

Vaikų ir paauglių, vartojančių psichoaktyvias medžiagas, gydymo ir skausmo malšinimo opioidais metodika

I. Bendroji dalis

1. Įvadas. Opioidai šiuo metu yra vieni iš labiausiai kontraversišku medikamentų grupių dėl jiems būdingų savybių. Tai vieni efektyviausių ir ilgiausiai naudojamų skausmą malšinančių vaistų, leidžiančių pasiekti vieną iš pagrindinių medicinos tikslų – sumažinti skausmą ir jo keliamą žmogišką kančią. Greta to, opioidai gali sukelti rimtas sveikatos ir socialines problemas dėl jiems būdingos piktnaudžiavimo ir priklausomybės išsivystymo rizikos. Naujos kartos sintetiniai opioidai yra skiriami tai pačiai opioidinei priklausomybei gydyti. Šios prieštaringos opioidų savybės juos skiriantiems gydytojams kelia sudėtingą medicininę ir moralinę problemą. Kiekvienu atveju reikia individualiai įvertinti galimos naudos-rizikos santykį, nes netinkamai skiriant opioidus galima sukelti ar palaikyti priklausomybę jiems, o neskiriant jų pacientui, kuriam reikalinga efektyvi analgezija ar abstinencijos prevencija, sukeliama ir palaikoma kentėjimas dėl stipraus skausmo. Ši dilema lengviausiai sprendžiama tais atvejais, kai efektyvus skausmo slopinimas yra akivaizdžiai svarbesnis už priklausomybės riziką dėl medicininių ar moralinių motyvų. Pavyzdžiui onkologiniais susirgimais, ypač terminalinėse stadijose sergantys pacientai, ar pacientai, patiriantys ūmų skausmą po sunkios traumos ar nudegimo. Dilema tampa sudėtingesnė, kai tenka spręsti dėl opioidų skyrimo vaikams ar paaugliams, sergantiems ne terminaline liga ar piktnaudžiaujantiems narkotikais. Viena iš problematiškiausių pacientų grupių šiuo atžvilgiu yra vaikai ir paaugliai piktnaudžiaujantys psichoaktyviomis medžiagomis. Viena vertus, tyrimai rodo kad bendrai vaikams rečiau nei suaugusiems paskiriama efektyvi analgezija tose pačiose klinikinėse situacijose. Tam įtakos gali turėti gydytojo baimė pakenkti, tačiau ir tai, kad vaikai mažiau sugeba žodžiais išreikšti savo patiriamą skausmą ir pakankamai atkakliai išsireikalauti jo slopinimo. Kita vertus, tais atvejais, kai gydytojai žino arba įtaria, kad pacientas gali piktnaudžiauti narkotikais, jie mažiau pasitiki jo išsakomais nusiskundimais skausmu, stengiasi nebūti jo apgauti ir nepalaikyti tokio žalingo elgesio. Gali kilti ir nesąmoningas noras „nubausti“ pacientą už netinkamą elgesį (narkotikų vartojimą), leidžiant pajauti jo pasekmes ir patirti abstinencijos simptomus ar stipresnį skausmą. Tokiais atvejais iškyla pavojus, kad pacientui nebus suteikta adekvati analgezija realiam stipriam skausmui. Tuo būdu gali būti pažeidžiama paciento teisė gauti adekvatų gydymą ir skausmo keliamo kentėjimo sumažinimą, kurią numato įstatymai ir pripažįsta ne tik gydytojų etika bet ir religinė moralė. Mažai tikėtina, kad nepaskyrus pakankamos opioidinių analgetikų dozės stipriam ūmiam skausmui malšinti, gydytojui pavyktų paskatinti nepilnametį atsisakyti narkotikų vartojimo. Labiau tikėtina tokiu būdu sustiprinti jo nepasitikėjimą visais medikais sveikatos priežiūros darbuotojais. Tuo tarpu efektyvus ir humaniškas skausmo gydymas, pagalba įveikti abstinencijos siaubą, skatina gerą kontaktą tarp paciento ir gydytojo, atviras ir nesmerkiantis pokalbis apie psichoaktyvių medžiagų vartojimą gali padėti išsiaiškinti beprasidedančios narkomanijos atvejį ir paskatinti jaunuolį kreiptis pagalbos į specialistus priklausomybei gydyti.

2. Metodikos tikslas. Metodika skirta suteikti šiuo metu klinikiniais tyrimais ir patirtimi pagrįstas žinias, reikalingas sprendžiant klausimus, susijusius su opioidinių vaistų skyrimu gydyti ir malšinti skausmą vaikams ir paaugliams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas. Tai pacientų grupė, kuriems kartu pasireiškia keletas sveikatos problemų – psichoaktyvių medžiagų vartojimas bei priklausomybė opioidams arba somatinis susirgimas ar trauma, sukeltas labai stiprų skausmą.

3. Metodikoje naudojamos sąvokos:

3.1. Psichoaktyvios medžiagos – medžiagos, sukeliančios psichikos ir elgesio sutrikimus, kurie klasifikuojami pagal 10-osios redakcijos Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją (TLK-10).

3.2. Psichoaktyvių medžiagų vartojimas – elgesys, susijęs su psichiką veikiančių medžiagų vartojimu, galintis skatinti įvairių psichikos ir elgesio sutrikimų išsivystymą. Tai platus spektras sutrikimų, kurie skiriasi savo sunkumu (nuo nekomplikuotos intoksikacijos iki priklausomybės). Kiekvieno jų reikšmė sprendimui skirti gydymą opioidiniais vaistais turėtų būti skirtinga. Bijoma skirti opioidų, kad nesukelti priklausomybės jiems, tačiau priklausomybė kaip liga dažnai sutapatinama su atskirais jos simptomais – tolerancijos atsiradimu vaistui ar fizine priklausomybe. Tuo tarp priklausomybės kaip ligos išsivystymui būdingas visas kompleksas simptomų. O toks reiškinys kaip tolerancijos atsiradimas yra ne tik opioidiniams vaistams (t.p. benzodiazepinams, antibiotikams) būdingas fenomenas. Vien fizinės priklausomybės taip pat nepakanka diagnozuoti priklausomybę nuo opioidų kaip psichikos sutrikimą, nes būtini ir kiti kriterijai, pvz. kompulsyvus troškimas vartoti medžiagą, visiškas nesidomėjimas alternatyviais pomėgiais ir interesais.

3.3. Priklausomybės sindromas – fiziologinių ir kognityvinių reiškinų kompleksas, kuriame psichoaktyvios medžiagos arba medžiagų klasės vartojimas individui yra daug svarbesnis nei kitas elgesys, anksčiau labiau vertinamas. Svarbiausias priklausomybės sindromo požymis yra troškimas (dažnai stiprus, kartais nenugalimas) vartoti psichoaktyvias medžiagas (gali būti skiriamas medicininiams tikslams, arba ne), alkoholį arba tabaką. Gali būti duomenų, rodančių, kad po susilaikymo laikotarpio pradėjus vartoti medžiagą greičiau atsiranda kiti šio sindromo požymiai, nei asmenims be priklausomybės sindromo. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10 leidime (TLK-10) nurodomi diagnostiniai kriterijai priklausomybės sindromui pateikti 5 priede (Lietuvos psichiatrų asociacija, Pasaulio sveikatos organizacija, 1992).

3.4. Psichologinė priklausomybė – kompulsyvus medžiagos paieškos elgesys, kai asmuo nuolat vartoja vaistą dėl asmeninio pasitenkinimo net žinodamas apie grėsmę sveikatai.

3.5. Fiziologinė (fizinė) priklausomybė – kai nutraukus vartoti medžiagą atsiranda požymių ar simptomų, dažnai priešingų tiems, kurių vartotojui reikia (nutraukimo ar abstinencijos sindromas).

3.6. Tolerancija arba pripratimas – sumažėjęs organizmo atsakas į vaisto poveikį, kai tam pačiam poveikiui sukelti reikia didesnių dozių. Dažnai siejamas su fiziologine priklausomybe, nors nėra pakankamas jos įrodymas. Išsivysto dėl kompensacinių atsakų, silpninančių vaisto farmakodinaminį veikimą.

3.7. Piktnaudžiavimas vaistais – vaisto vartojimas nemedicininiais tikslais (pvz.: sąmonei paveikti, geriant diazepamą 50 mg parai kasdienės metadono dozės poveikiui sustiprinti).

3.8. Neteisingas vaisto vartojimas – vaisto vartojimas ne pagal paskirtį, neteisinga doze ar per ilgai (pvz.: geriant didelę diazepamą 50 mg paros dozę tik dėl nerimą mažinančio poveikio).

3.9. Abstinencijos būklė – tai grupė įvairiai besiderinančių ir įvairaus sunkumo simptomų, atsirandančių visiškai arba santykinai susilaikant nuo medžiagos po pakartotinio (paprastai ilgalaikio) ir / arba didelių dozių vartojimo.

3.10. Pakaitinis gydymas – asmenų, sergančių priklausomybe nuo opioidų, gydymas (abstinencijos gydymas ir pakaitinis palaikomasis gydymas) pakaitiniais opioidiniais vaistinėmis preparatais.

3.11. Pakaitinis palaikomasis gydymas – asmenų, sergančių priklausomybe nuo opioidų, tęstinis gydymas, skiriant santykinai stabilias opioidinių vaistinių preparatų dozes, siekiant maksimaliai normalizuoti paciento somatinę ir psichikos būseną, skatinti pozityvius elgesio ir socialinės adaptacijos pokyčius.

3.12. Pakaitiniai opioidiniai vaistiniai preparatai – tai vaistiniai preparatai, kurių sudėtyje yra sintetinės kilmės vaistinių medžiagų, priklausančių opioidų grupei, įregistruoti Lietuvos

Respublikos vaistinių preparatų registre arba Bendrijos vaistinių preparatų registre ir pagal indikacijas skiriami sergantiesiems priklausomybe nuo opioidų gydyti.

3.13. Skausmas yra subjektyvus jutiminis ir emocinis potyris, kylantis dėl esamo ar galimo audinio pažeidimo, arba nusakomas kaip tokio pažeidimo skausmas (Tarptautinė skausmo studijų asociacija, 1979).

3.14. Vaikas, paauglys, nepilnametis – žmogus, neturintis 18 metų, išskyrus tuos atvejus, kai Lietuvos Respublikos įstatymai numato kitaip.

4. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas vaikų ir paauglių tarpe. Narkotikų vartojimo paplitimo tyrimai rodo, kad narkomanija jaunų žmonių tarpe išlieka augančia problema Lietuvoje. Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 metiniame pranešime pateikti duomenys rodo, kad 2007 m. ligotumas narkomanija šalyje buvo – 168,8 atv./ 100 tūkst. gyv., tai 3,7 procento daugiau nei 2006 (162,7 atv./ 100 tūkst. gyv.) metais ir du kartus daugiau nei 1999 metais (83,3 atv./ 100 tūkst. gyv.). Vyrauja psichikos ir elgesio sutrikimai dėl opioidų vartojimo – 80,8 procentų visų priklausomybių. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose didžiausia dalis asmenų, sergančių narkomanija, 2007 metais buvo įregistruota 20-29 metų amžiaus grupėje – 2810 asmenų (2263 vyrai ir 547 moterys), jie sudaro 49,2 proc. visų registruotų sergančių asmenų. Dauguma jų narkotines medžiagas nurodo pradėję vartoti 18 metų amžiuje ar anksčiau. Statistiniai duomenys apie nepilnamečių piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis prieštaringi. 2007 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, neteisėtai vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, registruota 11 vaikų, kas yra mažiau nei ankstesniais metais (2006 m. -19, 2005 m. – 44, 2004 m. – 54, 2003 m. – 62, 2002 m. – 77 vaikai). Kita vertus, 2007 m. reikšmingai daugiau nepilnamečių pateko į šalies gydymo įstaigas dėl apsinuodijimų narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis (2007 m. – 57 kartus, 2006 m. – 42 kartus). Tai sudaro 20,14 proc. visų Lietuvos gydymo įstaigose registruotų apsinuodijimų narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis atvejų 2007 metais. 20 atvejų (35 proc.) taikytos reanimacijos paslaugos. 2007 m. ESPAD tyrimo Lietuvoje rezultatai rodo, kad mokyklose neteisėto narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo lygis per paskutinius keturis metus išliko panašus: 2007 metais kanapes (marihuaną) bent kartą gyvenime nurodė bandę 18,4 proc. 15-16 metų Lietuvos moksleivių, (2003 m. – 13,6 proc.), heroiną – 1,3 proc. (2003 m. – 1,4 proc.), amfetaminus – 3,1 proc. (2003 m. – 5 proc.), ekstazi – 3,6 proc. (2003 m. – 2 proc.) (Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Metinis pranešimas 2008).

II. Diagnostikos kriterijai

5. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo įvertinimas reikalingas prieš paskiriant gydymą opioidais, kad:

- teisingai pasirinkti vaistą (daliniai opioidinių receptorių agonistai ir agonistai-antagonistai netinkami esant intoksikacijai opioidiniais narkotikais);
- vaisto dozę (esant aktyviam opioidinių narkotikų vartojimui pasireikš tolerancija ir reikės didesnių dozių);
- įvertinti galimų pašalinių reakcijų riziką (intoksikacija alkoholiu, benzodiazepiniais padidina sąmonės ir kvėpavimo centro slopinimo riziką),
- įvertinti galimo gydymo režimo, vaisto dozavimo nesilaikymo, skausmo agravacijos riziką;
- numatyti opioidų skyrimo trukmę, gydymo užbaigimo taktiką (esant priklausomybei, gydymo užbaigimas opioidiniais analgetikais turi būti palaipsninis, kad išvengti abstinencijos);
- įvertinti, ar yra indikacijos pakaitiniam gydymui buprenorfinu.

6. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo pobūdį įvertinti remiantis paciento ir jo tėvų ar globėjų apklausa, paciento apžiūra. Motyvuoti suteikti teisingą informaciją galima paaiškinant, kad tai turi įtakos skausmo malšinimui ir skiriamam gydymui. Klinikinės apžiūros metu įvertinti galimus intoksikacijos arba abstinencijos požymius. Jei gydytojui kyla įtarimas, kad pacientas piktnaudžiauja psichoaktyviomis medžiagomis, bet pacientas tai aktyviai neigia, patikslinimui galima:

- atlikti šlapimo testą dėl narkotinių medžiagų;
- atlikti kraujo tyrimą dėl alkoholio koncentracijos kraujyje;
- nustatyti paskirto medikamento koncentraciją kraujyje/šlapime.

7. Indikacijos pakaitiniam gydymui pakaitiniu opioidiniu vaistiniu preparatu buprenorfinu nepilnamečiams yra:

- ilgo opioidinių narkotikų vartojimo anamnezė, priklausomybės sindromas (priklausomybės sindromas paaugliams išsivysto greičiau nei suaugusiems, todėl jo simptomų skaičius ir bendro funkcionavimo sutrikimas yra svarbesnis kriterijus nei konkreti vartojimo trukmė, diagnostinius kriterijus žr. 5-ame priede);
- akivaizdūs sunkios opioidinės abstinencijos simptomai (žr. 2 lentelę);
- amžius > 15 metų;
- abstinencija apsunkinama gretutinių susirgimų ar būklių (ŽIV, tuberkuliozė, kiti sunkūs infekciniai, psichikos ir somatiniai susirgimai, nėštumas);
- abstinencijos gydymas kitais metodais neefektyvus arba rizikingas.

8. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10 leidime (TLK-10) nurodomi diagnostiniai kriterijai priklausomybės nuo opioidų sindromui pateikti 5 priede (Lietuvos psichiatrų asociacija, Pasaulio sveikatos organizacija, 1992). Tai fiziologinių ir kognityvinių reiškinių kompleksas, kuriame opioidų vartojimas pacientui yra daug svarbesnis nei kitas elgesys, anksčiau labiau vertinamas, būdingas nuolatinis troškimas juos vartoti.

9. Požymiai, leidžiantys įtarti, kad nepilnamečis vartoja psichoaktyvias medžiagas, pateikti 1-oje lentelėje.

1 lentelė. Požymiai, leidžiantys įtarti psichoaktyvių medžiagų vartojimą (pagal Tweed 1998).

Elgesys kuris leidžia įtarti priklausomybę	Simptomai, netiesiogiai rodantys galimą paauglio piktnaudžiavimą alkoholiu / psichotropinėmis medžiagomis
<p>Receptinių vaistų atsargų kaupimas; receptų vagiliavimas; kitų šeimos narių vaistų vogimas, pasisavinimas; kalboje vartojamos formuluotės „injekciniai vaistai“ ir pan.; anamnezėje buvęs receptinių vaistų įsigijimas iš nemediciniui įstaigų; buvęs, ar esamas piktnaudžiavimas alkoholiu ar nelegaliais vaistais, apsinuodijimas jais; daugkartiniai atvejai kuomet pacientas nepaisė gydytojo nurodymų ir savo nuožiūra didino vaisto dozę nors kliniškai nebuvo pagrindo; paciento nuolatinis tvirtinimas kad nuskausminamieji vaistai neefektyvūs, nors kliniškai nėra duomenų pagrindžiančių tai.</p> <p>Elgesys kuris mažiau leidžia įtarti priklausomybę: agresyvus tvirtinimas kad reikia daugiau/stipresnių vaistų; vaistų kaupimas simptomų sumažėjimo periodu; specifinių vaistų reikalavimas; prašymas panašių medikamentų</p>	<ul style="list-style-type: none"> - svorio kritimas be aiškios priežasties; - nosies gleivinės sudirginimas, pažeidimas; - dažni „peršalimai“ ar „alergijos“ (galimai sukelti intranazalinių ar inhaliuojamų narkotikų); - užkimimas; - chroniškas kosulys; - injekcijų žymės; - dūrių žymės; - nepastovus, palaidas seksualinis gyvenimas; - socialinė izoliacija; - dažni konfliktai, muštynės su šeimos nariais, ar kitais žmonėmis; - alkoholio butelių slėpimas ar priemonių narkotinių medžiagų naudojimui slėpimas; - daiktų pardavinėjimas ar/ir problemos su teisėsauga; - atsiradę ryškūs miego sutrikimai be aiškios psichologinės priežasties.

kitose medicinos įstaigose; pakeitus terapiją į ne opiodinius medikamentus nepagrįstas „rezistentiškumas“ vaistui.	
--	--

10. Abstinencijos būklė – tai grupė įvairiai besiderinančių ir įvairaus sunkumo simptomų, atsirandančių visiškai arba santykinai susilaikant nuo medžiagos po pakartotinio (paprastai ilgalaikio) ir / arba didelių dozių vartojimo. Objektívūs opiodinės abstinencijos simptomai pateikti 2-oje lentelėje.

2 lentelė. Objektívūs opiodinės abstinencijos vertinimo kriterijai.

Abstinencijos simptomai	Lengva / vidutiniškai sunki abstinencija	Sunki abstinencija
Sujaudintas elgesys	Nerimastingumas	Nenusėdėjimas vietoje
Ašarojimas	Akys drėksta	Bėga ašaros / šluosto akis
Sloga	Lengva sloga	Nesustojanti sloga
Prakaitavimas	Drėgna oda	Prakaito lašai
Drebulys	Nėra	Yra
Vėmimas	Nėra	Yra
Žiovavimas (kartų/10 min.)	3-5	≥ 6
Vyzdžių išsiplėtimas	Išsiplėtę 4-6 mm	Plačiai išsiplėtę > 6 mm
Širdies susitraukimų dažnis	80 – 100 k/min	> 100 k/min
Kiti subjektyvūs simptomai: pykinimas, raumenų įtampa ir spazmai, įvairūs skausmai, nemiga. Retesni simptomai: dezorientacija, haliucinacijos. Nebūtinai, bet patvirtinantys diagnozę simptomai: injekcijų žymės odoje, opiodams teigiamas šlapimo testas.		

11. Orientacinė negydomos opiodinės abstinencijos būklės trukmė.

- Jei piktnaudžiaujama heroinu, kitais trumpo veikimo opiodiniais narkotikais:
 - prasideda praėjus 8-12 val. po paskutinės dozės,
 - stipriausia praėjus 32-36 val. po paskutinės dozės,
 - pabaiga po 5 dienų.
- Jei piktnaudžiaujama metadonu, kitais ilgo veikimo opiodais:
 - prasideda praėjus 24-48 val. po paskutinės dozės,
 - stipriausia praėjus 4-6 dienoms po paskutinės dozės,
 - pabaiga po 10-12 dienų.

12. Būtinai kriterijus skirti pakaitinį gydymą buprenorfinu nepilnamečiams – gretutiniai susirgimai ar būklės (ŽIV, tuberkuliozė, kiti sunkūs infekciniai, psichikos ir somatiniai susirgimai, nėštumas), kurie turėtų būti diagnozuojami remiantis nusiskundimais, anamneze, klinicine apžiūra, reikiamais diagnostiniais tyrimais, įrašais medicininėje dokumentacijoje.

13. Jeigu opiodiniai vaistiniai preparatai skiriami skausmo malšinimui, diferencijuoti tarp buvusio vienkartinio arba epizodinio vartojimo, buvusios priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų praeityje ir aktyvaus vartojimo / priklausomybės gydymo metu. Didžiausią riziką kelia aktyvus vartojimas, priklausomybė gydymo metu, tačiau ir tai neturėtų būti kontraindikacija efektyviam nepakeliamo skausmo malšinimui opiodais. Tokiu atveju reikalingos priemonės, kad užtikrinti gydymo režimo laikymąsi. Jeigu pacientas dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo gydomi opiodinių receptorių antagonistais buprenorfinu arba naltreksonu, gydymas morfino tipo opiodiniais analgetikais gali būti skiriami tik praėjus 24-48 val. po paskutinės šių vaistų dozės (paskyrus anksčiau, gali išsivystyti abstinencijos simptomai).

14. Atsižvelgti į tai, kokios psichoaktyvios medžiagos vartojamos. Didžiausią reikšmę skausmo malšinimui opiodiniais analgetikais turi opiodinių nelegalių narkotikų (opijaus, heroino, hašišo, aguonų nuoviro) vartojimas. Piktnaudžiavimas kitais narkotikais rodo padidintą riziką

pasireikšti neigiamoms vaistų ir narkotinių medžiagų sąveikoms, piktnaudžiauti gydymui paskirtais opioidais, nesilaikyti režimo (ši rizika mažesnė stacionaro sąlygomis).

15. Indikacija skirti opioidinius analgetikus vaikams ir paaugliams, vartojantiems psichoaktyviasias medžiagas skausmo malšinimui yra įvairios kilmės labai stiprus arba nepakeliamas skausmas, atitinkantis 9-10 balų įvertinimą SAS skalėje.

16. Paciento įvertinimas atliekamas siekiant nustatyti indikacijas ir kontraindikacijas opioidinių analgetikų skyrimui, galimą šio gydymo naudą ir žalos riziką. Tuo tikslu reikia įvertinti:

- skausmo intensyvumą, pobūdį ir anamnezę;
- bendrą somatinę būklę;
- pagrindinį, skausmą sukėlusį, ir gretutinius somatinius susirgimus/traumas;
- psichikos būklę ir įtaką skausmui;
- psichoaktyvių medžiagų vartojimo pobūdį.

17. Ūmaus skausmo atvejais paciento tyrimas turi būti greitas ir tęsiamas jau pradėjus skausmo malšinimą.

18. Skausmo intensyvumo įvertinimas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 26 d. įsakymu Nr.V-608 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo pakeitimo“ (Žin., 2004, Nr. 134-4882) patvirtintos 3 skalės skausmo intensyvumui įvertinti:

- skaitmeninės analogijos skalė (SAS) – prašoma paciento jaučiamą skausmą įvertinti skaitmenimis nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia, kad nėra jokio skausmo, o 10 reiškia, kad skausmas nepakeliamas;

- žodinė analogijos skalė (ŽAS) – skausmo intensyvumas įvertinamas pasirenkant tinkamiausią teiginį iš penkių žodinių frazių sekos: „nėra skausmo, silpnas skausmas, vidutinis skausmas, stiprus skausmas, nepakeliamas skausmas“

- veido grimasų skalė (VGS) – penkių skausmą, jo sukeltą kentėjimą, atspindinčių veido išraiškų seka.

18.1. Taip pat plačiai naudojama vizualinės analogijos skalė (VAS), kurios rodikliai koreliuoja su skaitmeninės analogijos skalės. Pacientas jaučiamo skausmo intensyvumą pažymi 100 mm atkarpoje, kur 0 mm reiškia, kad nėra jokio skausmo, o 100 mm reiškia, kad skausmas nepakeliamas.

19. Paciento išsakomas skausmo intensyvumas turi būti pažymimas medicininėje dokumentacijoje. Skausmo intensyvumui vertinti naudojamos skalės pateiktos 6 priede.

20. Skausmo pobūdžio vertinimas. Tiriama šie skausmo parametrai:

- a) skausmo atsiradimo laikas (trukmė),
- b) lokalizacija (vietinis, iradijuojantis, regioninis, visceralinis);
- c) skausmo intensyvumas;

d) skausmo pobūdis. Išsamesnis tyrimas atliekamas taikant specialų skausmo ligonio apklausos protokolą. Skausmo ligonio apklausos protokolai:

- Skausmo trukmė
- Skausmo vieta
- Skausmo išplitimas
- Skausmo kokybinis vertinimas
- Skausmo kiekybinis vertinimas (stiprumas)
- Skausmo ar jo protrūkių dažnumas
- Jo ar jų atsiradimo pobūdis
- Atsiradimo priežastis
- Skausmą stiprinantys veiksniai
- Skausmą silpninantys veiksniai

- Lydintys simtpomai
- Lydintys susirgimai
- Patirtos traumos
- Chirurginės intervencijos

21. Skausmo lokalizacija tiriama taikant žmogaus figūrų metodą. Ligonio prašoma atžymėti skausmo lokalizaciją ženklų „X“, skausmo iradiaciją – taškine linija. Skausmo pobūdis (kokybinis skausmo vertinimas) atliekamas, paciento prašant atsakyti į klausimus: „Kaip skauda?“, „Į ką skausmas panašus?“. Detalesnis skausmo pobūdžio tyrimas atliekamas Lietuviškuoju skausmo klausimynu (A. Pakula, 1986, žr. 7 priedą).

22. Skausmo farmakoanamnezė – ligonio vartoti ir / ar vartojami vaistai nuo skausmo. Patartina prisilaikyti tokios metodikos:

- Paprašyti išvardinti vaistus, kuriuos paskutiniu metu ligonis vartojo skausmui malšinti.
- Patikslinti vaistų, skiriamų skausmui gydyti paskyrimo ir įsigijimo aplinkybes (receptinis, bereceptinis, kada išrašytas ir kt.).
- Išsiaiškinti skausmui gydyti skiriamo konkretaus vaisto vartojimo pradžią, dozę, įvedimo būdą ir laiką.
- Patikslinti, ar šis vaistas (-ai) vartojami reguliariai („pagal laikrodį“), ar epizodiškai, t.y. tik tuomet, kai skausmo potyris tampa nepakenčiamu („nuo skausmo“).
- Sužinoti skiriamo skausmui gydyti vaisto efektą, t.y. kaip jis veikia skausmo potyrį.
- Išsiaiškinti, ar skausmui gydyti skiriamas vaistas nesukelia šalutinių poveikių.
- Patikslinti, kokius kitus vaistus vartoja ligonis.

23. Skausmą lydintys požymiai gali būti įvairūs somatiniai nusiskundimai, neretai susiję su ilgalaikiu gydymu vaistais, taip pat emocinės sferos sutrikimai. Atkreiptinas dėmesys į virškinamojo trakto negalavimus, miego sutrikimus, depresiją, nerimą.

24. Išsiaiškinti, ar ligonis praeityje nepatyrė didelių fizinių ir emocinių traumų, kas gali turėti poveikį antinocicepcinei sistemai ir mažinti individualų skausmo slenkstį. Ypač kreipiamas dėmesys, ar nebuvo galvos smegenų ir mišrių traumų. Dažnai patirtos chirurginės intervencijos, kurios siejasi su dažniais audinio pažeidimais ir pooperaciniais skausmais, taip pat yra lėtinio skausmo rizikos veiksniai.

25. Skausmo malšinimo efektyvumo kriterijus – skausmo nebuvimas arba intensyvumo sumažėjimas >50 %, vertinant aukščiau minėtomis skausmo intensyvumo skalėmis.

III. Gydymo aprašymas

26. Medikamentinis gydymas.

26.1. Opioidinių vaistinių preparatų taikymą priklausomybės ligų gydymui Lietuvoje šiuo metu apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d įsakymas Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 90-3587). Įsakymo 12 straipsnis apibrėžia šių vaistų naudojimo nepilnamečiams tvarką:

26.1.1. „Asmenims iki 18 metų, vyresniems nei 15 metų, pakaitinis palaikomasis gydymas opioidiniais vaistiniais preparatais skiriamas tik ypatingais atvejais (ŽIV, tuberkuliozė, kiti sunkūs infekciniai, psichikos ir somatiniai susirgimai, nėštumas), kai neefektyvūs kiti gydymo metodai. Šiuo atveju gydymas skiriamas pritarus GKK, sudarytai iš ne mažiau kaip trijų gydytojų. Ar tikslinga tęsti gydymą, GKK įvertina ne rečiau kaip kartą per mėnesį. Asmenų iki 18 metų, vyresnių

nei 15 metų, pakaitiniam gydymui skiriamas tik buprenorfinas. Abstinencijos būklės gydymas buprenorfinu negali trukti ilgiau kaip 12 dienų.“

26.1.2. Įsakymo III skirsnyje aprašyta pakaitinio palaikomojo gydymo metadonu ir buprenorfinu organizavimas ir tvarka. Abstinencijos gydymo tvarka aprašyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakyme Nr. 204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir rehabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824). Šioje metodikoje dėmesys akcentuojamas į medicininius nepilnamečių, sergančių opioidine priklausomybe, gydymo opioidiniais vaistais aspektus.

26.2. Abstinencijos gydymo (kartais vadinamo detoksikacija) pakaitiniais opioidiniais vaistais tikslai:

- sušvelninti ar nuslopinti abstinencijos būklę, atsirandančią nutraukus opioidų vartojimą;
- sumažinti ar nutraukti nelegalių narkotikų vartojimą;
- sumažinti ilgalaikio narkotikų vartojimo keliamą riziką pačiam pacientui ir aplinkiniams (AIDS, hepatitas B ir kt. infekciniais susirgimai dėl injekcijų, nusikalstamas elgesys ir pan.);
- sudaryti sąlygas geresnei prenatalinei ir postnatalinei narkotikus vartojančių nėščių moterų priežiūrai;
- užmegzti ir išlaikyti kontaktą su pacientu, siekiant motyvuoti jį ilgalaikiam gydymui/reabilitacijai ir abstinencijai.

Todėl opioidinės abstinencijos būklės gydymas pakaitiniais opioidiniais vaistiniais preparatais (šalia kitų gydymo būdų) rekomenduojamas taikyti, kai pacientai yra tvirtai motyvuoti tęsti palaikomąjį gydymą opioidų antagonistais ir / ar pagal psichosocialines gydymo ir atkryčių prevencijos programas.

26.3. Remiantis sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymu Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“, nepilnamečiams opioidinės abstinencijos būklės gydymui Lietuvoje turėtų būti skiriamas buprenorfino hidrokloridas. Detoksikacijos trukmė – ne ilgiau kaip 12 dienų. Ši abstinencijos būklės gydymo buprenorfinu trukmė turėtų būti aiškiai apibrėžta ir gydytojo bei paciento suderinta raštišku susitarimu, saugomu medicininiame dokumentacijoje. Reikalingas asmens sugebėjimas duoti informuotą sutikimą dėl pakaitinio gydymo. Jeigu pacientas nepilnametis ir nėra emancipuotas Lietuvos Respublikos įstatymų numatyta tvarka, reikalingas jo tėvų ar globėjų informuotas sutikimas.

26.4. Opioidinės abstinencijos gydymas pakaitiniais opioidiniais vaistiniais preparatais atliekamas ambulatoriškai ir / ar stacionare. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kad nepilnamečiams buprenorfinas skiriamas tik esant sunkiai gretutinei somatinei patologijai ar nėštumui, šiai amžiaus grupei detoksikaciją opioidiniais vaistais rekomenduojama taikyti stacionare, kad užtikrinti somatinės būklės stebėjimą ir gydymą, gydymo režimo laikymąsi, savalaikę galimų nepageidaujamų gydymo poveikių korekciją. Pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo bei apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašas pateikiamas aukščiau minėtame sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakyme Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“.

27. Buprenorfino savybės. Buprenorfinas yra sintetinis opioidas (morfino alkaloido tebaino derinatas), priklausantis dalinių opioidinių agonistų grupei ir pasižymintis stipriu afinitetu μ -opioidiniais receptoriais. Buprenorfino klinikinės savybės:

- padeda palengvinti arba išvengti opioidinės abstinencijos;
- pats nesukelia ir sumažina paraleliai naudojamų nelegalių opioidinių narkotikų euforizuojantį poveikį;
- vartojamas tabletėmis po liežuvium, gali būti skiriamas 1 kartą dienoje;

- vartojamas dedant tabletę po liežuviu, ištirpsta per 5-10 min., poveikis prasideda po 30-60 min., stipriausias po 1-4 val.;

- veikimo trukmė priklauso nuo skiriamos dozės: mažų dozių (pvz. 2 mg) klinikinis poveikis trunka iki 12 val., didelių (pvz. 16-32 mg) klinikinis poveikis gali trukti iki 48-72 val.

27.1. Gydytas buprenorfinu efektyviau nei gydymas placebo ar metadonu sumažina heroino vartojimą ir išlaiko pacientus gydyme, kas įrodyta daugiau nei 1 atsitiktinių imčių tyrimais ir metaanalizėmis, įrodymų lygis A, rekomendacijų klasė I.

27.2. Gydytas buprenorfinu pradžia. Dėl stipraus afiniteto opioidiniams receptoriams buprenorfinas gali sukelti subjektyvius abstinencijos simptomus pacientams, intoksikuotiems morfijaus tipo opioidiniais agonistais (heroinu, aguonų nuoviru, metadonu). Todėl gydymas buprenorfinu turi būti pradėtas tada, kai pacientui jau pasireiškia abstinencijos simptomai, tikslu juos slopinti ir palengvinti tolimesnę eigą. Rekomenduojamos pradinės buprenorfino dozės:

- jeigu yra stipriai išreikšti abstinencijos simptomai ir nėra papildomų rizikos faktorių – 8 mg buprenorfino;

- jeigu pacientui būdingi papildomi rizikos faktoriai (pvz. paūmėję somatiniai susirgimai, galima intoksikacija kitomis slopinančio poveikio psichoaktyviosiomis medžiagomis) – 2-4 mg buprenorfino;

- pradinės buprenorfino dozės poveikis turėtų būti įvertintas praėjus 2-3 val.;

- jeigu po pradinės buprenorfino dozės sustiprėjo abstinencijos simptomai, skiriamas simptominis gydymas jiems koreguoti simpatomimetiniais vaistais (pvz. klonidinu, lofeksidinu, šiuo metu šie vaistai neregistruoti Lietuvoje ir gali būti skiriami tik Sveikatos apsaugos ministro numatyta tvarka);

- jeigu po pradinės buprenorfino dozės abstinencijos simptomai nesustiprėjo, papildomai skirti 2-4 mg buprenorfino;

- pakartotinis paciento būklės įvertinimas sekančią dieną ir, esant reikalui, dozės padidinimas 2-4 mg.

27.3. Palaikomosios buprenorfino dozės skyrimas. Paprastai gera abstinencijos simptomų kontrolė pasiekama ir palaikoma 12-24 mg/p buprenorfino doze. Tokia dozė pasiekama titruojant pradinę vaisto dozę 2-4 mg parai per 5-7 dienas. Nepilnamečiams atliekant greitą detoksikaciją buprenorfinu stacionaro sąlygomis, rekomenduojama neviršyti 16 mg/p buprenorfino dozės, nors maksimali leidžiama buprenorfino paros dozė – 32 mg.

27.4. Gydytas buprenorfinu metu svarbu užtikrinti, kad nebūtų piktnaudžiaujama nelegaliais narkotikais, alkoholiu ar slopinančiais psichotropiniais vaistais (benzodiazepiniais, barbitūratais), kas gali sukelti pavojingą sąmonės ir kvėpavimo centro slopinimą. Buprenorfinas slopina euforizuojančių kitų psichoaktyvių medžiagų poveikį, todėl pacientas, siekdamas tokios būsenos gali pavartoti pavojingai dideles narkotikų dozes. Svarbu tai paaiškinti pacientui, kuriam skiriamas gydymas buprenorfinu ir jo tėvams ar globėjams. Įvykus apsinuodijimui, nedelsiant kreiptis į skubios pagalbos ar intensyvios terapijos skyrių.

27.5. Pakaitinio abstinencijos gydymas buprenorfinu užbaigimas. Pasiiekus optimalią abstinencijos simptomų kontrolę buprenorfinu, pradedamas palaipsniui jo dozės mažinimas. Atliekant greitą detoksikaciją buprenorfinu stacionaro sąlygomis, vaisto dozė gali būti mažinama palaipsniui 2-4 mg kas antrą parą arba 1-2 mg kiekvieną parą.

27.6. Jeigu, greitai mažinant buprenorfino dozę, pasireiškia abstinencijos simptomai, juos galima koreguoti simpatomimetiniais vaistais (pvz. klonidinu, lofeksidinu, šiuo metu šie vaistai neregistruoti Lietuvoje ir gali būti skiriami tik Sveikatos apsaugos ministro numatyta tvarka). Klonidino skiriama 0,1-0,3 mg kas 6-8 val., lofeksidino 0,2-0,4 mg 2-4 k/p (maksimali lofeksidino paros dozė 2,4mg). Skiriant simpatomimetinius vaistus sekant kraujospūdį dėl hipotenzijos ar reaktyvinės („rebound“) hipertenzijos, EKG dėl bradikardijos ir QT intervalo prailgėjimo, sąmonės būklę dėl slopinimo. Gydymas klonidinu ar lofeksidinu trunka iki 7-10 dienų, užbaigiamas pabaigus opioidinės abstinencijos gydymą buprenorfinu, palaipsniui mažinant paros dozę per 3-5 dienas.

Klonidinas ir lofeksidinas kontraindikuotini, esant sunkiems kardiovaskuliniams susirgimams, sunkiam širdies nepakankamumui, lėtiniam inkstų nepakankamumui, nėštumui ir žindimui.

27.7. Atsargumo priemonės gydant buprenorfinu.

27.7.1. Kontraindikacijos buprenorfino skyrimui – jautrumas buprenorfinui, sunkus kvėpavimo slopinimas, paralyžiais žarnų nepraeinamumas, ūmus pilvas, feochromocitoma.

27.7.2. Yra duomenų, kad didelės buprenorfino dozės gali sukelti kepenų funkcijos pokyčius asmenims, sirgusiems kepenų ligomis. Pacientams su žinoma ar įtariama kepenų patologija reikalingas jų funkcijos sekimas.

27.7.3. Buprenorfino negalima skirti asmenims, intoksikuotiems alkoholiu, opioidais ar kitomis slopinančio veikimo psichoaktyviosiomis medžiagomis (alkoholiu, benzodiazepiniais, barbitūratais ir kt.).

27.7.4. Apsinuodijimo buprenorfinu atveju pavojingiausias pašalinis poveikis – kvėpavimo ir sąmonės slopinimas. Koreguojama *Sol. Naloxoni* 0,8-2 mg dozėmis, kartojamomis i / v arba į paodį kas 2-3 minutės ar palaikomąja infuzija. Gali būti reikalingas dirbtinis kvėpavimas, intensyvios terapijos priemonės.

27.7.5. Jei, gydant buprenorfinu reikalingas papildomas skausmo gydymas (nors pats buprenorfinas pasižymi analgetiniu poveikiu), rekomenduojama skirti nesteroidinius vaistus nuo uždegimo ar acetaminofeną, nes kitų opioidinių analgetikų veikimas slopinamas, galimi abstinencijos reiškiniai.

27.7.6. Buprenorfino nerekomenduojama skirti nėščiosioms ir žindyvėms, nes nėra žinoma apie jo potencialią riziką vaisiui arba naujagimiui.

IV. Skausmo malšinimas opioidiniais analgetikais

28. Opioidinių analgetikų skyrimo skausmo malšinimui tikslas – skausmo intensyvumo sumažėjimas, skausminio šoko prevencija, paciento funkcinis atsistatymas. Siekiama $\geq 50\%$ skausmo intensyvumo sumažėjimo, nuskausminimo palaikymo ir „skausmo proveržių“ nuslopinimo. Skirti opioidinius analgetikus vaikams ir paaugliams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas skausmo malšinimui rekomenduojama, kai skausmas yra labai stiprus arba nepakeliamas, atitinkantis 9-10 balų įvertinimą SAS skalėje.

29. Skausmo malšinimo tvarka būtinosios medicininės pagalbos teikimo metu reglamentuojama:

29.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymu Nr. V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“;

29.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 26 d. įsakymu Nr.V-608 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo pakeitimo“;

29.3. Opioidinių analgetikų skyrimas – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005m. lapkričio 10 d. įsakymu Nr.V-864 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistų išdavimo (pardavimo) pakeitimo“.

30. Pagrindiniai skausmo malšinimo opioidais nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas principai:

- Opioidiniai medikamentai gali būti skiriami tais atvejais, kai jų pageidaujamas analgetinis poveikis akivaizdžiai viršija galimą žalą nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas.

- Individualaus gydymo plano sudarymas, atsižvelgiant į skausmo ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo pobūdį, skausmo priežastį ir gretutinius sutrikimus.

- Opioidais gydant nepilnamečius, vartojančius psichoaktyvias medžiagas būtina imtis priemonių, kad sumažinti netinkamo jų vartojimo tikimybę.

- Gydymui skirti adekvačias opioidų dozes reikiama dažniu, užtikrinant pastovią efektyvią skausmo kontrolę ir funkcijų atsistatymą.

- Gydytą opioidais derinti su etiologiniu ar patofiziologiniu skausmą sukėlusio sutrikimo ar traumos gydymu ir kitomis skausmo malšinimo priemonėmis.

- Kai reikalingas ilgalaikis opioidų skyrimas, tikslingas gydančio gydytojo bendradarbiavimas su specialistu, dirbančiu priklausomybės ligų srityje, ar gydytoju vaikų ir paauglių psichiatru, gydytoju neurologu arba anesteziologu reanimatologu bei nepilnamečio tėvais ar globėjais.

- Kai išsiaiškinama, kad nepilnamečiai vartoja psichoaktyvias medžiagas, motyvuoti jį ir jo tėvus atsisakyti tokio žalingo elgesio, esant reikalui, pradėti gydymą nuo priklausomybės.

30.1. Skausmo gydymo opioidiniais analgetikais nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, algoritmas pateikiamas 2 priede.

31. Opioidinio analgetiko, formos ir dozės pasirinkimas. Ūminio skausmo gydymui rekomenduojama skirti greito poveikio ir trumpalaikio veikimo morfino tipo opioidinių receptorių agonistinius analgetikus (pvz. petidiną, morfina), skiriamus injekcijomis į poodį, į raumenis arba į veną. Pasiekus skausmo sumažėjimą, skausmo kontrolės palaikymas turėtų būti užtikrinamas pakartotinomis vaisto dozėmis reguliariais laiko intervalais. Vaisto dozė ir intervalų trukmė tarp skiriamų dozių turėtų būti individualiai nustatoma, atsižvelgiant ne tik į vaisto farmakokinetines savybes, bet ir paciento išsakomus nusiskundimus skausmo intensyvumu. Kita galima taktika – pastovios opioidų koncentracijos kraujyje palaikymas lašine infuzija ar lineomatu. Tokiu atveju turėtų būti palikta galimybė skausmo protrūkių korekcijai papildoma vaisto injekcija. Tokiai papildomai injekcijai skiriama dozė turėtų sudaryti 5-10 % paros opioido dozės. Jeigu papildomos dozės reikalingos pakartotinai, tikslinga 5-10 % padidinti vaisto paros dozę. Dažniausiai skiriamų opioidinių analgetikų rekomenduojamos dozės nurodytos 3 lentelėje.

3 lentelė. Rekomenduojamas opioidų dozavimas nepilnamečiams.

Trumpai veikiantys opioidai	Vaikams iki 50 kg svorio	Vaikams/paaugliams virš 50 kg
Morfinas	0,05-0,1 mg/kg i/v arba į poodį kas 2-4 val.	2,5-10 mg i/v arba i/m kas 2-6 val.
Remifentanilis	1 µg/kg bolusas, 0,05-3 µg/kg/min infuzija	0,1 µg/kg bolusas, 0,025-0,2 µg/kg/min infuzija
Petidinas	0,5-2 mg/kg i/v	25-100 mg
Fentanilis	0,5-2 µg/kg/h infuzija	
Prailginto veikimo opioidai		
Prailginto atpalaidavimo morfinas	0,6 mg/kg kas 8 val. arba 0,9 mg/kg kas 12 val. per os	20-60 mg parai per 2-3 kartus per os

32. Jeigu reikalingas ilgalaikis opioidinių analgetikų skyrimas, rekomenduojama skirti prailginto veikimo vaistus (pvz. prailginto atpalaidavimo morfino tabletes, fentanilio transderminį pleistrą).

33. Daliniai agonistai (buprenorfinas) arba mišraus agonistinio-antagonistinio poveikio (pentazocinas, nalbufinas šiuo metu neregistruoti Lietuvoje) opioidiniai analgetikai nėra rekomenduojami kai įtariamas galimas opioidinių narkotikų vartojimas, nes gali sukelti abstinenciją ir sustiprinti skausmą.

34. Pasirenkant vaisto dozę, atsižvelgti į nustatytą nelegalų psichoaktyvių medžiagų vartojimo pobūdį. Jeigu pacientas psichoaktyvias medžiagas vartojo praeityje, epizodiškai, šiuo metu nevartoja medžiagų, kurios gali keisti gydymui skiriamų opioidinių analgetikų farmakokinetiką ar farmakodinamiką, vaistai turėtų būti dozuojami kaip įprasta. Tačiau būtina

atsižvelgti, kad šiai pacientų grupei gali greičiau vystytis tolerancija opioidų poveikiui, yra padidinta priklausomybės atsiradimo rizika. Pacientams, aktyviai vartojantiems nelegalius opioidinius narkotikus, gali pasireikšti tolerancija analgetiniam vaistų poveikiui, todėl gali būti reikalingos didesnės ir mažesniais laiko intervalais skiriamos jų dozės. Tokiu atveju dozė ir skyrimo intervalas nustatomas individualiai, atsižvelgiant į paciento išsakomą išliekantį skausmo intensyvumą ir objektyvius skausmo mažėjimo požymius (pvz. funkcijos atsistatymas).

35. Jeigu pacientas dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo gydomi opioidinių receptorių antagonistais buprenorfinu arba naltreksonu, gydymas morfino tipo opioidiniais analgetikais gali būti skiriamas tik praėjus 24-48 val. po paskutinės šių vaistų dozės (paskyrus anksčiau, gali išsivystyti abstinencijos simptomai).

36. Gydymo opioidiniais analgetikais užbaigimas. Užbaigiant skausmo gydymą opioidiniais analgetikais vaikams ir paaugliams, nelegaliai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, gali pasireikšti abstinencijos simptomai (žr. lentelę Nr. 2). Jeigu pasireiškia bent 3 simptomai, jie yra stipriai išreikšti ir ilgai trunka, reikalinga abstinencijos korekcija:

- Palaipsninis gydymo opioidais užbaigimas, skiriant tą patį opioidą, kuriuo gydytas skausmas, didinant intervalus tarp dozių, kas 1-3 dienos 10% sumažinant vaisto paros dozę.

- Jeigu vaistas buvo skiriamas injekcijomis, galima jį pakeisti geriamą ar kita ilgesnio veikimo forma (pvz. transderminiu fentanilio pleistru).

- Nedidelės (0,1-0,3 mg kas 6 val.) klonidino dozės, kad sumažinti fiziologinius abstinencijos simptomus, sustiprinti analgetinį ir sedacinį poveikį. Individualiai parinkti dozė, stebėti dėl galimos hipotenzijos ir per didelio slopinimo. Klonidino skyrimas nutraukiamas palaipsniui per 3-5 dienas, pasibaigus opioidinės abstinencijos simptomams. Kadangi klonidinas šiuo metu neregistruotas Lietuvoje, jis gali būti skiriamas tik Sveikatos apsaugos ministro numatyta tvarka.

- Mažiau išreikštiems opioidinės abstinencijos simptomams koreguoti galima skirti karbamazepiną (iki 800 mg/p skiriant per 3 kartus dienoje), tiapridą (iki 400 mg/p skiriant per 3 kartus dienoje).

37. Jeigu šiomis priemonėmis nepavyksta koreguoti abstinencijos, ji pasireiškia sunkios somatinės patologijos fone, gali būti reikalingas abstinencijos gydymas buprenorfinu, kaip aprašyta aukščiau.

38. Priemonės rizikai sumažinti, skiriant opioidinius analgetikus nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas. Reikalingos dėl galimų nepageidaujamų skiriamų opioidinių vaistų poveikių, sąveikos su nelegaliai vartojamomis medžiagomis ir gydymo režimui užtikrinti.

39. Dažniausi pašaliniai opioidinių analgetikų poveikiai:

- Kvėpavimo slopinimas. Rizika padidėja, jei kartu skiriami benzodiazepinų grupės trankvilantai (midazolamas, diazepamai ir pan.), kiti slopinantys medikamentai (neuroleptikai, antihistaminikai), jei pacientas yra alkoholinėje ar opioidinėje intoksikacijoje arba serga bronchine astma, emfizema, lėtiniu bronchitu ar kita lėtine plaučių liga. Pasireiškia sulėtėjusiu alsavimu, sumažėjusiu SpO₂. Korekcijai rekomenduojama skirti naloksono 5-10 µg / kg i / v iki bus pasiektas efektas, sunkiais atvejais gali būti reikalinga dirbtinė plaučių ventiliacija.

- Pykinimas ar vėmimas. Rizika didesnė, kai greitai didinamos opioidų dozės. Korekcijai rekomenduojama antiemetikai, pvz. metaklopramidai 0,1 mg/kg i/v kas 6 val., ondansetronas 0,05-0,15 mg/kg i/v, skiriami reguliariais intervalais, nelaukiant pykinimo ar vėmimo atsikartojimo. Kitos galimos taktikos – skirti naloksoną arba keisti skiriamą opioidą kitu.

- Obstipacijos. Korekcijai skirti žarnyno motoriką skatinančių (pvz. senos lapų tabletės 1-2 tab / p, bisekodilio 10 mg p/o arba rektaline žvakute) arba osmosiškai veikiančių vidurius paleidžiančių vaistų (pvz. laktuliozės sirupo 15-30 ml p / o).

- Šlapimo retencija. Korekcija – naloksono 5 µg / kg i / v arba naudoti šiltus kompresus šlapimo pūslės srityje, kateterizaciją.

- Niežulys. Korekcija – mažos naloksono dozės, ar antihistamininiai vaistai, vietiškai naudoti anestezuojančius ar niežulį mažinančius tepalus.

40. Gydomo režimui užtikrinti ir piktnaudžiavimo rizikai sumažinti:

- Gydytą opioidiniais analgetikais skirti, ar pradėti stacionarinio gydymo sąlygomis.
- Užtikrinti gerą skausmo kontrolę, kad sumažinti poreikį pačiam pacientui siekti papildomų medikamentų išliekančio skausmo malšinimui.

- Efektyviai gydyti skausmą sukėlusį susirgimą ar traumą, taikyti kitas farmakologines ir ne medikamentines gydymo priemones siekiant sumažinti opioidinių analgetikų vartojimo trukmę ir dozes.

- Vaistais ir ne medikamentinėmis priemonėmis (informacijos suteikimas, psichoterapija) mažinti nerimą dėl skausmo, jo priešasčių, abstinencijos baimę.

- Užmegzti ir palaikyti pasitikėjimu paremtus santykius su pacientu. Tuo tikslu – kritiškai, bet pagarbiai vertinti paciento nusiskundimus išliekančiu skausmo intensyvumu, vengiant jų nuvertinimo, kaltinimų melavimu, vengti nereikalingų ginčų, priminti apie opioidinių vaistų skyrimo tikslus, medikų atsakomybę ir kompetenciją skiriant gydymą.

- Jeigu reikalinga tęsti gydymą ambulatoriškai, skirti prailginto veikimo formas, išrašyti receptus dažniau, nedideliams (bet pakankamiems) vaisto kiekiams.

- Pacientui ir jo tėvams/globėjams paaiškinti apie atsakomybę saugoti vaistus ir receptus. Atsisakyti išrašyti papildomus receptus, jei sakoma, kad jie buvo pamesti ar pavogti.

- Paaiškinti apie pavojingų nepageidaujamų poveikių riziką, jeigu bus nesilaikoma dozavimo, kartu vartojamos nelegalios psichoaktyvios medžiagos.

- Bendradarbiauti su tėvais ar globėjais, vaikų ir paauglių psichiatrais, skausmo medicinos specialistais.

- Motyvuoti pacientą priklausomybės gydymui, suteikti reikiamą informaciją.

V. Kiti gydymo metodai ir jų taikymo sąlygos

41. Kiti medikamentai opioidinės abstinencijos gydymui. Mažesnes nelegalių opioidų dozes, trumpesnę laiką vartojusiems ir patenkinamos somatinės būklės pacientams abstinencijos gydymui galima skirti centrinio poveikio α_2 adrenomimetiką klonidiną 0,1-0,3 mg kas 6 val., kad sumažinti fiziologinius abstinencijos simptomus, sustiprinti analgetinį ir sedacinį poveikį. Individualiai parinkti dozę, stebėti dėl galimos hipotenzijos ir per didelio slopinimo. Gydymas klonidinu skiriamas iki 14 dienų, nutraukiamas palaipsniui per 3-5 dienas, pasibaigus opioidinės abstinencijos simptomams. Kadangi klonidinas šiuo metu neregistruotas Lietuvoje, jis gali būti skiriamas tik Sveikatos apsaugos ministro numatyta tvarka. Mažiau išreikštiems opioidinės abstinencijos simptomams koreguoti galima skirti karbamazepiną (iki 800-1200 mg/p skiriant per 3 kartus dienoje), tiapridą (iki 400 mg/p skiriant per 3 kartus dienoje).

42. Skausmo sukėlusio susirgimo ar traumos gydymas. Dažniausios ūminio skausmo priežastys vartojantiems psichoaktyvias medžiagas yra traumos, nudegimai, ūmūs ar ilgai negydyti somatiniai susirgimai, chirurginės operacijos ar kitos skausmingos intervencijos. Būtinai greitas ir efektyvus skausmą sukėlusio susirgimo ar traumos etiologinis ar patofiziologinis gydymas taikant medikamentinius, operacinius ar ortopedinius gydymo metodus. Skausmo priežasties gydymas leidžia sumažinti skausmo intensyvumą ir trukmę bei sumažinti opioidinių analgetikų poreikį. Jeigu skausmo priežastis nėra aiški, diagnostiniai tyrimai turi būti tęsiami ir pasiekus skausmo sumažėjimą analgetikais.

43. Skausmo malšinimas nesteroidiniais vaistais nuo uždegimo. Klinikiniai tyrimai rodo, kad nesteroidinis vaistas nuo uždegimo (NVNU) ketoprofenas efektyviai slopina pooperacinį

skausmą. Ketorolako injekcijos taip pat efektyviai slopina ūmų skausmą ir leidžia sumažinti opioidinių analgetikų dozes. 30-90 mg ketorolako dozės pasižymi analogišku analgetiniu poveikiu kaip 6-12 mg morfino. NVNU nereikėtų vertinti kaip pakaitalo opioidiniams analgetikams, kai reikia slopinti labai stiprų skausmą nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas. Jų efektyvumas didžiausias skiriant kartu su opioidais. Monoterapijai NVNU skiriami esant vidutiniam ir stipriam skausmui (5-8 balai pagal SAS).

44. Gydomo opioidiniais analgetikais papildymas. Skiriamas siekiant sužinti opioidinių vaistų skyrimo dozes ir trukmę, išsaugant efektyvią analgeziją, koreguoti skausmą lydinčius simptomus. Vaistai, skiriami gydymo opioidais papildymui, jų indikacijos pateiktos 4 lentelėje.

4 lentelė. Ne-opioidiniai vaistai, skiriami skausmo ir jo komplikacijų gydymui.

Vaistų grupė	Vaistų generiniai pavadinimai	Indikacijos
Nesteroidiniai analgetikai	acetaminofenas	Įvairaus tipo skausmai
Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo	Acetilsalicilo rūgštis Ibuprofenas Indometacinas Ketoralakas	Įvairaus tipo skausmai
Neuroleptikai	Tiapridalis Olanzapinas Haloperidolis	Įvairaus tipo skausmai Pykinimas Abstinencija Delyras dėl abstinencijos ar intoksikacijos Agresyvus elgesys
Tricikliai antidepresantai	Imipraminas Amitriptilinas	Įvairaus tipo skausmai Nerimas
SSRI grupės antidepresantai	Sertralinas Fluvoksaminas	Įvairaus tipo skausmai Nerimas Depresija
Benzodiazepinai	Diazepamas Midazolamas	Nerimas Nemiga
Centrinio veikimo α_2 adrenomimetikas	Klonidinas (šiuo metu neregistruotas Lietuvoje)	Įvairaus tipo skausmai Opioidinė abstinencija
Kortikosteroidai	Prednizolonas Dexametazonas	Įvairaus tipo skausmai
Prieštraukuliniai vaistai	Karbamazepinas Valproatai Gabapentinas	Įvairaus tipo skausmai Neuropatinis skausmas Abstinencija Agresyvus elgesys
Sisteminio poveikio vietiniai anestetikai	Lidokainas	Neuropatinis skausmas

45. Nemedikamentiniai skausmo malšinimo metodai. Kai tinkama, rekomenduojama taikyti nemedikamentinius analgezijos metodus, leidžiančius efektyviau malšinti skausmą, sumažinti opioidinių analgetikų skyrimo dozę ir trukmę. Tokiais atvejais rekomenduojama gydytojo anesteziologo reanimatologo ar gydytojo neurologo konsultacija.

46. Nemedikamentiniai skausmo malšinimo metodai:

- transkutaninė elektroneurostimuliacija;
- kineziterapija, fizioterapija, masažas;
- hipnozė, relaksacija;
- akupunktūra.

46.1. Regioninės nervų ir nervų rezginių blokados.

46.2. Neurochirurginės intervencijos, neurolizė.

46.3. Palaikomoji psichoterapija, psichologinis konsultavimas.

47. Esant sudėtingam skausmo atvejui, kai gydymas įprastinėmis priemonėmis neefektyvus ar netinkamas, kai reikalingos analgezinės procedūros, kai išlieka neiški skausmo priežastis tikslinga gydytojo neurologo arba anesteziologo reanimatologo konsultacija. Skausmo klinikos, į kurias pacientus konsultacijai ir skausmo gydymui galima nukreipti bendra siuntimo į stacionarus tvarka nurodytos 4 priede. Kitose gydymo įstaigose tokią konsultaciją ir pagalbą gali suteikti gydytojai anesteziologai reanimatologai ir gydytojai neurologai. Indikacijos nukreipimui į skausmo klinikas:

- besitęsiantis nepakeliamas skausmas,
- visiškai ištyrus nenustatyta skausmo priežastis,
- intervencinio gydymo poreikis.

48. Gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija tikslinga, jeigu gydantis gydytojas:

- įtaria, kad pacientas vartoja psichoaktyvias medžiagas, bet tą neigia (reikalinga patikslinti opioidų vartojimo anamnezę);

- įtaria, kad pacientas serga kitu psichikos ar elgesio sutrikimu, kuris gali įtakoti skausmo ar gydymo pobūdį;

- pageidauja konsultacijos dėl gretutinių sutrikimų gydymo psichotropiniais vaistais;

- planuoja tolimesnį gydymą opioidais ir kitais psichotropiniais vaistais po išrašymo iš stacionaro.

49. Daugumoje sveikatos priežiūros įstaigų konsultaciją gali suteikti šių sveikatos priežiūros įstaigą konsultuojantis ar joje dirbantis gydytojas psichiatras. Jeigu tam yra galimybė, pageidautina, kad tai būtų gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Ambulatoriškai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultaciją galima gauti psichikos sveikatos centruose arba konsultacinėse poliklinikose prie universitetinių klinikų ar psichiatrijos ligoninių. Gydytojo psichiatro, dirbančio priklausomybės ligų gydymo srityje, konsultaciją galima gauti priklausomybės ligų centruose, kurie veikia Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje.

50. Psichoaktyvias medžiagas vartojantiems nepilnamečiams skausmo intensyvumą ir trukmę gali įtakoti ir tokie veiksniai kaip bloga mityba, bloga higiena, dažni stresai ir pan. Efektyviai skausmo kontrolei reikia keisti šiuos gyvenimo būdo aspektus. Svarbus nesmerkiantis, motyvuojantis pokalbis su pačiu nepilnamečiu, jo tėvų ar globėjų įtraukimas ir konsultavimas.

VI. Ligos eigos vertinimas ir gydymo taktika

51. Opioidinės abstinencijos eigos vertinimas. Paciento būseną vertinama kiekvieną dieną, kol skiriamas pakaitinis gydymas buprenorfinu ir / arba tęsiamas gydymas simpatomimetiniu vaistu (klonidinu, lofeksidinu, šiuo metu šie vaistai neregistruoti Lietuvoje ir gali būti skiriami tik Sveikatos apsaugos ministro numatyta tvarka). Gydymas pradamas 2-8 mg buprenorfino p / o. Pakartotinis paciento įvertinimas atliekamas po 2-4 val. Jei abstinencijos simptomai sustiprėjo – korekcija simpatomimetiniais vaistais, jei būklė nepablogėjo – papildomai skirti 2-4 mg buprenorfino. Palaikomoji dozė pasiekama pradinę dozę didinant 2-4 mg parai per 5-7 dienas. Palaikomasis gydymas užbaigiamas, mažinant palaikomąją dozę 2-4 mg kas antrą parą arba 1-2 mg kiekvieną parą. Jeigu, mažinant dozę ir nutraukiant gydymą buprenorfinu pasireiškia abstinencijos simptomai, jų korekcijai skiriama simpatomimetinių vaistų klonidino (0,1-0,3 mg kas 6 val.) ar loksefidino (0,2-0,4 mg 2-4 k / p) iki 7-10 dienų. Jie palaipsniui nutraukiami per 3-5 dienas, pasibaigus abstinencijos reiškiniams. Pakaitinio gydymo buprenorfinu taktika aprašyta šios metodikos 3.1.5-3.1.9 skirsniuose, algoritmas pateiktas 1-ame priede.

52. Tolimesnis opioidinės priklausomybės gydymas. Svarbus opioidinės abstinencijos gydymas pakaitiniais opioidiniais vaistinėmis preparatais tikslas – pradėti ilgalaikį priklausomybės gydymą, siekiant visiško narkotinių medžiagų vartojimo atsisakymo. Tolimesnio priklausomybės gydymo principai:

- Motyvuoti pacientą tęsti gydymą ar reabilitaciją, siekti abstinencijos, kas leidžia pasiekti ne tik geresnę sveikatą, bet ir geresnę gyvenimo kokybę, asmeninę laisvę nuo priklausomybės narkotikams.

- Suteikti suprantamą, konkrečią informaciją apie ilgalaikio priklausomybių gydymo ir reabilitacijos programas, jas teikiančias tarnybas, kontaktinius adresus ar telefonus.

- Į gydymą įtraukti ir palaikyti kontaktą su nepilnamečio, vartojančio psichoaktyvias medžiagas tėvus ar globėjus, suteikti jiems reikiamas konsultacijas, informaciją, palaikymą.

- Svarbus bendradarbiavimas tarp medikų – stacionarinėje ir ambulatorinėje grandyse dirbančių gydytojų, priklausomybės ligų specialistų, vaikų-paauglių psichiatrų, šeimos gydytojų, psichologų, psichoterapeutų, slaugytojų.

- Dažnai reikalingas tarpžinybinis bendradarbiavimas tarp medikų, socialinių darbuotojų, reabilitacinių bendruomenių darbuotojų, teisėsaugos pareigūnų.

Kvalifikuota medicininė pagalba vaikams, vartojantiems narkotines ir psichotropines medžiagas bei sergantiems priklausomybe nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų, Lietuvoje teikiama pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ir psichikos sveikatos centruose. Specializuota medicininė pagalba asmenims, sergantiems priklausomybe nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų, Lietuvoje teikiama priklausomybės ligų centruose (šiuo metu jie veikia Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje), ligoninių psichiatrinuose skyriuose, psichiatrijos ligoninių ambulatoriniuose ir stacionaro skyriuose.

53. Skausmo intensyvumas turėtų būti vertinamas aukščiau minėtomis skalėmis (SAS, ŽAS, VGS) praėjus 15 min. po kiekvienos opioidinio analgetiko injekcijos (boluso) arba 60 min. po išgertos vaisto dozės. Kartu turėtų būti vertinami kvėpavimo dažnis ir slopinimas.

54. Jeigu pakartotinio skausmo įvertinimo metu intensyvumas išlieka ≥ 9 ir nėra sunkių pašalinių poveikių, kartoti 20-50 % didesnę dozę skiriant injekcija arba 50-100 % didesnę dozę skiriant *per os*. Pasireiškus kvėpavimo slopinimui ar kitiems pašaliniams simptomams, koreguoti juos kaip aprašyta punkte 39.

55. Jeigu skausmas nesumažėja po 2-3 dozių, spręsti dėl kitų analgezinų priemonių taikymo, konsultuotis su gydytoju skausmo medicinos specialistu, gydytoju anesteziologu reanimatologu ar gydytoju neurologu.

56. Jei pakartotinio skausmo įvertinimo metu intensyvumas 5-8 balai – kartoti tokią pačią opioidinio analgetiko dozę. Pakartotinai įvertinti po 15 min. skiriant injekcija arba po 60 min., skiriant *per os*.

57. Jei pakartotinio skausmo įvertinimo metu jo intensyvumas sumažėjo $>50\%$ ir yra ≤ 4 balų – apskaičiuoti vaisto dozę skirtą per 4 val., skaityti tai efektyvia doze ir kartoti ją kas 4 val. i / v, i / m arba i / p. Galima skirti analgetiką pastovia lašeline infuzija ar lineomatu, apskaičiuojant valandos dozę: per 4 valandas skirta dozė padalinta iš 4. Jei gydymas skiriamas *per os*, apskaičiuoti vaisto dozę skirtą per 24 val., pereiti prie ilgo veikimo opioido, pradžioje skiriant 10-20 % mažesnę paros dozę.

58. Pasiekus gerą skausmo kontrolę, koreguoti nepageidaujamus poveikius, kartoti įvertinimą kas 24 val. Taikyti etiologinį ar patofiziologinį skausmo priežasties gydymą. Jeigu pasireiškia skausmo proveržiai jiems koreguoti skirti papildomą 5-10 % paros dozės injekciją. Jeigu skausmas nesikartoja, planuoti gydymo opioidiniu analgetiku užbaigimą.

59. Jeigu, nepaisant etiologinio ar patofiziologinio gydymo, išlieka nusiskundimai labai stipriu ar nepakeliamu skausmu, įvertinti, ar skundai koreliuoja su objektyviais požymiais (pagrindinio susirgimo simptomais, paciento elgesiu). Jei nėra įrodymų agravacijai ir išlieka labai stiprus skausmas – tęsti gydymą opioidiniais analgetikais, laikantis principų:

- pagal galimybę skirti prailginto veikimo geriamas formas;
 - leidžiamos papildomos dozės „skausmo proveržių“ slopinimui 10-20 % paros dozės;
 - paros dozės korekcija atsižvelgiant į toleranciją;
 - nepageidaujamų poveikių korekcija;
 - nerimo, depresijos korekcija psichoterapija, relaksacija, medikamentais;
 - kitų grupių medikamentai ir nemedikamentinės priemonės skausmo gydymo papildymui;
 - stebėjimas dėl galimų bandymų piktnaudžiauti vaistais;
 - pagal reikalą – gydytojo vaikų-paauglių psichiatro, specialisto, dirbančio priklausomybės ligų srityje ar gydytojo skausmo medicinos specialisto konsultacijos.
60. Gydymo opioidais užbaigimas: palaipsninis dozės titravimas, jei reikia – abstinencijos korekcija (žr. punktą 36).

VII. Pasveikimo ar ligos remisijos kriterijai

61. Remisijos kriterijai gydant opioidinę abstinenciją – objektyvių ir subjektyvių abstinencijos simptomų nebuvimas (žr. punktą 10). Vėlyvoji abstinencijos fazė gali trukti keletą mėnesių, kuriai būdinga depresiška nuotaika, miego ir nerimo sutrikimai, potraukis vartoti narkotikus. Tikslinga gydytojo vaikų-paauglių psichiatro konsultacija, gydymas medikamentais, psichoterapija ir/ar psichosocialinė rehabilitacija. Opioidinės priklausomybės remisijos kriterijai – susilaikymas nuo opioidų ar kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo, gera socialinė adaptacija.

62. Remisijos kriterijai malšinant skausmą: skausmo nebuvimas arba intensyvumo sumažėjimas >50 %, paciento funkcinis atsistatymas, geras ar patenkinamas subjektyvus savijautos vertinimas.

Metodikos rengėjai:

doc. Virginija Adomaitienė, Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinikos vadovė
Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinika, Eivenių 2, Kaunas

m. dr. Darius Leskauskas, Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinika, vaikų-
paauglių psichiatras
Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinika, Eivenių 2, Kaunas

Orinta Ančiulytė, Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinika, gydytoja rezidentė
Kauno medicinos universiteto klinikų Psichiatrijos klinika, Eivenių 2, Kaunas

Literatūros sąrašas:

1. Andreasen N. C., Black D. W. Introductory textbook of Psychiatry. Third edition, 2001. American Psychiatric Publishing, Inc.:423-457.
2. Bazire S. Psychotropic drug directory 2009. Healthcomm, UK, Ltd, 2009:203, 371-387.
3. Charlton J.E. Core Curriculum for Professional Education in Pain. IASP Press 2005. Ch. 41. Pain in Infants, Children, and Adolescents.
4. Cherny N.I., Portenoy R.K. Systemic drugs for cancer pain. Pain Digest,1995 ;5:245-263.
5. Cohen S.P., Raja S.N. The Middle Way: A Practical Approach to Prescribing Opioids for Chronic Pain. Nat. Clin. Neurol. 2006;2(11):580-581.
6. Doveiko H. E. Concepts of chemical dependency. 2006 :176-186; 304-319.
7. Gerik S.M. Pain Management in Children: Developmental Considerations and Mind-body Therapies. Southern Medical Journal 2005;98 (3):295-302.
8. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Supplement II: Pediatric: Managing Complications of HIV Infection. February 28, 2008.
9. Katzung B. G. Bendroji ir klinikinė farmakologija. Vilnius, Charibdė, 2007:493-524.
10. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“. Žin., 2007, Nr. 90-3587.
11. Ling W.,Wesson D.R. Drugs of abuse-opiates. West J.Med 1990;152:565-572.
12. Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B., Langrod J.G. Substance abuse—a comprehensive textbook. 2006 :158-165, 563-584.
13. Marsch L.A. Buprenorphine May Be Helpful for Treating Teen Opioid Abuse. Arch Gen Psych. 2005;62:1157-1165.
14. Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Kavoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No. CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.
15. Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai. Sveikatos mokslai 2002;5:43-51.
16. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Metinis pranešimas 2008. Uždaroji akcinė bendrovė „Baltijos kopija“, 2008.
17. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Pediatric Cancer Pain. Version 1.2007, 07/23/07.
18. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult Cancer Pain. Version 1.2008, 05/06/08.
19. Preston E., Subata E. Gydymas metadonu. Gydymo metadonu vadovas gydytojams, rezidentams ir studentams. Kaunas, Vitae litera 1999.
20. Psichiatrija. Red. A. Dembinskas. Vilnius: UAB „Vaistų žinios“, 2003: 448-489.
21. Sadock B.J., Sadock V.A. Comprehensive textbook of psychiatry. 2004 Vol.2 (1273-1274, 1283-1286).
22. Schatzberg A.F., Nemeroff C.B.. Textbook of psychopharmacology, second edition. American Psychiatric Press, Inc. 2005:49-672.
23. Ščiupokas A. Neonkologinis skausmas ir jo gydymas opioidiniais analgetikais: mokomoji knyga. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla, 2006.
24. Ščiupokas A. Lėtinio neonkologinio skausmo gydymas opioidiniais analgetikais. Metodinės rekomendacijos. Skausmo medicina, 2006;1(14):45-46.
25. Ščiupokas A. Opioidų poveikis nugaros smegenų lygmenyje. Skausmo medicina, 2008;1(21):11-14.

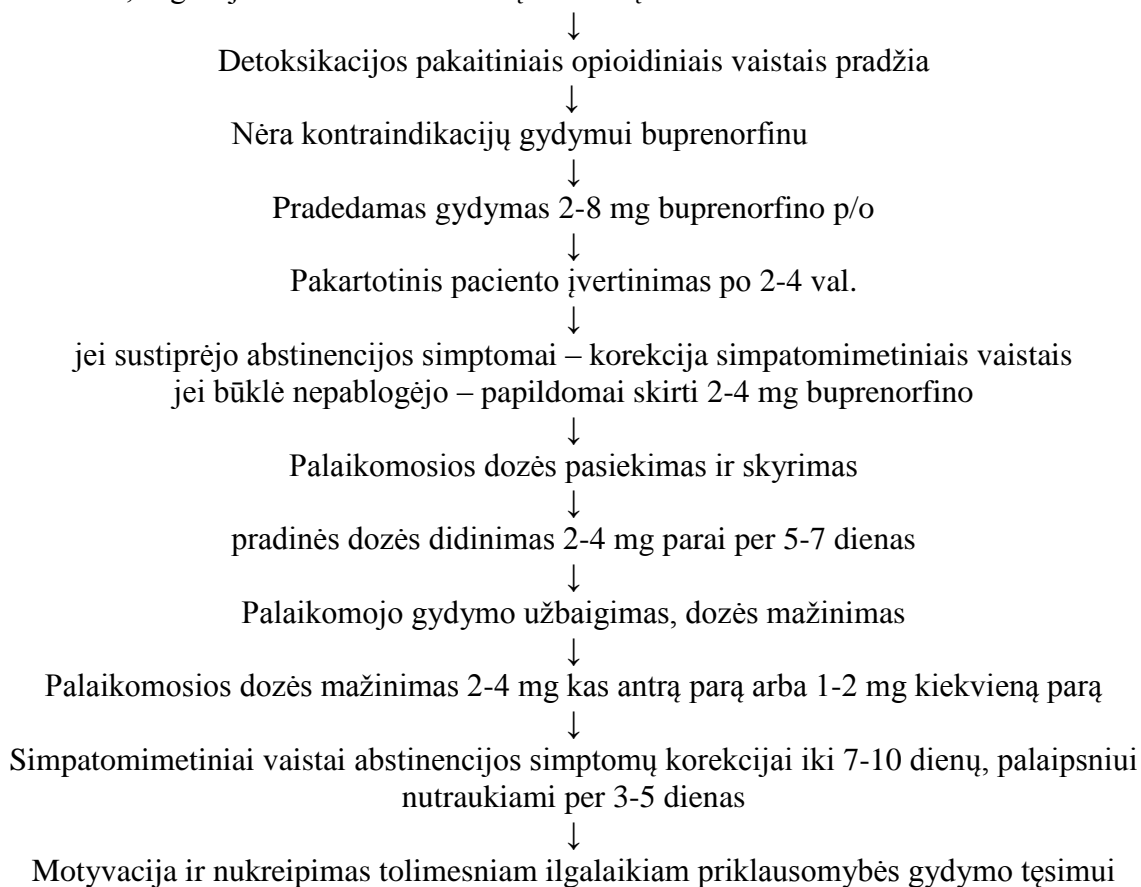
26. Ščiupokas A. Skausmo problemoms Lietuvoje spręsti – palanki teisinė bazė. Skausmo medicina 2006;1(14).
27. Skorupskienė D. Onkologinių ligų sukulto skausmo konservatyvaus gydymo gairės. Medicina 2004;40(9).
28. Slonim A.D., Ognibene F.P. Amnestic agents in pediatric bronchoscopy. Chest, 1999;116(6):1802-8.
29. Taylor. D., Paton C., Kervin R. Prescribing guidelines 9th edition. Taylor&Francis, Informa, healthcare, 2007:239-259.
30. Thomas S.T. Emergency Department Analgesia. An Evidence-Based Guide. Cambridge University Press 2008. p. 61-69.
31. Tonnessen T.I. Control of Pain and Other Symptoms in Cancer Patients. Hemisphere 1990. pp. 81-102, 156-159.
32. Vaikų hematologija. XII dalis. Vaikų paliatyvios terapijos principai: 341-345.
33. Vaistų žinynas 2008. Vaistų žinios, Vilnius, 2008: 78-85, 120.
34. Victor M., Ropper A.H.. Principles of Neurology. 2001:151-153, 1255-1259.
35. World Health Organization. Technical report no.407:Expert Committee on Drug Dependence, 16th report. Geneva: World Health Organisation,1969.
36. Zenz M., Strumpf M., Tryba M. Long- term opioid therapy in patients with chronic non-malignant pain. J.Pain Symptom Manage 1992;7:69-77.

Priedai:

1 priedas. Opioidinės priklausomybės gydymo buprenorfinu nepilnamečiams algoritmas

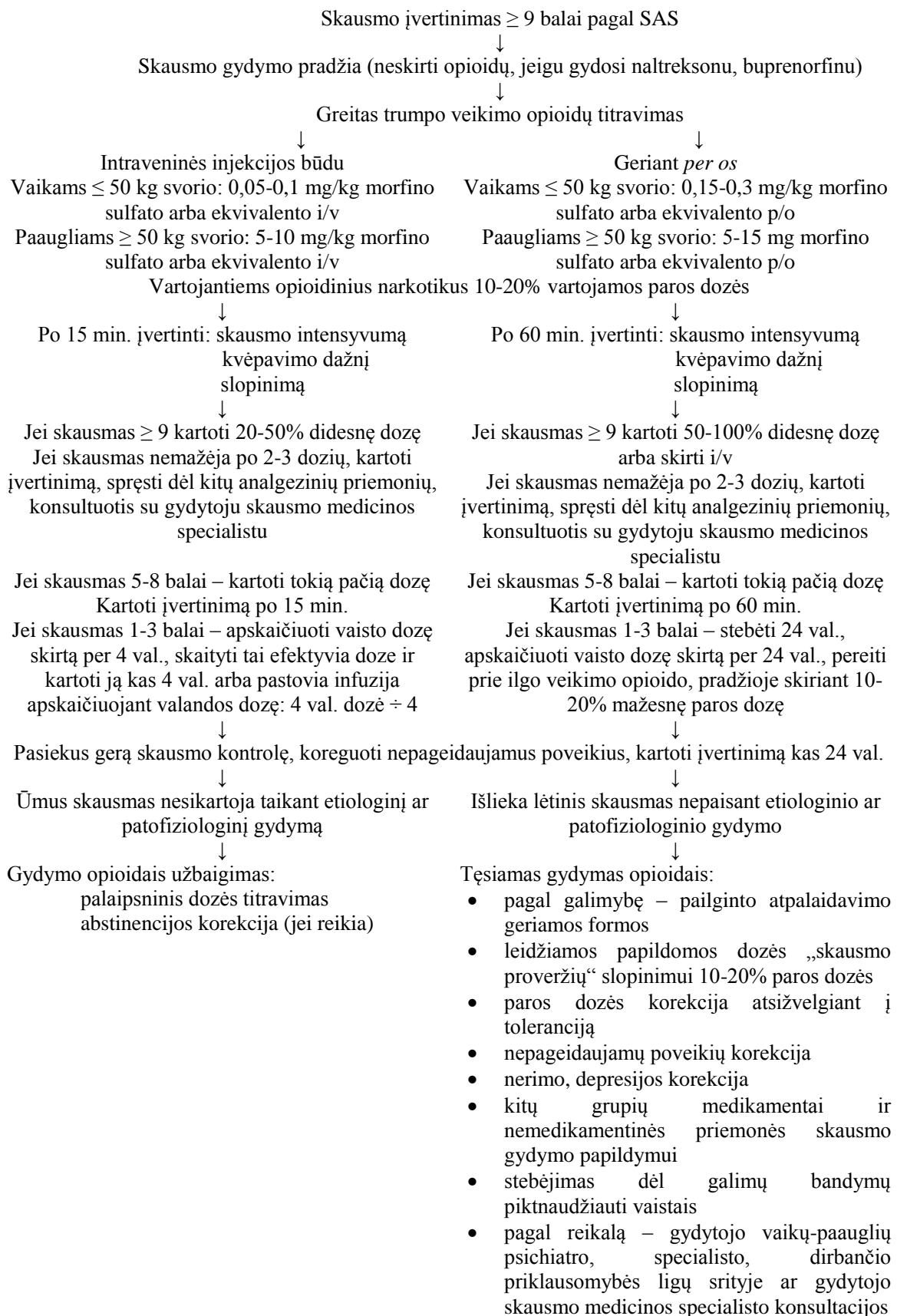
Paciento įvertinimas:

1. priklausomybės įvertinimas: opioidų vartojimo anamnezė, objektyvūs abstinencijos požymiai, opioidų metabolitų radimas šlapime
2. somatinės būklės įvertinimas: sunki somatinė patologija (AIDS, TBC, kt.) ar nėštumas
3. psichikos būklės įvertinimas: intoksikacija opioidais ar kitais narkotikais, psichozė - kontraindikacija
4. kiti kriterijai: kitos abstinencijos gydymo priemonės neefektyvios arba netinkamos, amžius > 15 m., sugebėjimas duoti informuotą sutikimą



Pastaba: jeigu trumpalaikė detoksikacija nėra pasiekiami priklausomybės gydymui reikalingi tikslai, išlieka sveikatai pavojingi abstinencijos simptomai ir/arba didelė tolimesnio piktnaudžiavimo opioidiniais narkotikais rizika, spręsti dėl ilgesnio palaikomojo pakaitinio gydymo buprenorfinu.

2 priedas. Skausmo gydymo opioidiniais analgetikais nepilnamečiams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, algoritmas



3 priedas. Priklausomybės ligų centrai Lietuvoje

1. VILNIAUS PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Adresas: Gerosios Vilties g.3, Vilnius

Telefonas: 8-5-216 00 14

Faksas: 8-5-216 00 19

El. paštas: info@vplc.lt

Dienos centras

Adresas: Savanorių pr.74, Vilnius

Telefonai: 8-5-233 3709; 8-5-233 6202

Reabilitacijos centras

Adresas: Vilpėdės g. 3, Vilnius

Telefonas: 8-5-232 5545

2. KAUNO PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Adresas: Giedraičių g. 8, Kaunas

Telefonas: 8-37-337 437

Faksas: 8-37-333 253

El. paštas: plc_kaunas@takas.lt

3. PANEVĖŽIO APSKRITIES PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Adresas: Elektronikos g. 1c, Panevėžys

Telefonas: 8-45-582672

Faksas: 8-45-582673

El. paštas: paplc@office.lt

4. KLAIPĖDOS PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Adresas: Taikos prosp. 46, Klaipėda

Telefonas: 8-46-415026

Faksas: 8-46-410648

El. paštas: kplc@klaipeda.omnitel.net

5. ŠIAULIŲ PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ CENTRAS

Adresas: Daubos g. 3, Šiauliai

Telefonas: 8-41-457511

Faksas: 8-41-455574

El. paštas: splc.lc@splc.w3.lt

4 priedas. Lietuvoje šiuo metu veikiančios skausmo klinikos

- Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Skausmo gydymo dienos stacionaras, Santariškių 2, tel. (8 5) 23 65 269;
- Kauno medicinos universiteto klinikų Anesteziologijos klinika, Skausmo gydymo dienos stacionaras, Eivenių 2, Kaunas, tel. (8 37) 32 66 10;
- VšĮ Klaipėdos ligoninė, Liepojos 41, Klaipėda, tel. (8 46) 39 65 02;
- VšĮ Šiaulių ligoninės Onkologijos klinika, Darželio 10, Šiauliai, tel. (8 41) 52 64 30;
- Panevėžio ligoninės konsultacijų poliklinikos skausmo klinika, Jakšto 6, Panevėžys, tel. (8 45) 50 15 19.

5 priedas. TLK-10 diagnostiniai priklausomybės sindromo kriterijai

Priklausomybės sindromas (šifras F 1x.2)

Tai fiziologinių ir kognityvinių reiškinių kompleksas, kuriame medžiagos arba medžiagų klasės vartojimas individui yra daug svarbesnis nei kitas elgesys, anksčiau labiau vertinamas. Svarbiausias priklausomybės sindromo požymis yra troškimas (dažnai stiprus, kartais nenugalimas) vartoti psichoaktyviausias medžiagas (gali būti skiriamas medicininiam tikslams, arba ne), alkoholį arba tabaką. Gali būti duomenų, rodančių, kad po susilaikymo laikotarpio pradėjus vartoti medžiagą greičiau atsiranda kiti šio sindromo požymiai, nei asmenims be priklausomybės sindromo.

Diagnostika

Tiksli priklausomybės diagnozė turėtų būti nustatoma tik tada, jei trys arba daugiau iš žemiau nurodytų požymių buvo patirti arba konstatuoti kuriuo nors laiku per praėjusius metus:






- a) stiprus troškimas arba kompulsyvus noras vartoti medžiagą;
- b) sunku valdyti elgesį t.y. vartojimo pradžią, pabaigimą arba vartojimo intensyvumą;
- c) fiziologinės abstinencijos būseną, kai medžiagos vartojimas buvo nutrauktas arba sumažintas pasireiškianti būdingu medžiagai abstinencijos sindromu, arba tos pačios medžiagos vartojimui norint palengvinti arba išvengti abstinencijos simptomų;
- d) tolerancijos požymiai, rodantys, kad didesnės psichoaktyvių medžiagų dozės yra reikalingos tam, kad būtų pasiektas efektas, kuris pradžioje buvo pasiekiamas mažesnėmis dozėmis (individai priklausomi nuo alkoholio ir opioidų gali vartoti tokias dideles paros dozes, kurios sunkiai apnuodytų arba sukeltų mirtį asmenims be priklausomybės);
- e) visiškas nesidomėjimas alternatyviais pomėgiais ar interesais, daug laiko skiriama medžiagai gauti arba vartoti arba atsigausti nuo jos poveikio;
- f) medžiagos vartojimas nepaisant akivaizdžiai žalingų pasekmių, pvz. kepenų pažeidimas, depresijos būseną po intensyvaus medžiagos vartojimo arba narkotikų sukeltas kognityvinių funkcijų pakenkimas. Reikėtų nustatyti, ar vartotojas iš tikrųjų žinojo arba turėjo žinoti apie kenksmingumo pobūdį bei dydį.

Pastovus psichoaktyviosios medžiagos vartojimo būdas taip pat aprašytas kaip būdingas požymis (pvz.: noras gerti alkoholinius gėrimus ir darbo dienomis, ir savaitgaliais, nepriklausomai nuo socialinių apribojimų).

Pagrindinis priklausomybės sindromo požymis – tai arba psichoaktyviosios medžiagos vartojimas arba noras vartoti konkrečią medžiagą. Subjektyvus nesulaikomas noras (kompulsinis) vartoti narkotikus dažniausiai matomas bandant nutraukti arba suvaldyti medžiagos vartojimą. Šis diagnostikos reikalavimas turėtų padėti atskirti pacientus, kuriems skiriami opioidiniai vaistai skausmui malšinti, kuriems gali atsirasti opioidinės abstinencijos būklės požymių, kai nutraukiamas vaistų vartojimas, bet kurie neturi potraukio toliau vartoti narkotikus.

Priklausomybės sindromas gali būti specifiskas medžiagai (pvz. tabakui arba Diazepamui), medžiagų klasei (pvz. opioidiniams narkotikams) arba didesnei įvairių medžiagų grupei (pvz. tiems asmenims, kurie jaučia nesulaikomą norą nuolat vartoti bet kokius narkotikus, ir kuriems susilaikymo metu nustatom distreso, ažitacijos arba somatinių abstinencijos požymių).

6 priedas. Skausmo intensyvumo įvertinimui naudojamos skalės

„Veidukų“ skalė	 1 „veidukas“	 2 „veidukas“	 3 „veidukas“	 4 „veidukas“	 5 „veidukas“
Skaitmeninė skalė	0	1 2 3	4 5	6 7 8	9 10
Žodinė skalė	Nėra skausmo	Silpnas skausmas	Vidutinis skausmas	Stiprus skausmas	Nepakeliamas skausmas

7 priedas. Lietuviškas skausmo klausimynas (A.Pakula 1986)

<p>1. <input type="checkbox"/> Banguojantis <input type="checkbox"/> Pulsuojantis <input type="checkbox"/> Tvinksintis</p>	<p>6. <input type="checkbox"/> Sukantis <input type="checkbox"/> Plėšiantis/Draskantis <input type="checkbox"/> Tempiantis <input type="checkbox"/> Lyg pleištą varytų</p>	<p>11. <input type="checkbox"/> Kankinantis <input type="checkbox"/> Verčiantis judėti, keisti padėtį <input type="checkbox"/> Neleidžiantis užmigti <input type="checkbox"/> Žudantis <input type="checkbox"/> Neleidžiantis galvoti apie nieką kitą <input type="checkbox"/> Neleidžiantis susikaupti</p>
<p>2. <input type="checkbox"/> Smelkiantis <input type="checkbox"/> Dilgus <input type="checkbox"/> Geliantis <input type="checkbox"/> Duriantis/Diegiantis <input type="checkbox"/> Veriantis <input type="checkbox"/> Grėžiantis</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> Deginantis <input type="checkbox"/> Perštintis <input type="checkbox"/> (Nu)plikinantis <input type="checkbox"/> “Karštas“</p>	<p>12. <input type="checkbox"/> Siutinantis <input type="checkbox"/> Erzinantis <input type="checkbox"/> Pykdantis</p>
<p>3. <input type="checkbox"/> Dilgčiojantis <input type="checkbox"/> “Šaudantis“ <input type="checkbox"/> Lyg adatėlėm baksnotų <input type="checkbox"/> Badantis</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> Maudžiantis <input type="checkbox"/> Geliantis <input type="checkbox"/> Bukas</p>	<p>13. <input type="checkbox"/> Nemalonus <input type="checkbox"/> Beprotiškas <input type="checkbox"/> Bjaurus</p>
<p>4. <input type="checkbox"/> Pjaunantis <input type="checkbox"/> Skeliantis pusiau <input type="checkbox"/> Aštrus</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> Įkyrus <input type="checkbox"/> Varginantis <input type="checkbox"/> Slopinantis <input type="checkbox"/> Išsekinantis</p>	<p>14. <input type="checkbox"/> Silpnas <input type="checkbox"/> Vidutinio stiprumo <input type="checkbox"/> Stiprus <input type="checkbox"/> Nepakeliamas</p>
<p>5. <input type="checkbox"/> Sukaustantis <input type="checkbox"/> Mėšlungiškas <input type="checkbox"/> Spaudžiantis/Slegiantis <input type="checkbox"/> Traiškantis <input type="checkbox"/> Gniaužiantis/Veržiantis</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Alpinantis/Tamsu akyse</p>	<p>15. <input type="checkbox"/> Keliantis mirties baime <input type="checkbox"/> Keliantis nerimą <input type="checkbox"/> Keliantis baimę</p>

8 priedas. Teisės aktai, reglamentuojantys priklausomybės ligų sveikatos priežiūrą, reabilitaciją ir prevenciją

Lietuvos Respublikos Seimo teisės aktai:

- Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas (Žin., 1997, Nr. 30-711);
- Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. 53-1290);
- Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. balandžio 8 d. nutarimas Nr. IX-2110 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004-2008 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 58-2041);
- 1999 birželio 1 d. Nr. VIII-1207 Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių) kontrolės įstatymas (Žin., 1999, Nr.55-1764; 2002, Nr.102-4547);
- Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas (Žin., 1998, Nr.8-161; 2000, Nr.61-1807; 2002, Nr.123-5536).

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai:

- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. lapkričio 10 d. nutarimas Nr.1210 „Dėl nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004-2008 metų programos įgyvendinimo 2006 metų priemonių patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 135-4851);
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. gegužės 30 d. nutarimas Nr. 591 „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, jo padarinių bei narkotinių ir psichotropinių medžiagų ir jų pirmtakų apyvartos stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 69-2470);
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimas Nr.437 „Dėl Ankstyvo vaikų (moksleivių) psichiką veikiančių medžiagų vartojimo nustatymo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 35-1305);
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 2 d. nutarimas Nr.1216 „Dėl Nacionalinės narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės 2004-2008 metų strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 94-4251; 2005, Nr.82-3027);
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. gegužės 17 d. nutarimas Nr. 537 „Dėl Vaikų, vartojančių psichiką veikiančias medžiagas, medicininės, psichologinės, socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 64-2285);
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 2 d. nutarimas Nr.1071 „Dėl vaikų, vartojančių narkotines, psichotropines, kitas psichiką veikiančias medžiagas, nustatymo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 107-4379);
- Lietuvos Respublikos vyriausybės 2001m. spalio 4 d. nutarimas Nr.129/518 „Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcija“ (Žin. Nr.88-3106).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos ir darbo, švietimo ir mokslo ministerijų teisės aktai:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. birželio 20 d. įsakymas „Dėl medicininės apžiūros neblaivumui (girtumui) ar apsvaigimui nuo psichiką veikiančių medžiagų nustatyti atlikimo ir bendros asmens būklės įvertinimo metodikų patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 56-2000);
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr.77-3020);

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1228 „Dėl 2009–2012m. priklausomybės ligų programos patvirtinimo“ (Žin., 2009, Nr. 4 - 108);
- Lietuvos Respublikos Švietimo ir mokslo ministerijos 2002 m. liepos 5 d. įsakymas Nr.1275 „Dėl tabako, alkoholio, narkotikų ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos švietimo įstaigose“ (Žin., 2002, Nr. 79-3377);
- Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr.204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir rehabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr 47-1824);
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V–653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“.