

# ЛІКУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

## Скорочений виклад

J. D. Chick  
Management of Alcoholic Dependence  
Royal Edinburg Hospital

Термін “алкоголік”, що його, як звичайно, застосовують медики, здебільшого лякає пацієнтів, породжуючи в їхній уяві особу з очевидними проявами зловживання алкоголем. Від стереотипів звільнитися важко: термін “алкоголік” переважно асоціюється з деградованою бездомною людиною на вулиці міста. Так що уникайте його. Суть проблеми полягає в тому, що деякі люди через постійне вживання алкоголю спричиняють проблеми собі та іншим (своєму здоров'ю, сім'ї, друзям, на роботі, вступають у конфлікт із законом), проте не можуть самостійно кинути пити.

### Залежність

Дехто з цих людей відчуває суттєві труднощі, коли робить спроби кинути пити, оскільки звичка глибоко вкорінилася та/або всі спроби зводяться нанівець через появу дискомфорту відміни. У таких випадках говорять про залежність. Симптоми відміни найімовірніше виникнуть в осіб з високою толерантністю до алкоголю (які здаються тверезими при високій концентрації алкоголю в крові), які вранці страждають від тремору, нудоти та на блювання, коли шлунок порожній, відчувають поліпшення після приймання алкоголю перед полуднем; при обстеженні у них виявляють тремтіння язика та рук. У таких осіб можуть бути періоди абстиненції, але почавши пити, вони втрачають контроль над кількістю спожитого алкоголю.

### Виявлення

Як і при інших розладах, які асоціюються з осудом і соромом, пацієнти можуть приховувати або заперечувати потрібну інформацію. Крім того, вони можуть просто не хотіти погоджуватися з рекомендаціями, оскільки для цього потрібно відмовитися від того, що увійшло у звичку, дає задоволення або спричинює залежність.

З усіх скринінгових тестів найпопулярнішим є CAGE, оскільки до нього входять лише 4 запитання:

- Чи виникають у вас труднощі з обмеженням зловживання алкоголем?
- Чи відчуваєте ви лють через те, що хтось критикує вас через споживання алкоголю?
- Чи є у вас відчуття провини через споживання алкоголю?
- Чи відчуваєте ви потребу похмелятися (випити дозу алкоголю, яка знімає симптоми відміни).

Проте CAGE не дає змоги виявити всі випадки у терапевтичних, хірургічних пацієнтів і тих, хто звертається у відділи негальної допомоги, і цей тест не зорієнтований на раннє розпізнавання залежності. З цієї точки зору запитальник AUDIT, запропонований ВООЗ, який складається з 10 запитань, є досконалішим.

Загалом лікар завжди повинен з'ясувати таке: кількість і вид спожитого пацієнтом алкоголю, чи створює споживання алкоголю проблеми та чи є симптоми залежності.

**З'ясуйте анамнез вживання алкоголю:**

— Як часто ви вживаєте алкоголь? (Осіб похилого віку треба розпитати також про те, чи додають вони алкоголь до чаю або кави).

— Скільки ви випиваєте впродовж типового дня? (1 одиниця алкоголю = 250 мл пива, келих вина, 1 мірка міцних напоїв, 10 г спирту).

— Чи був за останній місяць хоча б день, коли ви випили понад 10 одиниць?

— Чи були у вас проблеми, зумовлені алкоголем, за останні роки — вдома, на роботі, конфлікти з законом або проблеми із здоров'ям?

— Чи були у вас або в когось іншого проблеми від того, що ви вживаєте алкоголь?

— Чи застосовуєте ви алкоголь для того, щоб вирішити свої проблеми?

Якщо відповіді вказують на небезпечний рівень або шкоду від алкоголю, треба оцінити, чи є в пацієнта тепер залежність на основі таких даних:

— труднощі в контролюванні кількості випитого алкоголю;

— труднощі в тому, щоб припинити вживання алкоголю;

— симптоми відміни;

— приймання дози алкоголю для того, щоб полегшити симптоми відміни.

**Ранній анамнез:**

◆ *Безсоння (якщо пацієнт приймає алкоголь регулярно ввечері, то тоді, коли він не приймав алкоголю, йому важко заснути; інші повідомляють про пробудження незабаром після півночі, оскільки до цього часу їхня доза алкоголю елімінується);*

◆ *Симптоми гастриту;*

◆ *Гіпертензія;*

◆ *Падіння/травми;*

◆ *При обстеженні виявляють запах алкоголю при диханні.*

**Пізній анамнез:**

◆ *Тривожність: регулярне споживання алкоголю призводить до появи і зникнення симптомів відміни;*

◆ *Серцебиття: трапляється при проявах відміни або індукованих алкоголем аритміях;*

◆ *Депресія: розлади взаємин з людьми; негативний вплив алкоголю на продуктивність праці; алкоголь може діяти як фармакологічний депресант, незважаючи на початкову ейфорію після споживання двох-трьох перших доз;*

◆ *Розлади сімейних стосунків.*

**При обстеженні:**

*Запах алкоголю при диханні, тремор (який раніше проявляється як тремор язика і губ ще до того, як проявиться тремор пальців рук), пітливість, тахікардія, ін'єкція судин кон'юнктиви, надмірна капіляризація шкіри обличчя, збільшення печінки, травми.*

***Завжди пам'ятайте про можливість алкогольної залежності при диференціальній діагностиці клінічної симптоматики!***

### **Біологічні маркери**

Приблизно в 60% людей, які вживають алкоголь у потенційно небезпечних кількостях (для чоловіків це понад 80 г спирту на день), спостерігається підвищення середнього об'єму еритроцитів або рівня  $\gamma$ -глутамілтрансферази в сироватці крові (ГГТ). Отже, при обстеженні групи людей, які налаштовані чесно дати потрібну інформацію, застосування цих маркерів не дасть можливості виявити всі випадки зловживання алкоголем, проте вони можуть бути корисними, якщо зміни, що можуть бути спричинені також іншими медикаментами або захворюваннями, виявляють у тих пацієнтів, які не налаштовані на відвертість.

Алкоголь впливає на вуглеводну частину трансферину. Трансферин сироватки, в якому бракує вуглеводного компоненту молекули, є маркером споживання великої кількості алкоголю, причому цей тест має лише трохи нижчу чутливість, ніж ГГТ і є позитивним у 50—60% людей, які випивають 56 одиниць алкоголю на тиждень. На нього не впливають ліки і розповсюджені захворювання, отже, специфічність його як маркера важкого алкоголізму в популяції хворих пацієнтів є вищою, ніж ГГТ або середній об'єм еритроцитів.

### **Які люди, що вживають алкоголь, є групою ризику?**

Деякі люди не мають алкогольної залежності і алкоголь не спричинює у них жодних проблем, і все ж вони споживають дози, при яких, за статистичними даними, існує ризик. Інтерпретація епідеміологічних даних суперечлива, індивідуальна схильність тут коливається в широких межах, проте вважають, що вживання більше 4-х одиниць алкоголю на день (для жінок — 3-х одиниць) є тією точкою, від якої зростає ризик смерті від хвороб печінки, інсульту, раку ротоглотки, гортані, стравоходу і молочної залози. Безперечно, ті особи, які вживають 28 одиниць алкоголю на тиждень в один-два прийоми мають ризик появи різноманітних поєднаних проблем, наприклад, гематемезису, некоронарного болю у грудній клітці, травм або конфліктів з поліцією.

### **Виняток щодо серцевої патології**

Для пацієнтів середнього віку з сімейним анамнезом ішемічної хвороби серця (ІХС) або іншими факторами ризику ІХС виявлено переконливі епідеміологічні дані про те, що вживання 1—3 одиниць алкоголю на день має чіткий взаємозв'язок із ліпшим станом здоров'я. Такий взаємозв'язок є, імовірно, причинним, якщо виключити з дослідження осіб, які припинили вживання алкоголю через хворобу, а також залежить від соціального прошарку, до якого належить особа, доходів, дієти (в багатьох, якщо не у всіх дослідженнях), фізичної активності й куріння.

### **Перехід від виявлення хвороби до впливу на неї**

При опитуванні пацієнта треба підштовхнути його до розуміння взаємозв'язку між його скаргами і хворобливими проявами та споживанням алкоголю. Перша стадія лікування — це об'єктивний діалог без осуду, в якому пацієнт зважує усі "за" і "проти" щодо вживання алкоголю. Пацієнт може бути ще не готовий до впровадження змін у своє життя, проте треба, щоб двері залишалися для нього відчиненими. Навіть маючи достатню мотивацію, пацієнт буде коливатися у своїх рішеннях, отже, розв'язання проблеми йтиме крок за кроком. Можна запропонувати ідеї, ефект від яких проявиться вже через один або кілька місяців.

### Що таке мотивація?

Мотивація — це баланс позитивних моментів, як їх сприймає пацієнт, які настають при зміні способу. У зменшенні кількості вживання алкоголю можуть бути позитивні і негативні аспекти, як і у відмові від змін. Наприклад, пацієнта приваблює те, що він не блюватиме кров'ю, не матиме нудоти зранку, збереже гроші, а його сім'я зрадіє. З другого боку, він втрачає можливість спілкуватися з друзями з бару або клубу, а також позитивний, на його думку, вплив алкоголю на його переживання та тривоги. Проте баланс між цими обидвома сторонами може змінюватися. Наприклад, унаслідок ваших пояснень пацієнт починає розуміти, що напруження, яке він звик пояснювати проблемами на роботі і в особистому житті, спричинене гіперактивністю нервової системи, яка виникає внаслідок чергування періодів пияцтва і абстиненції.

### Підтримка мотивації: співбесіда

Діалог — це клінічний інструмент. Пропонуємо кілька варіантів для діалогу з пацієнтом, який зловживає алкоголем:

Розпочніть із з'ясування теперішнього стану, в якому перебуває пацієнт: Що зараз непокоїть вас найбільше?

“За” і “проти”: Яке місце у вашому житті займає алкоголь? Чи відіграв алкоголь роль в тому, що з вами трапилось (у тому, як ви себе почуваєте)? Що, на вашу думку, є позитивним у вживанні вами алкоголю? Які аспекти процесу вживання алкоголю менш привабливі?

Поінформуйте про біологічні і патофізіологічні аспекти вживання алкоголю, але не кажіть: “Ви є...” або “Якщо ви не припините, то станете...”, — такі вислови заганяють пацієнта в кут, і в нього не залишається іншого вибору, як погодитися з усім, що ви сказали, або принаймні вдавати, що погоджується, або ж не погоджуватися і сперечатися.

Якщо пацієнт зайняв оборонну позицію, запитайте дозволу: “Чи не було б вам цікаво докладніше довідатися про вплив алкоголю на...?”

Подавайте інформацію якомога менш персонально: “У деяких людей алкоголь спричинює...”, “Медичні дослідження засвідчили, що алкоголь...”

Допоможіть пацієнтові висловити його власні тривоги: “Що найбільше непокоїть вас у тому, що ви випиваєте? Що ще хвилює вас найбільше?”

Допоможіть вирішити: запропонуйте різноманітні варіанти, а не лише один можливий, наприклад: є два способи подолати проблему: поступово зменшувати кількість випитого або ж відразу відмовитися від алкоголю. Розкажіть, що інші ваші пацієнти робили в аналогічній ситуації.

Підкресліть у розмові з пацієнтом: “Ви самі найліпше знаєте, що є правильним для вас”.

Залишайте “двері відчиненими”: невдача у прийнятті миттєвого рішення змінитися не є невдачею консультації. Таке рішення назріє з часом, отже, створіть для пацієнта можливість для спілкування з вами в майбутньому. (Зобов'язання змінитися може бути дуже нетривким).

Основну ідею такого опитування можна подати так: людина більше вірить тому, що говорить сама, ніж тому, що їй говорять інші!

### Підтримка мотивації: соціальний аспект

Часто цілком обґрунтовано стверджують, що для пацієнта єдиний спосіб кинути пити — зробити це для себе. Проте дослідження, як і досвід, свідчать, що навіть особи з алкогольною залежністю можуть стати на шлях змін під впливом тиску ззовні. Це може бути категорична рекомендація лікаря або вимога судових

органів. Можливо, дружина чи чоловік такої особи обрали категоричну тактику через можливість розлучення або ж роботодавець зробив попередження.

Інколи лікар може допомогти тим, що поліпшує спілкування між зацікавленими сторонами, отже, вимоги тієї чи іншої сторони стають для партнера зрозумілишими. Зокрема, жодної шкоди не буде від заяви дружини (чоловіка) пацієнта або його роботодавця: “Ми дуже тебе цінуємо, проте алкоголь погіршує наші стосунки, і ми цього не стерпимо.” Якщо дружина (чоловік) чи роботодавець пацієнта цікавляться станом його здоров’я, лікар може мати дозвіл пацієнта і розповісти про це; іноді пацієнт цього не дозволяє або лікар не вважає за доцільне це робити. Натомість доцільно порадити дружині (чоловікові) чи роботодавцеві пацієнта висловити йому зрозумілу, наполегливу, але, якщо можливо, позитивну заяву наведеного змісту.

Друзі, члени сім’ї, колеги по роботі та працедавці можуть обрати правильний, на їхню думку, підхід, проте алкоголь п’є і далі. Вони можуть прикривати пацієнта, вигороджувати його, або навіть звинувачувати себе за те, що сталося. Туману може напустити і сам пацієнт, в якого важка залежність. Тому лікар мусить бути клінічно проникливим: “Це депресія, лікарю. У мене провали пам’яті через цю мігрень. Якби тільки я не мусив переживати цих стресів на роботі... якби моя дружина хоч трохи мене розуміла... якби я міг виспатись...”

Щоби справді допомогти пацієнту, лікареві інколи доводиться чекати, коли з’явиться хвороба або криза. Або ж, якщо лікар терплячий і крок за кроком намагається без звинувачень витлумачити пацієнтові реальність, невеликий соціальний тиск може привести до разючої зміни світогляду і формування мотивації. Розуміння спонукає до дії. На жаль, позитивні зрушення не завжди є тривкими, і процедуру доводиться повторювати.

### **Коротка порада стосовно хвороби може спонукати осіб без вираженої залежності від алкоголю припинити пити**

При застосуванні скринінгових тестів у дослідженнях великих популяцій у Скандинавії виявлено користь від мінімального втручання лікаря. У цьому дослідженні в осіб з підвищенням рівня ГГТ виключали інші, ніж алкоголь, причини цих змін. Порівняльний аналіз засвідчив, що авторитетна, неосудлива рекомендація зменшити кількість алкоголю мала наслідком те, що багато осіб зменшили кількість випитого алкоголю до безпечніших доз.

Таку коротку рекомендацію описують під назвою FRAMES:

FRAMES — короткі медичні поради:

*Повідомте пацієнта про індивідуальний ризик або можливість виникнення захворювання.*

*Відповідальність — наголошення на особистій відповідальності за зміни.*

*Порадьте зменшити кількість вживання алкоголю або відмовитись від нього, якщо є фізичні наслідки зловживання або виражена залежність.*

*Підрахуйте можливі варіанти того, як можна змінити пов’язані з алкоголем звички.*

*Співбесіда з емпатією.*

Ефект такого короткочасного впливу на пацієнта засвідчило зниження рівня ГГТ, зменшення тривалості і частоти госпіталізацій у майбутньому та збільшення кількості днів клінічного поліпшення. У скринінговому обстеженні, яке проводили із застосуванням лише усного опитування або анкетування, виявлено такий же ефект щодо пацієнтів лікаря загального профілю та відділу первинної допомоги. Проте тут є суттєва прогалина: *пацієнтів із важкою алкогольною залежністю*

виключали на початку дослідження; жодних даних щодо того, чи такі пацієнти реагують на короткі рекомендації, немає.

### Вибіркова детоксикація

Особам з вираженою алкогольною залежністю, які мають симптоми відміни, рекомендують зменшувати дозу алкоголю дуже поступово. Якщо вони вже намагалися кинути пити, зазнали невдачі і передбачають важкий перебіг симптомів відміни, можна призначити бензодіазепіни. Факторами, які дають змогу передбачити такий стан, є вживання понад 15 одиниць алкоголю на день упродовж більше 10 днів або випадки, коли пацієнт попередньо намагався кинути пити, проте тривожність, безсоння, нудота і тремор фази відміни були надто важкими, через що він повторно розпочав вживати алкоголь.

Типовою схемою для призначення заздалегідь амбулаторним пацієнтам є хлордіазепоксид по 20—30 мг 4 рази на день, який поступово відмінюють упродовж 5 днів з призначенням найвищої дози перед сном.

Фармакотерапію призначають за тієї умови, що пацієнт розуміє неприпустимість одночасного вживання алкоголю. Якщо є сумніви щодо того, чи буде пацієнт дотримуватись рекомендацій, препарат призначають окремо на кожен день із щоденною перевіркою можливого вживання алкоголю за запахом при диханні, дослідженням крові і сечі. Хлордіазепоксид має переваги перед діазепамом для амбулаторного застосування, оскільки характеризується повільнішим початком дії, а тому є менш вартісним “товаром” для перепродавання на вулиці.

Стационарне лікування обирають тоді, коли соціальне середовище вдома не сприяє відмові пацієнта від алкоголю, якщо в анамнезі є судоми або делірій у період відміни алкоголю або якщо початкові прояви синдрому Верніке (атаксія, страбізм та (або) ністагм, сплутаність свідомості) вказують на потребу негайного парентерального введення тіаміну.

### Запобігання симптомам відміни та їх корекція у стаціонарі загального профілю

У пацієнтів з алкогольною залежністю, які потрапляють у стаціонарні лікувальні установи, можуть розвиватися симптоми відміни. За відсутності своєчасної терапії бензодіазепінами можуть з'являтися судоми, *delirium tremens* з параноїдальною поведінкою, які важко піддаються корекції. Саме тому збирання анамнезу щодо вживання алкоголю й алкогольної залежності у всіх хворих, які прибувають на лікування вперше, є обов'язковим. Діазепам (по 10—20 мг) призначають таким пацієнтам кожні 2 години до того часу, поки не зменшаться збудження, тремор, пітливість та тахікардія (максимальна доза 160 мг за 24 години). Це називається дозуванням услід за симптомами. Нема потреби чекати, доки метаболізується наявний в організмі алкоголь, оскільки в осіб із важкою залежністю симптоматика відміни настає тоді, коли рівень алкоголю починає знижуватися і задовго до того, поки він досягне нуля. Судомні напади, які є проявом синдрому відміни, можуть у рідкісних випадках бути фатальними. Для досягнення швидкого ефекту в цих випадках вводять діазепам внутрішньовенно або ректально.

Якщо медикаментозне лікування пацієнтів із важкою залежністю не розпочати в перші 24 години після вживання останньої дози алкоголю, як це інколи трапляється в терапевтичних і хірургічних відділах, може виникнути потреба в частому застосуванні бензодіазепіну, який титрують до досягнення седативного ефекту, щоб протидіяти збудженню. У перші 24 години інколи необхідно ввести до 100 мг діазепаму. Загальна доза препарату при застосуванні дозування услід за симптомами є меншою, ніж у схемах з фіксованими дозами, що дає змогу уникнути над-

### **Поради для пацієнта, який має намір відмовитись від вживання алкоголю в домашніх умовах**

Якщо у вас є алкогольна залежність, відмова від алкоголю може спричинити напруженість, дратівливість, можливо, тремтіння та пітливість, а також розлади сну. Можлива поява нудоти або проносу. Такі прояви з боку нервової системи, які виникають унаслідок відміни алкоголю, можуть бути досить важкими. До того часу, коли організм звикне до відсутності алкоголю, треба коригувати ці прояви за допомогою медикаментів. Як звичайно, адаптація триває від 3 до 7 днів від вживання останньої дози алкоголю. За відсутності медикamentозної корекції симптоми відміни найгостріші у перші 48 годин і далі поступово згасають. Ось чому медикаменти призначають спочатку у високих дозах, а надалі поступово їх зменшують.

*Ви вирішили більше не вживати алкоголю. Можливо, ви відчуваєте спрагу. Пийте достатньо, проте не забагато фруктових соків і води. Не треба виводити алкоголь з організму надто швидко. Якщо ви випиваєте понад три літри рідини на добу, це надто багато. Не випивайте більше трьох горняток кави або п'яти горняток чаю на день. До складу цих напоїв входить кофеїн, який може спричинити розлади сну і нервозність.*

*Намагайтесь уникати стресу. Важливо не потрапляти у скрутні ситуації, які б давали привід вжити алкоголь як засіб для розрядки. Намагайтесь розслабитись: підіть на прогулянку, послушайте музику, прийміть ванну.*

*Сон. Можливо, що у вас, незважаючи на ліки, порушений сон, або з'явились його розлади тоді, коли ви зменшили дозу снодійних. Не треба хвилюватись: недосипання не завдасть вам суттєвих клопотів, натомість повернення до вживання алкоголю спричинить це безсумнівно. Сон знову стане нормальним приблизно через місяць. Ліпше відмовитись від снодійних ліків і дочекатися відновлення нормального ритму сну. Намагайтесь лягати спати якомога пізніше. Перед сном споживайте легку вечерю або молочний напій.*

*Ліки можуть спричинити сонливість, тому, можливо, доведеться відмовитись від водіння автомобіля або роботи з механізмами. Якщо ви відчуваєте сонливість, пропустіть одну дозу.*

*Їда. Намагайтесь харчуватись регулярно, навіть якщо не відчуваєте голоду. Апетит з часом повернеться.*

мірного седативного ефекту на 3–4 доби лікування. Бензодіазепінам короткої дії, наприклад, лоразепаму чи оксазепаму, надають перевагу в пацієнтів з печінковою недостатністю. Якщо пацієнт блює, за 30 хвилин до приймання першої таблетки бензодіазепіну вводять метоклопрамід (10 мг внутрішньом'язово); можливо, бензодіазепін можна ввести парентерально. Лоразепам добре абсорбується з місця ін'єкції; його початкова доза становить 2–4 мг.

Закінчення в наступному числі журналу