

О. І. Мінко, Л. М. Маркозова, А. П. Артемчук, Н. М. Лісна, О. В. Бараненко, С. В. Гольцова

АЛГОРИТМ ОБРАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

О. І. Minko, L. M. Markozova, A. P. Artemchuk, N. M. Lisna, O. V. Baranenko, S. V. Holtsova

ALGORITHM FOR CHOOSING THE OPTIMAL COMPLEX THERAPY FOR PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Ключові слова: алкогольна залежність, алгоритм, фармако-терапія, психотерапія, доказова медицина

Key words: alcohol dependence, algorithm, pharmacotherapy, psychotherapy, evidence-based medicine

Мета роботи — розробити алгоритм надання допомоги особам, які залежать від алкоголю, та відповідних клінічних протоколів.

Вивчено стан надання медичної допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в Україні за умов браку клінічних настанов та протоколів, проаналізовано найбільш поширені в розвинених країнах світу клінічні настанови та клінічні протоколи; визначено серед них прототипи для створення відповідних національних клінічних настанов та клінічних протоколів. Розроблено алгоритм обрання оптимальної комплексної терапії осіб, які залежать від алкоголю, та проведено його адаптацію для потреб України з урахуванням доказової бази.

The goal is to develop an algorithm for providing assistance to persons addicted to alcohol and corresponding clinical protocols.

The state of providing medical care to patients with mental and behavioral disorders due to alcohol consumption in Ukraine in the absence of clinical guidelines and protocols was studied, the most common clinical guidelines and clinical protocols in the developed countries of the world were analyzed; Prototypes for the creation of appropriate national clinical guidelines and clinical protocols have been identified among them. An algorithm for choosing the optimal complex therapy for persons addicted to alcohol was developed and its adaptation for the needs of Ukraine was carried out, taking into account the evidence base.

Під алгоритмом ми розуміємо набір інструкцій, які описують порядок дій виконавця, щоб досягти результату розв'язання завдання за певну кількість дій. Клінічна настанова, або Клінічна настанова з кращої практики (*clinical guideline, clinical practice guideline*) — документ, розроблений з метою полегшити прийняття рішень і визначення критеріїв діагностики, ведення і лікування у конкретних галузях охорони здоров'я. Такі документи використовували тисячі років, протягом усієї історії медицини. Проте, на відміну від попередніх підходів, які часто ґрунтувалися на традиції або авторитеті, сучасні медичні настанови ґрунтуються на аналізі наявних даних у межах концепції доказової медицини.

Розроблення клінічних настанов — тривалий процес, що потребує великих ресурсів. Тому в Україні затверджено методику оцінки та адаптації якісних настанов розвинених країн та розробки на їх основі стандартів та протоколів лікування. Стандарт медичної допомоги визначає критерії якості надання та вимоги до організації медичної допомоги, індикатори для подальшого клінічного аудиту. Його розробляють для найважливіших захворювань. В наркології — це розлади внаслідок вживання алкоголю, тютюну та опіоїдів.

Клінічний протокол (уніфікований клінічний протокол медичної допомоги) розробляють на основі стандарту або, якщо його немає, на основі адаптованої клінічної настанови. Він є основою для розроблення локальних протоколів для окремих лікарень

та інших закладів охорони здоров'я та клінічних маршрутів пацієнтів.

Протоколи використовують як «мірила» під час оцінювання якості наданої медичної допомоги, як свідчення того, що є потрібною і виправданою допомогою в конкретних випадках, коли надана медична допомога не збігалася з загальноприйнятою медичною практикою або при вирішенні спірних ситуацій, пов'язаних з професійною недбалістю, як основа для програм безперервної медичної освіти.

На сьогодні рівень споживання алкоголю вважають однією з трьох найпріоритетніших проблем у сфері охорони здоров'я в світі. Незважаючи на те, що загалом алкоголь вживає тільки половина населення планети, він є третім в світі провідним фактором ризику захворювань і передчасної смерті — після тютюнопаління та високого артеріального тиску.

Надання медичної допомоги особам із залежністю від алкоголю на засадах доказової медицини з використанням алгоритму залишається одним із провідних напрямів сучасної медицини у зв'язку з актуалізацією питань щодо алкоголізації населення усього світу.

В Європі за останніх 10 років спостерігається найвищий рівень споживання алкоголю в світі, і в цілому для Євросоюзу характерне зменшення частки осіб, які не вживають спиртні напої, і збільшення частки населення, яке вживає понад 20 г чистого етанолу на день [1].

Україна не увійшла навіть у топ-45 рейтингу за версією Організації економічного розвитку та співробітництва, що є нібито позитивним показником. За офіційними даними, 8,6 л алкоголю щороку

випиває кожний українець віком від 15 років, однак вважається, що ці дані не об'єктивні, адже не враховують кількість нелегально виробленого та ввезеного алкоголю.

Дію вітчизняних протоколів з надання медичної допомоги хворим наркопрофілю припинено з 2020 року, протоколи інших країн не адаптовані до національних особливостей країни, перехід на принципи доказової медицини не відбувся, саме тому таким важливим є підхід до поліпшення якості медичної допомоги хворим із розладами вживання алкоголю використаний у створеному та затвердженому Асоціацією неврологів, психіатрів та наркологів України Протоколі надання допомоги особам із залежністю від алкоголю, спрямований на контроль та поліпшення діяльності всієї системи наркологічної допомоги, підвищення її ефективності завдяки практиці, що базується на доказах, і використанні клінічних досліджень високого ґатунку як основи клінічної інформації.

Первинний аналіз дав змогу визначити найбільш придатні клінічні настанови та протоколи і далі оперувати певним набором кращих клінічних настанов [2—17].

Діагностику, лікування та превенцію виникнення станів гострої алкогольної інтоксикації, синдрому відміни алкоголю і синдрому залежності від алкоголю (тобто розладів вживання алкоголю) треба виконувати відповідно до розроблених стандартів залежно від тяжкості перебігу розладу, віку пацієнта, стану його здоров'я, наявності коморбідної патології та негативних наслідків, наявності критичного ставлення до хвороби, установки на тверезість тощо.

Доведено, що під час надання медичної допомоги пацієнтам з різними формами вживання алкоголю доцільно поєднане застосування комплексної фармако- та психотерапії на засадах доказової медицини.

Проте лише близько 6 % осіб з розладами вживання алкоголю на рік отримують лікування. Причини цього: тривалий період між розвитком алкогольної залежності та зверненням за допомогою; обмежена доступність спеціалізованих служб з лікування розладів вживання алкоголю в деяких регіонах країни: інтернети та сімейні лікарі не завжди вчасно виявляють зловживання алкоголем, що призводить до втрати можливостей для ефективного втручання.

Розроблений алгоритм (порядок дій виконавця) має такий вигляд:

Перша дія — побудова довірливих стосунків та спілкування в манері підтримки, співчуття та без осуду з повагою до конфіденційності, приватності та гідності, із заохоченням родини.

Друга дія акцентована на наданні інформації, яка відповідає рівню розуміння, щодо природи та лікування алкогольної залежності, щоб підтримати усвідомлений вибір із ряду методів лікування, що ґрунтуються на доказах, та узгодженні мети лікування з пацієнтом. Повна абстиненція є метою для більшості людей із алкогольною залежністю,

а також людей, які зловживають алкоголем і мають серйозну психіатричну чи соматичну супутню патологію (наприклад, депресію чи захворювання печінки, пов'язані з алкоголем). Якщо ж пацієнт віддає перевагу меті редукції вживання алкоголю, але є істотні ризики, потрібно наполегливо порадижити, що утримання є найдоцільнішим, але не можна відмовляти в лікуванні особам, які не згодні з ціллю повного утримання. Для шкідливого вживання алкоголю (високого ризику) або легкої залежності, без серйозної супутньої патології та коли є відповідна соціальна підтримка, слід розглядати редукцію вживання алкоголю як мету лікування, якщо пацієнт не віддає перевагу утриманню.

Третя дія включає ідентифікацію та оцінку ризику для пацієнта, зокрема і незаплановану відмову, суїцидальність і ризик для інших. Під час комплексної оцінки, структурованої у вигляді клінічного інтерв'ю, треба зважати на численні сфери потреб, використовувати придатні та підтверджені клінічні інструменти (з використанням, наприклад, ретроспективного щоденника споживання алкоголю), та охоплювати такі сфери: вживання алкоголю, зокрема історичні та недавні моделі вживання алкоголю і, якщо можливо, додаткову інформацію (наприклад, від члена сім'ї); вираженість алкогольної залежності (з використанням, наприклад, шкали SADQ або LDQ); проблеми, пов'язані з алкоголем (шкала APQ).

Четверта дія включає використання формальних інструментів для оцінки та моніторингу розладу вживання алкоголю: The Alcohol Use Disorders Inventory Test (AUDIT) [доказ А] — для виявлення випадків, початкової оцінки та моніторингу стану; The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) або The Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) — для оцінки наявності та важкості алкогольної залежності; Alcohol Dependence Scale (ADS) — для квантифікації алкогольної залежності доцільно використовувати шкалу важкості алкогольної залежності; The Alcohol Problems Questionnaire (APQ) — для оцінки природи та ступеня проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем; The Readiness to Change Questionnaire — Treatment Version (RCQ-TV) — для оцінки мотивації до змін у поведінці, пов'язаної із вживанням; Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, revised (CIWA-Ar) — для оцінки важкості стану відміни.

Незважаючи на те, що в МКХ-10 та DSM-5 алкогольна залежність визначена в категоричних термінах для діагностичних і статистичних цілей як присутня або відсутня, насправді залежність існує залежно від ступеня важкості. З клінічної точки зору корисно розрізняти залежність за категоріями легка, середня та важка.

Люди з легкою залежністю (ті, хто набрав 15 або менше балів за опитувальником важкості алкогольної залежності SADQ) зазвичай не потребують допомоги у відміні алкоголю.

Люди з помірною залежністю (з оцінкою за SADQ від 15 до 30 балів) зазвичай потребують допомоги

у відміні алкоголю, яку можна надавати в амбулаторних умовах.

Людам із сильною алкогольною залежністю (з оцінкою за SADQ понад 30 балів) потрібна допомога у відміні алкоголю, як правило, у стаціонарі.

Визначення важкості рівня алкогольної залежності використовують для скерування вибору відповідних втручань відповідно до Протоколу.

П'ята дія присвячена втручанню щодо шкідливого вживання алкоголю (високого ризику) та легкої алкогольної залежності.

Для людей, які зловживають алкоголем (групи ризику), і людей з легкою алкогольною залежністю доцільно запропонувати психологічне втручання, наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, зосереджену конкретно на пов'язаних з алкоголем когнітивних процесах та поведінці.

Запропонувати поведінкову терапію парам для тих, хто зловживає алкоголем, і особам з легкою алкогольною залежністю, які мають партнера, який бажає брати участь у лікуванні, якщо немає ознак того, що ця особа зараз зазнає насильства в сім'ї або винна у такому насильстві.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, сучасних, науково обґрунтованих методів психотерапії з доведеною антиалкогольною ефективністю [доказ А]. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього тощо), а також неадекватні дії у відповідь на наявні проблеми є основними чинниками, що підтримують розвиток, утримання таких проблем та розладів.

Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та власну поведінку, за допомогою психотерапевта особа намагається змінити дисфункціональні, негативні схеми та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть поліпшенню емоційного стану, розв'язанню міжособистісних та інших проблем, зміни життєвої ситуації на краще.

На рівні первинної допомоги як психокорекційний метод першої лінії (для пацієнтів із низьким та помірним рівнем проблем) оптимальна «Коротка інтервенція» у форматі, запропонованому BOOЗ, у комплексі зі скринінгом за допомогою AUDIT [доказ В].

Алгоритм — коротке втручання. Основними елементами короткого втручання є опитування, обговорення і консультування з метою допомоги пацієнту зрозуміти ризику вживання алкоголю. Осіб, які перебувають у зоні ризику, мотивують змінити звичку до вживання алкоголю. Якщо пацієнт не готовий обговорювати вживання ним/нею алкоголю в момент розмови, то йому/їй слід повідомити, що він/вона можуть звернутися по допомогу у зручніший час. Наступні візити збільшують ефективність короткого втручання [доказ В]. Кількість і частоту візитів визначають індивідуально, залежно від підтримки, якої потребують пацієнти.

Шоста дія — для тих, хто зловживає алкоголем, і людей з легкою алкогольною залежністю, які не реагували на лише психологічні втручання або які спеціально звернулися за фармакологічним втручанням, слід розглянути можливість пропонувати акампросат або пероральний налтрексон у поєднанні з індивідуальним психологічним втручанням (когнітивно-поведінкова терапія) або поведінковою терапією пар (сеанс 60 хвилин на тиждень протягом 12 тижнів), відповідно до головного принципу доказової медицини — поєднання фармако- та психотерапії дає кращий ефект, ніж ізольоване використання того чи того підходу.

Для осіб, які мають помірну алкогольну залежність та потребують додаткової допомоги: Стандартна когнітивно-поведінкова терапія (Standard cognitive behavioural therapy); Попередження рецидиву (Relapse Prevention); Тренінг копінг-навичок та соціальних навичок (Coping and social skills training); 12-крокова фасилітація (12-steps facilitation).

Як психокорекційний інструмент другої лінії (для пацієнтів із важкими станами): структурована інтервенція «Терапія мотиваційного підсилення».

Сьома дія — алгоритм надання медичної допомоги хворим з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю в стані відміни залежить від наявності та виду ускладнення.

Під час купірування стану відміни алкоголю потрібно використовувати не тільки ефективні та безпечні препарати з певним рівнем доказовості, але зважати на безпеку одночасного поєднання призначених препаратів різних фармакологічних груп.

Для людей з легкою та помірною залежністю рекомендується амбулаторна програма купірування синдрому відміни, у якій контакт між персоналом і пацієнтом становить від двох до чотирьох зустрічей на тиждень протягом першого тижня.

Легкі прояви відміни (оцінка за шкалою CIWA-Ar менше ніж 10) зазвичай не потребують використання засобів для седації. При результаті 10—19, якщо це клінічно виправдано (наприклад, є позитивне ставлення до лікування), варто розпочати медикаментозну терапію.

Для людей з легкою та помірною залежністю та складними потребами або з сильною залежністю рекомендується інтенсивна програма після допомоги при відміні, яка триває від чотирьох до семи днів на тиждень, протягом тритижневого періоду. Складні потреби охоплюють психіатричну супутню патологію, погану соціальну підтримку або бездомність.

Під час лікування синдрому відміни алкоголю в амбулаторних умовах доцільно виписувати ліки не більше ніж на два дні (щоб запобігти передозуванню або прийманню препарату кимось іншим, а не особою, для якої він призначений) і спостерігати за пацієнтом через день.

Бажано, щоб приймання ліків спостерігав член сім'ї або особа, яка здійснює догляд. Варто коригувати дозу, якщо виникають серйозні симптоми відміни або надмірна седація.

У разі призначення фармакологічного лікування варто контролювати важкість стану синдрому відміни алкоголю за шкалою CIWA-Ar.

Восьма дія — вирішення питання про госпіталізацію, якщо пацієнт відповідає одному або декільком із наведених нижче критеріїв: вживав більше ніж 30 стандартних одиниць алкоголю на день; має понад 30 балів за SADQ; має в анамнезі епілепсію або судоми, пов'язані з відміною алкоголю; алкогольний делірій в анамнезі; серйозні психічні або фізичні супутні захворювання (наприклад, хронічна важка депресія, психоз, недоїдання, застійна серцева недостатність, нестабільна стенокардія, хронічне захворювання печінки) або когнітивні порушення.

Дев'ята дія — схеми приймання препаратів при синдромі відміни алкоголю.

Під час купірування синдрому відміни в амбулаторних умовах доцільно використовувати схеми лікування фіксованими дозами, коли на початку лікування призначають стандартну дозу, незалежно від рівня відміни алкоголю, далі знижують дозу до нуля протягом 7—10 днів, або симптомактивний підхід, який передбачає адаптацію режиму приймання препарату відповідно до тяжкості синдрому відміни та будь-яких ускладнень. Фармакотерапія триває лише допоки у пацієнта спостерігаються прояви синдрому відміни.

Переважаючими препаратами для купірування синдрому відміни є бензодіазепіни. Діазепам ефективний при важких проявах абстиненції [доказ А]. Якщо результат за шкалою CIWA-Ar ≥ 20 (≥ 12 у трьох запитаннях, де йдеться про тремор, пітливість і тривожність), показана седація діазепамом: призначають 20 мг діазепаму [доказ А] перорально кожні 90—120 хвилин, доки пацієнт спокійно не засне. Якщо дихальний аналізатор визначив більше ніж 0,1 % алкоголю, початкова доза становить 10 мг. Передбачувана потрібна для седації доза становить 80—120 мг (4—5 доз протягом 8—10 годин). Доза, менша за 180 мг, є ефективною у більш ніж 90 % пацієнтів.

Якщо бензодіазепіни використовують для людей з порушенням функції печінки, потрібно почати зі зниженої дози та ретельно контролювати функцію печінки. Не призначати бензодіазепіни людям із серйозними порушеннями функції печінки.

Усім пацієнтам призначають 250 мг тіаміну внутрішньом'язово щодня протягом трьох днів [доказ С].

У випадку важкого ступеня синдрому відміни потрібні інфузії, до складу яких входять калій та магній [доказ D].

При лікуванні синдрому відміни від спільної бензодіазепінової та алкогольної залежності потрібно збільшити дозу препарату бензодіазепіну, що використовують для лікування відміни. Розрахувати початкову добову дозу на основі потреб для відміни алкоголю плюс еквівалентну щоденну дозу бензодіазепіну, що регулярно вживається.

Схеми відміни в стаціонарі повинні тривати від двох до трьох тижнів або довше, залежно від важкості супутньої залежності від бензодіазепінів.

Якщо синдром відміни купірують в амбулаторних умовах та/або якщо наявний високий рівень бензодіазепінової залежності, схема має тривати більше трьох тижнів, адаптована до симптомів і дискомфорту пацієнта.

Десята дія — доцільно проводити моніторинг симптомів відміни, наприклад, за допомогою Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (revised version) для оцінювання динаміки проявів синдрому відміни. Максимальний бал — 67. Пацієнтам, які набрали менше ніж 10 балів, зазвичай не потрібні додаткові ліки для відміни.

Одинадцята дія — після успішної відміни для людей із помірною та важкою алкогольною залежністю доцільно пропонувати приймання акампросату або перорального налтрексону у поєднанні з індивідуальним психологічним втручанням (когнітивно-поведінкова терапія).

Алгоритм — Акампросат [доказ С]. Психотропний препарат, що сприяє утриманню від вживання алкоголю. За хімічною структурою подібний до амінокислотних нейромедіаторів, як-от таурінова кислота і GABA, стимулює інгібіторну GABA-ергічну передачу ЦНС, є антагоністом амінокислот, особливо глутамінової. Починати терапію треба якомога швидше після купірування синдрому відміни. Зазвичай призначають у дозі 1998 мг (666 мг тричі на день), якщо ж маса тіла пацієнта не перевищує 60 кг, тоді слід призначати максимум 1332 мг на день.

Акампросат зазвичай призначають на термін до 6 місяців або довше для тих, хто отримує користь від препарату та хоче і далі його приймати; але слід припинити приймання, якщо вживання алкоголю триває протягом 4—6 тижнів після початку приймання препарату. Це — єдиний препарат з доведеною антикревінговою дією.

Пацієнти, які приймають акампросат, повинні перебувати під спостереженням принаймні раз на місяць протягом 6 місяців, а також через скорочені, але регулярні проміжки часу, якщо препарат призначають приймати після 6 місяців.

Не доцільно проводити аналізи крові регулярно, але їх розглядайте для моніторингу відновлення функції печінки та як мотиваційну допомогу пацієнтові, щоб показати поліпшення.

Алгоритм — Налтрексон [доказ А], синтетичний антагоніст опіатних рецепторів. За хімічною будовою близький до оксиморфону. Блокує фармакологічний ефект екзогенних опіатів за допомогою конкурентного зв'язування з опіатними рецепторами. Розпочинати лікування налтрексоном можна після купірування синдрому відміни зазвичай з дози 25 мг на добу та досягти підтримувальної дози 50 мг на добу. Варто звернути увагу пацієнта на вплив препарату на анальгетики на основі опіоїдів.

Пероральний налтрексон зазвичай призначають на термін до 6 місяців або довше для тих, хто отримує користь від препарату та хоче і далі його приймати, але слід припинити приймання, якщо вживання

алкоголю триває протягом 4—6 тижнів після початку приймання препарату.

Пацієнти, які приймають пероральний налтрексон, повинні перебувати під спостереженням принаймні раз на місяць протягом 6 місяців, а також через скорочені, але регулярні проміжки часу, якщо препарат призначають приймати і після 6 місяців.

Не доцільно робити аналізи крові регулярно, але розгляньте їх для людей похилого віку, людей з ожирінням, для моніторингу відновлення функції печінки та як мотиваційну допомогу пацієнтові, щоб продемонструвати поліпшення.

Метод Сінклера. Результати після застосування цього методу показали, що пацієнти отримують поступовий прогрес — менше п'ють і зазнають істотного скорочення тяги до спиртного. Метод Сінклера дозволяє пацієнтам вживати спиртне, але за годину до приймання алкоголю рекомендується обов'язково випити 50 г призначеного препарату (налтрексону або налмефену [доказ В]).

Після успішної відміни для людей із помірною та важкою алкогольною залежністю у разі згоди на повну абстиненцію варто запропонувати дисульфірам [доказ В] у поєднанні з психологічною підтримкою.

Алгоритм — Дисульфірам. Починати лікування принаймні через 24 години після останнього вживання алкогольного напою. Зазвичай призначають у дозі 250 мг на добу.

Для пацієнтів, які і далі вживають алкоголь, якщо доза 250 мг (приймати регулярно протягом принаймні тижня) не спричиняє достатньо неприємної реакції, щоб стримати вживання алкоголю, розглянути можливість збільшення дози (в рамках концепції редукції вживання алкоголю).

Перед початком лікування дисульфірамом треба перевірити функцію печінки, рівень сечовини та електролітів, щоб оцінити наявність порушення функції печінки або нирок. Перевірте наявність обмежень і протипоказань, якщо є такі стани: важкі психічні захворювання в анамнезі, інсульт, захворювання серця або гіпертонія.

Треба попередити пацієнта, який приймає дисульфірам, а також його родину про можливу взаємодію між дисульфірамом і алкоголем (який може міститися в продуктах харчування, парфумах, аерозольних спреях тощо), симптоми якого можуть включати почервоніння, нудоту, серцебиття і, що більш серйозно, аритмії, гіпотензію і колапс, швидкий і непередбачуваний початок рідкісного ускладнення гепатотоксичності; в такому разі слід припинити приймання дисульфіраму та терміново звернутися по медичну допомогу.

Пацієнт має залишатися під спостереженням принаймні кожні два тижні протягом перших двох місяців, потім щомісяця протягом наступних чотирьох місяців. Якщо можливо, потрібно, щоб член сім'ї спостерігав за прийняттям препарату, треба проходити медичний контроль принаймні кожні шість місяців після перших шести місяців лікування та спостереження.

Дисульфірам використовують для короткотривалих втручань [доказ В]. Призначення дисульфіраму істотно поліпшує прогноз як порівняти із застосуванням лише психотерапії. Доведено, що підшкірні дисульфірамові імпланти неефективні.

Інші лікарські засоби (на етапі доведення ефективності):

селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) не покращують результати психотерапії при алкогольній залежності, але зменшують рівень вживання алкоголю;

топірамат є протиепілептичним препаратом, що може зменшувати відчуття задоволення від прийняття алкоголю і таким способом допомагати контролювати його вживання [доказ В];

кветіапін може зменшувати вживання алкоголю особами, які почали зловживати ним в юному віці;

ондансетрон (протиблювотний засіб) є антагоністом 5-HT₃ серотонінових рецепторів, він може зменшувати вживання алкоголю і бути частково ефективним у пацієнтів, які почали зловживати ним у юному віці;

баклофен є антагоністом ГАМК-В-рецепторів і зменшує спастичність скелетних м'язів, він може збільшувати позитивний результат при утриманні від вживання алкоголю після психологічного лікування у осіб з цирозом печінки;

нейролептики не рекомендується застосовувати під час лікування алкогольної залежності, окрім тіаприду, галоперідолу та хлорпротіксену, ефективність яких доведена і вони включені в Протоколи лікування алкогольної залежності в США, Німеччині та Великій Британії.

Дванадцята дія — спрямована на коморбідні розлади психічного здоров'я, які зазвичай включають депресію, тривожні розлади та зловживання наркотиками, деякі з них можуть зникати при утриманні від алкоголю, але інші можуть зберігатися і потребувати спеціального лікування.

Алгоритм: спочатку — лікування зловживання алкоголем, оскільки це може призвести до істотної редукції депресії та тривоги.

Тільки якщо депресія або тривога тривають після 3—4 тижнів утримання від алкоголю, варто провести оцінку депресії або тривоги та скерувати на лікування відповідно до рекомендацій для конкретного розладу.

У деяких людей супутні соматичні захворювання (зокрема шлунково-кишкові розлади, захворювання печінки, неврологічні та серцево-судинні захворювання) можуть зменшуватися після припинення або зменшення вживання алкоголю, але багато хто відчуває довгострокові наслідки зловживання алкоголем, які можуть істотно скоротити тривалість їхнього життя.

Алгоритм: спочатку — лікування залежності, якщо через 3—4 тижні соматоневрологічні розлади залишаються, спрямувати до сімейного лікаря.

Тринадцята дія — для лікування розладів вживання алкоголю не рекомендується регулярно

використовувати антидепресанти (зокрема і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну); гамагідроксibuтират та бензодіазепіни слід використовувати лише для лікування синдрому відміни, а не як постійне лікування алкогольної залежності.

Чотирнадцята дія алгоритму — послуги V рівня складності — високоспеціалізована допомога (спеціалізовані клініки науково-дослідних інститутів, закладів вищої освіти):

1. Індивідуалізований покроковий підбір фармакотерапевтичних та психотерапевтичних інтервенцій на засадах доказової медицини при шкідливому вживанні алкоголю.

2. Індивідуальні та сімейні консультації, динамічне спостереження з приводу алкогольної залежності на етапі формування терапевтичної ремісії.

3. Індивідуалізований покроковий підбір фармакотерапевтичних та психотерапевтичних інтервенцій на засадах доказової медицини при синдромі залежності від алкоголю.

4. Інтенсивні фармакологічні інтервенції на засадах доказової медицини при синдромі відміни алкоголю.

5. Індивідуальні та сімейні консультації та динамічне спостереження при інших проблемах, пов'язаних з наявністю в сімейному анамнезі алкогольної залежності.

6. Скринінг та діагностика розладів внаслідок вживання алкоголю: тести AUDIT, Мічиганський алкогольний скринінг-тест (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST), опитувальник CRIT (Criteria for the Diagnosis of Alcoholism); ARQ (Alcoholism Risk Questionnaire), BMAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test), MAC (MacAndrew Alcoholism Scale), IASI (Iowa Alcoholic Stage Index), тест Мортімера — Фількінза; опитувальник есенціально-реактивного алкоголізму; опитувальник Ландина, опитувальник Alcohol Dependence Scale (ADS) та SADD Short Alcohol Dependence Data (SADD); шкала для оцінки потягу до алкоголю (Anton, Moak); опитувальник The significant-other behavior Questionnaire (SBQ), шкала оцінки виразності синдрому відміни алкоголю CIWA-Ar; MALT — Мюнхенський алкогольний тест; тест Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ); NIDA Quick Screen для діагностики залежності від алкоголю.

П'ятнадцята дія — реабілітаційні центри забезпечують фізичну реабілітацію та розв'язання соціальних проблем. Метою є забезпечити подальший перехід до нормального життя. Групи анонімних алкоголіків (AA групи) — анонімні групи, засновані алкозалежними, та подібні групи для родичів або друзів алкозалежних осіб (Al Anon) приймають усіх алкозалежних осіб, членів їхніх сімей і друзів. Такі групи надають можливість обговорювати проблеми, пов'язані з алкоголем, і підтримують намагання вести тверезий спосіб життя.

Отже, рекомендації, наведені в цьому Алгоритмі, виражають нашу точку зору, отриману після ретельного розгляду наявних доказів. Алгоритм є перелі-

ком певних дій, спрямованих на діагностику, фармако- та психотерапію і реабілітацію осіб з розладами вживання алкоголю на засадах доказової медицини та кращих клінічних настанов та протоколів провідних країн. Виносячи свої погляди, очікуємо, що фахівці з проблем залежності зважатимуть на цей Алгоритм, а також індивідуальні потреби, уподобання та цінності тих, хто користується їхніми послугами.

Список літератури

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.

2. Наказ МОЗ України від 21 вересня 2009 року № 681 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія», який було скасовано Наказом МОЗ України № 590 від 28.02.2020 «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/493403___735223.

3. Autti-Rämö I. Настанова 00925. Спектр фетальних алкогольних розладів // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3684>.

4. Aalto M. Настанова 01030. Поєднаний діагноз (психічне захворювання та зловживання психоактивними речовинами) // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3892>.

5. Настанова 00800. Неврологічні розлади і алкоголь / Sari Atula (Editors) // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3581>.

6. Simojoki K. Настанова 00889. Розпізнавання алкогольної та наркозалежності // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3657>.

7. Simojoki K. Настанова 00890. Надання допомоги залежним від алкоголю та наркотиків // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3658>.

8. Kaarne T. Настанова 00891. Коротке втручання щодо ризиків вживання алкоголю // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3659>.

9. Simojoki K. Настанова 00893. Лікування алкогольної абстиненції // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3661>.

10. Simojoki K. Настанова 00892. Лікарські засоби, що використовуються при алкогольній залежності // Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3660>.

11. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence : Clinical guideline [CG115]. Published: 23 February 2011. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.

12. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний

[International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности. 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/RU_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_2020.pdf.

13. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by R. Humeniuk... [et al.]. World Health Organization, 2010. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=490E792C332B409411522B9355783F7C?sequence=1.

14. International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders / John Marsden ... [et al.]. World Health Organization, 2000. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66633>.

15. Alcohol interventions in secondary and further education NICE guideline. Published: 12 August 2019. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng135>.

16. Рекомендации по лечению алкоголизма : Обзорный перевод клинических рекомендаций по лечению расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем, Всемирной Федерации Обществ Биологической Психиатрии, подготовленный совместными усилиями научного интернет-портала «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии и наркологии Доктор САН. 2018. URL: <https://psyandneuro.ru/stati/guidline-alcoholism>.

17. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / за ред. професора Волошина П. В., професора Лінського І. В., професора Марути Н. О., професора Волошиної Н. П., професора Міщенко В. М., професора Дубенка А. Є. Харків : Строчков Д. В., 2021. 376 с.

References

1. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.

2. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 21 veresnia 2009 roku № 681 "Pro zatverdzhennia klinichnykh protokoliv nadannia medychnoi dopomohy zi spetsialnosti "narkolohiia", yakyi bulo skasovano Nakazom MOZ Ukrainy № 590 vid 28.02.2020 "Pro vyznannia takymy, shcho vtratyly chynnist, deiakykh nakaziv Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy"*. https://zakononline.com.ua/documents/show/493403___735223. (In Ukrainian).

3. Autti-Rämö I. Nastanova 00925. Spektr fetalnykh alkoholnykh rozladiv. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3684>.

4. Aalto M. Nastanova 01030. Poiednanyi diahnoz (psykhichne zakhvoriuvannia ta zlovzhyvannia psykhoaktyvnymy rechovynamy). *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3892>.

5. Sari Atula (Editors). Nastanova 00800. Nevrolohichni rozlady i alkohol. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3581>. (In Ukrainian).

6. Simojoki K. Nastanova 00889. Rozpiznavannia alkoholnoi ta narkozalezhnosti. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*.

Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3657>. (In Ukrainian).

7. Simojoki K. Nastanova 00890. Nadannia dopomohy zalezhnym vid alkoholiu ta narkotyktiv. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3658>. (In Ukrainian).

8. Kaarne T. Nastanova 00891. Korotke vtruchannia shchodo ryzkyv vzhyvannia alkoholiu // *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3659>. (In Ukrainian).

9. Simojoki K. Nastanova 00893. Likuvannia alkoholnoi abstynentsii. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3661>. (In Ukrainian).

10. Simojoki K. Nastanova 00892. Likarski zasoby, shcho vykorystovuiutsia pry alkoholnii zalezhnosti. *Nastanovy na zasadakh dokazovoi medytsyny*. Stvoreni DUODECIM Medical Publications, Ltd. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3660>. (In Ukrainian).

11. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence* : Clinical guideline [CG115]. Published: 23 February 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.

12. *Mezhdunarodnyye standarty lecheniya rasstroystv, svyazannykh s upotrebleniyem narkoticheskikh sredstv: peresmotrennoye izdaniye s uchetom polevykh ispytaniy [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]*. Vsemirnaya organizatsiya zdavoookhraneniya i Upravleniye OON po narkotikam i prestupnosti. 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/RU_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_2020.pdf. (In Russian).

13. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care* / prepared by R. Humeniuk... [et al.]. World Health Organization, 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf;jsessionid=490E792C332B409411522B9355783F7C?sequence=1.

14. Marsden, John, Ogborne, Alan, Farrell, Michael, Rush, Brian, World Health Organization. Management of Substance Dependence Team. et al. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66633>.

15. *Alcohol interventions in secondary and further education NICE guideline*. Published: 12 August 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng135>.

16. *Rekomendatsii po lecheniyu alkoholizma* : Obzorny perevod klinicheskikh rekomendatsiy po lecheniyu rasstroystv, svyazannykh so zloupotrbleniyem alkogolem, Vsemirnoy Federatsii Obshchestv Biologicheskoy Psikhiiatrii, podgotovlennyy sovmestnymi usiliyami nauchnogo internet-portala "Psikhiiatriya & Neyronauki" i Kliniki psikhiiatrii i narkologii Doktor SAN. 2018. <https://psyandneuro.ru/stati/guidline-alcoholism>. (In Russian).

17. *Klinichni rekomendatsii z nadannia medychnoi dopomohy patsientam z nevrolohichnyimi, psykhichnyimi ta povedinkovymi rozladamy* / profesor Voloshyn P. V., profesor Linskiy I. V., profesor Maruty N. O., profesor Voloshyna N. P., profesor Mishchenko V. M., profesor Dubenko A. Ye. (Eds.). Kharkiv : Strokov D. V., 2021. 376 s. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 20.07.2023

Відомості про авторів:

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу*; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*

АРТЕМЧУК Анатолій Пилипович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, головний науковий співробітник відділу*

ЛІСНА Наталія Миколаївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу*

БАРАНЕНКО Олексій Валерійович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*

ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна, провідний інженер відділу*

* — відділ клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

MARKOZOVA Lyubov, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department**

ARTEMCHUK Anatolii, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head Researcher of the Department**

LISNA Natalia, MD, PhD of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department**

BARANENKO Oleksiy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**

HOLTSOVA Svitlana, Leading Engineer of the Department**

** — Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine