Názov:

Komplexný manažment pacienta so závislosťou od opioidov

Autor:

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.; MUDr. Boris Bodnár, MBA; MUDr. Martin Somora; MUDr. Michal Turček, PhD.; MUDr. Miroslav Grohol; PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.; MUDr. Eduard Višňovský

Odbor:

Medicína drogových závislostí

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment pacienta so závislosťou od opioidov

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
114	*23. september 2020*	*schválené*	*1. december 2020*

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.; MUDr. Boris Bodnár, MBA; MUDr. Martin Somora; MUDr. Michal Turček, PhD.; MUDr. Miroslav Grohol; PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.; MUDr. Eduard Višňovský

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (MUDr. Boris Bodnár, MBA; MUDr. Martin Somora; MUDr. Michal Turček, PhD.; PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubiško, PhD., mim.prof.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová
opioidy, závislosť, diagnostika, liečba, substitučná liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AIDS	syndróm získanej imunodeficiencie
EMCDDA	Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť
EÚ	Európska únia
HCV	vírus hepatitídy C
HIV	Human immunodeficiency virus, vírus ľudskej imunodeficiencie
KBT	Kognitívno - behaviorálna terapia
KM	Kontingenčný manažment
MI	Motivačné interview
MKCH - 10	10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb
NA	Narkomani anonymní
NAS	novorodenecký abstinenčný syndróm
NMCD	Národné monitorovacie centrum pre drogy
SR	Slovenská republika
SZO	Svetová zdravotnícka organizácia
ŠDTP	Štandardné diagnostické a terapeutické postupy
TBC	tuberkulóza

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria/medicína drogových závislostí – komplexné klinické psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika závislosti od opioidov, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení, indikovanie klinických vyšetrení z iných odborov pre vyšetrenie a liečbu somatických ochorení a komplikácií závislosti, indikovanie psychodiagnostiky, indikovanie farmakoterapie, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, tvorba individuálneho terapeutického plánu, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie, riadenie liečebného programu, vedenie komunitnej starostlivosti, administratívna činnosť potrebná pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti, administratívna činnosť týkajúca sa súdom nariadených ochranných liečení, konziliárna činnosť, supervízia práce lekára bez špecializácie, supervízia komunitnej starostlivosti.

Lekár bez špecializácie v odbore psychiatria - komplexné klinické psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika závislosti od opioidov, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení pod dohľadom psychiatra, indikovanie klinických vyšetrení z iných odborov pre vyšetrenie a liečbu somatických ochorení a komplikácií závislosti pod dohľadom psychiatra, indikovanie psychodiagnostiky, indikovanie farmakoterapie

pod dohľadom psychiatra, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie pod dohľadom psychiatra alebo klinického psychológa, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám pod dohľadom psychiatra alebo klinického psychológa, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie pod dohľadom psychiatra alebo klinického psychológa, administratívna činnosť potrebná pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Iný lekár bez špecializácie v odbore psychiatria (všeobecný lekár, iný špecialista): indikovanie psychiatrického vyšetrenia pacientovi pre podozrenie existencie diagnóz závislosti od opioidov, spolupráca s psychiatrom pri tvorbe a manažmente terapie u pacienta so somatickými ťažkosťami (napr. infekčné hepatitídy), poskytovanie poradenstva a psychoedukácie.

Klinický psychológ – realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie, participovanie na psychoterapeutických aktivitách v komunitnej starostlivosti.

Psychológ bez špecializácie - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia pod dohľadom klinického psychológa, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie pod dohľadom klinického psychológa, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie pod dohľadom klinického psychológa, participovanie na psychoterapeutických aktivitách v komunitnej starostlivosti pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra.

Liečebný pedagóg - terapeuticko - výchovná činnosť, individuálna a skupinová psychoterapia, liečebno - pedagogické poradenstvo, psychoedukácia, komunitná činnosť, konzultačno - poradenské intervencie smerom do životného prostredia pacienta, párová a rodinná terapia, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie.

Sestra – realizácia ošetrovateľských postupov, administratívna činnosť ošetrovateľskej starostlivosti, podávanie farmakoterapie, psychorehabilitačná činnosť, komunitná činnosť, pri špecializácii v psychiatrii skríning a poradenstvo, poskytovanie psychoterapie pod vedením psychiatra alebo klinického psychológa, po výcviku v psychoterapii aj samostatne.

Pomocný pracovník v zdravotníctve („sanitár") - manipulovanie s biologickým materiálom, napr. krv, moč a pod., dozor pri odbere moču, polohovanie pacientov, pomáhanie pacientom pri hygiene a ďalšie pomocné práce podľa pokynov sestry, sprevádzanie a prevoz pacientov na miesto určenia (napr. na operačnú sálu, lôžko, vyšetrenie a pod.), pripravovanie zdravotníckeho materiálu a pomôcok podľa pokynov zdravotnej sestry, starostlivosť o lôžko pacienta a ďalší inventár zdravotníckeho zariadenia (napr. zber a odvoz použitej bielizne), základné ošetrovanie pacientov (napr. obväzovanie).

Sociálny pracovník - psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno - právne poradenstvo a asistencia.

Úvod

Opioidy sú látky, ktorých názov pochádza zo zaschnutej šťavy makovíc maku siateho – ópia. Ako opiáty sa označujú prírodné alkaloidy vyskytujúce sa v ópiu. **Opioidy je širší pojem, ktorý zahŕňa všetky látky, pôsobiace na opiátové receptory, či už syntetické, polosyntetické, alebo čisto prírodného pôvodu.**

Rozširovanie užívania ópia v Európe začalo v 16. storočí. Následne k ďalšiemu nárastu užívania opioidov výrazne napomohlo injekčné subkutánne podávanie morfínu od šesťdesiatych rokov 19. storočia a od prelomu 19. a 20. storočia nezastavil šírenie závislosti ani objavený heroín. V súčasnosti poznáme mnoho rôznych opioidov a okrem heroínu, ktorý je najčastejšie užívaným opioidom u prvožiadateľov o liečbu na Slovensku aj v EÚ, sú často zneužívané aj iné opioidné analgetiká.

Závislosť od opioidov predstavuje vážny medicínsky problém. Výrazne mení kvalitu života jedinca so závislosťou s výraznou morbiditou a rizikom mortality ako aj život jeho blízkych. Podľa údajov NMCD a EMCDDA sú opiody najčastejšou príčinou úmrtí spojených s užitím ilegálnych psychoaktívnych látok. Morbidita spolu s nezamestnanosťou, násilím a kriminálnou činnosťou zhoršujú kvalitu života.

Komplexný manažment pacienta so závislosťou poskytuje celistvý postup pri diagnostike, liečbe a doliečovaní pacientov s touto poruchou. Cieľom manažmentu je dlhodobá abstinencia od opioidov aj iných ilegálnych psychoaktívnych látok, prevencia relapsu, v prípade nemožnosti dosiahnuť čistú liečbu je adekvátnou formou substitučná liečba.

Súčasťou týchto ŠDTP nie sú rizikové a škodlivé užívanie opioidov, liečba intoxikácie a zdravotné komplikácie užívania opioidov.

Prevencia

Cieľom prevencie je vylúčiť užívanie opioidov a minimalizovať negatívne dôsledky ich užívania na jedinca, rodinu alebo spoločnosť. Pre naplnenie tohto cieľa je potrebná koordinovaná súčinnosť inštitúcii na viacerých úrovniach.

Na národnej úrovni bola prijatá Národná protidrogová stratégia SR na roky 2013 - 2020. Rada vlády SR pre protidrogovú politiku je zodpovedná za medzirezortnú koordináciu tejto stratégie. Medzi medicínske ciele odborov psychiatria a medicína drogových závislostí v rámci prevencie patria liečba závislosti a zmena životného štýlu, substitučná liečba závislosti od opioidov, ktorá vychádza z princípov harmreduction s cieľom vylúčiť užívanie akejkoľvek ilegálnej psychoaktívnej látky, odstránenie injekčného užívania psychoaktívnych látok, znížiť riziko prenosu infekčných ochorení a znížiť kriminalitu.

Epidemiológia

Vo svete v rozvinutých krajinách užilo opioidy niekedy v živote asi 1 % jedincov. Prevalencia v súčasnosti medzi jednotlivými krajinami je od 0,1 % (napr. Japonsko) do 0,9 % (napr. Veľká Británia).

Podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA, 2019) bola prevalencia problémového užívania opioidov medzi dospelými osobami v roku 2017 v EÚ 0,4 %. Je to celkovo 1,3 milióna užívateľov opioidov v týchto krajinách spolu. Opioidy boli v roku 2017 hlavným dôvodom vstupu do liečby u 35 % jedincov vstupujúcich do protidrogovej liečby v Európe. Primárni užívatelia heroínu tvorili 78 % užívateľov opioidov, ktorí žiadali o liečbu prvýkrát. Trend nových žiadateľov s heroínovou závislosťou od roku 2007, kedy mal najvyššiu úroveň, klesol o viac než polovicu do roku 2013, kedy mal najnižšiu úroveň. V ďalšom období mal stabilnejší charakter. Stále častejšie sa zneužívajú aj iné opioidy (buprenorfín, fentanyl, kodeín, metadon, morfín, oxykodón, pentazocín, tramadol).

Medzi užívateľmi opioidov prevažujú v EÚ muži v pomere 4:1. Priemerný vek pri prvom užití opioidov je 24 rokov a pri prvom vstupe do liečby 35 rokov. Heroín je vo väčšine krajín hlavnou injekčne užívanou drogou. Celkový trend injekčného užívania drog má klesajúci charakter.

Prevalencia užívania heroínu v populácii 18 ročných alebo vysokoškolákov na Slovensku v roku 2014 bola 0,7 %. Počet jedincov so závislosťou od opioidov, ktorí vstúpili do liečby prvýkrát, bol najvyšší v roku 1999 (1753). Následne mal klesajúcu tendenciu (154 v roku 2017). Podiel injekčných užívateľov heroínu bol v roku 2014 medzi prvoliečenými 30 % a medzi dlhodobými užívateľmi 54 %. Vek pri prvom užití heroínu bol v SR v roku 2017 20 rokov a pri prvom vstupe do liečby 34 rokov.

Opioidné analgetiká sú dôležitou súčasťou liečby bolestivých stavov. Od roku 1986 sa ich dostupnosť signifikantne zvýšila po uvedení liečby dokumentu pre liečbu bolesti pri rakovine, ktorý vydala SZO. V súčasnosti existujú výrazné geografické rozdiely v ich spotrebe. V krajinách Severnej Ameriky a Západnej Európy je ich preskripcia najvyššia a neustále sa zvyšuje. Na Slovensku je ich užívanie v porovnaní s uvedenými krajinami podstatne nižšie. Napriek tomu je dostupnosť v analgetickej indikácii k tejto forme liečby dostatočná.

Časť užívateľov opioidných analgetík ich neadekvátne nadužíva. Podľa údajov SZO je to 0,43 % užívateľov a u 0,05 % vzniká závislosť. V prípade vzniku závislosti je namieste komplexná liečba rovnaká ako v prípade ilegálnych opioidov.

Patofyziológia

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním opioidov patria do skupiny porúch psychiky vyvolaných užívaním psychoaktívnych látok (v užšom zmysle látkových závislostí). Jedná sa o poruchy, na vzniku ktorých sa podieľajú biologické aj psychologické mechanizmy. Biologickým substrátom je predovšetkým ovplyvnenie aktivity dopamínového systému mozgu.

Opioidy sú látky, ktoré sú schopné naviazať sa na opioidný receptor. Medzi opioidy patria endogénne opioidné peptidy, ópiové alkaloidy, polosyntetické a syntetické opioidy. Opiáty sú alkaloidmi prírodného ópia a ich polosyntetické deriváty.

Opioidy sa podieľajú na širokej palete funkcií regulujúcich odpovede na stres, príjem potravy, náladu, učenie, pamäť a imunitné reakcie. Hlavnými účinkami opioidov na centrálny nervový systém sú: eufória, tlmenie bolesti, ospalosť, nauzea, vracanie, respiračný útlm, útlm kašľacieho reflexu. Na periférnom nervovom systéme sa účinok opioidov prejavuje suchosťou slizníc, obstipáciou, miózou, zhoršenou pasážou moču a opioidmi indukovaným histamínovým efektom (svrbenie, potenie, sčervenanie).

Opioidy reagujú so špecifickými väzobnými miestami v mozgu. Sú známe tri hlavné skupiny opioidných receptorov μ, δ a κ receptory. Tieto opioidné receptory sprostredkovávajú účinok exogénnych aj endogénnych opioidov.

- **μ receptory** sa nachádzajú najmä v šedej hmote miechy a v mediálnom talame. Ich aktivácia má za dôsledok analgetické účinky, útlm dýchania, zmeny nálady (eufóriu), ľahostajnosť k nepríjemným podnetom, poruchu koncentrácie, ospalosť,
- **κ receptory** sa nachádzajú najmä v dorzálnych miechových rohoch, v hlbokých vrstvách kortexu a ich aktivácia vedie k spinálnej anestézii, pôsobí sedatívne, dysforicky a vyvoláva miózu,
- **δ receptory** sú predovšetkým v mieche a limbickom systéme, ich aktivácia sa podieľa na analgézii, vedie k mióze a hypotenzii.

Stimuly sprostredkované opioidnými receptormi následne aktivujú mezolimbický dopamínový systém, preferenčne v oblasti nucleus accumbens, pričom stimulačné účinky na uvoľňovanie dopamínu sú významne vyššie ako u prirodzených posilňovačov (napr. strava). Opakované a frekventné podnety znižujú reaktivitu mezolimbickej oblasti na každodenné podnety, ale zároveň spôsobujú nadmernú reaktivitu na opioidy. Pri opakovanom podávaní opioidov dochádza v dôsledku adaptačných mechanizmov k zmene senzitivity neurónov, vyvíja sa tolerancia a sú potrebné vyššie koncentrácie a dávky psychoaktívnej látky na dosiahnutie požadovaného účinku. Akútna desenzitizácia opioidných receptorov, ktorá sa vyvinie v priebehu minút počas užitia opioidov, sa stráca v priebehu minút až hodín. Pri dlhodobej desenzitizácii, ktorá sa vyvíja pomaly, pretrváva táto hodiny až dni po ukončení užívania opioidov. Opakovaná expozícia opioidom vyvoláva komplexné a rozsiahle zmeny endogénneho opioidového systému, pričom v dôsledku dlhodobej dysregulácie tohto systému sú ovplyvnené reakcie na stres a správanie zamerané na užívanie psychoaktívnej látky.

Klasifikácia

Syndróm závislosti od opioidov je psychická porucha, ktorá je súčasťou Medzinárodnej klasifikácie chorôb jej 10. revízie. Je uvedená v kapitole F – Duševné poruchy a poruchy správania pod kódom F11 – Duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užitím opioidov.

Pri užívaní opioidov sa môžu vyskytnúť nasledujúce klinické stavy:
F11.0 – Intoxikácia
F11.1 – Škodlivé užívanie
F11.2 – Syndróm závislosti
F11.3 – Abstinenčný syndróm (stav odňatia)

Diagnostické kritéria intoxikácie opioidmi podľa MKCH - 10 sú:

A. Všeobecné kritéria intoxikácie:
    1. dôkaz užitia psychoaktívnej látky,
    2. príznaky zodpovedajúce účinkom danej látky,
    3. príznaky nie je možné vysvetliť somatickou poruchou.
B. Prítomný je aspoň jeden z nasledujúcich príznakov:
    1. apatia a útlm,
    2. dezinhibícia,
    3. psychomotorická retardácia,
    4. zhoršenie pozornosti,
    5. zhoršenie úsudku,
    6. narušenie osobného fungovania.
C. Prítomný je najmenej jeden z príznakov:
    1. otupenosť,
    2. nezreteľná reč,
    3. zúžené zrenice,
    4. kvantitatívna porucha vedomia (napr. sopor, kóma).

Podľa MKCH - 10 musia byť pre diagnózu syndrómu závislosti od opioidov splnené súčasne minimálne tri z nasledujúcich kritérií po dobu aspoň jedného mesiaca, alebo v kratších obdobiach opakovane, v priebehu dvanástich mesiacov:

1. silná túžba alebo nutkanie užiť opioidy,
2. narušená schopnosť kontrolovať užívanie opioidov vo vzťahu k začatiu, ukončeniu alebo užitej dávke prejavujúca sa častým užívaním opioidov vo veľkých dávkach alebo v dlhšom období ako bolo zamýšľané, alebo neustálou túžbou alebo neúspešnými pokusmi dávku znížiť alebo regulovať,
3. prejavy odvykacieho stavu, ktorý vzniká pri ukončení užívania opioidov, alebo pri znížení užitej dávky s rozvojom typického abstinenčného stavu, prípadne užívanie podobnej látky za účelom zmiernenia abstinenčných príznakov alebo s cieľom vyhnúť sa im,
4. dôkaz tolerancie voči účinkom opioidov, ktorý sa prejavuje potrebou užiť vyššiu dávku za účelom požadovanej intoxikácie a účinkov, alebo zreteľne nižším účinkom po užití rovnakej dávky,
5. zaujatie užívaním opioidov, ktoré sa prejavuje redukciou až stratou záľub alebo záujmov v dôsledku užívania opioidov, väčšinu času trávi jedinec činnosťami zameranými na obstarávanie a užívanie opioidov, alebo zotavovanie sa z ich účinkov,

6. pokračovanie užívania opioidov napriek dôkazu škodlivých následkov alebo vedomosti (aj predpokladanej) o charaktere a rozsahu zdravotného poškodenia.

Diagnostické kritéria odvykacieho stavu podľa MKCH - 10 od opioidov zahŕňajú:

A. Všeobecné kritéria pre odvykací stav: dôkaz prerušenia užívania alebo zníženia dávky psychoaktívnej látky; príznaky zodpovedajú známym prejavom odvykacieho stavu od danej látky,
B. Prítomné sú aspoň tri príznaky z nasledujúcich: túžba po opioidoch, sekrécia z nosa alebo kýchanie, slzenie, bolesti svalov alebo svalové kŕče, kŕče v bruchu, nauzea alebo zvracanie, hnačka, dilatácia zreníc, piloerekcia alebo opakovaná zimnica, tachykardia alebo hypertenzia, zívanie, nekľudný spánok.

Klinický obraz

Opioidy spôsobujú euforický zážitok, zmiernenie anxiety a napätia, ústup bolesti. Znižujú tiež motilitu gatrointestinálneho traktu, čo môže viesť k zápche. Spôsobujú ospalosť, respiračný útlm, hypotenziu a pokles srdcovej frekvencie. Pri intravenóznom a intrapulmonálnom podaní vzniká veľmi intenzívny extatický zážitok označovaný ako „rush“. Je popisovaný ako orgazmický zážitok so zvýraznením pocitov v abdominálnej oblasti. Trvá asi 1– 2 minúty. Vysoké dávky opioidov vedú ku vzniku klinicky závažnej **intoxikácie** s rizikom úmrtia vplyvom útlmu dychového centra. Prejavy intoxikácie vyplývajú z ich farmakologických tlmivých účinkov na CNS.

Medzi klinické príznaky intoxikácie patria: sedácia, inhibované psychomotorické tempo, porucha artikulácie, výpadky pamäti, normálna alebo euforická nálada a zúženie zreníc. Pri život ohrozujúcom predávkovaní dochádza ku kvantitatívnej poruche vedomia, výraznej mióze, plytkému dýchaniu, dychovej frekvencii < 10 nádychov za minútu, pulzovej frekvenciou < 40 úderov za minútu.

Pre smrteľné predávkovanie je charakteristická triáda: apnoe, kóma a zrenice „veľkosti špendlíkovej hlavičky“. Terminálne dochádza k anoxii s fixovanými a dilatovanými zrenicami. Pri opakovanom užívaní dochádza už v priebehu niekoľkých týždňov k nárastu tolerancie a aj **závislosti.** Fyzická závislosť vzniká v porovnaní s inými psychoaktívnym látkami veľmi rýchlo.

Rozvinutá závislosť sa prejavuje opakovanou túžbou užiť drogu. Jedinec nevie odolať ponuke od okolia, alebo ju vyhľadáva za účelom zmiernenia abstinenčných príznakov. U pravidelných užívateľov dochádza k zvyšovaniu frekvencie konzumu až k dennému užívaniu a k zvyšovaniu dávky vzhľadom na zvyšovanie tolerancie k jednotlivým účinkom opioidov. Keď odoznie účinok užitej dávky, alebo ak jedinec opioidy z nejakého dôvodu v krátkom čase znova neužije, rozvíja sa u neho spravidla v priebehu hodín odvykací stav rôznej intenzity a trvania. Jedinec tiež stráca kontrolu nad užívaním látky, užíva látku častejšie a vo vyššej dávke ako pôvodne uvažoval. Mení sa aj jeho preferencia aktivít. Stráca záujem o koníčky, zanedbáva povinnosti, vyhýba sa kontaktom s bežnými známymi a stretáva sa častejšie alebo výhradne s užívateľmi

psychoaktívnych látok. Objavujú sa u neho rôzne zdravotné komplikácie závislosti, napriek ktorým pokračuje v užívaní opioidov. Svoje zdravotné ťažkosti zľahčuje alebo zanedbáva.

Abstinenčný stav vzniká a trvá v závislosti od užívanej látky.

Začiatočnými príznakmi sú nepokoj, slzenie, sekrécia z nosa, potenie a zívanie. Do 24 hodín sa zhoršuje spánok, zvyšuje sa irritabilita, objavuje sa tremor, rozšírenie zreníc a pokles chuti do jedla. V priebehu 1 – 3 dní sa už vzniknuté ťažkosti zvýrazňujú, vzniká hnačka, hypertermia a zimnica, nauzea, prípadne vomitus, piloerekcia, kŕče, bolesti kĺbov a svalov, tachykardia a zvýšenie krvného tlaku, craving. V ďalších dňoch postupne tieto príznaky odoznievajú. Protrahovaný abstinenčný syndróm, ktorý môže trvať niekoľko týždňov po odoznení akútneho odvykacieho stavu, je charakteristický pretrvávaním dysfórie, irritability, nestability nálady a opakovaným nutkaním užiť drogu.

Súčasťou klinického obrazu závislosti od opioidov je výskyt rôznorodých fyzických a psychických **zdravotných komplikácii**.

Akútnymi ťažkosťami sú intoxikácia ohrozujúca život a intoxikačné delírium. Intoxikačné delírium vzniká pri vysokých dávkach opioidov alebo pri kombinácii s inými psychoaktívnym látkami.

Najčastejšími psychickými ťažkosťami sú úzkostné a depresívne poruchy s vyšším výskytom u žien. Depresívne poruchy sú spojené s rizikom samovrážd. Užívanie opioidov spôsobuje poruchy spánku a sexuálne problémy. U mužov sa vyskytuje porucha libida a erekcie. U žien amenorea a sterilita. Viac ako polovica jedincov so závislosťou od opioidov užíva aj iné psychoaktívne látky (kanabis, alkohol, sedatíva).

Mnoho jedincov so závislosťou od opioidov pácha **kriminálnu trestnú činnosť**, aby získali finančné prostriedky na ďalšiu dávku. U časti z nich sa kriminálna činnosť vyskytuje už pred vznikom závislosti. Výrazný podiel pacientov má dissociálnu poruchu osobnosti. Značná časť je tiež obeťou násilia, ako ohrozenie zbraňou, znásilnenie, alebo život ohrozujúca nehoda.

Diagnostika/Postup určenia diagnózy

<u>Pre určenie diagnózy a diferenciálnu diagnostiku:</u>

1. **Klinické psychiatrické vyšetrenie** – s cieľom zistenia alebo vylúčenia diagnózy závislosti od opioidov. Okrem anamnestických (rodinná anamnéza, osobná anamnéza, sociálna anamnéza) údajov zhodných s bežným psychiatrickým vyšetrením je vyšetrenie zamerané na podrobnú anamnézu užívania opioidov – začiatok a dĺžka užívania, frekvencia, dávka a jej zmeny, posledná konzumácia. Zároveň je súčasťou vyšetrenia podrobná anamnéza užívania ostatných ilegálnych psychoaktívnych látok, alkoholu, nikotínu, hypnotík a sedatív, halucinogénov, prípadne iných látok s potenciálom závislosti. Dôležitými údajmi sú tie o rizikovom správaní (napr. injekčné užívanie). Vhodné je získanie objektívnych anamnestických údajov od príbuzných alebo blízkych osôb týkajúcich

sa užívania psychoaktívnych látok, celkového spoločenského a pracovného fungovania, rizikového správania. Objektívne klinické psychiatrické vyšetrenie zahŕňa: posúdenie stavu vedomia, orientácie, pozornosti, emotivity a afektivity, psychomotoriky, prítomnosti psychotických príznakov; posúdenie užívania opioidov – korelácia objektívnych a subjektívnych údajov; neuropsychiatrické vyšetrenie za účelom zisťovania príznakov intoxikácie, abstinenčných príznakov; základné somatické vyšetrenie s cieľom celkového posúdenia zdravotného stavu, zisťovania príznakov injekčného užívania opioidov a jeho komplikácií. Pre diagnostiku je možné použiť škály a štandardizované dotazníky (napr. COWS - The Clinical Opiate Withdrawal Scale).

2. **Psychodiagnostické vyšetrenie –** jeho úlohou je posúdiť osobnostnú štruktúru, prítomnosť poruchy osobnosti a kognitívny výkon. Výsledky pomôžu v tvorbe terapeutického plánu.

Pre posúdenie celkového zdravotného stavu:

1. **Základné laboratórne vyšetrenie krvi –** krvný obraz a vnútorné prostredie s cieľom celkového posúdenia zdravotného stavu pacienta.
2. **Laboratórne vyšetrenie krvi so zameraním na infekčné ochorenia** – infekčné hepatitídy B a C, infekcia HIV, prípadne syfilis a tuberkulóza.
3. **Toxikologické vyšetrenie moču na prítomnosť opioidov, iných ilegálnych psychoaktívnych látok, sedatív a hypnotík** – úvodné toxikologické vyšetrenie je potrebné na zistenie užívanie opioidov aj iných psychoaktívnych látok, čo pomôže potvrdiť údaje poskytnuté pacientom. Verifikácia je dôležitá vzhľadom na možnosť výskytu kombinovanej závislosti. Opakované vyšetrenia sú potrebné na potvrdenie abstinencie, prípadne kontrolu pri jej porušení.
4. **Toxikologické vyšetrenie na zistenie konzumácie alkoholu – dychová skúška alebo zistenie koncentrácie alkoholu v krvi –** je štandardnou súčasťou vyšetrenia pacienta aj s inou závislosťou ako závislosť od alkoholu vzhľadom na možnosť kombinovanej závislosti, prípadne zámenu intoxikácie jednou psychoaktívnou látkou za druhú.
5. **Toxikologické vyšetrenie na zistenie prítomnosti hypnotík a sedatív v krvi** – pre časté zneužívanie sedatív a hypnotík a možnú kombinovanú závislosť, pre zistenie miery intoxikácie.
6. **Tehotenský test** – prípadné tehotenstvo ovplyvňuje diagnostický aj terapeutický proces, vplýva aj na výber farmakologickej liečby (napr. výber substitučného preparátu).

Liečba

Metodológiu miery dôkazu podľa GRADE a Oxford Centre of Evidence - based Medicine uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 1

Metodológia miery dôkazu podľa GRADE a Oxford Centre of Evidence-based Medicine		
Miera dôkazu intervencie, terapie, prevencie		**Miera dôkazu**
A	systematický prehľad randomizovaných klinických skúšaní, kohortových štúdií, alebo kontrolovaných štúdií	vysoká
B	jednotlivé randomizované klinické skúšania, kohortové štúdie, alebo kontrolované štúdie	stredná
C	ekologické štúdie, výskum zameraný na výstup	slabá

Podľa SZO liečba závislosti od opioidov zahŕňa farmakologické a psychoterapeutické postupy, ktorých cieľom je ukončenie užívania ilegálnych opioidov, prevencia opakovaného užitia ilegálnych opioidov a poškodenia zdravia, ktoré s tým súvisí a celkové zlepšenie kvality spoločenského fungovania jedincov so závislosťou.

Z organizačného hľadiska je medicínska liečba závislosti od opioidov komplexný liečebný prístup v samostatných špecializovaných zdravotníckych zariadeniach (Centrách pre liečbu drogových závislostí), prípadne na vyčlenených úsekoch (lôžkach) v rámci psychiatrických oddelení, alebo psychiatrických nemocníc. Ambulantne sa jedná o špecializované ambulancie pre liečbu alkoholizmu a toxikománií, prípadne psychiatrické ambulancie.

Špecializovaná ústavná aj ambulantná liečba sa realizuje formou dobrovoľnou, alebo formou ochranného liečenia, ktoré je nariaďované súdom. Cieľov liečby je viac, sú závislé od aktuálneho štádia závislosti a od úrovne motivácie pacienta.

Hlavnými cieľmi sú motivácia k zmene, motivácia k vstupu do liečby, liečba somatických a psychických zdravotných komplikácií, prerušenie alebo redukcia užívania psychoaktívnej látky, liečba abstinenčných príznakov, zvládanie relapsu, zmena problémového správania, zapojenie rodiny do liečby, riešenie sociálnych problémov.

Vzhľadom na charakter poruchy má liečba závislosti od opioidov (aj iných psychoaktívnych látok) špecifiká, ktoré nie sú obligátne pri iných psychických poruchách. Jedná sa najmä o meniacu sa úroveň motivácie pacienta s čím súvisí pomerne vysoký počet predčasných ukončení liečby, nutnosť zvýšenej pozornosti vo vzťahu k porušovaniu liečebného režimu a možného pokračovania v užívaní psychoaktívnej látky počas liečby. Z uvedených dôvodov je dôležitým monitorovacím nástrojom toxikologické monitorovanie pacienta, najčastejšie formou odberov močových vzoriek.

Dôležitou súčasťou liečby je skríning iných (najmä infekčných) ochorení spojených s užívaním psychoaktívnych látok, najmä HIV, hepatitíd typu C, B, pohlavne prenosných ochorení, TBC a podobne. Podľa typu intervencie sa jedná o psychosociálnu liečbu a farmakologickú liečbu.

Psychosociálne intervencie:
Liečebný program pozostáva z jednotlivých programov – podjednotiek, ktoré sú vhodne integrované do kompaktného celku. Celý liečebný program je zameraný na zmenu pôvodných a získavanie nových postojov, na aktivizáciu pacienta, zvyšovanie jeho psychickej a fyzickej kondície, osvojenie správnej životosprávy a pod.

V ambulantných liečebných programoch sa odporúča využiť psychosociálne intervencie zamerané na motivačné, psychologické, sociálne a environmentálne faktory, ktoré prispievali k užívaniu opioidov a sú účinné pri podpore abstinencie a v prevencii recidívy. Psychosociálne intervencie sa tiež používajú na zvýšenie celkovej adherencie k liečbe.

Kognitívno - behaviorálna terapia (KBT) (grade A)
KBT je účinný a hodnotný prístup pri liečbe problémového užívania a závislosti od opioidov. KBT predpokladá, že užívanie drog je naučené správanie, a tým pádom je možné ho meniť. Počas liečby sú pacienti oboznámení s novými copingovými a kognitívnymi stratégiami, ktoré nahradia dysfunkčné správanie a vzorce myslenia. Terapeutické sedenia KBT sú štruktúrované súborom konkrétnych cieľov, ktoré sa zameriavajú na okamžité problémy, ktorým čelí užívateľ opioidov. KBT sa môže použiť ako krátkodobý prístup, ktorý sa dá prispôsobiť širokému spektru pacientov v individuálnych aj skupinových liečebných sedeniach. KBT je kompatibilná s celým radom iných psychosociálnych a farmakologických postupov.

Kontingenčný manažment (KM) (grade B)
KM znamená poskytovanie pacientom konkrétnych nepeňažných odmien na posilnenie pozitívneho správania, ako abstinencie, účasti na liečbe a na dodržiavanie stanovených cieľov liečby. Pre účinnosť KM je potrebné monitorovanie moču a toxikologické testovanie s okamžitou spätnou väzbou. Výsledky testov poskytujú indikátor pokroku v liečbe a môže sa o nich diskutovať na terapeutických sedeniach. KM sa často používa ako súčasť liečby, ktorá sa zameriava na podporu nového správania a môže sa taktiež kombinovať s KBT.

Motivačné interview (MI) (grade A) a terapia posilňujúca motiváciu
MI je kolaboratívny a evokujúci spôsob rozhovoru uznávajúci autonómiu pacienta. Klinický pracovník preberá skôr poradnú ako autoritatívnu úlohu a snaží sa porozumieť pacientovým hodnotám - tento proces vytvára empatiu a podporuje terapeutickú alianciu, ktorá môže podporiť zmeny v správaní. MI môže mať efekt na zníženie vysokorizikového správania, ako je nechránený sex a zdieľanie ihiel. Účinnosť motivačného rozhovoru sa preukázala v mnohých kontrolovaných klinických skúšaniach. Účinky MI pretrvávajú až do jedného roku po liečbe.

Rodinná terapia (grade B)
Rodinné prístupy k liečbe sú účinné na zlepšenie zapojenia sa do liečby, zníženie užívania drog a zlepšenie účasti na doliečovaní v porovnaní so starostlivosťou zameranou na individuálneho pacienta. Rodinné prístupy sú obzvlášť užitočné pri vzdelávaní pacientov a ich rodín o povahe závislosti a o procese liečby. Existuje veľké množstvo randomizovaných klinických skúšaní, ktoré overujú rôzne prístupy k psychosociálnej podpore, avšak väčšina z nich má obmedzenia, vyplývajúce z nemožnosti adekvátneho zaslepenia.

Doplnkové psychosociálne intervencie:
Dlhodobé rezidenčné programy môžu obsahovať široký rámec terapeutických modalít ako individuálnu a skupinovú psychoterapeutickú intervenciu, tréning životných zručností, zamestnanie alebo vzdelávanie a rekreačné aktivity. Špecifické terapeutické metódy, ktoré môžu byť použité, obsahujú: kognitívne behaviorálnu terapiu, terapiu posilňujúcu motiváciu, tréning sociálnych zručností a techniky kognitívnej reštrukturalizácie. Dôležitými súčasťami terapie a resocializácie sú štruktúrovaná prevencia relapsu a aktívne uplatňovanie prevencie relapsu. Na dôkazoch založené intervencie, ktoré sú rutinne používané v ambulantnej liečbe, je možné adaptovať a použiť v dlhodobej ústavnej liečbe.

Doplnkové terapeutické intervencie sú užitočné v príprave na reintegráciu do komunity. Patria sem Narkomani Anonymní, logoterapia, meditácia, arteterapia, kreatívna terapia, terapia pohybom, relaxácia a fyzická aktivita (cvičenie a skupinové športy). Tieto aktivity môžu pacientom pomôcť objaviť nové hobby a rekreáciu, v ktorých môžu po ukončení liečby pokračovať.

Farmakologická liečba:

1. **Detoxifikačná liečba:**

Cieľom detoxifikačnej liečby je odstránenie akútneho abstinenčného syndrómu, zmiernenie cravingu a posilnenie motivácie pre pokračovanie v liečbe. Detoxifikačná liečba by preferenčne mala byť realizovaná počas hospitalizácie, prípadne aj v ambulantnej starostlivosti. Na zvládnutie ľahkého až stredne ťažkého abstinenčného syndrómu zvyčajne postačuje symptomatická liečba a podporná starostlivosť. Pri ťažšom priebehu je vhodné použitie opioidov (buprenorfín, metadón, kodeín) s dôslednou titráciou dávky a následným vysadením. Výber detoxifikačného programu závisí od viacerých faktorov, pričom dôležitým sa javí následné pokračovanie v niektorom z programov ústavnej či ambulantnej liečby.

Pri agitovanosti, úzkostných symptómoch je možné použiť antipsychotiká, alebo benzodiazepíny s postupnou redukciou dávky, pri insomnii je vhodné uprednostniť nebenzodiazepínové hypnotiká. Na útlm artralgií, myalgií, prípadne iných bolestivých symptómov je vhodný paracetamol alebo ibuprofen. Výrazná nauzea reaguje na metoklopramid.

Pri použití klonidínu dochádza k zmierneniu vegetatívnych abstinenčných príznakov. Dávkovanie opäť závisí od intenzity abstinenčného syndrómu.

Manažment abstinenčných príznakov opioidov pomocou buprenorfínu
Buprenorfín je vhodným opioidným liekom na zvládnutie stredne ťažkého až ťažkého abstinenčného syndrómu (grade B). Kvôli svojmu farmakologickému účinku (čiastočný agonista opioidov) by sa buprenorfín mal podávať až potom, ako sa u pacienta začnú objavovať abstinenčné príznaky (t. j. najmenej osem hodín po poslednom užití heroínu).Buprenorfín sa má používať opatrne u pacientov s respiračnou insuficienciou, obštrukciou uretry a diabetom. Dávka podávaného buprenorfínu sa musí denne prehodnocovať a upravovať podľa intenzity príznakov a podľa výskytu vedľajších účinkov. Symptómy, ktoré nie sú uspokojivo redukované buprenorfínom, sa môžu podľa potreby zvládnuť symptomatickou liečbou.

Manažment abstinenčných príznakov opioidov pomocou metadónu
Metadón je užitočný na detoxifikáciu dlhodobo pôsobiacich opioidov, ako je morfín alebo samotný metadón (grade A). Metadón sa má používať opatrne pri respiračnej insuficiencii, závislosti od alkoholu, poraneniach hlavy, liečbe inhibítormi monoaminooxidázy, ulceróznej kolitíde a Crohnovej chorobe, závažných hepatálnych poškodeniach.

Dávka sa musí prehodnocovať každý deň a upravovať na základe intenzity abstinenčných symptómov a na prítomnosti vedľajších účinkov. Čím väčšie množstvo opioidu sa používa u pacienta, tým väčšia je dávka metadónu potrebná na kontrolu abstinenčných príznakov.

2. **„Čistá“ liečba**

Po detoxifikácii môže ďalšia liečba pokračovať bez farmakologickej podpory. Jedná sa o tzv. „čistú formu“ liečby, ktorej cieľom je dlhodobá abstinencia. Pacient pri nej v rámci prevencie relapsu neužíva žiadny liek.

3. **Substitučná liečba**

Substitučná liečba predstavuje 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“).

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/medicína drogových závislostí. Substitučná liečba závislosti nie je akútnou starostlivosťou.

Zaradenie pacienta do substitučnej liečby
Dôležitou podmienkou pre zaradenie pacienta do substitučnej liečby je diagnostika závislosti od opioidov podľa kritérií MKCH - 10. 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 MKCH - 10,
- 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,
- 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 alergia a/alebo závažné nežiaduce účinky pri predchádzajúcej liečbe substitučnou látkou.

Buprenorfín a metadón sú dva základné lieky indikované na dlhodobú substitučnú liečbu pri závislosti od opioidov. O ich účinnosti existujú presvedčivé dôkazy z randomizovaných klinických skúšaní. Významne zvyšuje retenciu v liečbe buprenorfín (grade A) i metadón (grade A) a súčasne eliminujú, redukujú užívanie opiátov: buprenorfín (grade B), metadón (grade A).

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

Začatie substitučnej liečby
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 každom ďalšom zvýšení 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.

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 lekárom roztok s metadónom vypije a následne sa so sestrou alebo lekárom rozpráva. Dohľad nad užitím buprenorfín/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) (KM grade B).

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 buprenorfín/naloxónom sa v udržiavacej fáze

stanoví podľa jeho zdravotného stavu. 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.

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.

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

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.

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

Miera znižovania dávky pri nedobrovoľnom ukončení liečby môže byť rýchlejšia (napr. 4 až 8 mg buprenorfínu 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. Ošetrujúci lekár v takomto prípade vydá na žiadosť pacienta krátky lekársky nález s odporúčaním na alternatívu liečby závislosti v inom zdravotníckom zariadení.

Tabuľka č. 2

Obvyklá schéma nastavovania pacienta na substitučnú liečbu buprenorfínom		
Deň liečby		**Buprenorfín/naloxón**
Deň 1	Začiatok liečby	Najskôr 6 hodín po užití drogy, resp. počkať do nástupu prvých abstinenčných príznakov
	Úvodná dávka	2-4 mg buprenorfínu (1-2 tablety 2 mg / 0,5 mg buprenorfín/naloxónu)
	Po podaní prvej dávky	Odporúča sa pacienta sledovať 2-3 hodiny
	Známky intoxikácie alebo alergie	Zahájiť adekvátnu terapiu
	Po 2 hodinách pretrvávajú alebo sa znovu objavia abstinenčné príznaky	Zvýšenie dávky o 2-4 mg buprenorfínu (1-2 tablety 2 mg / 0,5 mg buprenorfín/naloxónu)
	Maximálna denná dávka za prvý deň	8 mg buprenorfínu (1 tableta 8 mg / 2 mg buprenorfín/naloxónu)
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 2-4 mg buprenorfínu (1-2 tablety 2 mg / 0,5 mg buprenorfín/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 2-4 mg buprenorfínu (1-2 tablety 2 mg / 0,5 mg buprenorfín/naloxónu)
	Maximálna denná dávka za druhý deň	16 mg buprenorfínu (2 tablety 8 mg / 2 mg buprenorfín/naloxónu)
Deň 3 a ďalej	Pokračovanie v nastavenej liečbe	Udržiavanie nastavenej dávky
	Udržiavacia denná dávka	12-24 mg buprenorfínu (12/3 mg až 24 mg / 6 mg buprenorfín/naloxónu)
	Maximálna denná dávka	24 mg buprenorfínu (24 mg / 6 mg buprenorfín/naloxónu)

Tabuľka č. 3

Obvyklá schéma nastavovania pacienta na substitučnú liečbu metadónom		
Deň liečby		**Metadón**
Deň 1	Začiatok liečby	Najskôr 6 hodín po užití drogy, resp. počkať do nástupu prvých abstinenčných príznakov
	Úvodná dávka	5-20 mg podľa stupňa neuroadaptácie
	Po podaní prvej dávky	Pacient pod dozorom 2-3 hodiny
	Známky intoxikácie alebo alergie	Zahájiť adekvátnu terapiu
	Po 2 hodinách pretrvávajú alebo sa znovu objavia abstinenčné príznaky	Zvýšenie dávky o 20 mg
	Maximálna denná dávka za prvý deň	40 mg
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
	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 - 10 - 20 mg
	Maximálna denná dávka za druhý deň	60 mg
Deň 3 a ďalej	Pokračovanie v nastavenej liečbe	Udržiavanie nastavenej dávky
	Udržiavacia denná dávka	Do 60 mg
	Maximálna denná dávka	n/a
2. - 8. týždeň	V prípade potreby titrovanie udržiavacej látky	Zvyšovanie denne dávky o 10-20 mg za týždeň
	Postupným titrovaním za niekoľko týždňov	Podľa potreby aj viac ako 200 mg denne

Psychosociálne intervencie (PSI)

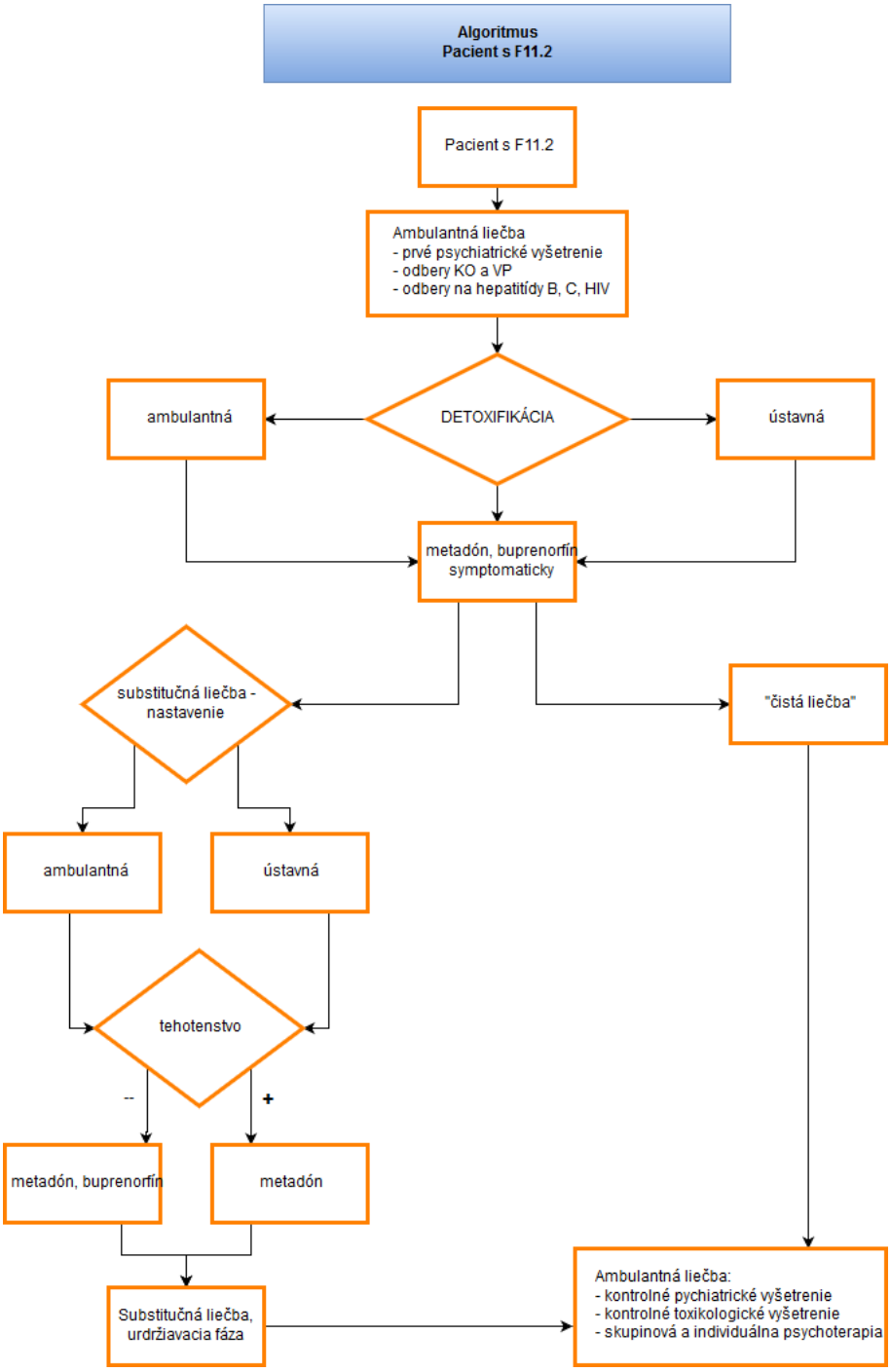
Psychosociálne poradenstvo by malo byť k dispozícii všetkým pacientom závislým od opioidov a liečených farmakologickou liečbou pre závislosti od opioidov. Základné minimum psychosociálneho poradenstva zahŕňa sledovanie bazálnych psychosociálnych potrieb, psychosociálne intervencie a navigovanie na existujúce rodinné a komunitné podporné služby. Intervencie na sociálnej úrovni zahrňujú 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 hľadaním pohody. Intervencie na psychologickej/psychoterapeutickej úrovni 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 opioidov schopní ponúknuť.

Medzi najčastejšie na EBM založené a používané prístupy v substitučnej liečbe patria princípy kognitívno - behaviorálnej terapie (KBT) (grade A) a kontingenčný manažment (KM) (grade B). Ďalšie najčastejšie psychologické a psychoterapeutické prístupy zahŕňajú manželskú a rodinnú terapiu (grade B), behaviorálnu terapiu pri vytváraní sociálnej siete a pod. Ak je to možné, mali by byť štruktúrované psychosociálne intervencie k dispozícii všetkým pacientom so závislosťou od opioidov v súvislosti s ich liečbou.

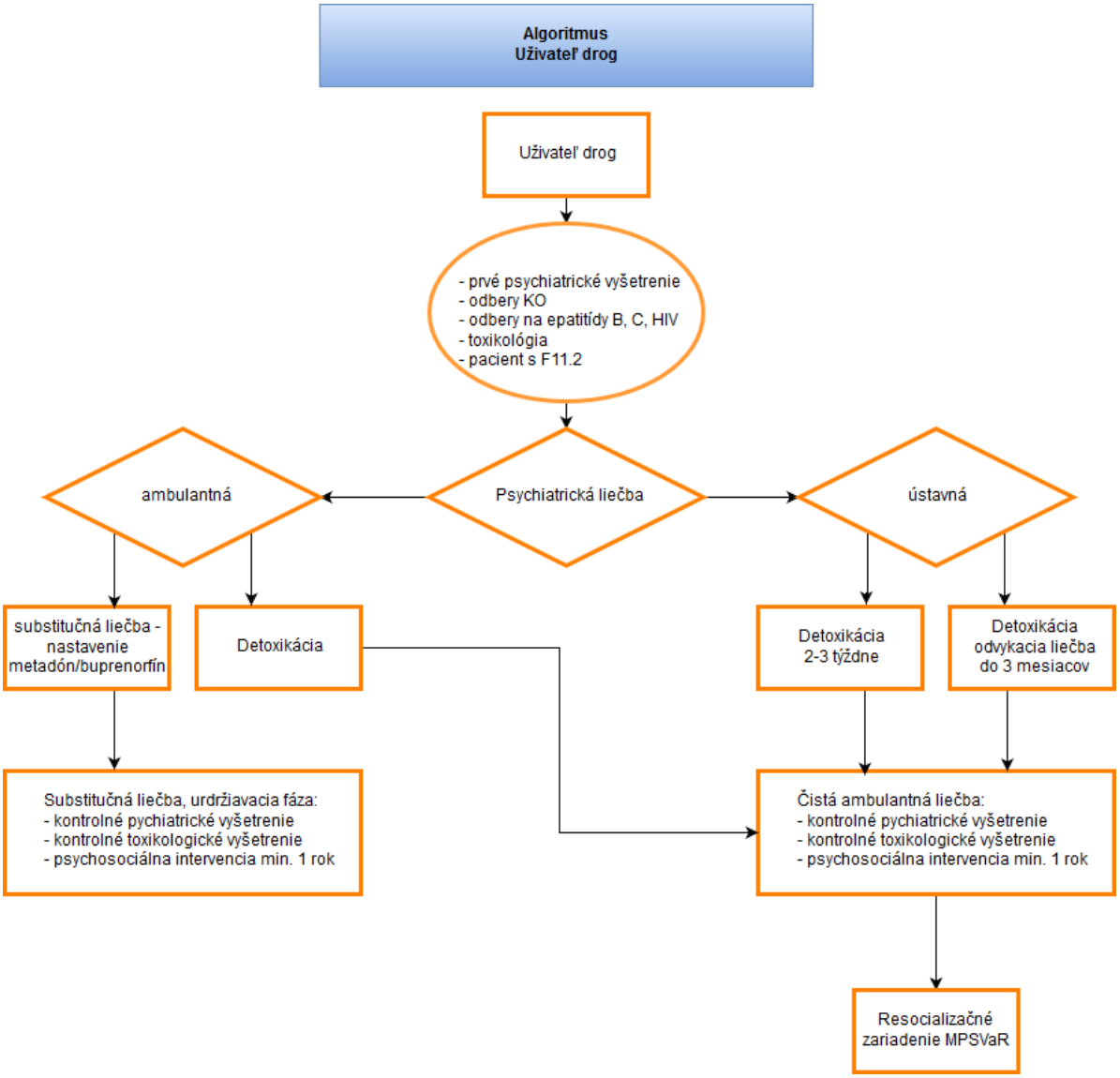
Platí, že psychosociálna podpora kombinovaná s opioidnou substitučnou liečbou je účinnejšia, ako samotná opioidná substitučná liečba.

Terapeutický rozhodovací algoritmus č. 1



Zdroj: autori štandardu.

Algoritmus č. 2: Užívateľ drog



Zdroj: autori štandardu.

Špeciálne podskupiny pacientov

A. 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 anomálií a poruchy rastu plodu. Rozhodujúci význam z hľadiska priebehu tehotenstva bez komplikácií má zamedzenie akútnych abstinenčných príznakov u tehotných závislých od opioidov, pretože môže nastať až intrauterinné úmrtie plodu. Kvôli nedostatočným skúsenostiam používania buprenorfín/naloxónu v tehotenstve je nutné, aby používanie buprenorfín/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. Indikácia k prerušeniu tehotenstva z obavy pred vývojovými anomáliami neexistuje.

- **Pôrod**

Novorodenecký abstinenčný 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 buprenorfínom), pokiaľ matka súbežne neužíva iné psychoaktívne látky, nie je kontraindikované. Počas liečby buprenorfín/naloxónom by malo byť dojčenie prerušené.

B. Mládež (vek menej ako 15 rokov)

Substitučná liečba buprenorfín/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 adherenciu 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.

Ústavy na výkon väzby a výkon trestu, súdom nariadené ochranné liečenia

V prípade umiestnenia pacienta so závislosťou od opioidov do väzenského zariadenia je tu indikovaná medicínsky manažovaná detoxifikácia s cieľom dosiahnutia abstinencie. Substitučná liečba nie je v našich ústavoch na výkon väzby, resp. výkon trestu dostupná. Medicínsky je však tiež indikovaná v odôvodnených prípadoch najmä u pacientov už nastavených na substitučnú liečbu, ktorí boli vzatí v čase prebiehajúcej liečby do väzby, alebo do výkonu trestu odňatia slobody. Tiež by mohli byť nastavení na substitučnú liečbu aktívni užívatelia ilegálnych opioidov so závislosťou. Obmedzenie v možnosti poskytovania substitučnej liečby odsúdeným vo väzniciach nie je z medicínskych dôvodov.

Súdom nariadené ochranné liečenia sa riadia z medicínskej stránky tými istými štandardnými postupmi ako je to v podmienkach dobrovoľnej liečby. Vzhľadom na špeciálne právne a motivačné okolnosti vyplývajúce z obmedzenia osobnej slobody právne plne spôsobilého odsúdeného by ochranné súdom nariadené protitoxikomanické liečenia navrhované ústavnou

formou mali byť realizované len v podmienkach nepodmienečného trestu odňatia slobody vo väzenských zariadeniach. Ich realizácia v civilných ústavných lôžkových zariadeniach je problematická.

Prognóza

Liečba závislosti od opioidov je efektívna. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti u pacientov s touto závislosťou prináša okrem abstinencie od opioidov a iných ilegálnych psychoaktívnych látok aj celkové zlepšenie zdravotného stavu a zmeny socioekonomického statusu (zamestnanosť, vyšší príjem, vyššie vzdelanie, rodinný status).

Závislosť od opioidov môže mať rôzny priebeh. Časť pacientov je schopná dosiahnuť dlhodobú abstinenciu. Plnú abstinenciu v trvaní aspoň 6 mesiacov dosahuje po roku a po troch rokoch 65 % pacientov so závislosťou od heroínu. U ostatných došlo k čiastočnej redukcii užívania. U časti pacientov má závislosť chronický priebeh s opakovanými recidívami. Len veľmi malá časť pacientov predčasne zomiera, najmä na somatické komplikácie závislosti, po suicídiu, predávkovaní alebo sú obeťami násilných činov.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Z posudkového hľadiska u pacientov so závislosťou od opioidov s chronickým priebehom s opakovanými recidívami sa predpokladá, že ide o dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý podľa poznatkov lekárskej vedy trvá dlhšie ako jeden rok. U pacientov s ťažkou formou duševnej poruchy a poruchy správania spôsobenej užívaním psychoaktívnych látok, s dokázanou poruchou sociálnej adaptácie je možné uznať invaliditu podľa Prílohy č. 4 - percentuálna miera poklesu zárobkovej činnosti - k Zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, s percentuálnou mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť do 60 %.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Liečba závislosti od opioidov môže mať ambulantnú alebo ústavnú formu. Obe formy sa navzájom dopĺňajú a tvoria jeden celok.

Ambulantná forma liečby môže byť prvotnou formou liečby. Predstavuje v niektorých prípadoch adekvátnu a postačujúcu liečbu závislosti od opioidov s cieľom dosiahnuť abstinenciu od opioidov. Zároveň by mala byť pokračovaním ústavnej liečby za účelom udržania abstinencie a prevencie recidívy.

Pre závažné formy závislosti a jej komplikácie – abstinenčný stav, psychotické poruchy, suicidálne tendencie, iné somatické zdravotné ťažkosti – je vhodná **ústavná zdravotná starostlivosť** na špecializovaných oddeleniach nemocníc, psychiatrických nemocníc alebo v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí. Ústavná liečba závislosti môže mať len krátkodobý charakter za účelom detoxifikácie alebo môže mať formu kompletnej liečby.

Pre jedincov, pre ktorých je ťažké zaradenie do bežného rodinného, pracovného a sociálneho prostredia, je vhodné absolvovať dlhodobý pobyt v resocializačnom zariadení. Resocializácia je realizovaná v nezdravotníckych zariadeniach v sektore Ministerstva práve, sociálnych vecí a rodiny. Jej cieľom je sociálna reintegrácia pri prebiehajúcej liečbe závislostí, najmä u tých abstinujúcich, ktorí na to nemajú vytvorené podmienky v domácom prostredí. Samostatné postavenie má súdom nariadená ochranná liečba, ktorá tak isto môže mať formu ambulantnú a ústavnú. Môže byť realizovaná v bežných zdravotníckych zariadeniach v gescii Ministerstva zdravotníctva alebo vo väzniciach v gescii Ministerstva spravodlivosti.

Špeciálny doplnok štandardu

Indikátory kvality a bezpečnosti štandardu:

a) kompliancia s terapeutickým programom po šiestich a dvanástich mesiacoch od začiatku liečby,
b) proporcia negatívnych výsledkov toxikológie moču na opioidy.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia po jednom roku, následne riadne audity a revízie pravidelne každých 5 rokov. Mimoriadny audit a revízia najneskôr jeden rok po oficiálnom adaptovaní novej revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb v Slovenskej republike.

Literatúra

1. Alexanderčíková, Z., Okruhlica, Ľ. (2009). Project IATPAD – Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug Related Problems. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí.
2. Atkins, D., Best, D., Briss, P.A., a kol. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 19;328(7454):1490.
3. Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., a kol. (2016). Use of and barriers to access to opioidanalgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet, 387, 1644 – 56.
4. Bodnár, B., Okruhlica, Ľ., Somora, M. (2018). Udržiavacia/substitučná liečba pre ľudí so závislosťou od opioidov. Bratislava: Sekcia drogových závislostí Slovenskej psychiatrickej spoločnosti.
5. Carter, A., Capps, B., Hall, W. (2009). Addiction neurobiology: ethical and social implications. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, EMCDDA.
6. Čentéš, J. (2007). Hmotnoprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v SR. Bratislava: NMCD
7. Európske Monitorovacie Centrum pre Drogy a Drogovú Závislosť (EMCDDA). (2019). Výročná správa 2019: Stav drogovej problematiky v Európe. Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie.
8. Európske Monitorovacie Centrum pre Drogy a Drogovú Závislosť (EMCDDA). (2019). Správa o drogách – 2019. Slovensko. Bratislava: NMCD.
9. Faggiano, F., Vigna - Taglianti, F., Versino, E., & Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd002208
10. Fischer, G. (2002). Therapie mit Opioiden. Wien: Facultas Universitätsverlag.
11. Gazdik F., Gazdikova K., Laktis K., Okruhlica L., Fejdiova K., Danis D., a kol. (2009). High virologic sustained response for former young intravenous drug users with chronic hepatitis C treated by pegylated interferon - α plus ribavirin. Bratislavské lekárske listy, 110(2), 77 – 84.
12. Gazdíková K., Gazdík F., Kajaba I., Hučková D., Okruhlica Ľ., Farkašová D. (2012). Vývoj séroprevalencie hepatitídy C v rizikovej skupine drogovo závislých jedincov v rokoch 2004 – 2008 na Slovensku. Vnitřní Lékařství, 58(3), 179 – 182.
13. Gazdíková, K., Gazdík, F., Kajaba, I., Hučková, D., Okruhlica, Ľ., Farkašová, D. (2013). Drogová závislosť a hepatitída C. Alkoholizmus a drogové závislosti, 48(3), 125 - 143.
14. Gowing, L., Ali, R., Dunlop, A., Farrell, M., & Lintzeris, N. (2014). National guidelines for medication - assisted treatment of opioid dependence. Canberra: National Drug Strategy.
15. Gowing, L., Ali, R., White, J. M., & Mbewe, D. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd002025.pub5
16. Izáková, Ľ. a kol. (2017). Závislosti. Bratislava: Zuzana Číčelová.
17. Klempova D., Okruhlica L. (2006). No intrauterine growth retardation in babies of mothers stabilized on methadone before conception and throughout their pregnancies. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 8(1), 25 – 30.
18. Kolibáš, E., Novotný, V. (2007). Alkohol, drogy, závislosti. Bratislava, Univerzita Komenského.

19. Kovácsová E. (2007). Rodina ako významný činiteľ v prevencii, v liečbe a v doliečovacom procese závislostí od psychoaktívnych látok. Sociálna prevencia – Drogové závislosti.Informačno - vzdelávací bulletin, 3(3), s. 26.
20. Kovácsová E., Lenerová S., Majdová M., Okruhlica Ľ. (2009). Prečo substitúcia je len časťou programu substitučnej liečby? Alkoholizmus a drogové závislosti, 44(2), 25.
21. Latt, N., Conigrave, K., Saunders, J.B., Marshall, E.J., Nutt, D. (2009). Addiction medicine. Oxford: Oxford University Press.
22. Mann, K., Batra, A., Fauth - Bühler, M., Hoch, E., a kol. (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. Eur Addict Res, 23, 45 - 60.
23. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd002207.pub4
24. Miller, W.R., Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN
25. Narcotic Anonymous. (1993). It works, how and why: the twelve steps and twelve traditions of Narcotics Anonymous. Chatsworth, Calif.: Narcotics Anonymous World Services.
26. Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). (2019). Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2018. ZŠ - 44/2018. Bratislava.
27. Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD). (2016). Stav drogovej problematiky na Slovensku. Súhrn výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2015. Košice: EQUILIBRIA.
28. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1999). Priciples of Drug Addiction Treatment. Bethesda, md: National Institute on Drug Abuse.
29. National Treatment Agency (UK). (2009). Residential drug treatment services: good practice in the field. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
30. OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2015). The Oxford Levels of Evidence 2. Oxford Centre for Evidence - Based Medicine. http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653
31. Okruhlica Ľ. (2017). Európske minimálne štandardy kvality znižovania dopytu po drogách. Alkoholizmus a drogové závislosti, 52(1), 35 – 42.
32. Okruhlica L., Devinsky F., Klempova D., Valentova J. (2003). Reduction in self - reported nicotine dependence after stabilization in methadone maintenance treatment. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 5(1), 39 – 46.
33. Okruhlica L., Devinsky F., Valentova J., Klempova D. (2002). Does therapeutic threshold of methadone concentration in plasma exist? Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 4(1), 29 – 36.
34. Okruhlica L., Kaco J., Klempova D. (2001). Sports Activities in the Prevention of Heroin Dependency. European Addiction Research, 7(2), 83 – 86.
35. Okruhlica L., Klempova D. (2000). Hepatitis C infected patients and higher doses of methadone. Heroin Addiction & Related Clinical Problems, 2(2), 57 – 58.
36. Okruhlica Ľ., Klempová D. (2002). Hodnocení programu vakcinace proti hepatitidě typu B u uživatelů drog v Bratislavě. Adiktologie, 2(2), 11 – 18.
37. Okruhlica Ľ., Kovácsová E. (2007). Dobrá prognóza pre väčšinu pacientov liečených zo závislosti od heroínu a alkoholu. Alkoholizmus a drogové závislosti, 42(2), 65 – 76.
38. Okruhlica L., Mihalkova A., Klempova D., Skovayova L. (2002). Three - Year Follow - Up, Study of Heroin Users in Bratislava. European Addiction Research, 8(2), 103 – 106.
39. Okruhlica Ľ., Slezáková S. (2008). Priberanie na hmotnosti pacientov v metadónovom udržiavacom programe ako návrat k populačnej norme. Časopis lékařů českých, 147(8), 426 – 430.
40. Okruhlica Ľ., Tuimuľáková K., Klempová D. (2001). Mast u pacientov so závislosťou od opioidov v prvom desaťročí epidémie. Alkoholizmus a drogové závislosti, 36(1), 3 – 9.
41. Okruhlica L., Valentova J., Devinsky F., Formankova S., Klempova D. (2005). Methadone serum concentration and its relationship to methadone dose revisited. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 7(4), 49 – 58.
42. Okruhlica Ľ., Vidová M., Hoozová A., Klempová D. (2001). Faktor alimentárneho maku v diagnostike užívania opioidov. Alkoholizmus a drogové závislosti, 36(2), 71 – 76.
43. Okruhlica, Ľ. (2000). Princípy liečby závislosti od drog. Výskumne podložený manuál. Bratislava: Inštitút drogových závislostí.
44. Okruhlica, Ľ. (2000). Smernice k Metadónu. Bratislava: Inštitút drogových závislostí.
45. Okruhlica, Ľ. (2004). Neuroveda o užívaní psychoaktívnych látok a závislosti. Súhrn. 1. vyd. Bratislava: Inštitút drogových závislostí Centra pre liečbu drogových závislostí.
46. Okruhlica, Ľ. (2005). Neuroveda o užívaní psychoaktívnych látok a závislosti. Bratislava: Inštitút drogových závislostí Centra pre liečbu drogových závislostí Bratislava.
47. Okruhlica, Ľ. (2008). Drogová kriminalita. In: Holcr, K. a kol.: Kriminológia (s. 305 - 348). Bratislava: Iura Edition.
48. Okruhlica, Ľ. (2013). Metodický pokyn – vyšetrenie vodičov, ktorí riadili motorové vozidlo pod vplyvom alkoholu alebo omamných a psychotropných látok. Alkoholizmus a drogové závislosti, 48(1), 51 – 56.
49. Onken, L. S., Blaine, J. D., Boren, J. J., & National Institute on Drug Abuse. (1993). Behavioral treatments for drug abuse and dependence. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
50. Palkovič, P., Okruhlica, Ľ., Kocúriková, M. (2011). Význam toxikológie pri diagnóze psychózy. Alkoholizmus a drogové závislosti, 46(1), 52.
51. Rahimi - Movaghar, A., Amin - Esmaeili, M., Hefazi, M., & Yousefi - Nooraie, R. (2013). Pharmacological therapies for maintenance treatments of opium dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi:10.1002/14651858.cd007775.pub2
52. Sharma RC, Kumar R, Sharma DD, Kanwar P. (2017). Opium Withdrawal Delirium: Two Case Reports. Psychopharmacol,47(1), 48–51.
53. Smolík P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika. Praha, Maxdorf.

54. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization (UNODC & WHO). (2016). International standards for the treatment of drug use disorders: Draft for field testing. E/CN.7/2016/1.
55. Wesson, D.R., Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs; 35(2): 253 - 259.
56. World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneve: WHO.
57. World Health Organization (WHO). (2011). Ensuringbalance in national policies on controlled substances Guidance fora vailability and accessibility of controlled medicines. Geneve: WHO.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. decembra 2020.

Marek Krajčí
minister zdravotníctva SR