



NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

**B. BODNÁR¹, I. DÓCI², T. HIČÁROVÁ³,
A. KANTORKOVÁ⁴, S. LÚČNA⁵, M. MARTINOVE⁶,
E. VIŠŇOVSKÝ⁷**

¹ Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice, Košice

² II. Psychiatrická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

³ Plán B o.z., Bratislava

⁴ Centrum pre liečbu drogových závislostí Bratislava, Bratislava

⁵ Psychiatrická ambulancia, Nové Mesto nad Váhom

⁶ Odborný liečebný ústav psychiatrický n.o., Predná Hora

⁷ ADDICT s.r.o., Nitra

Závislosť od opioidov spôsobuje široké spektrum zdravotných a sociálnych problémov nielen samotným užívateľom, ale aj ich okoliu. Znamená významné ekonomické zaťaženie pre spoločnosť, nielen v zmysle nákladov na zdravotnú starostlivosť (náklady na liečbu a prevenciu), ale aj na iné rozpočty (najmä náklady na sociálny systém a náklady spojené s kriminalitou). Závislosť od opioidov má zároveň dosah na produktivitu vzhľadom na nezamestnanosť, absentérizmus a predčasnú mortalitu. Riziko úmrtia u ľudí závislých od heroínu je 12-násobne vyššie než u bežnej populácie. Hlavnými príčinami zvýšenej mortality v tejto populácii je predávkovanie, úrazy spo-

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

jené s užívaním drog a mnohé somatické aj psychické ochorenia priamo spojené s chronickým užívaním drog.

Substitučná liečba predstavuje v našich podmienkach jeden z dvoch základných postupov v manažmente závislosti od opioidov. Pre človeka so závislosťou od opioidov je možnou alternatívou k detoxifikácii a následnej prevencii relapsu (k tzv. „čistej – odvykacej liečbe“). Predmetom tohto dokumentu sú odporúčané postupy pre manažment substitučnej liečby pri závislosti od opioidov v tom rozsahu, ako je aktuálne dostupná na Slovensku.

Cieľom substitučnej liečby je odstránenie užívania ilegálnych psychoaktívnych látok, odstránenie injekčného užívania psychoaktívnych látok, zníženie zdravotných rizík a komplikácií spojených s opioidovou závislosťou, zlepšenie sociálnej integrácie, odstránenie kriminálnej aktivity.

Odkladá sa tak splnenie konečného cieľa, t.j. abstinencie bez užívania substitučnej látky, na obdobie, kedy ju bude pacient objektívne aj subjektívne schopný podstúpiť. Do tohto obdobia sa liečbou zabezpečí udržanie alebo zlepšenie psychického aj somatického stavu a normalizácia sociálneho fungovania.

Pacienti so substitučnou liečbou majú zároveň nižšie riziko úmrtia, nižšie riziko užívania heroínu a zníženú potrebu inej zdravotnej starostlivosti.

Substitučnú liečbu indikuje a poskytuje lekár so špecializáciou v odbore psychiatria. Substitučná liečba závislosti nie je akútnou starostlivosťou.

1. Zaradenie pacienta do substitučnej liečby

Dôležitou podmienkou pre zaradenie pacienta do substitučnej liečby je diagnostika závislosti od opioidov podľa kritérií MKCH10. Diagnóza sa stanovuje na základe psychiatrického vyšetrenia, podrobnej anamnézy od pacienta a aj jeho blízkych (heteroanamnézy), fyzikálneho vyšetrenia a vyšetrenia moču na prítomnosť psychoaktívnej látky. Dôležitými informáciami pri zaradení pacienta do liečby sú aj vyšetrenia na výskyt krvou prenosných infekčných chorôb (lues, HCV, HIV) a podľa potreby aj tehotenský test.

Indikáciu na začatie substitučnej liečby u človeka so závislosťou od opioidov posudzuje psychiater na základe splnenia všetkých nasledujúcich kritérií:

- závislosť od opioidov podľa kritérií MKCH10;
- moč pozitívny na opioidy;
- dostatočná motivácia pacienta na zotrvanie v liečbe, predpoklad spolupráce s liečbou;
- vek minimálne 15 rokov pri liečbe buprenorfín/naloxónom a vek minimálne 18 rokov pri liečbe metadónom;

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

– pacient bol oboznámený s liečbou, jej pravidlami a povinnosťami, jej prínosmi a rizikami a podpísal informovaný súhlas, v prípade mladistvého jeho zákonný zástupca.

Kontraindikáciami pre zahájenie substitučnej liečby sú:

– zdravotné dôvody (závažná hepatálna, renálna alebo kardiopulmonálna nedostatočnosť),

– známa alergická a/alebo závažné nežiaduce účinky pri predchádzajúcej liečbe substitučnou látkou.

Lekár sa pri indikácii substitučnej liečby riadi *Súhrnom charakteristických vlastností lieku*.

2. Začatie substitučnej liečby

2.1. Stanovenie úvodnej dávky a titrácia dávky

Vzhľadom na individuálne rozdiely v absorpcii, metabolizme a na dávke závislej odpovedi je dávkovanie substitučnej liečby flexibilné.

Cieľom indukčnej fázy je nájsť minimálnu dávku substitučnej látky, pri ktorej pacient prestane užívať ilegálne opioidy, nemá abstinenčné príznaky a nie je prítomná nekontrolovateľná túžba po droge, a zároveň nemá žiadne alebo len minimálne nežiaduce účinky. Substitučná liečba sa spravidla začína nízkymi dávkami.

Prvá dávka substitučnej látky by sa mala podať najskôr po 6 hodinách od užitia poslednej dávky krátko účinkujúcich opioidov, vhodnejšie je počkať až do nástupu prvých abstinenčných príznakov (12 hodín po požití heroínu alebo iných krátko účinkujúcich opioidov). Veľkosť prvej dávky sa stanoví s ohľadom na predpokladanú neuroadaptáciu. Po podaní prvej dávky a každým ďalším zvýšením dávky je potrebné sledovať pacienta 1-3 hodiny po administrácii a v prípade negatívnej reakcie (napr. známky predávkovania, alergická reakcia, toxická reakcia) zahájiť adekvátnu terapiu. Ak sú po 2 hodinách stále prítomné abstinenčné príznaky alebo sa vrátia, môže byť v prvý deň podaná druhá dávka substitučnej látky.

Ak sa u pacienta vyskytnú nežiaduce účinky (nauzea, závrate, agitácia, sedácia), dávka sa ďalej nezvyšuje, prípadne sa zníži. Dávka sa znižuje, ak sa vyskytnú príznaky intoxikácie v čase maximálneho účinku (1-4 hodiny od podania) alebo ak sú prítomné netolerovateľné nežiaduce účinky. Ak sa nevyskytnú žiadne problémy, pokračuje sa v postupnom zvyšovaní dávky až po dosiahnutie udržiavacej dávky.

Dávku metadónu je možné zvyšovať podľa schémy v tabuľke, buprenorfín/naloxón môže byť v tejto fáze bezpečne zvyšovaný o 2-8 mg za deň.

**B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA,
M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ
PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV**

Pokiaľ je potrebné prestaviť pacienta z buprenorfin/naloxónu na metadón:

- je to možné prakticky ihneď podľa schémy ako nižšie;
- vzhľadom na účinok naloxónu bude 24 – 72 hodín účinok metadónu mitigovalý;
- z metadónu na buprenorfin/naloxón, odporúča sa postupovať nasledovne:
 - pokiaľ je to možné, dávky metadónu sa najprv progresívne redukovujú na ≤ 30 mg/deň,
 - počká sa aspoň 24 hodín (ideálne 48 – 72 hodín) od užitia poslednej dávky metadónu, aby sa dosiahla maximálna tolerovateľnosť abstinencie pacientom, a následne sa pacient nastaví na buprenorfin/naloxón podľa schémy.

Obvyklá schéma nastavovania pacienta na substitučnú liečbu:

<i>Deň liečby</i>		<i>Metadón</i>	<i>Buprenorfin/naloxón</i>
<i>deň 1</i>	<i>začiatok liečby</i>	najskeôr 6 hodín po užití drogy, resp. počkať až do nástupu prvých abstinenných príznakov	
	<i>úvodná dávka</i>	5-20 mg podľa stupňa neuroadaptácie, výnimočne 30 mg pri potvrdenom vysokom stupni neuroadaptácie	2-4 mg buprenorfinu (1-2 tablety 2mg/0,5mg buprenorfin/naloxónu)
	<i>po podaní prvej dávky</i>	pacient pod dozorom 2-3 hodiny	odporúča sa pacienta sledovať 2-3 hodiny
	<i>známky intoxikácie alebo alergie</i>	zahájiť adekvátnu terapiu	
	<i>po 2 hodinách pretrvávajú alebo sa znovu objavia abstinenné príznaky</i>	zvýšenie dávky o 20 mg	zvýšenie dávky o 2-4 mg buprenorfinu (1-2 tablety 2mg/0,5mg buprenorfin/naloxónu)
	<i>maximálna denná dávka za prvý deň</i>	40 mg	8 mg buprenorfinu (1 tableta 8mg/2 mg buprenorfin/naloxónu)

**B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA,
M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ
PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV**

deň 2	ak pacient nemal v prvý deň abstinenčné príznaky ani nežiaduce alebo toxické účinky	podanie rovnakej dávky ako bola celková dávka za prvý deň	
	ak sa u pacienta v prvý deň vyskytli abstinenčné príznaky	zvýšenie dávky o 10 mg, max. do dávky 60 mg/týždeň	zvýšenie dávky o 2-4 mg buprenorfinu (1-2 tablety 2mg/0,5mg buprenorfin/naloxónu)
	ak sa u pacienta v prvý deň vyskytli netolerovateľné nežiaduce účinky alebo toxicita	zníženie celkovej dávky z prvého dňa	
	ak po 2 hodinách od podania dávky v druhý deň pretrvávajú alebo sa znovu objavia abstinenčné príznaky	zvýšenie dávky o 10-20 mg	zvýšenie dávky o 2-4 mg buprenorfinu (1-2 tablety 2mg/0,5mg buprenorfin/naloxónu)
	maximálna denná dávka za druhý deň	60 mg	16 mg buprenorfinu (2 tablety 8 mg/2 mg buprenorfin/naloxónu)
deň 3 ďalej	pokračovanie v nastavenej liečbe	udržiavanie nastavenej dávky	
	udržiavacia denná dávka	do 60 mg	12-24 mg buprenorfinu (12/3 mg až 24 mg/6 mg buprenorfin/naloxónu)
	maximálna denná dávka	n/a	24 mg buprenorfinu (24 mg/6 mg buprenorfin/naloxónu)
2. – 8. týždeň	V prípade potreby titrovanie udržiavacej látky	zvyšovanie dennej dávky o 10-20 mg za týždeň	
	Postupným titrovaním za niekoľko týždňov	podľa potreby aj viac ako 200 mg denne	

2.2. Monitoring pacienta počas úvodnej fázy substitučnej liečby

V priebehu úvodnej fázy pacient dochádza pre dávky denne a v prípade zvyšovania dávky zostáva na sledovanie 2 hodiny po podaní látky. Užitie substitučnej látky prebieha v tejto fáze pod dohľadom, aby nedošlo k jej zneužitiu. Pri užití metadónu stačí, ak pacient pred zdravotnou sestrou alebo

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

lekárom roztok s metadónom vypije a následne sa so sestrou alebo lekárom rozpráva. Dohľad nad užitím buprenorfin/naloxónu je zložitejší, keďže rozpustenie sublingválnej tablety trvá približne 15 minút a pacient si ju môže ľahko zasunúť do kútika úst. Priebežná kontrola úst pacienta by mala ukázať tabletu v rôznych fázach rozkladu.

Indukčná fáza s denným monitoringom pacienta trvá 2-4 týždne i dlhšie podľa tolerancie a s tým súvisiacou nekontrolovateľnou túžbou po droge (tzv. „cravingom“). V priebehu tohto obdobia sa vykonáva vyšetrenie moču na prítomnosť drogy aspoň 1x týždenne. Prechod na ďalšiu fázu s menej intenzívnym monitoringom je možný, až keď má pacient negatívne výsledky vyšetrení moču na prítomnosť drogy a spolupracuje (dochádza na kontroly podľa dohody, nevyskytujú sa iné formy správania, ktoré komplikujú liečbu). Podmienkou je plnenie jasne stanoveného režimu liečby pacientom v rámci stanoveného programového kontingenčného manažmentu (ako je uvedené ďalej).

3. Udržiavacia fáza substitučnej liečby

Počas udržiavacej fázy prebieha priebežné hodnotenie stavu pacienta. Dávka je prehodnocovaná podľa potreby, približne raz mesačne, najmä po vynechaných dávkach.

Frekvencia návštev pacienta v prípade substitúcie buprenorfin/naloxónom sa v udržiavacej fáze stanoví podľa jeho zdravotného stavu, spravidla však 1 až 2x za týždeň, s podrobným vyšetrením raz za mesiac. Súčasťou sledovania pacienta sú aj náhodné pravidelné vyšetrenia moču na prítomnosť drogy. Počas poskytovania substitučnej liečby pacienta so závislosťou od opioidov je potrebné v prípade dovolenky alebo inej dlhšej neprítomnosti na pracovisku zabezpečiť adekvátne zastupovanie.

Kontrolu užívania substitučnej látky je možné postupne znižovať v prípade dobrej spolupráce pacienta ako je pravidelné chodenie na kontroly, neprítomnosť príznakov užívania drog, negatívne vyšetrenia na drogy v moči, nevynechané dávky v posledných 4 týždňoch, pacient je bez príznakov zneužívania iných psychoaktívnych látok ako alkohol, benzodiazepíny a pod. Naopak, kontrola je potrebná u pacientov s nestabilnými sociálnymi podmienkami, so substitučnou liečbou v trvaní menej ako 3 mesiace, stredným alebo vysokým rizikom sebapoškodenia, dôkazmi alebo rizikom zneužitia substitučnej liečby či výskytom žiadosti o náhradu stratených dávok, ktoré dostal pacient na domov. Samotné zníženie kontroly je v rámci liečby vhodné využiť ako odmenu pre spolupracujúceho pacienta na podporu jeho sebaúcty a autonómie.

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

4. Ukončenie substitučnej liečby

Substitučná liečba je časovo neobmedzená udržiavacia terapia, ktorá má pripraviť pacienta na úplnú abstinenciu od opioidov. Substitučná liečba je dlhodobá a trvá minimálne 1 rok, podľa potreby aj dlhšie. Rozhodnutie o ukončení liečby by malo byť spoločným rozhodnutím lekára a pacienta a malo by nasledovať po dostatočnej stabilizácii pacienta. Dôvodom na plánované ukončenie liečby môže byť žiadosť pacienta, dostatočná stabilizácia pacientovej situácie, výskyt netolerovateľných nežiaducich účinkov, neúčinnosť liečby alebo plánovaný nástup pacienta do výkonu trestu. Ak existuje časový limit na úhradu lieku z verejného zdravotného poistenia, je potrebné na začiatku liečby pacienta na tento fakt upozorniť a pred uplynutím lehoty opätovne prediskutovať jeho vplyv na pokračujúcu liečbu. Lekár posúdi motiváciu pacienta, psychosociálnu stabilitu, súčasné užívanie alkoholu alebo iných psychoaktívnych látok, očakávania pacienta, zdroje podpory, obavy a plán následnej starostlivosti. Medzi faktory predpovedajúce úspešné ukončenie substitučnej liečby patria abstinencia od opioidov a iných psychoaktívnych látok počas substitučnej liečby, zamestnanie alebo iná zmysluplná činnosť a pozitívne zmeny v sociálnom prostredí pacienta v priebehu substitučnej liečby.

Ukončovanie liečby trvá 2 až 8 týždňov, pri metadóne aj 4 mesiace, v závislosti od výšky udržiavacej dávky, dĺžky substitučnej liečby, reakcie pacienta na znižovanie dávky a iných individuálnych podmienok. V prípade výskytu problémov (napr. netolerovateľné abstinénčné príznaky) sa môže rýchlosť znižovania dávok v priebehu ukončovania liečby upraviť alebo proces znižovania dávok prerušiť a vrátiť sa k pôvodnej udržiavacej dávke. Takýto postup zabráni riziku relapsu. V priebehu znižovania dávok je vhodné pacientovi zabezpečiť intenzívnejšie psychosociálne poradenstvo, ako aj dostatok informácií a edukáciu. Vzhľadom na riziko relapsov v tejto fáze je pacienta potrebné upozorniť, že ich tolerancia na opioidy sa znižuje a návrat k užívaniu drog v pôvodnej dávke môže viesť k predávkovaniu.

V prípade zlyhania, diskontinuácie substitučnej liečby, alebo výskytu závažných problémov pri ukončovaní liečby by mal mať pacient možnosť vrátiť sa k substitučnej liečbe.

Kontrola pacienta počas ukončovania liečby by mala byť častejšia než v udržiavacej fáze a mala by pokračovať aj niekoľko dní po podaní poslednej dávky s cieľom manažovať prípadné neskoršie abstinénčné príznaky. Platí to aj pri metadóne. Pri ukončovaní substitučnej liečby metadónom je zvyčajne denná dávka redukovaná o 5 až 10 mg týždenne. Akonáhle sa dosiahne dávka 20 alebo 30 mg, odporúča sa spomalenie poklesu dávok. Optimálne je

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

ukončovať liečbu znižovaním dávky po 1-5 mg. Pri poklese dávky pod 25 mg metadónu na deň nastáva kritické štádium so zvýšeným rizikom recidívy.

Odporúčaná rýchlosť znižovania dávok pri substitučnej liečbe buprenorfin/naloxónom v závislosti od veľkosti udržiavacej dávky je v nasledujúcej tabulke:

<i>udržiavacia dávka buprenorfinu</i>	<i>rýchlosť znižovania dávky</i>
pod 8 mg	2 mg každý 1 až 2 týždne
8 – 16 mg	2 až 4 mg každý 1 až 2 týždne
nad 16 mg	4 mg každý 1 až 2 týždne

V niektorých prípadoch môže byť nevyhnutné ukončiť substitučnú liečbu bez súhlasu pacienta. Nedobrovoľné vylúčenie z liečby je potrebné pri správaní, ktoré poskytovateľ považuje za netolerovateľné. Zahŕňa prípady, kedy pacient:

- verbálne alebo fyzicky ohrozuje iných pacientov alebo zdravotnícky personál;

- vykonáva ilegálne aktivity ako kradnutie, ničenie majetku alebo predaj psychoaktívnych látok, opakovane zneužíva alebo predáva substitučnú látku;

- závažnejším spôsobom porušuje dodržiavanie liečebného režimu (tzv. „compliance“) aj napriek adekvátnemu dávkovaniu substitučnej látky;

- pretrváva v užívaní ilegálnych psychoaktívnych látok ohrozujúcich jeho zdravie, aj napriek adekvátnemu dávkovaniu substitučnej látky.

Miera znižovania dávky pri nedobrovoľnom ukončení liečby môže byť rýchlejšia (napr. 4 až 8 mg buprenorfinu za 3-4 dni). V prípade substitučnej liečby metadónom je odporúčaná redukcia týždennej dávky: o 20 % pri dennej dávke nad 80 mg metadónu a redukcia o 10 mg za týždeň pri nižších denných dávkach. Pacienti, ktorí predstavujú riziko pre bezpečnosť iných pacientov alebo zdravotnícky personál, môžu byť z liečby vylúčení aj okamžite bez postupného znižovania dávky.

Ošetrojúci lekár v takomto prípade vydá na žiadosť pacienta krátky lekársky nález s odporúčaním na alternatívu liečby závislosti v inom zdravotníckom zariadení.

5. Psychosociálne poradenstvo

Psychosociálne poradenstvo by malo byť k dispozícii všetkým pacientom závislým od opioidov a liečených farmakologickou liečbou pre závislosti od

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

opiooidov. Základné minimum psychosociálneho poradenstva zahŕňa sledovanie bazálnych psychosociálnych potrieb, psychosociálne intervencie a navigovanie na existujúce rodinné a komunitné podporné služby.

Psychosociálne intervencie (PSI)

Typy psychosociálnych intervencií

Intervencie na sociálnej úrovni zahŕňujú pomoc pri zabezpečovaní základných potrieb počnúc jedlom, cez ošatenie, ubytovanie, zamestnanie, ako aj poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti, taktiež pomoc pri vytváraní novej sociálnej siete a sociálnych väzieb v rámci vhodnej spoločenskej komunity s adekvátnym hľadáním pohody. Intervencie na psychologickú/psychoterapeutickú úroveň majú široký záber od neštruktúrovanej podpornej psychoterapie až po vysoko štruktúrované špecifické techniky. Klinickí lekári alebo iní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali zvoliť, ktoré psychosociálne intervencie sú pacientom závislým od opiooidov schopní ponúknuť.

Psychologické intervencie

Medzi najčastejšie sledované prístupy patria hlavne kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) a kontingenčný manažment. Ďalšie najčastejšie psychologické a psychoterapeutické prístupy zahŕňajú manželskú a rodinnú terapiu, behaviorálnu terapiu pri vytváraní sociálnej siete a pod.

Kognitívno behaviorálna terapia závislosti od psychoaktívnych látok je založená na princípe, že závislé správanie je naučené správanie, ktoré je schopné sa meniť. Kognitívne prístupy sa v prvom rade zameriavajú na cieľ zmeniť návykové správanie, prostredníctvom zmien v dysadaptívnych myšlienkach, ktoré slúžia na udržanie závislého správania alebo prostredníctvom posilňovania pozitívnych kognícií (myšlienok) a posilňovania a zvyšovania motivácie k zmene správania. Bežne používané varianty sú kognitívna terapia, prevencia relapsu a motiváciu zvyšujúca terapia. Behaviorálne prístupy v prvom rade sledujú za cieľ zmeniť správanie vyrastajúce z podmieneného učenia: ide o učenie založené na klasickom a operantnom podmieňovaní. Týchto prístupov je veľa a sú rôznorodé, ale vždy zahŕňajú intervencie zamerané na vyhasínanie klasicky nepodmieňovanej reakcie (napr. využívaním expozície spúšťajúceho mechanizmu tzv. triggeru a nácviku prevencie relapsu) alebo sú založené na inštrumentálnom tzv. operačnom podmieňovaní (napr. prostredníctvom komunitného posilňovania alebo kontingenčného manažmentu), v ktorých sú pozitívne vzorce správania neužívania drog pozitívne posilňované. KBT vyžaduje odborný výcvik alebo

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

odborné vedomosti, napríklad v klinickej psychológii alebo v odbornom výcviku v kognitívno-behaviorálnej terapii.

Kontingenčný manažment je metóda odmeňovania alebo potrestania špecifického typu správania pomocou štruktúrovaného, transparentného prístupu tak, že sa posilňuje a zvyšuje výskyt chceného/požadovaného správania. Väčšina programov sa zameriava na pozitívne správanie s maximálnou podporou pre požadované správanie.

Prvky kontingenčného manažmentu sú:

1) jasné definície žiaduceho správania, typickým príkladom je napríklad abstinencia od opioidov;

2) pravidelné monitorovanie prítomnosti alebo neprítomnosti požadovaného správania, prostredníctvom pravidelnej toxikologickej kontroly moču;

3) stanovené odmeny za požadované správanie (akými môžu byť rôzne poukážky prípadne aj finančného charakteru zaužívané v niektorých krajinách, dávkovanie psychofarmakologickej substitúcie na domov, tzv. „home-taking advantages“, možnosť dovolení, atď.);

4) pozitívna spätná väzba od všetkých členov personálu a tímu za požadované správanie.

Kontingenčný manažment môžu poskytovať aj členovia terapeutického tímu, resp. personálu s relatívne ľahkým tréningom a nemusí sa vyžadovať špecifická odbornosť v oblasti klinickej psychológie či psychoterapie.

Sociálne intervencie

Odborné vzdelávanie

Odborná príprava zahŕňa celý rad programov, aby si pacienti mohli nájsť a udržať si zamestnanie. Príprava vzdelávania môže zahŕňať nácvik zručností, chránené pracovné prostredie, monitorovanie a kontrolovanie užívania drog počas zamestnania.

Bývanie

Ubytovacie služby predstavujú rôznorodé spektrum pomoci od hľadania ubytovania pre bezdomovcov až po vyhľadanie stabilnejšieho, cenovo dostupného dlhodobého ubytovania. Aj keď môžu existovať rôzne riziká v prípade spoločného ubytovania závislých pacientov spolu v rôznych typoch ubytovacích zariadení a ich usporiadania, stabilné ubytovanie v prostredí bez psychoaktívnych látok je žiaduce.

Aktivity

Schopnosť zúčastňovať sa a tráviť voľný čas ako aj vhodne zvoliť aktivitu je tiež dôležitým aspektom psychosociálnej podpory. Programy môžu poskytovať prístup k celej rade zdravých voľno časových aktivít.

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

Nácvik sociálnych zručností

Nácvik sociálnych zručností môže byť definovaný ako súhrn metód, ktoré používajú špecifické princípy teórie učenia zacielené na získavanie, zovšeobecnenie a vytvorenie stability zručností potrebných v sociálnych a interpersonálnych situáciách. Nácvik by mal prebiehať v kontexte reálnych každodenných životných skúseností, nielen na uzavretých sedeniach.

Kto môže poskytnúť psychosociálnu podporu?

Psychosociálnu podporu môže poskytnúť personál a dobrovoľníci v miere proporčnej ich dosiahnutej úrovni odborných znalostí. Ako minimum sa odporúča, aby ten, kto poskytuje psychosociálnu podporu závislým pacientom od opioidov absolvoval aspoň krátky odborný tréning v danej oblasti (napr. aktívna účasť v krátkom vzdelávacom programe), aby sám seba nevystavil rizikám, alebo nechtiac neublížil iným. Profesionálny personál bez špecifického odborného psychoterapeutického výcviku môže očakávať, že bude schopný poskytnúť podpornú psychoterapiu alebo manualizované štruktúrované poradenstvo po 1 až 2 týždňovom krátkom prípravnom školení.

Základné minimum v poskytovaní psychosociálnej podpory a poradenstva spočíva v jeho dostupnosti pre všetkých pacientov závislých od opioidov liečených farmakologicky. Minimálne by mala zahŕňať vyšetrenie a sledovanie psychosociálnych potrieb, podporné poradenstvo a navigovať na existujúce rodinné a komunitné podporné služby.

V ideálnom prípade by malo byť odborne k dispozícii množstvo štruktúrovaných psychosociálnych intervencií flexibilne používaných podľa potrieb pacientov. Patria medzi ne špecifické formy psychoterapie akou je napríklad aj kognitívno behaviorálna terapia alebo kontingenčný manažment, alebo aj krátke poradenstvo podporného charakteru či intervencie sociálneho charakteru pomoci pri bývaní, zamestnaní, vzdelávaní, sociálnej starostlivosti, či právnych problémoch a ďalšie.

Ak je to možné, mali by byť štruktúrované psychosociálne intervencie k dispozícii všetkým pacientom závislým od opioidov v súvislosti s liečbou závislosti od opioidov.

6. Špeciálne podskupiny pacientov

Tehotné pacientky

Tehotenstvo pacientky závislej od opioidov musí byť vždy považované za rizikové. Teratogénne účinky opioidov sú skôr nepravdepodobné, ale práve v kontexte ilegálneho užívania psychoaktívnych látok a súbežného užívania týchto látok v priebehu terapie, existuje zvýšené riziko vzniku vývojových

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

anomálií a poruchy rastu plodu. Rozhodujúci význam z hľadiska priebehu tehotenstva bez komplikácií má zamedzenie akútnych abstinčných príznakov u tehotných závislých od opioidov, pretože môže nastať až intrauterinné úmrtie plodu. Kvôli nedostatočným skúsenostiam používania buprenorfin/naloxónu v tehotenstve je nutné, aby používanie buprenorfin/naloxónu počas tehotenstva posúdil lekár, a aby liečba pokračovala len v prípade, že potenciálne výhody prevažujú nad potenciálnymi rizikami pre plod. Inou voľbou môže byť metadón alebo buprenorfin ako monopreparát – v Českej republike. Indikácia k prerušeniu tehotenstva z obavy pred vývojovými anomáliami neexistuje.

Pôrod

Novorodenecký abstinčný syndróm (NAS) vzniká u detí substituovaných matiek po uplynutí niekoľkých dní a prejavuje sa nedostatočnou schopnosťou sať, nepokojom a charakteristickým prenikavým plačom.

Dojčenie

Dojčenie novorodenca v prípade substitúcie metadónom (alebo monopreparátom buprenorfinom), pokiaľ matka súbežne neužíva iné psychoaktívne látky, nie je kontraindikované. Počas liečby buprenorfin/naloxónom by malo byť dojčenie prerušené.

Mládež (vek menej ako 15 rokov)

Substitučná liečba buprenorfin/naloxónom vzhľadom na chýbajúce údaje o jej bezpečnosti a účinnosti sa neodporúča u detí do veku 15 rokov a pri liečbe metadónom u detí do veku 18 rokov.

Hepatitídy, HIV/AIDS

Pri *hepatitídach* a ich liečbe alebo poruchách funkcie pečene je zvýšené riziko urýchlenia poškodenia pečene, a preto sa u pacientov v substitučnej liečbe odporúča pravidelné sledovanie funkcie pečene.

Pri *HIV/AIDS* štúdie jednoznačne poukazujú na to, že dostupnosť a účinnosť perorálnej substitučnej terapie podporuje adhérenciu k antiretrovirálnej liečbe u injekčných užívateľov opioidov, znižuje ilegálne užívanie opioidov, ich injekčnú aplikáciu a obmedzuje rizikové správanie a tým aj pravdepodobnosť HIV infekcie medzi injekčnými užívateľmi opioidov.

Psychiatrická komorbidita

Vysoká komorbidita u závislých od opioidov je hlavne medzi afektívnymi poruchami (najmä depresívne poruchy). Všeobecne sa odporúča sprievodná psychiatrická liečba a prípadne úprava dávky substitučnej látky.

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

Ústavy na výkon väzby a výkon trestu

Substitučná liečba nie je v našich ústavoch na výkon väzby, resp. výkon trestu dostupná. Počet väzňov, ktorí majú prístup k substitučnej liečbe je vo všeobecnosti nízky, dostupnosť substitučnej liečby závislosti od opioidov kvôli akútnej detoxikácii vo väzení uvádza len málo krajín EÚ.

Zneužívanie substitučných látok

Z klinických skúseností a vedeckých výskumov vyplýva, že závislí od opioidov užívajú aj substitučné lieky, ktoré sa dostali na čierny trh. Zdrojom týchto substitučných látok sú hlavne pacienti v substitučnej liečbe, ktorí si svoj liek na predpis môžu vziať so sebou domov (tzv. „Take-Home“) a predajú celú predpísanú dávku alebo jej časť na čiernom trhu. Ilegálne získané substitučné látky sa často zneužívajú primárne kvôli ich psychotropnému účinku, ale prevažujú skôr ciele, ktorými je obstarávanie náhradnej látky v prípade nedostatočného prísunu heroínu, self-detoxikácia alebo aj preklopenie doby čakania na začiatok liečby.

Samotný psychotropný účinok substitučnej látky – napr. eufória predpokladá, že v mozgu dôjde k rýchlemu uvoľneniu látky, ako sa to deje najmä po intravenózne alebo nazálnej aplikácii („šňupanie“). Roztoky metadónu môžu obsahovať prísady a intravenózne aplikácie týchto roztokov sú tak späté so zdravotnými rizikami, napr. s bolesťami v mieste vpichu. Kombinovaný preparát buprenorfín/naloxón bol vyvinutý tak, aby sa predišlo nesprávnemu užívaniu buprenorfínu. Pri injekčnej aplikácii alebo nazálnom užití buprenorfín/naloxónu môže naloxón vyvolať abstinenčné príznaky: pri správnom užití sa antagonistický účinok naloxónu nerozvinie. Ako vyplynulo z epidemiologických štúdií, kombinovaný preparát sa zneužíva oveľa zriedkavejšie ako preparát buprenorfínu. Závislí od opioidov hodnotili nesprávne užitie kombinovaného preparátu ako nepríjemnú skúsenosť, analogicky sa jeho cena na čiernom trhu ukázala nižšia než cena buprenorfínu.

Ak ide u pacienta o závislosť od injekčného užívania, odporúča sa nastaviť taký režim liečby, ktorý minimalizuje riziká (napr. metadónová substitúcia s kontrolou podania).

7. Manažment bolesti u pacientov so závislosťou od opioidov

7.1. Akútna bolesť

Pacienti so závislosťou od opioidov majú vplyvom opioidovej tolerancie často znížený prah bolesti. Zároveň sú rezistentnejší na liečbu bolestí opioidmi, následkom tolerancie alebo blokováním ich účinku pri liečbe bupre-

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

norfinom alebo naltrexómom. Pacienti so závislosťou od opioidov bývajú často pri akútnej bolesti poddávkovani. Pacienti so závislosťou od opioidov majú mať nárok na adekvátnu liečbu bolesti, avšak niektorí sa budú snažiť manipulovať zdravotníkov, aby získali opioidy. Na zníženie tohto rizika je možné prijať nasledujúce opatrenia:

- manažment bolesti vykonávať len prostredníctvom jedného zdravotníckeho zariadenia;
- adekvátne určiť druh bolestivého stavu;
- rýchle vyliečenie akútnej bolesti s následným prechodom na dlhšie účinkujúce opioidy, ktoré majú nižšie riziko zneužitia a vedú k stabilnejším analgetickým účinkom (ako protiklad k cyklickým schémam intoxikácie a abstinénčného syndrómu); klinické zhodnotenie by malo rozlíšiť abstinénčné príznaky od intoxikácie. Opioidy by sa mali titrovať na dosiahnutie odpovede s pozorným sledovaním klinických prejavov abstinénčného syndrómu alebo intoxikácie na stanovenie adekvátnych dávok.

Pacienti bez substitučnej liečby

Pre pacientov užívajúcich ilegálne opioidy bez substitučnej liečby môže zahájenie substitučnej liečby metadónom zabezpečiť ako manažment závislosti, tak aj bolesti.

Pacienti so substitučnou liečbou s parciálnymi agonistami (buprenorfín)

Vzhľadom na vyššiu afinitu buprenorfínu k opioidovým receptorom, môžu pacienti liečení buprenorfínom potrebovať na zvládnutie akútnej bolesti vyššie dávky opioidov. Najvhodnejším opioidom u týchto pacientov je fentanyl, ktorý má vyššiu afinitu k opioidovým receptorom než ostatné lieky. Pre zvládnutie miernejšej bolesti môže postačovať zvýšenie dávok buprenorfínu alebo pridanie slabých opioidov (napr. tramadol).

Ak táto liečba nepostačuje, ďalšími možnosťami sú:

- prestavenie pacienta z buprenorfínu na plného agonistu (napr. metadón alebo morfín) a návrat k buprenorfínu po zvládnutí bolesti;
- pokračovanie s liečbou buprenorfínom doplnenou vysokými dávkami opioidov, pričom je potrebné predísť predávkovaniu v prípade následného vysadenia buprenorfínu, a tým straty jeho blokovacieho efektu;
- pokračovanie s liečbou buprenorfínom doplneným neopioidnou analgéziou, napr. infúziou ketamínu, alebo využitie prídavného efektu klonidínu alebo benzodiazepínov.

Pacienti so substitučnou liečbou s plnými agonistami (metadón)

Pre miernu a akútnu bolesť sú prvou voľbou neopioidné analgetiká (napr. paracetamol). Pri závažnejšej bolesti sa postupuje rovnako ako pri

B. BODNÁR, I. DÓCI, T. HIČÁROVÁ, A. KANTORKOVÁ, S. LÚČNA, M. MARTINOVÉ, E. VIŠŇOVSKÝ / NÁVRH ODPORÚČANÍ PRE SUBSTITUČNÚ LIEČBU ZÁVISLOSTI OD OPIOIDOV

iných pacientoch, avšak pacienti na metadóne potrebujú na zvládnutie bolesti vzhľadom na vyvinutú toleranciu vyššie dávky opioidov.

V liečbe bolesti by sa nemali používať parciálni agonisti ako buprenorfin, pretože môžu vyvolať abstinenčné príznaky. Vzhľadom na skríženú toleranciu medzi metadónom a anestetikami potrebujú pacienti na metadóne pri chirurgických alebo dentálnych zákrokoch vyššie dávky anestetík.

7.2. Chronická bolesť

Pokiaľ je to možné, pri liečbe chronickej bolesti u pacientov so závislosťou od opioidov je zvlášť dôležitá identifikácia fyzickej alebo psychologickéj príčiny a jej odstránenie. Odporúča sa, aby pacienti bez substitučnej liečby boli namiesto predpisovaných opioidov nastavení na metadón alebo buprenorfin. V niektorých prípadoch sa môže liečba opioidmi stať neúčinnou vzhľadom na zneužívanie alebo exacerbáciu bolesti vplyvom opioidmi indukovanej hyperalgézie. V týchto prípadoch môže byť vhodná detoxifikácia. Opioidmi v substitučnej liečbe stimulovaná hyperalgézia je reverzibilná, vyžaduje si však dlhšiu dobu abstinencie.

Poznámka: Tento dokument plánujú autori publikovať prostredníctvom MZ SR ako Odborné usmernenie MZ SR.

Vyhlásenie autorov o konflikte záujmov: Žiaden deklarovateľný potenciálny konflikt záujmov vo vzťahu k tejto publikácii.

Doručené do redakcie: 22. 5. 2015

Prijaté na publikovanie: 17. 6. 2015

Adresa autora: MUDr. Boris Bodnár

Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice

Skladná 2, 040 01 Košice

bodnarb@centrum.sk