

А.И. Минко, д.м.н., И.В. Линский, д.м.н., ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Пациент, злоупотребляющий алкоголем: на заметку семейному врачу

Из 188 стран мира (по данным за 2011 г.) Украина по уровню потребления алкоголя занимает пятое место – на каждого соотечественника приходится 15,6 л в год. Известно, что деградация нации начинается, когда среднедушевое потребление алкоголя превышает 8 л в год. Возникает закономерный вопрос: есть ли будущее у нации, которая фактически занимается саморазрушением? Чтобы нас не стало, нам не нужна война, астероиды или наводнения, – нам достаточно алкоголя. И хотя проблемы, связанные с потреблением алкоголя, носят прежде всего социальный характер, в обществе зачастую именно медиков считают виновниками сложившегося положения, так как они находятся на переднем крае решения медицинской части этого вопроса.

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя (2006) определяет, что врачи первичного звена оказания медицинской помощи должны играть все более важную роль в распознавании и предупреждении ущерба, связанного с потреблением алкоголя, так как именно они располагают возможностями для своевременного терапевтического вмешательства в отношении злоупотребления алкоголем и зависимости от него, сталкиваясь в своей практике со значительным количеством таких пациентов. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, возникает больше проблем со здоровьем, чем у остальной популяции, это заставляет их чаще прибегать к услугам учреждений здравоохранения. Именно такие пациенты в первую очередь вынуждены обращаться к своим участковым, семейным (или просто знакомым) врачам за объяснением возникающих проблем со здоровьем (например, повышение артериального давления, хронизация боли, частые и тяжело протекающие инфекции, расстройства сна, тревога или депрессия), которые могут быть связаны с приемом алкоголя. Кроме перечисленных патологий, врачи находят у этих больных также гепатит и цирроз, кардиомиопатию и полиневропатию, алкогольный синдром плода и эпилепсию, панкреатит и импотенцию.

Своевременное распознавание проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя, и квалифицированное вмешательство со стороны врача способны значительно улучшить прогноз для таких пациентов, которые могут изменить свое алкогольное поведение, если получат квалифицированный совет. Не обратить внимание на эту сторону жизни больного – означает упустить возможность своевременной терапии. Например, в США подсчитано, что врачи своевременно не диагностируют у пациентов злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами в 75% случаев (2008). А ведь известно: чем раньше проблема выявлена и начато ее эффективное лечение, тем лучше результат.

В Украине, как и во многих странах, лечение алкогольной зависимости традиционно сконцентрировано на индивидах с наиболее тяжелыми формами этой патологии. В нашей стране, как правило, целью лечения является достижение полного воздержания таких индивидов от приема алкоголя. В Европе и Северной Америке уже приняты программы, охватывающие более широкую часть населения: тех, у кого повышен риск развития проблем, связанных с алкогольной зависимостью, либо кто уже начал злоупотреблять алкоголем и находится на ранней стадии заболевания.

Общее количество принимаемого алкоголя может быть рассмотрено в виде континуума, на одном конце которого находится так называемое беспрепятственное употребление алкоголя, а на другом – наличие тяжелых проблем от длительного злоупотребления с рядом промежуточных пунктов между этими двумя полюсами. Каждый человек, принимающий алкоголь, в той или иной степени подвергается риску возникновения таких проблем.

Для тех индивидов, у кого возникают незначительные или редкие проблемы вследствие приема алкоголя, своевременное снижение интенсивности и частоты употребления алкоголя может быть гораздо более реалистичной целью, чем полное приращивание трезвости. А таких ведь пациентов тысячи!

Злоупотребление алкоголем может быть вызвано физическими, психологическими и социальными проблемами, которые могут проявляться в форме желудочно-кишечных расстройств, головных болей, головокружений, вегетативных пароксизмов, тревоги и/или депрессии, проблем на работе, травматизма. Семейный врач может заметить у таких пациентов тремор, потливость, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, усиление сосудистого рисунка кожи лица, увеличение печени, повышение активности печеночных ферментов, признаки интенсивного курения.

Роль врача первичной медицинской сети в области профилактики, оценки, диагностики и лечения состояний, связанных с потреблением алкоголя, заключается в следующем:

- проведении рутинного скрининга для выявления злоупотребления алкоголем;
- оценке и диагностике проблемы;
- лечении медицинских осложнений и сопутствующих заболеваний; профилактике посредством обучения пациента;
- обеспечении поддержки тем лицам, у которых имеется повышенный риск или уже возникла та или иная проблема, связанная с употреблением алкоголя;
- обеспечении непрерывности лечебного процесса, в том числе на этапе противоречивой поддерживающей терапии;
- своевременном направлении на консультацию к психиатру-наркологу пациентов с наличием тяжелых проблем в результате длительного злоупотребления алкоголем.

В связи с этим в вопросах первичной диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя возрастает роль семейных врачей. Кто, если не они, лучше знают проблемы той или иной семьи, в том числе связанные с употреблением алкоголя? Известно: одной из важнейших составляющих психических и поведенческих расстройств разной степени выраженности не только минимальных, но даже очевидных является недооценка наличия проблем вплоть до полного их отрицания. Поэтому столь важно помочь пациенту осознать его алкогольные проблемы и принять решение об их преодолении, в чем может помочь его семейный врач.

Конечно же, постановка диагноза тех или иных психических и поведенческих расстройств вследствие потребления алкоголя является прерогативой психиатра или нарколога, но заподозрить их наличие может и должен семейный врач. Помочь ему в этом могут не только данные, полученные от родственников пациента, но и результаты простого скрининга, например с помощью теста CAGE. Беседу можно начать с общего вопроса: «Вы употребляли алкоголь в прошлом году?». Если получен отрицательный

Показатель, единица измерения	Средние величины (M±m)	
	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
Возраст, лет	39,54±1,51	41,73±1,79
Масса тела, кг	73,42±1,37	75,80±1,28
Общий стаж алкоголизации (эпизодической + систематической), лет	12,95±0,62	13,87±0,65
Стаж систематической алкоголизации, лет	12,04±0,79	11,60±0,56
Общее количество попыток прекратить алкоголизацию	3,69±0,30	4,37±0,36
Количество попыток прекратить алкоголизацию с последующей ремиссией	1,84±0,17	2,10±0,25
Суммарная длительность всех ремиссий, лет	2,32±0,26	2,73±0,35
Соотношение суммарной длительности всех ремиссий к стажу систематической алкоголизации	0,25±0,03	0,22±0,02
Длительность периода с момента окончания последней ремиссии до момента госпитализации, мес	12,81±1,42	11,46±0,98
Суточная доза алкоголя (абсолютного этанола), г	240,46±19,50	215,00±16,72
Кратность употребления алкоголя (в течение суток)	2,16±0,20	2,39±0,24

Примечание: * – различия между основной и контрольной группами достоверны (p<0,05).

Этап	Тип терапии (препараты, дозы, режим введения)	Основная группа	Контрольная группа
Купирование СОА (1-10-е сутки)	Стандартная (фоновая) терапия: 1. Внутривенно капельно: NaCl 0,9% до 1200 мл + MgSO ₄ 25% до 30 мл + Vit B ₁ /B ₆ до 10 мл + KCl 10% до 10 мл 2. Внутримышечно: пирогенал – от 25 до 100 мкг и внутривенно натрия тиосульфат 30% – 5,0 мл 3. Перорально: пирроксан – по 0,03 (2 таблетки) 4 раза в день; Нейровитан – по 1 таблетке 3 раза в день, метронидазол 0,25 – по схеме 4. Рациональная психотерапия (по 20 мин ежедневно)	+	+
	Исследуемая терапия: перорально – Рексетин (пароксетин) 20 мг 1 раз в день	+	-
Противоречивое лечение (11-30-е сутки)	Стандартная (для сравнения) терапия: перорально: карбамазепин по 200 мг 1 раз в день на протяжении с 11-х по 30-е сутки	-	+
	Исследуемая терапия: перорально Рексетин (пароксетин) 20 мг 1 раз в день на протяжении с 11-х по 30-е сутки	+	-

Условные обозначения: «+» этот вид терапии применяется в данной группе; «-» этот вид терапии не применяется в данной группе.

Группа	Усредненные уровни депрессии, баллов (M±m)			
	Визит № 1	Визит № 8	Визит № 9	Визит № 10
Основная группа	8,93±0,89	6,84±0,81	3,15±0,58	2,05±0,30
Контрольная группа	8,50±0,81	7,60±0,90	5,94±0,93*	4,24±0,66**

Примечание: * различия между основной и контрольной группами достоверны (p<0,05); ** различия между основной и контрольной группами достоверны (p<0,01).

Группа	Усредненные уровни тревожности, баллов (M±m)			
	Визит № 1	Визит № 8	Визит № 9	Визит № 10
Реактивная тревожность				
Основная группа	66,74±2,24	52,38±2,59	42,60±2,04	33,83±1,88
Контрольная группа	63,23±1,90	55,85±2,21	49,72±2,43*	43,35±2,35**
Личностная тревожность				
Основная группа	42,66±1,90	49,29±1,96	35,33±2,28	28,64±2,21
Контрольная группа	47,97±2,14	45,95±2,07	44,00±2,08*	40,65±2,06**

Примечание: * различия между основной и контрольной группами достоверны (p<0,05); ** различия между основной и контрольной группами достоверны (p<0,01).

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ КОНСПЕКТ ЛІКАРЯ

А.И. Минко, д.м.н., И.В. Линский, д.м.н., ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Пациент, злоупотребляющий алкоголем: на заметку семейному врачу

Продолжение. Начало на стр. 72.

Динамика усредненных показателей депрессии по шкале Hamilton у обследованных участников основной и контрольной групп на протяжении первого месяца лечения представлена в таблице 3.

Представленные усредненные данные ясно показывают, что уровень депрессии в обеих группах сравнения на протяжении лечения неуклонно снижался, при этом в основной группе это происходило быстрее, что привело к достоверным различиям в анализируемых группах сравнения.

Динамика усредненных показателей реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину у обследованных пациентов основной и контрольной групп на протяжении первого месяца лечения представлена в таблице 4. Как и при оценке уровня депрессии, на протяжении терапии наблюдалось неуклонное снижение показателей как реактивной, так и личностной тревожности, при этом реактивная тревожность, которая обусловлена ситуационно, ослабевала в значительно большей степени, чем личностная тревожность, которая является устойчивой характеристикой. Следует также отметить, что в основной группе обратное развитие и ситуационной, и личностной тревожности происходило опережающими темпами, что привело (на визитах № 9 и № 10) к достоверным различиям показателей в анализируемых группах сравнения.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что Рексетин (пароксетин) оказывает более существенное влияние на аффективный статус пациентов (в сравнении со стандартной терапией, применяемой при купировании синдрома отмены алкоголя и в раннем постабстинентном состоянии).

Как известно, одним из важнейших принципов доказательной медицины является ее ориентация на конечный результат. Им может быть выживаемость (для заболеваний с высоким непосредственным риском смерти) и качество жизни (для всех остальных заболеваний, в том числе при синдроме зависимости от алкоголя). Вот почему в рамках настоящего исследования большое внимание уделялось отслеживанию динамики уровней качества жизни по методике J.E. Mezzich на протяжении первого месяца становления терапевтической ремиссии. Было установлено, что на момент начала лечения практически все показатели качества жизни у пациентов обеих групп были существенно снижены. Однако по мере формирования терапевтической ремиссии уровни качества жизни стали возрастать, при этом в наибольшей степени у тех, у кого на момент начала лечения были особенно низкие показатели. В результате к концу первого месяца терапии (визит № 10) уровни качества жизни у пациентов обеих групп сравнения достигли таковых у практически здоровых людей.

Тем не менее различия между уровнями качества жизни участников разных групп сравнения остались. Так, у больных, получавших Рексетин, такие важные показатели, как психоэмоциональное благополучие, социозэмоциональная поддержка, возможность самореализации и общее восприятие качества жизни, были достоверно выше, чем таковые у пациентов, получавших карбамазепин ($p < 0,05$). Характер показателей качества жизни, по которым наблюдались указанные различия, указывает на большую терапевтическую эффективность Рексетина по сравнению с таковой карбамазепина.

Динамика убывания пациентов из терапевтической программы на протяжении первого месяца лечения в виде «критических дожития» по методу Каплан-Мейера представлена на рисунке. Из данных,

представленных на рисунке, следует, что на этапе купирования синдрома отмены убывание участников из обеих групп сравнения было минимальным и различия по данному параметру между указанными группами были недостоверны. В основной группе один из пациентов заявил о желании прервать лечение уже на визите № 2, еще один участник — на визите № 3, что вряд ли можно связать с действием тестируемого препарата, поскольку ни его основное действие, ни возможные нежелательные эффекты еще не успели проявиться.

В контрольной группе сразу три пациента прервали лечение между визитами № 6 и № 7. Таким образом, во время купирования синдрома отмены Рексетин если и влияет на приверженность больных к проводимому лечению, то весьма незначительно.

Существенные и все нарастающие различия между группами сравнения по признаку приверженности пациентов к проводимой терапии наблюдались на этапе противоречивого лечения. Начиная с визита № 9 (20-й день терапевтической программы) убывание пациентов из основной группы (получавших на данном этапе Рексетин) была достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем у участников контрольной группы (получавших на данном этапе карбамазепин), что свидетельствует о том, что Рексетин обеспечивает достоверно большую приверженность больных к терапии, чем карбамазепин.

В период приема Рексетина в суточной дозе 20 мг у 2 пациентов отмечалась тошнота в первые 3 дня приема препарата, у 1 пациента — головокружение в те же сроки. Следует отметить, что данные явления не стали объективной причиной для прекращения лечения. При дальнейшем приеме препарата указанные нежелательные явления исчезли.

Выводы

Результаты нашего исследования показали, что прием Рексетина:

- ускоряет обратное развитие таких проявлений синдрома отмены алкоголя, как тревога, эмоциональная лабильность, потливость, тяжесть в голове и головная боль;
- способствует редукции ПВА за счет достоверного ($p < 0,01$) снижения интенсивности его аффективного и вегетативного компонентов;
- обеспечивает более чем двукратное ($p < 0,05$) улучшение способности пациентов к терапевтическому сотрудничеству с врачом, чем карбамазепин;
- достоверно повышает у пациентов показатели самооценки физического благополучия, трудоспособности, возможности самореализации и качества жизни в целом по сравнению с таковыми у больных, получавших карбамазепин ($p < 0,05$);
- введение Рексетина в комплексную фармакотерапию не сопровождалось серьезными нежелательными явлениями — препарат хорошо переносился и не оказывал негативного влияния на самочувствие и качество жизни пациентов.

Таким образом, Рексетин показал себя эффективным и безопасным средством для лечения (в составе комплексной фармакотерапии) больных с синдромом отмены алкоголя.

Семейный врач, как правило, назначает своему пациенту несколько лекарств для эффективного лечения соматической патологии. При приеме Рексетина отсутствуют активные метаболиты в печени, что обеспечивает возможность его безопасного сочетания с выбранной врачом терапией.

Список литературы находится в редакции.

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національний інститут фтизіатрії і пульмонології України
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України

V з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України 6-8 листопада, м. Київ

Програмні питання

- Діагностика туберкульозу в умовах розповсюдження хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу і ВІЛ-інфекції
- Сучасні підходи до лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю
- Коінфекція туберкульоз/ВІЛ: ведення нових і повторних випадків захворювання
- Хронічний бронхіт: розповсюдженість, етіологія загострень, лікування
- Актуальні питання виявлення і лікування хворих на ХОЗЛ
- Негоспітальна та нозокоміальна пневмонія: класифікація, діагностика і лікування
- Антибактеріальна терапія інфекцій нижніх дихальних шляхів
- Ідіопатичний легеневий фіброз: діагностика і лікування
- Проблеми професійної патології легень
- Вроджені вади і спадково обумовлені захворювання легень
- Актуальні питання торакальної хірургії

VII Національний астма-конгрес у рамках V з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України

Програмні питання

- Епідеміологія бронхіальної астми (БА)
- Профілактика БА
- Фундаментальні основи БА
- Діагностика, моніторинг БА
- Фармакотерапія БА
- Нові терапевтичні стратегії у разі БА
- Астма та супутні захворювання
- Специфічна імунотерапія БА
- Лікування загострень БА спеціалістами швидкої допомоги
- Навчальні програми

Оргкомітет

Адреса: вул. М. Амосова 10, м. Київ, 03680, Україна.

Тел./факс: +38 (044) 270-35-59, +38 (044) 270-35-61, +38 (044) 275-05-68, +38 (044) 275-62-42

E-mail: gavrysyuk@inbox.ru oleksandr@pulmon.kiev.ua diagnost@ifp.kiev.ua

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ВГО «Українська асоціація боротьби з інсультом»

м. Київ



вул. Дорогожицька, 9



Науковий конгрес з міжнародною участю ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

ГОЛОВНІ ПОДІЇ КОНГРЕСУ

Програма конгресу

Позапрограмна освітня сесія

28 березня

Освітні лекції

- Система надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з неврологічною патологією в світі.

Модератори:

Volker Homburg, Prof. Dr. Dept. Neurology, Heinrich Heine University, Düsseldorf

Т.С. Міщенко, професор, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Головний невролог МОЗ України

- Питання когнітивної реабілітації

Модератор:

Amos Korezyn, Professor, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Israel

- Спеціалізований семінар

Пацієнти з хворобою Паркінсона. Лікування та реабілітація.

Модератори:

Pille Taba, Associate professor, Dpt. of Neurology and Neurosurgery Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia

С.П. Московко, професор, Вінницький ДМУ, Україна

29 березня

Науковий семінар

- Головокружіння. Питання діагностики та лікування.

Модератор:

Herman Kingma, Professor in Clinical Vestibulology in FHMU

- Спільне засідання The Society for the Study of Neuroprotection and Neuroplasticity (SSNN) та Української асоціації боротьби з інсультом

Модератори:

Dafin F. Muresanu, President of the Society for the Study of Neuroprotection and Neuroplasticity (SSNN)

М.Є. Поліщук, професор, НМІАГО імені П.Л.Шупика, Президент ВГО Українська асоціація боротьби з інсультом

- Спеціалізований майстер-клас

Менеджмент спастичності.

Модератор:

Udo Kischka, Consultant in Neurological Rehabilitation, Honorary Consultant Neurologist, Professor, MD FRCP, UK.

30 березня

Спеціалізований майстер-клас

- Реабілітація пацієнтів з головокружінням. Теорія та практика.

Модератор:

Herman Kingma, Professor in Clinical Vestibulology in FHMU's, School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS) and Department of Otolaryngology/Dept of Vestibulology, Maastricht University Medical Centre (MUMC)

30 березня – 3 квітня – семінар-тренінг для фахівців «Ерготерапія при інсульті», курс 2.
Тренер: Камаєва Ольга Вікторівна, Росія

Партнери:



Генеральний медичний партнер: IPSEN, ORION, Abbott, ARTERIUM, EVER

Генеральний інформаційний партнер: МОРИОН, Інформаційний часопис, Аптема, Здоров'я України

Оргкомітет: ел.пошта: office@uabi.org.ua, тел./факс: +38 (044) 5305489
Координатор Проєкту Марина Віталівна Гуляєва, контактний телефон +38 (067) 4655661, mgulyayeva@gmail.com

Інформація щодо участі в форумі – на сайті www.uabi.org.ua