4. samazinājums	-	-	5 mg	5 mg
5. samazinājums	-	-	2,5 mg	2,5 mg

### 5.3.2. Augstu benzodiazepīna devu samazināšanas shēma

6.tabula

Pacients lieto vairāk par 50 mg d/n diazepāma ekvivalenta

	Lietošanas laiks				Kopējā dienas deva
	8.00	12.00	17.00	21.00	
Sākuma deva	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg	40 mg
1. samazinājums	10 mg	5 mg	5 mg	10 mg	30 mg
2. samazinājums	5 mg	-	5 mg	10 mg	20 mg
3. samazinājums	-	-	-	10 mg	10 mg
4. samazinājums	-	-	-	5 mg	5 mg

Laika posms starp katru devas samazināšanu jābalsta uz abstinences simptomu smagumu.

Nav ieteicams palielināt devu, ja abstinences simptomi pastiprinās, bet jāpievieno simptomātiska ārstēšana. (7.tabula).

**Svarīgi!** Indikācijas abstinences sindroma ārstēšanai psihiatriskā stacionārā ir smagi psihiski simptomi anamnēzē vai tiek pieļauta to attīstība abstinences sindroma ārstēšanas laikā, kas prasa specifisku psihiatrisku palīdzību.

### 5.4. Abstinences simptomu profilakse un ārstēšana devu mazināšanas etapā.

7.tabula. Medikamenti, kurus ordinē abstinences simptomu profilaksei vai ārstēšanai benzodiazepīnu vai Z –vielu devu mazināšanas etapā		
Simptomi	Medikamenti	Devas
Krampju profilakse	<i>Carbamazepine</i> <sup>1</sup>	Sājumdeva 200 mg 2 x dienā, nedēļas laikā paaugstina devu līdz 400 mg 2x dienā. Turpina 2–4 nedēļas pēc benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanas, tad mazina antikonvulsanta devu.
	<i>Natrii valproas</i> <sup>1,2</sup>	Sājumdeva 500 mg 2 x dienā, nedēļas laikā paaugstina devu līdz 2000 mg dienā. Turpina 2–4 nedēļas pēc benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanas, tad mazina antikonvulsanta devu
Thikardija, hipertensija, tremors, svīšana, trauksme, nemiers	<i>Propranolol</i>	10 mg 3 x dienā, pēc vajadzības līdz 3 dienām
Hipertensija, tremors, svīšana, trauksme, nemiers	<i>Clonidine</i>	0,15 mg 3 x dienā, pēc vajadzības līdz 3 dienām

Trauksme, nemiers	<i>Suprastin</i> <sup>3</sup>	25 mg ik pēc 6 stundām, ja nepieciešams
Bezmiegs <sup>4</sup>	<i>Suprastin</i> <sup>3</sup>	25-50 mg pirms gulētiešanas, ja nepieciešams
Slikta dūša	<i>Metoclopramide</i>	10 mg ik pēc 6 stundām
Sāpes, drudzis	<i>Acetaminophen</i>  <i>Ibuprofen</i>	500 mg ik pēc 4 stundām ja nepieciešams, nepārsniedzot 3000 mg diennaktī 400 mg ik pēc 6 stundām, ja nepieciešams
<p><sup>1</sup> Pacientiem ar aknu darbības traucējumiem rekomendē topiramatu vai gabapentīnu. Pārbaudiet aknu enzīmus pirms terapijas uzsākšanas.</p> <p><sup>2</sup> Pārbaudiet aknu enzīmus pirms terapijas uzsākšanas un kontrolējiet pēc 3 mēnešiem ārstēšanās laikā.</p> <p><sup>3</sup> Augsta riska medikaments gados vecākiem pacientiem, rekomendē nozīmēt ½ devu.</p> <p><sup>4</sup> Pacientiem ar hronisku bezmiegu un smagu trauksmi medikamentu devu mazināšanas laikā palīdz kognitīvā uzvedības terapija, kas vērsta uz šiem simptomiem.</p>		

## 6. Psihosociāla intervence

Tikai abstinences sindroma ārstēšana, visticamāk, neradīs ilgstošu atturēšanos no benzodiazepīniem. Pēc benzodiazepīnu lietošanas pārtraukšanas var atjaunoties trauksme un bezmiegs, tādēļ jāuzsāk šo simptomu ārstēšana ar alternatīviem medikamentiem un jānodrošina tālākas psihiatra un narkologa konsultācijas un psiholoģiska aprūpe.

Pacientam jāsaņem psihosociālā ārstēšana:

- Īsa intervence - individuālās vai grupu ārstēšanas sesijas, ko nodrošina psihologs
- Daudzas no psihosociālās iejaukšanās ārstēšanas sesijām ietver pacientu runāšanu par viņu problēmām.
- Paplašinātās intervences
- Ģimenes iesaistīšana psihosociālās intervencēs, ja pacients tam piekrīt.
- Sociālā darbinieka konsultatīva palīdzība darba vietas, dzīves vietas nodrošināšanai un citu sociālo problēmu risināšanai.

### Psihoterapija.

KBT pielietota devas mazināšanas laikā, uzrāda efektivitāti īstermiņā (trīs mēnešu laikā), lai samazinātu sedatīvo un miega līdzekļu lietošanu. Tomēr efekts nesaglabājas ilgtermiņā, kas norāda uz KBT nepieciešamību ilgtermiņā. Nav pietiekami daudz pierādījumu, kas pamatotu motivējošas intervences pielietošanas efektivitāti, sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas ierobežošanai.

### Tālākā aprūpe

1. Pacienta un viņa radnieku izglītošana, sniedzot informāciju par medikamentu pierašanos un atkarības veidošanos, tās norisi un ārstēšanu.
2. Pacientu un viņa radnieku izglītošana par iespējām ārstēties ar alternatīviem medikamentiem un psihoterapiju.
2. Turpināt ārstēties un novēroties pie psihiatra.
3. Narkologa konsultācijas ar ķīmiski toksikoloģisko analīžu kontroli.

## Atsauces

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>
2. Slimības kontroles un profilakses centrs, datu bāzes.SSK-10,1.sējums, 5.izdevums, 2016.  
<http://www.spkc.gov.lv/ssk10/>
3. Slimības kontroles un profilakses centrs, „Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū”, Analītisks pārskats, 2016.  
[https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petiju mi/Diana/atkaribu\\_izraisosu\\_vielu\\_lietosana.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petiju mi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf)
4. Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW, Mental Health and Drug & Alcohol Office, NSW Department of Health, 2008, rewiev data 2018  
[http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008\\_011.pdf](http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008_011.pdf)
5. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence, Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 11 May 2015  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009652.pub2/full>
6. Benzodiazepine and Z-Drug Safety Guideline, Kaiser permanente 2014  
<https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>
7. Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings, WHO, 2009  
[http://www.wpro.who.int/publications/docs/ClinicalGuidelines\\_forweb.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/ClinicalGuidelines_forweb.pdf)

# Pielikumi

## 1.Pielikums

### Pacienta veselības aptauja – depresijas tests, Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Pacienta vārds: \_\_\_\_\_ Datums: \_\_\_\_\_

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs esat izjutis:	Nemaz (0)	Dažas dienas (1)	Vairāk nekā pusi laika (2)	Gandrīz visu laiku (3)
1. Pazeminātu interesi vai prieku par to, ko darāt ikdienā				
2. Nospiestību, nomāktību, bezcerību				
3. Grūtības iemigt, gulēt naktī bez pamošanās vai pārlietu lielu miegainību				
4. Pastiprinātu nogurumu vai enerģijas trūkumu				
5. Sliktu vai pārlietu lielu apetīti				
6. Pazeminātu pašapziņu, sajūtu, ka esat neveiksminieks(-ce), ka esat pievīlis(-usi) sevi vai savu ģimeni				
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasot avīzi vai skatoties televīziju				
8. Gausumu kustībās un runā, ko pamanījuši arī apkārtējie. Vai arī pārlietu nemieru, kustīgumu				
9. Domas, ka būtu labāk, ja būtu miris(-usi), vai domas par nodarīšanu sev pāri jebkādā veidā				
10. Ja esat atzīmējis kādu no problēmām šajā tabulā, cik apgrūtināša tā ir bijusi, strādājot, rūpējoties par mājas pienākumiem, komunicējot ar citiem cilvēkiem? Nav bijis apgrūtināši (1) Nedaudz apgrūtināši (2) Samērā apgrūtināši (3) Ļoti apgrūtināši (4)				

#### Skalas vērtības:

1– 4 punkti – subklīniska depresija;

5–9 punkti – viegla depresija;

10–14 punkti – vidēji izteikta depresija;

15–19 punkti – vidēji smaga depresija;

20–27 punkti – smagi izteikta depresija.

## 2.Pielikums “Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT)”

1. Cik bieži jūs dzerat alkoholu saturošus dzērienus? (0) nekad (pārejiet pie 9.- 10.jautājuma)
  - (1) reizi mēnesī vai retāk
  - (2) 2 līdz 4 reizes mēnesī
  - (3) (3) 2 līdz 3 reizes nedēļā
  - (4) (4) vai vairāk reizes nedēļā
2. Cik alkoholu saturošu dzērienu devas\* Jūs izdzerat ierastā alkohola lietošanas reizē?
  - (0) 1 vai 2
  - (1) 3 vai 4
  - (2) 5 vai 6
  - (3) 7, 8 vai 9
  - (4) 10 vai vairāk
3. Cik bieži Jūs dzerat 5 vai vairāk alkohola devas vienā reizē?
  - (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu.
4. Cik bieži pēdējā gada laikā, Jūs konstatējāt, ka, sākot lietot alkoholu, Jūs neesat spējis laikā apstāties?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
5. Cik bieži pēdējā gada laikā iedzeršanas dēļ Jūs nespējāt izpildīt savus ikdienas pienākumus?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
6. Cik bieži pēdējā gada laikā no rīta, pēc lielas iedzeršanas iepriekšējā dienā, Jums bija nepieciešams lietot alkoholu, lai uzlabotu pašsajūtu?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
7. Cik bieži pēdējā gada laikā pēc iedzeršanas Jums ir bijusi vainas sajūta vai kauns?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī
  - (2) reizi mēnesī
  - (3) reizi nedēļā
  - (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu
8. Cik bieži pēdējā gada laikā pēc iedzeršanas Jūs nevarējāt atcerēties iepriekšējās dienas notikumus?
  - (0) nekad
  - (1) retāk kā reizi mēnesī

(2) reizi mēnesī

(3) reizi nedēļā

(4) katru dienu vai gandrīz katru dienu

9. Vai Jūs vai kāds cits ir cietis vai guvis traumu vai ievainojumus Jūsu iedzeršanas dēļ?

(0) nē

(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā

(4) jā, pēdējā gada laikā

10. Vai kāds no tuviniekiem, draugiem vai mediķiem ir izrādījis bažas par Jūsu dzeršanu un ieteicis Jums to samazināt vai atmest?

(0) nē

(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā

(4) jā, pēdējā gada laikā

\* Alkohola devas:

1 glāzīte (40 ml g) degvīns (38%) = 1 deva

1 glāzīte (40 ml g) degvīns (40%) = 1,1 deva

1 glāzīte (40 ml g) konjaks (40%) = 1,1 deva

1 glāzīte (40 ml g) Rīgas melnais balzams (45%) = 1,2 devas

1 glāzīte (50 ml) liķieris (30%) = 1 deva

1 glāzīte (50 ml) liķieris (17%) = 0,6 devas

1 glāzīte (50 ml) liķieris (35%) = 1,2 devas

1 glāze (150 ml) vīns (12,5%) = 1,2 devas 1 glāze (150 ml) sarkanvīns (14%) = 1,4 devas

1 glāze (150 ml) stiprināts vīns (14%) = 1,4 devas

1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – Rīgas šampanietis (11%) = 1,1 devas

1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – Asti, Bosca (7%) = 0,7 devas

1 kauss (330 ml) alus (4,5%) = 1,0 deva

1 kauss (330 ml) alus (5%) = 1,1 deva

1 kauss (330 ml) alus (6%) = 1,3 deva

1 kauss (330 ml) alus (7%) = 1,5 deva

Alus 500 ml (4,5%) = 1,5 devas

Alus 500 ml (5%) = 1,6 devas

Alus 500 ml (6%) = 2,0 devas

Alus 500 ml (7%) = 2,3 devas

Sidrs 500 ml (5%) = 1,6 devas

Gatavie kokteiļi 275 ml (14,5%) = 2,6 devas

1 pudele (500 ml) degvīna (38%) = 12,5 devas

1 pudele (500 ml) degvīna (40%) = 13,2 devas



1 deva = 12 g absolūtā (100%) alkohola.

AUDIT vērtējuma interpretācija:

- ja punktu skaits ir starp 8 un 15, vispiemērotākais ir pacientam dot vienkāršu padomu ar nolūku samazināt riskantu alkohola lietošanu,
- ja punktu skaits ir starp 16 un 19, pacientam ir jāsniedz īsa konsultatīva palīdzība un jāveic ilgstošs pacienta monitorings,
- ja AUDIT punktu skaits ir 20 un vairāk, tas skaidri liecina, ka pacients jānozīmē pie speciālista alkohola atkarības diagnozes noteikšanai.

2016

### 3.Pielikums „Narkotiku skrīninga aptauja (DAST)”

Kuras narkotiskās vielas esat lietojis pēdējo **12 mēnešu** laikā (apvilkt visu atbilstošo)?

- Kanabiss (marihuāna, hašišs, zāle)
- Ekstazī
- Amfetamīns, metamfetamīni
- Kokaīns (t.sk. kreks)
- Heroīns
- Opioīdi (magoņu salmi, hanka, heroīns, tramadols, kodeīns, u.c.)
- Miega zāles, nomierinoši līdzekļi (klonazepāms, diazepāms, u.c.)
- Inhalanti (līme, krāsu šķīdinātājs, u.c.)
- Halucinogēni (LSD, sēnes u.c.)
- citas (ierakstīt, kādas): \_\_\_\_\_

Cik bieži šīs vielas lietojāt (apvilkt vienu atbildi):

- katru mēnesi vai retāk
- katru nedēļu
- katru dienu vai gandrīz katru dienu

	Jautājums	Jā (1)	Nē (0)
1.	Vai Jūs esat lietojis narkotiskas / atkarību izraisošas / psihoaktīvas vielas, neskaitot medikamentus, kas bijuši nepieciešami medicīniskiem nolūkiem?		
2.	Vai esat lietojis vairāk kā vienu narkotisko vielu vienā reizē / vienlaicīgi?		
3.	Vai Jūs <u>n</u> espējat pārtraukt vielu lietošanu tad, kad to vēlaties?		
4.	Vai Jums kādreiz ir bijuši pagātnes / psihotisko simptomu uzplaisnījumi ( <i>flashbacks</i> ) vai atmiņas zudumi ( <i>blackouts</i> ) narkotiku lietošanas rezultātā?		
5.	Vai esat kādreiz juties slikti vai vainīgs tādēļ, ka lietojat narkotiskās vielas?		
6.	Vai Jūsu dzīvesbiedrs (vai vecāki) ir kādreiz sūdzējušies par Jūsu narkotiku lietošanas paradumiem?		
7.	Vai esat bijis neuzmanīgs pret savu ģimeni, pametis ģimeni novārtā narkotiku lietošanas dēļ?		
8.	Vai esat iesaistījies nelegālās aktivitātēs (zagšana, laupīšana u.c.), lai iegūtu narkotikas?		
9.	Vai Jūs esat kādreiz izjutis atņemšanas / abstinences simptomus (jutāties slikti, “lomkas”) pēc tam, kad pārtraucāt lietot narkotikas?		
10.	Vai Jums ir bijušas veselības problēmas narkotiku lietošanas dēļ (atmiņas traucējumi, vīrushepatīts B vai C, HIV, asiņošana, krampji u.c.)?		

Vai esat kādreiz injicējis narkotikas?

- Nekad
- Jā, pēdējo 3 mēnešu laikā
- Jā, vairāk kā 3 mēnešus atpakaļ

Vai esat kādreiz ārstējies no narkotiku atkarības?

- Nekad
- Pašreiz
- Kādreiz pagātnē