

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დააუადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს № 278/ო ბრძანებით

ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

ალკოჰოლიზმის განმარტება

დამოკიდებულების დაავადებები განიმარტება როგორც პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ხასიათდება სპეციფიკური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გაგრძელებით მიუხედავად ამ ნივთიერებებით გამოწვეული მანე ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და/ან სოციალური შედეგებისა¹.

ალკოჰოლიზმი ქრონიკული პროგრესიული (პროგრესირებადი) დაავადებაა. განისაზღვრება ალკოჰოლური სასმელების მიმართ პათოლოგიური ლტოლვით, ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულებით, რის შედეგადაც ვითარდება ორგანიზმის დისფუნქცია, ხოლო სასმელის მიღების შეწყვეტის შემთხვევაში – მყარი სომატურ-ნევროლოგიური დარღვევები და ფსიქიკური დეგრადაცია. იწვევს მრავალი სახის მეტაალკოჰოლურ აშლილობებს, მათ შორის – ფსიქოზებს.

ალკოჰოლიზმი პოპულარული ტერმინია და მოიცავს ორ აშლილობას – **ალკოჰოლის მანე მოხმარებას** და **ალკოჰოლურ დამოკიდებულებას**.

საკვანძო ელემენტები ამ აშლილობებისა არის ის, რომ ალკოჰოლის მოხმარება არის პიროვნების ცხოვრებაში განმეორებადი პრობლემების მიზეზი; ალკოჰოლიზმი სერიოზულ შედეგებს იწვევს ჯანმრთელობის მხრივ, ადამიანის პირად ცხოვრებაში და ზოგადად, სოციუმის მასშტაბით.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (ICD-10) მიხედვით, ალკოჰოლიზმში იგულისხმება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები, რომლებიც ალკოჰოლის მიღებითაა გამოწვეული და ზუსტდება კოდით – F-10.

ალკოჰოლის მანე მოხმარებისა და ალკოჰოლიზმის ამერიკის ნაციონალური ინსტიტუტის (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism- NIAAA) განმარტებით, ალკოჰოლიზმი მოიცავს შემდეგ 4 სიმპტომს:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. ლტოლვას;2. კონტროლის დაკარგვას – პიროვნებას არ ძალუძს დაღევის შეწყვეტა, რაკილა დაიწყო დაღევა;3. ფიზიკურ დამოკიდებულებას – ალკოჰოლის სიმპტომები, როგორცაა გულისრევა, ოფლიანობა, კანკალი, შფოთვა სამელის მიღების შეწყვეტის შემდეგ;4. ტოლერანტობას – უფრო დიდი რაოდენობის სამელის მიღების საჭიროება თრობის იგივე ეფექტის მისაღებად. |
|--|

¹ დამოკიდებულების მედიცინის ამერიკის საზოგადოება

ალკოჰოლიზმის კლასიფიკაცია

ალკოჰოლიზმის კლასიფიკაცია ე. ჯელინეკის მიხედვით ითვალისწინებს როგორც ეტიოლოგიურ ფაქტორებს, ასევე ფსიქოპათოლოგიურ მახვენებლებს და ზიანის ტიპს, რომელიც სპირტიანი სასმელების მოხმარებასთანა არის დაკავშირებული:

- **ალფა-ალკოჰოლიზმი** – ალკოჰოლის მოხმარება უარყოფითი ფსიქოლოგიური მოვლენების ან უსიამოვნო სომატური შეგრძნებების შესარბილებლად (პრეკლინიკური ფორმა).
- **ბეტა-ალკოჰოლიზმი** – ალკოჰოლის მოხმარება სოციალური გარემოს, ტრადიციების შესაბამისად (პრეკლინიკური ფორმა).
- **გამა-ალკოჰოლიზმი** – მაგარი სპირტიანი სასმელების გამოყენება. ხდება ფსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულების ფორმირება. დამახასიათებელია ალკოჰოლის მავნელ მოხმარების პერიოდულობა.
- **დელტა-ალკოჰოლიზმი** – ვითარდება ყურძნის ღვინის მოხმარებისას. ჭარბობს ფსიქიკური დამოკიდებულება, დამახასიათებელია მოხმარების მუდმივი ფორმა.
- **ეფსილონ-ალკოჰოლიზმი** – ციკლურად განმეორებადი გაბმული სმის პერიოდები.

ძირითადი ტერმინების განმარტებანი

სტანდარტული დაღვევა – ამერიკის შეერთებულ შტატებში სტანდარტულ დაღვევად ითვლება ნებისმიერი ალკოჰოლური სასმელი, რომელიც შეიცავს 0.6 თხევად უნციას (12გ) სუფთა ალკოჰოლს. ეს შეესაბამება 1.2 სუფრის კოვზ ალკოჰოლს. ერთ სტანდარტულ დაღვევას შეესაბამება:

- 355 მლ ლუდი ან სუსტი ღვინო (5%-იანი ალკოჰოლი);
- 240-270 მლ ჭვავის ლიქიორი (7%-იანი ალკოჰოლი);
- 150 მლ სუფრის ღვინო (12%-იანი ალკოჰოლი);
- 90-120 მლ მაგარი ღვინო (შერი ან პორტვეინი; 17%-იანი ალკოჰოლი);
- 60-90 მლ ლიქიორი (24%-იანი ალკოჰოლი);
- 45 მლ ბრენდი, არაყი, ვისკი, ჯინი (40%-იანი ალკოჰოლი).

ზომიერი სმა განმარტებულია, როგორც:

- დღეში 2 სტანდარტული დაღვევა ან ნაკლები მამაკაცებისთვის
- დღეში 1 სტანდარტული დაღვევა ან ნაკლები ქალებისთვის
- დღეში 1 სტანდარტული დაღვევა 65 წელს გადაცილებული პირებისთვის.

სარისკო ანუ სახიფათო მოხმარება (at risk or hazardous use/drinking) – ნივთიერებების მოხმარება, როცა იზრდება ჯანმრთელობისთვის საზიანო შედეგების რისკი. აშშ-ში განსაზღვრულია, როგორც:

- კვირაში 7-ზე მეტი სტანდარტული დალევა ან დღეში 3-ზე მეტი სტანდარტული დალევა ქალებისთვის ან 65 წელს გადაცილებული პირებისთვის;
- კვირაში 14-ზე მეტი სტანდარტული დალევა ან დღეში 4-ზე მეტი სტანდარტული დალევა მამაკაცებისთვის.

ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარება (harmful drinking) – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის (ღსპ-10) მიხედვით განმარტებულია, როგორც სმის პატერნი, რომელიც იწვევს ფიზიკური (მაგ. ღვიძლის დაზიანება) ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაზიანებას (მაგ. მეორადი დეპრესიის ეპიზოდები ალკოჰოლის მიძიმე მოხმარების შემდეგ). დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა არსებობდეს ფსიქიკური ან ფიზიკური ზიანი, რაც უშუალოდ სასმელის მოხმარებამ გამოიწვია.

ალკოჰოლური დამოკიდებულება – განიმარტება, როგორც ფიზიოლოგიურ, ქცევით და კოგნიტურ გამოვლინებათა ერთობლიობა, როცა ალკოჰოლის მოხმარება პირველ ადგილს იკავებს ინდივიდის ფასეულობათა სისტემაში.

მიმდინარე მოხმარება (Current use) – 1 ან მეტი ალკოჰოლური სტანდარტული დალევა ბოლო თვეს; მოიცავს გაღრვეებული სმას (Binge) და მიძიმე მოხმარებას (heavy).

გაღრვეებული სმა (Binge use) - ერთ დღეში 5 სტანდარტული დალევა მამაკაცებისთვის ან 4 სტანდარტული დალევა ქალებისთვის (ერთ დაჯდომაზე ან 2 საათის შუალედით) ბოლო თვეში (სისხლის ალკოჰოლის შემცველობა (BAC) აღწევს .08-ს).

მიძიმე სმა (heavy use) – 5 სხვადასხვა დღეს სულ ცოტა 5 სტანდარტული დალევა თითო დღეში ბოლო თვის მანძილზე.

ალკოჰოლის სინდრომი – ნიშნები და/ან სიმპტომები, რომლებიც ვითარდება ჩვეული ნივთიერების მიღების შეწყვეტის ან მისი რაოდენობის სწრაფი შემცირების შედეგად.

ალკოჰოლური ალკოჰოლის სინდრომი – ვეგეტატიური, სომატური, ნევროლოგიური და ფსიქიკური დარღვევების სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც აღმოცენდება ალკოჰოლიზმით დაავადებულ პირებში ალკოჰოლის ხანგრძლივი და ინტენსიური მოხმარების შეწყვეტის ან მისი რაოდენობის მკვეთრად შემცირების შემდეგ რამოდენიმე საათში (საშუალოდ 6-48 სთ). მისი ხანგრძლივობა 2-3 დღიდან 2-3 კვირამდეა.

ალკოჰოლური ალკოჰოლის სინდრომი შეიძლება გართულდეს ალკოჰოლური დელირიუმით, ალკოჰოლური ფსიქოზური აშლილობით (იხ. შესაბამისი განმარტებები ქვემოთ).

ჯვარედინი ტოლერანტობა – ნივთიერების უნარი შეამსუბუქოს ალკოჰოლის სიმპტომატოზი იმ ნივთიერებასთან მსგავსი მოქმედების გამო,

რომელზეც დამოკიდებული იყო პაციენტი (მაგ. ბენზოდიაზეპინები ჯვარედინ ტოლერანტულია ალკოჰოლთან).

დეტოქსიფიკაცია – ნივთიერების გამოდევნა პაციენტის ორგანიზმიდან თანდათანობითი შემცირების გზით ან მიღების შეწყვეტის გზით. შესაძლოა, საჭირო გახდეს ჯვარედინ-ტოლერანტული ნივთიერებების მიღება პაციენტის კომფორტული ან უსაფრთხო მდგომარეობისათვის.

ალკოჰოლური ალკეეთის სინდრომი დელირიუმით; ალკოჰოლური დელირიუმი (თეთრი ცხელება, delirium tremens) – ალკოჰოლური ფსიქოზი, რომელიც მიმდინარეობს ცნობიერების ჰალუცინატორული დაბინდვის ფონზე უპირატესად ჭეშმარიტი მხედველობითი ჰალუცინაციებით, ილუზიებით, პარეიდოლიებით, ხატოვანი ბოდვითი აშლილობებით და ასევე, ცვალებადი აფექტით, რომელსაც თან ახლავს შიში, მოძრაობითი აგზნება აუტოფსიქიკური ორიენტაციის შენარჩუნების ფონზე. თან ახლავს მრავალფეროვანი ვეგეტო-ნევროლოგიური და ნივთიერებათა ცვლის აშლილობები (გაუწყლოება, ჰიპერაზოტემია, აციდოზი).

ალკოჰოლით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობა (alcohol-induced psychotic disorder) – ფსიქოზური სიმპტომების ერთობლიობა, რომლებიც აღმოცენდება ალკოჰოლის მავნებ მოხმარებისას ან მის შემდეგ და მათი არსებობა არ შეიძლება აიხსნას მწვავე ინტოქსიკაციით. ამასთან, აღნიშნული სიმპტომები არც ალკეეთის მდგომარეობის ფარგლებში არ ეტევა. აშლილობა ხასიათდება ჰალუცინაციებით (ჩვეულებრივ, სმენითი, თუმცა აღქმის პათოლოგია ერთზე მეტ სენსორულ მოდალობას მოიცავს), აღქმის დამახინჯებით, ბოდვითი იდეებით (ხშირად პარანოიდული ან პერსეკუტორული ხასიათის), ფსიქომოტორული აშლილობებით (აგზნება ან სტუპორი) და პათოლოგიური აფექტით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს დიაპაზონს ძლიერი შიშიდან ექსტაზამდე. ცნობიერება ჩვეულებრივ, ნათელია, შეიძლება იყოს დაბინდულიც მაგრამ არასდროს არის აბნეული.

ალკოჰოლით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობა მოიცავს: ალკოჰოლურ ჰალუცინოზს, ალკოჰოლურ დაზოიანობის ბოდვას, ალკოჰოლურ პარანოიას და სხვაგვარად დაუზუსტებელ ალკოჰოლურ ფსიქოზებს (იხ. შესაბამისი განმარტებები ქვემოთ).

ალკოჰოლური ჰალუცინოზი (ალკოჰოლური ჰალუცინატორული ბოდვა, ლოთების ჰალუცინატორული შეშლა) – ფსიქოზური მდგომარეობა სმენითი ჰალუცინაციების, ჰალუცინატორული ბოდვისა და აფექტურ აშლილობათა სიჭარბით, რასაც არ ახლავს ცნობიერების დაბინდვა და რომელიც აღმოცენდება ალკოჰოლური დამოკიდებულების მქონე პაციენტებში, ჩვეულებრივ, ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიდან 2-3 დღის განმავლობაში, იშვიათად – გაღრეგების ბოლოს, ალკოჰოლის ჩვეული რაოდენობის შემცირების ფონზე.

ალკოჰოლური პარანოიდი (ალკოჰოლური დევნის ბოდვა) – ფსიქოზური მდგომარეობა ხატოვანი ბოდვის, შიშის აფექტის, მოძრაობითი აგზნების და რიგი სენსორული აშლილობების სიჭარბით.

ალკოჰოლური დაზიანების (ეჭვიანობის) ბოღვა (alcoholic jealousy);
სასიყვარულო პარანოია (paranoia amorous), ცოლ-ქმრული პარანოია
(paranoia coniugal) – ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქოზური აშლილობის ქრონიკული ფორმა, რომელიც ვლინდება უპირატესად პირველადი პარანოიალური ბოღვის სახით – მეუღლის ან სექსუალური პარტნიორის დაღატის ბოღვითი იდეებით.

2. ეპიდემიოლოგია

მონაცემები მსოფლიოსთვის

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის-ჯანმოს მონაცემებით, მსოფლიოში 2 მილიარდი ადამიანი მოიხმარს ალკოჰოლურ სასმელებს და 76,3 მილიონს აქვს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით, ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული გლობალური ტვირთი, ავადობა და სიკვდილიანობა სერიოზულ მასშტაბებს აღწევს თითქმის ყველა ქვეყანაში. ალკოჰოლის მოხმარებას სამედიცინო და სოციალური შედეგები აქვს, რაც განპირობებულია ინტოქსიკაციით (თრობით), ალკოჰოლური დამოკიდებულების განვითარებით და ალკოჰოლის სხვადასხვა ფიზიოლოგიური ეფექტით.

ალკოჰოლით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები 1,8 მილიონს აღწევს (საერთო სიკვდილობის 3,2%). ალკოჰოლი ასევე იწვევს 58,3 მილიონ DALY²-ის (სიცოცხლის განმავლობაში არაქმედითუნარიანობის წლები) დაკარგვას (საერთო DALY-ს 4%). 1,8 მილიონი სიკვდილის შემთხვევების ერთი მესამედი მოდის სხეულის ტრავმულ დაზიანებებზე, ხოლო 40% – ნეირო-ფსიქიკური მიზეზებით არის განპირობებული. დაავადების ტვირთი ყველა ქვეყანაზე თანაბრად არ არის განაწილებული. ალკოჰოლის მოხმარება წამყვანი რისკ-ფაქტორია განვითარებად ქვეყნებში და რიგით მესამე რისკ-ფაქტორია განვითარებულ ქვეყნებში. მხოლოდ ევროპაში 1999 წელს 15-29 წ. ასაკის მოსახლეობაში ალკოჰოლით გამოწვეული იყო სიკვდილის 55 000 შემთხვევა.

საერთო ჯამში, ალკოჰოლის მავნედ მოხმარება 60 ტიპის დაავადებას და დაზიანებას იწვევს. სპეციალისტები იზიარებენ იმ აზრს, რომ ალკოჰოლი აზიანებს ადამიანის სხეულის ყველა ორგანოს. მსოფლიო მასშტაბით, საყლაპავის კიბოს, ღვიძლის ციროზის და კიბოს, მკვლევლობების, ეპილეფსიური შეტევების და სატრანსპორტო უბედური შემთხვევების 20-30%-ის მიზეზს ალკოჰოლი წარმოადგენს.

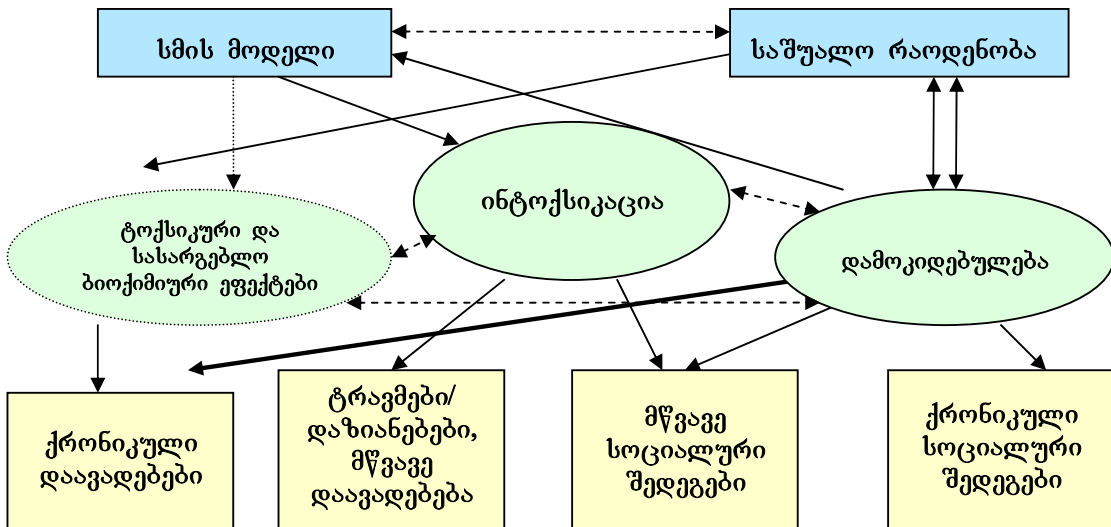
ალკოჰოლიზმი ყველაზე ხშირი ფსიქიატრიული პრობლემაა საერთო პოპულაციაში. ალკოჰოლური დამოკიდებულების პრევალენტობა 8-დან 14%-მდეა. ალკოჰოლური დამოკიდებულების და ალკოჰოლის ავად მოხმარების შეფარდება არის დაახლოებით 2:1. ალკოჰოლიზმის სიხშირე (ინციდენტი) მეტია მამაკაცებში, მაგრამ იგი მატულობს ქალებშიც; ქალებსა და მამაკაცებში ალკოჰოლური დამოკიდებულების სიხშირის შეფარდება შემცირდა 1:2-მდე. ალკოჰოლის მიღებასთან დაკავშირებული

² DALY- Disability Adjusted Life Years lost

სერიოზული პრობლემები ხშირად მოზარდობის ასაკში იწყება. ალკოჰოლიკების 40%-ში პირველი სიმპტომები 15-19 ასაკში იჩენს თავს.

მატულობს მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ უარყოფითი შედეგების განვითარება მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობასთან ერთად სმის მოდელზეც არის დამოკიდებული.

ასე რომ, კავშირი ალკოჰოლის მოხმარებასა და ამით გამოწვეულ შედეგებს შორის დამოკიდებულია ა) ალკოჰოლის მოხმარების ორ ძირითად მაჩვენებელზე: მიღებული ალკოჰოლის საშუალო რაოდენობაზე და სმის მოდელზე და ბ) მედიატორულ მექანიზმებზე: ბიოქიმიური ეფექტები, ინტოქსიკაცია და დამოკიდებულება.



ალკოჰოლის პირდაპირი ბიოქიმიური ეფექტები ზეგავლენას ახდენს ქრონიკულ დაავადებებზე. ეს ზეგავლენა ზოგჯერ დადებითია (მაგ.: ზომიერი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღება ხელს უშლის ათეროსკლეროზის განვითარებას, რაც საბოლოოდ გიდ-ის განვითარებას აფერხებს და ხშირად უარყოფითი (მაგ.: აცინუსის უჯრედებზე ტოქსიური ეფექტი, რაც პანკრესის დაზიანების ტრიგერს წარმოადგენს.)

ინტოქსიკაცია მწვავე სოციალური შედეგების: ტრავმების, უბედური შემთხვევების, განზრახ დაზიანებების, ოჯახური კონფლიქტების და ძალადობის მძლავრი მედიატორია.

ალკოჰოლური დამოკიდებულება კი ალკოჰოლის მოხმარების მწვავე და ქრონიკული შედეგების გამომწვევია.

მოხმარებული ალკოჰოლის საერთო რაოდენობა ან საშუალო რაოდენობა ყოველთვის ის ძირითადი მაჩვენებელი იყო, რითაც განისაზღვრებოდა ალკოჰოლის და მის მიერ გამოწვეულ დაავადებას შორის კავშირი. მოხმარების საშუალო რაოდენობა რისკ-ფაქტორია, რომელიც ძირითადად შორეულ შედეგებთან არის დაკავშირებული. ხოლო

ალკოჰოლის მოხმარების მწვავე შედეგების (მაგ.: დაზიანება და სიკვდილი) სავარაუდო განსაზღვრა უკეთ არის შესაძლებელი სმის მოდელზე დაყრდნობით, თუმცა, რა თქმა უნდა, რაოდენობასაც აქვს მნიშვნელობა. მაგ.: ალკოჰოლის ერთნაირი რაოდენობა შეიძლება მიღებული იქნეს მცირე რაოდენობით, რეგულარულად, (მაგ.: ორი ჭიქა სადილზე ყოველდღიურად) და დიდი რაოდენობით ერთბაშად რაიმე მიზეზის გამო (მაგ.: ყოველ პარასკევს, უქმეების წინ 2 ბოთლი ღვინო).

აქედან გამომდინარე, მოხმარებულ ალკოჰოლის საშუალო რაოდენობის გავლენა ავადობასა და სიკვდილობაზე ნაწილობრივ დამოკიდებულია მიღების მოდელზე, რაც თავის მხრივ სოციალური კონტექსტით არის განპირობებული.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ სმის მოდელი არა მარტო მწვავე შედეგებთან (მაგ.: ტრავმებთან) არის კავშირში, არამედ ქრონიკულ დაავადებებთანაც, (მაგ.: გიდ და განსაკუთრებით უეცარი კარდიალური სიკვდილი).

ასე რომ, სხვადასხვა ქვეყნებში დაავადების ტვირთის არათანაბარი განაწილება სულ ცოტა 2 ფაქტორზეა დამოკიდებული. პირველ რიგში, ის დამოკიდებულია ქვეყანაში მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობაზე, რასაც *per capita* (ერთ სულ მოსახლეზე მოხმარებული რაოდენობა) მაჩვენებელი განსაზღვრავს. *per capita* მაჩვენებელზე ასევე გავლენას ახდენს მსმელების (და არამსმელების) რაოდენობა ქვეყანაში. მეორე რიგში დაავადების ტვირთი დამოკიდებულია ალკოჰოლის მოხმარების ტიპზე, მაგ., რეგულარული ზომიერი მოხმარება სადილთან ერთად, თუ არარეგულარული დიდი რაოდენობით დალევა, ხშირად საკვების მიღებასთან კავშირის გარეშე.

ანალოგიურად, ალკოჰოლთან დაკავშირებული დაავადებების ტვირთი განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. ალკოჰოლით გამოწვეული ქრონიკული დაავადებები უპირატესად მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობაზეა დამოკიდებული, ამიტომ საერთო ტვირთის უფრო დიდი წილი ქრონიკულ დაავადებებზე უნდა მოდიოდეს იმ ქვეყნებში, სადაც საერთო *per capita* მოხმარება მაღალია, მაგრამ სმის ყველაზე გავრცელებული მოდელი არის რეგულარული მოდელი. ხოლო მწვავე შედეგების წილი საერთო ტვირთში უფრო მაღალი უნდა იყოს იმ ქვეყნებში, სადაც ალკოჰოლი ჩვეულებრივ მოიხმარება იშვიათად, მაგრამ ერთბაშად დიდი რაოდენობით.

ალკოჰოლის ფაქტორი განსხვავებულ როლს ასრულებს სხვადასხვა დაავადებების განვითარებაში. ზოგი დაავადება ან გამოსავალი მთლიანად განპირობებულია ალკოჰოლით, (მაგ.: ალკოჰოლური დამოკიდებულების სინდრომი), ზოგი დაავადების ფორმირებაში ალკოჰოლის ფაქტორი მეტად მნიშვნელოვანია, მაგ. ღვიძლის ციროზი; სხვებს კი ალკოჰოლის გარდა სხვა გამომწვევი ფაქტორიც აქვთ და ალკოჰოლი მხოლოდ გარკვეულ როლს თამაშობს დაავადების განვითარებაში; ამიტომ აქ ალკოჰოლით განპირობებულობა დაბალია. თუმცა დაბალი არ ნიშნავს უმნიშვნელოს. ფართოდ გავრცელებული დაავადების, მაგ.: სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევათა 10%-ს თუ ჩავთვლით ალკოჰოლით განპირობებულად, მაშინ ამ შემთხვევათა

რაოდენობა გადააჭარბებს სრულიად ალკოჰოლით განპირობებულ, მაგრამ იშვიათ დაავადებათა რიცხვს.

პაციენტების მეოთხედი, რომლებიც პირველად ჯანდაცვის ქსელში მიდიან, შესაძლოა იყვნენ ალკოჰოლის მოხმარების რისკის ქვეშ ან უკვე ჰქონდეთ ეს პრობლემები. პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მედიკოსები ასრულებენ წამყვან როლს ასეთი პაციენტების დროულად ამოცნობასა და დიაგნოსტიკაში.

მონაცემები საქართველოსთვის

2003 წლის World Health Survey-ს მონაცემებით, (გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა – 3000, მამაკაცები – 1288, ქალები – 1712; 18 წლის ზემოთ მოსახლეობაში), მთელი სიცოცხლის მანძილზე არამსმელი მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა იყო 33,3%, აქედან მამაკაცები – 11,2%, ქალები – 50,8%.

საერთო პოპულაციაში მძიმე და სახიფათო მსმელების წილი არის 1,7% (სულ), 2,6% – მამაკაცები, 1% – ქალები. ალკოჰოლის მძიმე და სახიფათო მოხმარება გულისხმობს დღეში 40გ და მეტი სუფთა სპირტის მიღებას მამაკაცებისთვის და 20გ და მეტი – ქალებისთვის.

40-დან 69 წლამდე თბილისის მოსახლეობის გამოკითხვით (გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა – 321, მამაკაცები – 92, ქალები – 229) დადგინდა, რომ მამაკაცების 14% და ქალების 2% ალკოჰოლის ხშირი მომხმარებლები არიან. ხშირი სმა განისაზღვრა, როგორც დღეში 2-4 სტანდარტული დალევა.

2003 წლის World Health Survey-ს მონაცემებით, (გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა n=1863, მამაკაცების n=1094, ქალები n=769), ალკოჰოლის მომხმარებლების მიერ მიღებული ალკოჰოლის საშუალო რაოდენობა დღეში იყო 5,0 გრ (სულ), 7,0 გრ (მამაკაცები), 1,7 გრ (ქალები).

2003 წლის World Health Survey-ს მონაცემებით, (გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა 3000, მამაკაცები – 1288, ქალები – 1712; 18 წლის ზემოთ მოსახლეობაში), ეპიზოდური მძიმე მსმელების პროცენტული რაოდენობა საერთო მოსახლეობაში არის 10,8%. მამაკაცებში – 22,3%, ქალებში – 1,2% . ეპიზოდური მძიმე სმა განისაზღვრა, როგორც სულ ცოტა კვირაში ერთხელ ერთ ჯერზე 5-ზე მეტი სტანდარტული დალევა.

საქართველოს ნარკოლოგიური სამსახურის მონაცემებით, 2002 წელს აღრიცხული იყო ალკოჰოლური დამოკიდებულების მქონე 8253 პირი და 505 პირი, რომლებიც მავნედ მოიხმარდნენ ალკოჰოლს; მათ შორის 20 წლამდე ასაკის პირები შეადგენდნენ 0,07%, ხოლო ქალები – 4,18%-ს.

ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული ავადობა, ჯანმრთელობის და სოციალური პრობლემები:

ალკოჰოლური ფსიქოზის სიხშირე (incidence) 100 000 სულ მოსახლეზე 2001 წელს იყო 0,84, 2002 წელს – 0,92. ალკოჰოლური ჰეპატიტის და ციროზის 100 000 სულ მოსახლეზე 2000 წელს იყო 23,51, 2001 წელს – 21,45.

ალკოჰოლთან დაკავშირებული ავტოსაგზაო შემთხვევების რაოდენობა 100 000 სულ მოსახლეზე 1999 წელს იყო 2,93 და 2,58 – 2000 წელს.

3. ეტიოპათოგენეზი

ალკოჰოლიზმი ბიო-ფსიქო-სოციალური დაავადებაა და ამდენად, მისი ეტიოლოგია დაკავშირებულია სხვადასხვა ფაქტორთან, როგორცაა პიროვნების ფიზიკური მახასიათებლები, გარემო და სხვა სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები. მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მემკვიდრული ფაქტორი. კვლევების მიხედვით, ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა შვილები ოთხჯერ მეტად ხდებიან ალკოჰოლდამოკიდებულები იმ ბავშვებთან შედარებით, რომელთა მშობლებს არ აღენიშნებოდათ ეს პათოლოგია. ეს ტენდენცია შენარჩუნებულია მაშინაც, როცა ბავშვები იზრდებიან თავიანთი ბიოლოგიური მშობლებისგან მოშორებით.

ალკოჰოლიზმის განვითარებისადმი მიდრეკილება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვადასხვა ნეიროტრანსმიტერის მეტაბოლიზმის გენეტიკურ თავისებურებასთან. მაგ. დადგენილია დოფამინ 2 რეცეპტორული გენის **A-1** ალელსა და მძიმე ალკოჰოლიზმს შორის კავშირი.

ზოგადად, რისკ-ფაქტორები წარმოდგენილია ნიშნების და სიმპტომების სახით, რომლებიც ძირითადად ასოცირებულია ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეულ პრობლემებთან:

- პრობლემები სამსახურსა და ოჯახში
- ხშირი ტვავმა/უბედური შემთხვევა
- დეპრესია
- შფოთვა
- ჰიპერტენზია
- კუჭ-ნაწლავის პრობლემები
- სქესობრივი დისფუნქციები
- ძილის დარღვევები
- ამნეზიური ეპიზოდები ინტოქსიკაციის პერიოდში
- თავის ტკივილები
- ღვიძლის დისფუნქციები/დაავადებები
- ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია
- თამბაქოს მძიმე მოხმარება
- სხვა ნარკოტიკების მოხმარება

ალკოჰოლი მოქმედებს ფაქტიურად, ყველა ორგანოთა სისტემაზე და მაღალ დოზებში შეუძლია გამოიწვიოს კომა და სიკვდილი. ის მოქმედებს ტვინის რამოდენიმე ნეიროტრანსმიტერულ სისტემაზე ოპიატების, გაემ-ის, გლუტამატის, სეროტონინისა და დოფამინის ჩათვლით. დოფამინისა და ოპიატების დონის მომატებით შეიძლება აიხსნას ალკოჰოლის ეიფორიული ეფექტის ერთ-ერთი მექანიზმი, მაშინ

როცა გაემ-ის რეცეპტორებზე ზემოქმედება იწვევს ანქსიოლიზურ და სელატიურ ეფექტებს.

ალკოჰოლი იწვევს გლუტამატ-რეცეპტორების ინჰიბიციას. ხანგრძლივი მოხმარება განაპირობებს უფრო მეტი გლუტამატ-რეცეპტორების სინთეზს. როცა ალკოჰოლურ აღკვეთას აქვს ადგილი, ცნს-ის აგზნება მატულობს. პირი, რომელიც ალკოჰოლს მავნედ მოიხმარდა ხანგრძლივი დროის მანძილზე, უფრო მეტადაა მიდრეკილი ალკოჰოლური აღკვეთის სინდრომის განვითარებისადმი. ტვინის აგზნებამ ალკოჰოლის ხანგრძლივი მოხმარებისას შეიძლება გამოიწვიოს უჯრედების სიკვდილი და ნათხემის დეგენერაცია, ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომი, ტრემორი, ალკოჰოლური ჰალუცინოზი, თეთრი ცხელება და ალკოჰოლური გულყრა. ოპიატური რეცეპტორები მომატებულია აბსტინენციის პირველ პერიოდში და რეცეპტორების ოდენობა კორელაციაშია ალკოჰოლისადმი ლტოლვასთან.

მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ციკლური ამფ-ის გენერაციულ სისტემას ეთანოლის მწვავე და ქრონიკული ნეირობიოლოგიური ეფექტების ფორმირებაში. ეთანოლის მოხმარება ასოცირებულია კარიბჭის რეცეპტორების იონური არხების ფოსფორილებასთან, როგორც გამოკვლეულია ნმდა, ნიკოტინურ-ქოლინერგული, გაემ რეცეპტორების და ადენილაცინილზას შემთხვევაში, განაპირობებს არხების სენზიტიურობას ეთანოლის მიმართ და შეუძლია ახსნას ისეთი ფენომენები, როგორცაა მწვავე ტოლერანტობა და/ან სენსიტიზაცია. ხანგრძლივი (მაგ. ტრანსკრიპციული) ცვლილებები ინიცირებული ეთანოლის მოქმედებით ციკლური ამფ-ის და სხვა კინაზების გადაცემაზე და/ან ფოსფატაზებზე იწვევს ნეიროადაპტაციურ ცვლილებებს, რომელიც განაპირობებს ქრონიკული ალკოჰოლური ტოლერანტობისა და ფიზიკური დამოკიდებულების ფორმირებას. ხანგრძლივი ნეიროადაპტაციური პროცესები ასევე ასრულებენ მნიშვნელოვან როლს ალკოჰოლისადმი ლტოლვის ფორმირებაში ალკოჰოლდამოკიდებულ პაციენტებში.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ნიშნები და სიმპტომები

ალკოჰოლური თრობის ხარისხი სისხლში ალკოჰოლის შემცველობის მიხედვით:

- 0.3-1.5გ/ლ- მსუბუქი ხარისხის თრობა
- 1.2-2.5გ/ლ- საშუალო ხარისხის თრობა
- 3-5გ/ლ- მძიმე ხარისხის თრობა
- 5-6გ/ლ შესაძლოა განვითარდეს სიკვდილი

ალკოჰოლის ეფექტი ცნს-ზე სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაციის მიხედვით:

- ეიფორია-0.03-0.12%
- ლეთარგია-0.09-0.23%

- აბნევა-0.17-0.28%
- სტუპორი-0.25-0.39%
- კომა-0.35-0.5%
- ლეტალობა-0.5%>

მსუბუქი ხარისხის თრობა: აწეული გუნებ-განწყობა, მრავალსიცვაობა, ასოციაციების აჩქარება, ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება, ნატიფი მოძრაობების კოორდინაციის დარღვევა, ნისტაგმი, სახის ჰიპერემია, პულსისა და სუნთქვის გახშირება, ჰიპერსალივაცია და სხვ.

საშუალო ხარისხის თრობა: აზროვნების პროცესების შენელება, არაპროდუქტიულობა, პერსევერაციული და დიზართრიული მეტყველება, ასოციაციათა შენელება და გადარიბება, ტრივიალური მსჯელობა, ბრუტალობა, გარემოში ორიენტაციის დარღვევა, ემოციების გაუხეშება, ატაქსია, არაკოორდინირებული მოძრაობები, ბარბაციოთ სიარული, ტკივილის და ტემპერატურული მგრძობელობის დაქვეითება, სახის სიფერმკრთალე ან ციანოზური შეფერილობა, იშვიათად- გულისრევა და პირღებინება.

მძიმე ხარისხის თრობა: ცნობიერების დაბინდვა- სომნოლენციიდან კომაში, კონტაქტის გაძნელება, ტკივილზე რეაქციის გაქრობა, გუგუების შევიწროვება და სინათლეზე რეაქციის შესუსტება, ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია, კანისა და ხილული ლორწოვანის სიფერმკრთალე, ოფლიანობა, ზოგჯერ- უნებლიე შარვა

დაავადების სიმპტომები

- რეკურენტული ინტოქსიკაცია
- ოფლიანობა, ტაქიკარდია
- ამნეზიური ეპიზოდები
- გუნებ-განწყობის მერყეობა, დეპრესია, შფოთვა, ინსომნია, ქრონიკული დაღლა
- დიდი გულყრები
- ჰალუცინაციები, თეთრი ცხელება
- დისპეფსია, დიარეა, ბოყინი, სიყვითლე
- ტრემორი, არამყარი სიარული, პარესთეზიები, მესხიერების დარღვევა
- სქესობრივი დისფუნქცია

ნიშნები

- ალკოჰოლის რეგულარული ჭარბი მიღება
- თამბაქოს ჭარბი მოხმარება
- სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება
- მედიკამენტებზე მოულოდნელი რეაქცია (წამლების ურთიერთქმედება)
- ცუდი ნაკვებობა და პირადი ჰიგიენის არ დაცვა, დაუდევრობა/მოუწესრიგებლობა

- ხშირი დაცემა ან მცირე ტრავმები (განსაკუთრებით, ასაკში)
- ინციდენტები, დამწვრობები, ძალადობა, სუიციდი
- ხშირი გაცდენა სკოლის, სამუშაოსი
- სპონტანური აბორტი, ბავშვი ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომით

გაზრდილი მოწყვლადობა

- ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია, ბავშვობის პერიოდის დაავადებები, ანტისოციალური პერსონალური აშლილობები
- ნეგატიური ცხოვრების შემთხვევები

წითელი დროშის დიაგნოზები

- ინტოქსიკაცია, რომელიც იწვევს საღი განსჯის უნარის დაქვეითებასა და დაკარგვას
- გასტროინტესტინალური დაავადებები, (გასტრიტები, ჰეპატიტები, ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფია, ციროზები, საყლაპავის ვარიკოზები, პანკრეატიტები)
- ჰიპერტენზია და დილატაციური კარდიომიოპათია
- ცნს-ის დაავადებები, ვიტამინური დეფიციტის მეორადი დაავადებები
- პირის ღრუს და საყლაპავის კარცინომა, მკერდის კიბო
- ნაყოფის ალკოჰოლური საინდრომი, ნაყოფის ალკოჰოლური ეფექტი

ჭარბი სმის სამედიცინო შედეგები:

სისტიმა	დაავადებები
გულსისხლძარღვთა/ ცირკულატორული	კარდიომიოპათია; წინაგულოვანი ფიბრილაცია; ჰიპერტენზია; კორონარული ატრეიების დაავადებები
ენდოკრინულ/ რეპროდუქტიული	ჰიპოგლიკემია და ჰიპერგლიკემია; დიაბეტი; პოდაგრა; სათესლეების ატროფია; გინეკომასტია
ღვიძლის	მწვავე და ქრონიკული ჰეპატიტები; ალკოჰოლური ჰეპატიტები; ციროზები; პორტული ჰიპერტენზია
ჰემატოლოგიური	მაკროციტული ანემია; პანციტოპენია; ლეიკოპენია; რკინის დეფიციტი; ფოლიუმის დეფიციტი
ნერვული	პერიფერიული და ავტონომიური ნეიროპათიები; კრუნჩხვები; კორსაკოვის დემენცია; ვერნიკეს სინდრომი; პარკუჭოვანი დისფუნქცია; ინსულტი; ინტრაკრანიალური ჰემორაგია; სუბდურალური ჰემატომა
დიგესტიური	გასტრიტები; ეზოფაგიტები; პანკრეატიტები
რესპირატორული	ასპირაცია; აპნოე; ქიმიური და ინფექციური პნევმონიები
თირკმლის	ჰეპატორენული სინდრომი; რაბდომიოლიზი და თირკმლის მწვავე უკმარობა
ჩონჩხ/კუნთოვანი	რაბდომიოლიზი; დამბლა; მოტეხილობა; ოსტეოპენია
სხვა მდგომარეობები	
სიმსივნური დაავადებები	ტუჩის; პირის დრუს; ენის; ხახის; ხორხის; საყლაპავის; კუჩის; მსხვილ ნაწლავის; მკერდის; ნაღვლის ბუშტის; ღვიძლის
ინფექციური დაავადებები	ჰეპატიტი C; პნევმონია; ტუბერკულოზი; აივ და სხვა სქესობრივი დაავადებები
სხვა	ვიტამინ და მინერალ დეფიციტური დაავადებები

ალკოჰოლური ალკვეთის ნიშნები და სიმპტომები

ტიპურად ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომები იწყება ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების ან შეწყვეტიდან 6-24-საათში და სიმპტომები და ნიშნები შეიძლება მძიმე იყოს მიუხედავად იმისა, რომ სისხლი ან ამონასუნთქი ჰაერი კვლავ შეიცავს ალკოჰოლის განსაზღვრულ რაოდენობას. ძირითადად, ეს სიმპტომები 4-5 დღეში ლაგდება.

ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომები და ნიშნები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგს:

- მოუსვენრობა, გაღიზიანებადობა, შფოთვა, აუიტაცია, აგზნება
- ანორექსია, გულისრევა, პირღებინება
- ტრემორი, ოფლიანობა, მყეს-ძვალთა რეფლექსების გაცხოველება
- გულისცემის სიხშირისა და სისხლის წნევის მომატება
- ინსომნია, ინტენსიური სიზმრები და ღამის კოშმარები
- ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება, მეხსიერებისა და აზროვნების დარღვევები

- გაზრდილი სენსიტიურობა ბგერების, სინათლისა და ტაქტილური შეგრძნებების მიმართ
- ჰალუცინაციები/ილუზიები (აუდიტორული, ვიზუალური ან ტაქტილური)
- ბოდვები, ჩვეულებრივ, პარანოია ან დამოკიდებულების ბოდვა
- დიდი გულყრები (grand mal) - წარმოადგენს ტვინის დიდი მონაკვეთების მძიმე, გენერალიზებულ, მასიურ ელექტრულ განმუხტვას, რაც იწვევს ცნობიერების დაკარგვას, სუნთქვის ხანმოკლე შეწყვეტას და კუნთების ტონურ-კლონურ კრუნჩხვებს; ამას მოყვება ხანმოკლე ძილი და გამოღვიძებისას, ჩვეულებრივ, საშუალოდან მძიმე ხარისხამდე ცნობიერების დარღვევები
- ჰიპერთერმია (ცხელება 38.7⁰C-ზე მაღალ ციფრებს შეიძლება მიადწიოს. საჭიროა დადგინდეს, ცხელება ინფექციის შედეგია თუ არა).
- დელირიუმი ადგილში, დროში, გარემოსა და საკუთარ თავში ორიენტაციის დარღვევით; ცნობიერების დონის შეცვლით.

ალკოჰოლური ალკვითის სამედიცინო გართულებები

შესაძლო ფატალური გამოსავალი, კრუნჩხვები, თეთრი ცხელება (მძიმე ფორმის დელირიუმები) და სხეულის ტემპერატურის, პულსისა და წნევის დისრეგულაციები ალკოჰოლური დამოკიდებულების მძიმე ფორმის გამოსავალია, რასაც შეიძლება ფატალური შედეგი მოჰყვეს. ალკოჰოლური ალკვითის არაადეკვატური მკურნალობის ყველაზე მძიმე მანიფესტაციას წარმოადგენს თეთრი ცხელება (delirium tremens), რომელიც ჩვეულებრივ ვლინდება ალკვითის დაწყებიდან 3-7 დღეში. დელირიუმი ხშირად ასოცირებულია სხვა სერიოზულ სამედიცინო პრობლემებთან. ალკოჰოლური დელირიუმისთვის დამახასიათებელია ჰალუცინაციები (უპირატესად ვიზუალური), პროფუზული ოფლიანობა, აგზნება, არაკეთილთვისებიანი ცხელება, ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია და დეზორიენტაცია. სხვა ფიზიოლოგიური მაჩვენებლებიდან- გულის ინდექსის, ჟანგბადის მიწოდების და ჯანგბადის მოხმარების მატება. ჰიპერვენტილაციისა და რესპირატორული ალკალოზის გამო, მნიშვნელოვნად მცირდება ტვინში სისხლის მოძრაობა, რაც კორელაციაშია ამჟამინდელ ალკოჰოლის მიღების ხანგრძლივობასთან და დელირიუმის სიმძიმესთან. 5%-ზე ნაკლებში ალკოჰოლური ალკვითისას აღინიშნება ალკოჰოლური დელირიუმი ან კრუნჩხვები- ალკოჰოლური ალკვითის მეორე სერიოზული გართულება (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია 1994).

ალკოჰოლური ჰალუცინოზები და ბოდვითი ფსიქოზები (ალკოჰოლური პარანოია-ლაზოიანობის ანუ ექვიანობის ბოდვა; ალკოჰოლური პარანოიდი- ალკოჰოლური დევნის ბოდვა) ვითარდება ალკოჰოლის პროლონგირებული მიღებისას, მის ფონზე ან ალკოჰოლის ალკვითისას და შეიძლება დაექვემდებაროს ნეიროლექსიური პრეპარატებით მკურნალობას. ალკოჰოლური ჰალუცინოზები უპირატესად აუდიალურია და ნათელი ცნობიერების ფონზე ვითარდება.

ალკოჰოლური ალკეითის სხვა სამედიცინო გართულებებს მიეკუთვნება ინფექციები, ჰიპოგლიკემია, კუჭნაწლავიდან სისხლდენა, დაუდგენელი ტრავმა, დვიდლის დაზიანება, კარდიომიოპათია, პანკრეატიტები, და ენცეფალოპათიები. მოსალოდნელი ან არსებული გართულებების გამო საჭიროა პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და შესაძლოა, ინტენსიური მოვლის რეჟიმი. შესაძლოა საჭირო გახდეს ინფექციონისტის, პულმონოლოგის, ჰეპატოლოგის, ქირურგის, ნევროლოგის, ფსიქიატრის, ანესთეზიოლოგის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაციები, გამომდინარე გართულებების ხასიათიდან.

ქრონიკული ალკოჰოლიზაციის ძირითადი სამედიცინო შედეგები

ალკოჰოლის ქრონიკული მაღალი დოზით მოხმარება იწვევს სხვადასხვა ორგანოთა სისტემის დაზიანებას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, გულ-სისხლძარღვთა, და ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემების ჩათვლით. ალკოჰოლით გამოწვეული კუჭ-ნაწლავის პრობლემები მოიცავს გასტრიტებს, კუჭ-ნაწლავისა და 12-გოჯას წყლულებს, ეზოფაგულ ვარიკოზებს, პორტულ ჰიპერტენზიას და მძიმე ლოთობის დაახლოებით 15%-ში- დვიდლის ციროზებსა და პანკრეატიტებს. დვიდლზე არაპირდაპირი ეფექტები მოიცავს პროტეინულ დარღვევებს, კოაგულაციის ცვლილებას, ჰორმონულ უკმარობას და დვიდლის ნეოპლაზმების შემთხვევების გაზრდას. ალკოჰოლ-დამოკიდებულ პირებში საშუალო მაჩვენებელზე მაღალია საყლაპავის, კუჭის და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვა ორგანოების კიბოს განვითარების შემთხვევები.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ დამახასიათებელი მდგომარეობებია არაკეთილთვისებიანი ჰიპერტენზია, ტრიგლიცერიდებისა და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინ ქოლესტეროლის დონის მომატება, რაც ზრდის გულის დაავადებების რისკს. კარდიომიოპათია გვხვდება ძირითადად, მასიური ლოთობისას.

ალკოჰოლის მიღებასთანაა ასოცირებული შემდეგი ენდოკრინოლოგიური ცვლილებები მამაკაცებში: ტესტოსტერონის დაქვეითება, სახეზე თმის ცვენა, მკერდის გაზრდა, ლიბიდოს დაქვეითება და იმპოტენცია. ენდოკრინოლოგიური ცვლილებები ქალებში გულისხმობს ამენორეას, ლუტეინური ფაზის დისფუნქციას, ანოვულაციას, ადრეულ მენოპაუზას და ჰიპერპროლაქტემიას. ასევე, აღწერილია თირეოტროპინ-რილიზინგ ჰორმონის საპასუხოდ თირიოდ-მასტიმულირებელი ჰორმონის გამოთავისუფლების დაქვეითება, ჰიპოგლიკემია, კეტოზი და ჰიპერურიკემია.

ალკოჰოლით-ინდუცირებულ პერიფერიულ მიოპათიას კუნთების სისუსტით, ატროფიით და ტკივილით თან სდევს კერატინ-ფოსფოკინაზას დონის მომატება და მიოგლობინურია. მაშინაც კი, როცა სიმპტომები გამოხატული არ არის, უმრავლეს პაციენტში ჰისტოლოგიურად დასტურდება მიოპათია. მძიმე ფორმების დროს, ალკოჰოლ-ინდუცირებული მიოპათიის შედეგად შეიძლება განვითარდეს სწრაფად პროგრესირებადი კახექსია.

ქრონიკული, მასიური სმისას შეიძლება განვითარდეს ალკოჰოლური დემენცია დამახასიათებელი კოგნიტური დეფიციტით, რაც მოიცავს

ხანმოკლე და ხანგრძლივი მესხიერების, აბსტრაქტული აზროვნების, განსჯისა და შეფასების უნარის და სხვა უმაღლესი ქერქული ფუნქციების დარღვევებს, ისევე როგორც პიროვნულ ცვლილებებს. ჩვეულებრივ, მესხიერების დეფიციტი უფრო ნაკლები ხარისხითაა გამოხატული, ვიდრე კორსაკოვის სინდრომის (ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული პერსისტული ამნეზიური აშლილობა) ან ალცჰეიმერის დაავადების დროს. ნევროლოგიური დარღვევები აღინიშნება შუბლის წილში, მესამე პარაკუტის ირგვლივ ან დიფუზურად ქერქში. უფრო ხშირად, ადგილი აქვს კოგნიტური ფუნქციების შედარებით ნატიფ ცვლილებებს, რომლებიც ხელს უშლის პაციენტს სწორად ჩაწვდეს ან დაიცვას მკურნალობის გეგმა. ამ შემთხვევებში, პაციენტის ოჯახის წევრები ან სხვა პასუხისმგებელი პირები თავიდანვე უნდა იყვნენ ჩართულები მკურნალობის პროცესში. პაციენტებში, რომლებიც ინარჩუნებენ აბსტინენციას, დროთა განმავლობაში კოგნიტური აშლილობები შექცევადი ხასიათისაა.

ალკოჰოლის ქრონიკული მოხმარების შედეგად განვითარებული ნერვული სისტემის სხვა დარღვევები – ალკოჰოლური ნეიროპათია, ნათხემის დეგენერაციული ცვლილებები, ვერნიკეს ენცეფალოპათია და კორსაკოვის სინდრომი (ცნობილია ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომის სახელით) ვიტამინდეფიციტურია- ძირითადად, B1 ვიტამინის და სხვა B ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტის შედეგად განვითარებული. პერიფერიული ნეიროპათია გვხვდება დაახლოებით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 30%-ში და ტიპურად მოიცავს შემდეგ სიმპტომებს: მგრძობელობის დაკარგვას, პარესთეზიებს, ტერფების წვას და დაბუჟებას, კრუნჩხვებს, სისუსტეს, წვივის კუნთების ტკივილს და ატაქსიას. ატაქსია გვხვდება ნათხემის დაზიანების დროსაც.

ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომი შედგება ვერნიკეს ენცეფალოპათიისაგან და კორსაკოვის ფსიქოზისაგან. ვერნიკეს ენცეფალოპათია მწვავე ნევროლოგიური დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოკულომოტორული დისფუნქცია (თვალისმამოძრავებელი ნერვის პარეზი-თვალის კუნთის დამბლა), ატაქსია (კუნთების კოორდინაციის დაკარგვა), ცნობიერების დაბინდვა და სისუსტე (რუსულ ლიტერატურაში გვხვდება გაიე-ვერნიკეს ენცეფალოპათიის სახელით). მკურნალობის გარეშე სიკვდილიანობა მწვავე ვერნიკეს ენცეფალოპათიის დროს 15-20%-ია; გამოჯანმრთელება 40%-ში-არასრული. ადეკვატური მკურნალობისას გაიე-ვერნიკეს მწვავე ალკოჰოლური ენცეფალოპათია შეიძლება უკუგანვითარდეს რამდენიმე დღეში ან ტრანსფორმირდეს კორსაკოვის სინდრომში (პაციენტების 80%-ში). კორსაკოვის ფსიქოზი ქრონიკული ნევროლოგიური პათოლოგიაა, რომელიც მოიცავს რეტროგრადულ და ანტეგრადულ ამნეზიებს (როგორც მიმდინარე მოვლენების დამახსოვრების, ასევე შორეული მოვლენების მესხიერების დრმა დეფიციტი) კონფაბულაციებით (მესხიერების დეფიციტის შევსება შეთხზული ამბებით). ორივე სინდრომი თიამინდეფიციტურია. ნახევარზე მეტ პაციენტებში კორსაკოვის სინდრომის ელემენტები სიცოცხლის ბოლომდე რჩება.

ნევროლოგიური გართულებების დროს ინტენსიური მკურნალობაა საჭირო B ვიტამინების კომპლექსით. თიამინი თავდაპირველად პარენტერალურად ეძლევა პაციენტს- ი/ვ ან ი/მ- 50მგ (დღიური დოზით-

საშუალოდ, 200მგ 3-5 დღე). თიამინი ყოველთვის უნდა მიეცეს გლუკოზის მიცემამდე. შემდგომში სასურველია B ვიტამინების კომპლექსის ორალური ადმინისტრირება (treatment of choice) ხანგრძლივად. კლინიკური გაუმჯობესების პროცესი შეიძლება გაგრძელდეს 1 წლის შემდეგაც მკურნალობის დაწყებიდან.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი და ნაყოფის ალკოჰოლური ემბრიო

ფეხმძიმობის პერიოდში დედის მიერ ალკოჰოლის მოხმარებისას შეიძლება განვითარდეს ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი და ნაყოფის ალკოჰოლური ემბრიო. მსოფლიოში ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომის შემთხვევათა სიხშირე არის 1.9 ყოველ 1000 დაბადებულზე, რაც იზრდება 59-მდე, როცა კვლევა მხოლოდ იმ ბავშვებზეა ჩატარებული, რომელთა დედები ფეხმძიმობის დროს მანკედ მოიხმარენ ალკოჰოლს.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი ძირითადად ალკოჰოლიზმით დაავადებული დედების ახალშობილებში გვხვდება და მოიცავს: (1) ახალშობილის ნაკლულ წონას და მცირე ზომას, და ამასთან, ზომა-წონის აღდგენითი პროცესების შეფერხებას მე-10 კვირამდე; (2) ცნს-ის პრობლემებს, რაც შეიძლება მოიცავდეს ტრემორს, ჰიპერაქტივობას, ყურადღების დეფიციტს, გონებრივი განვითარების შეფერხებას IQ–ს საშუალო კოეფიციენტით 60 ბალის ფარგლებში და (3) დაბადების სხვადასხვა დეფექტს, რომელთა უმეტესი პროცენტი მოდის სახის ანომალიებზე და კარდიალურ დეფექტებზე (სხვა ანომალიებს მიეკუთვნება სახსრებისა და კიდურების დეფექტები).

დამახასიათებელი ფიზიკური დეფექტის მოიცავს მოკლე თვალის ჭრილს, მოკლე აწეულ ცხვირს, განუვითარებელ ზედა ტუნს და გასადავებულ ტუნის ზედა ღარს. ყოველივე ეს თვალნათელია დაბადებიდან 12 საათში. გაბრტყელებული სახე ქმნის ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომის ტიპურ ფიზიონომიას (როგორც ახალდაბადებულზე, ასევე მოგვიანებით წლებში), რაც ისევე დამახასიათებელია, როგორც დაუნის სინდრომიანი პირებისთვის.

ნაყოფები ნაკლებად აქტიურობას ავლენენ საშვილოსნოში, და დიდი ალბათობაა ნაყოფის ჯდომითი მდებარეობების. მალევე დაბადებიდან ახალშობილმა შეიძლება გამოავლინოს ადკეთის სიმპტომები კანკალის, გაუჩერებელი ტირილის, ღებინების, ცუდი ჭამის და სხვ. სახით.

ნაყოფის ალკოჰოლური ემბრიო შეიძლება განვითარდეს ფეხმძიმობის პერიოდში ალკოჰოლის საშუალო დონით მოხმარებისას და გამოიხატება ახალშობილის მცირე ზომაში, მოუმწიფებელ ადრეულ ნაყოფში, ჰიპერაქტივობაში, დასწავლის შეზღუდულ უნარში.

რისკი მით მეტია, რაც მეტია დედის მიერ მიღებული ალკოჰოლის ყოველდღიური დოზა. სიგარეტისა და მარიხუანას მოწევამ, ისევე როგორც კოკაინისამ, შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის ანალოგიური დეფექტები.

5. ღააკვაღების ღიაბნოზი

სკრინინგი

პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებს აქვთ უნიკალური შესაძლებლობა ამოიცნონ ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული მიმდინარე ან პოტენციური პრობლემები პაციენტებში და განახორციელონ შესაბამისი ინტერვენცია.

ამისათვის რამოდენიმე ეფექტური გზა არსებობს. კლინიციისტები უნდა იცნობდნენ წითელი დროშის დიაგნოზებს, რომლებიც შესაძლოა მიუთითებდნენ ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე, ისევე როგორც რისკ-ფაქტორებს, რომლებიც ზრდიან ალბათობას პრობლემის არსებობისა ან შესაძლო განვითარებისა.

ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების ამოცნობის გაუმჯობესების მიზნით, რამოდენიმე წამყვანი ორგანიზაცია (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism- NIAAA, American Medical Association- AMA, American Society of Addiction Medicine- ASAM, Center for Substance Abuse Treatment- CSAT, U.S. Preventive Services Task Force- USPSTF) რეკომენდაციას იძლევა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მოხდეს ყველა მოზრდილის და მოზარდის სკრინინგი ალკოჰოლის მოხმარებაზე.

სკრინინგი არის მარტივი ტესტირება იმის დასადგენად, აღენიშნება თუ არა პაციენტს განსაზღვრული პათოლოგია. ალკოჰოლის მოხმარების სკრინინგის მიზანია მოახდინოს იდენტიფიცირება პირებისა, რომელთაც აქვთ ან რისკის ქვეშ არიან განუვითარდეთ ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები, საჭიროებენ შემდგომ შეფასებას დიაგნოზის დასასმელად და სამკურნალო გეგმის შესამუშავებლად.

როგორც წესი, ალკოჰოლზე სკრინინგი უნდა ჩატარდეს:

- როგორც რუტინული გასინჯვის ნაწილი;
- როცა ხდება გამოწერა მედიკამენტისა, რომელიც ალკოჰოლთან ურთიერთქმედებს;
- იმ პრობლემების საპასუხოდ, რომლებიც შეიძლება ალკოჰოლთან იყოს დაკავშირებული.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სკრინინგი შეძლებისდაგვარად სტანდარტიზებული უნდა იყოს და იოლად ჩასართველი პაციენტის ვიზიტში.

შეკითხვები ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ შეიძლება ჩართული იყოს რუტინულ ბიჰევიორულ და ცხოვრების სტილის შეკითხვებში, რომლებიც ესმება ყველა პირს (ამერიკის მედიცინის ინსტიტუტის რეკომენდაცია), ან მიეწოდოს ცალკე კითხვარის-სპეციალური ინსტრუმენტის სახით.

Fiellin et al. (2000) სისტემური მიმოხილვა ადასტურებს სკრინინგის ეფექტურობას და ასკენის, რომ პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ფორმალური სკრინინგის ინსტრუმენტების გამოყენება შეფასების სხვა კლინიკურ საშუალებებთან ერთად ხელს უწყობს ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების ამოცნობას. თუმცა *Beich and colleagues* (2003) მეტა-ანალიზის მიხედვით, რომლის მიზანი იყო შეფასებინა სკრინინგი, როგორც ხანმოკლე ინტერვენციების

პრეკურსორი, რაოდენობა გამოსაკვლევი პირებისა, რომელთა სკრინინგია საჭირო შემდგომი ეფექტის მისაღებად, შეუსაბამოდ დიდია ყოველდღიურ პრაქტიკაში გადასატანად. კერძოდ, ინიციალური სკრინინგის შედეგად 9% იყო პოზიტიური ჭარბი ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების თვალსაზრისით. აქედან მხოლოდ 2.5% იყო კვალიფიცირებული ხანმოკლე ინტერვენციისათვის შემდგომი შეფასების მიხედვით. ერთი წლის შემდეგ, 2.6 აღნიშნა დაღვევის შემცირება რეკომენდებულ დონემდე. ეს ნიშნავს, რომ 2-დან 3-მდე პირი 1000-დან, რომელთაც სკრინინგი ჩაუტარდებათ, შეამცირებს დაღვევას რეკომენდებულ დონემდე 1 წლის შემდეგ (2.6 ადამიანი, 95% CI 1.7-დან 3.4-მდე). მეორეს მხრივ, კვლევამ დაადგინა, რომ ხანმოკლე ინტერვენციები მნიშვნელოვნად ამცირებს ექსცესიური სმის ალბათობას (აბსოლუტური რისკი მცირდება 10.5%-ით, 95% სარწმუნოების ინტერვალისას 7.1%-13%-ის ფარგლებში, number needed to treat-NNT 10, 95% CI- 7-14). მიუხედავად ამისა, ავტორები ასკვნიან, რომ ალკოჰოლზე სკრინინგი, შემდგომი შეფასება და ინტერვენცია მძიმე და დროის წამრთმეველი აქტივობებია და მიაჩნიათ, რომ შემდგომი კვლევებია საჭირო სხვა გზების საძიებლად ექსცესიური დაღვევის გამოსავლენად ზოგად პრაქტიკაში, ვიდრე სისტემური სკრინინგია. ავტორების აზრით, მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს პრეკონდიციებს და წარმატებული ინტერვიუების ჩატარების უნარ-ჩვევებს, ინფორმაციის გაცვლას, რჩევის მიცემას და კონსულტირებას. კარგი კლინიკური პრაქტიკა ცხოვრების სტილის გამოსარკვევად, რომელიც ასევე გულისხმობს ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებას, ფოკუსირებული უნდა იყოს კომუნიკაციაზე, ვიდრე სკრინინგის პროგრამების ინპლემენტაციაზე, რომლის ეფექტურობის დონე დაბალია. ამ შეფასებას და კვლევის შედეგებს კრიტიკულად ეხმაურება *Richard Saitz*. (2004), რომლის მოსაზრებითაც მოგვიანებითი აღმოჩენა “სკრინინგის ეფექტურობის“ შესახებ არ უნდა მიყენოს კლინიკურ პრაქტიკას. არ არის გამართლებული, სკრინინგის ნაყოფების შესახებ დასკვნების გამოტანა კლინიკურ პრაქტიკაში კლინიკური კვლევების სკრინინგის შედეგებზე დაყრდნობით, სადაც მოითხოვება წერილობითი თანხმობა და მაქსიმალური ვალიდურობისთვის გამკაცრებულია ჩართვის კრიტერიუმები. რაოდენობა პაციენტებისა, რომლებიც საჭიროებენ სკრინინგს შემდგომში ერთი პაციენტის ეფექტისთვის, გადაჭარბებულადაა შეფასებული. ასევე, CRD (Centre for Reviews and Dissemination, 2008)-ის რეზიუმეს მიხედვით, მიმოხილვის მეთოდების არასრულფასოვნება საეჭვოს ხდის მეტა-ანალიზის დასკვნების სანდოობას.

ექვსი ქვეშ აყენებენ რუტინული სკრინინგის აუცილებლობას სხვა ავტორებიც. შაკიტის და ავტორების აზრით, პირველი ნაბიჯი ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული დაავადებების საიდენტიფიკაციოდ არის მაღალი პრევალენტობის ჯგუფების შერჩევა და შეუსაბამო სტერეოტიპებისთვის თავის არიდება. ამერიკაში მამაკაცების 15-20%-ს ალკოჰოლური პრობლემებით აქვს სამსახური, ოჯახი, არ განვითარებია ციროზი და არასდროს ქონია ალკოჰოლური დელირიუმი ან გულყრები (Marc Shakit, 2000a). ზოგადი პოპულაციიდან ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული დაავადებების პრევალენტობა მაღალია პაციენტებს შორის, რომლებიც დახმარებას ეძიებენ ფსიქიატრიული სიმპტომების ან

სასწრაფო სამედიცინო პრობლემების გამო და მათი რაოდენობა აღემატება 20%-ს. შესაბამისად, ნებისმიერ პირს, რომელიც დახმარებას მოითხოვს ცხოვრებისეული პრობლემების, ძილის დარღვევის, იმპოტენციის, მელანქოლიის ან შფოთვის გამო, უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი განმეორებადი პრობლემების არსებობაზე, რაც საფუძველია მავნედ მოხმარების ან დამოკიდებულების დიაგნოზისთვისაც. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (ICD-10, DSM-IV) ასახავენ პრობლემურ პატერნებს და ამდენად უკეთეს პრედიქტორებად გვევლინება ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობების დასადგენად, ვიდრე რაოდენობრივი და სიხშირის შეკითხვები, რადგან რაოდენობა, რომელიც ასოცირებულია ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური პრობლემების განვითარებასთან, უკიდურესად განსხვავებულია ასაკის, სქესის, მედიკამენტების მიღების და სამედიცინო მდგომარეობების მიხედვით (Marc Shakit, Susan Tapert, 2000a).

ორსულუბის, ბავშვებისა და მოზარდების სპრინგინგი

*მეან-გინეკოლოგიის ამერიკული კოლეჯი*³ და *ამერიკის პედიატრთა აკადემია*⁴ რეკომენდაციას იძლევა ყველა ორსულს და აგრეთვე ქალებს, რომლებიც გეგმავენ დაორსულებას, ჩაუტარდეთ კონსულტაცია ნაყოფზე ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების შესახებ და რეკომენდაცია გაეწიოს აბსტინენციას, როგორც ყველაზე უსაფრთხო გზას.

*ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის*⁵ გაიდლაინები მოზარდთა პროფილაქტიკური სერვისებისათვის რეკომენდაციას იძლევა კლინიცისტებმა აწარმოონ ბავშვების და მოზარდების რუტინული სკრინინგი ალკოჰოლის მოხმარებაზე და პაციენტებს ურჩიონ თავშეკავება. *ამერიკის პედიატრთა აკადემია* აგრეთვე იძლევა რეკომენდაციას, კლინიცისტებმა განიხილონ მშობლებთან ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარების მავნე შედეგები რუტინული სარისკო ქცევის შეფასებისას⁶.

სკრინინგი პირველად ჯანდაცვაში მოცულობისა და ინტენსიურობის მიხედვით შეიძლება ვარირებდეს ერთი შეკითხვიდან სტანდარტული შეფასების ფართო ინსტრუმენტამდე.

რაოდენობა-სიხშირის შეკითხვები

2 მარტივი შეკითხვის დასმა დაეხმარება ექიმს სწრაფად მოახდინოს სარისკო სმის იდენტიფიცირება: საშუალოდ, კვირაში რამდენ ღვინო დალეულა? ალკოჰოლს? ტიპურად რამდენს სვამთ თითო დალევაზე (იგულისხმება სტანდარტული დალევა)?

ექიმებს შეუძლიათ გააერთიანონ ეს 2 კითხვა ერთში: საშუალოდ რამდენს სვამთ კვირაში? ან შეეკითხონ დამატებით სმის პატერნების დასახუსტებლად: რამდენია მაქსიმუმი რაოდენობა სტანდარტული დალევისა დღეში ბოლო თვეში (NIAAA, 2003)? პაციენტებს, რომლებიც

³ The American College of Obstetricians and Gynecologists: <http://acog.org>

⁴ American Academy of Pediatrics (AAP):

http://aappolicy.aappublications.org/policy_statement/index.dtl

⁵ American Medical Association (AMA): www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf

⁶ <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics/108/1/185>

სვამენ რეკომენდებულ დონეზე მეტს, უნდა დაესვათ შემდგომი შეკითხვები ალკოჰოლის მოხმარებაზე.

AUDIT და CAGE კითხვარები:

რაოდენობა-სიხშირის განმსაზღვრელი შეკითხვების ნაცვლად შესაძლებელია სტანდარტიზებული სკრინინგის ინსტრუმენტების გამოყენება. პირველადი ჯანდაცვის სფეროში გამოსაყენებლად მოწოდებულია რამდენიმე კითხვარი, რომელთაგან ყველაზე ეფექტური სისტემური მიმოხილვის მიხედვით (მოიცავს 1966-98 წლებში ჩატარებულ 38 კვლევას), სარისკო და სახიფათო სმის გამოსავლენად არის ჯანმოს მიერ შემუშავებული 10 კითხვიანი კითხვარი Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (სენსიტიურობა 51%-97%, სპეციფიკურობა 78%-96%), ხოლო ალკოჰოლის ავად მოხმარებისა და დამოკიდებულების გამოვლენის თვალსაზრისით – CAGE კითხვარი (4 კითხვიანი, სენსიტიურობა 43%-94%, სპეციფიკურობა 70%-97%) (Fiellin et al, 2000) (იხ. დანართი). AUDIT კითხვარი შეიძლება ჩაატაროს ექიმმა კლინიკური ინტერვიუს დროს ან ჩართული იყოს პაციენტის შესავსებ კითხვარში ჯანმრთელობის საკითხების/ცხოვრების სტილის შესახებ, ხოლო CAGE კითხვარის გამოყენებისას რეკომენდებულია გამოკითხვა ჩაატაროს ექიმმა.

NIAA რეკომენდაციას იძლევა გამოყენებულ იქნას ვერბალური ინტერვიუ რაოდენობა/სიხშირის შესახებ შეკითხვებით, რომელსაც მოყვება CAGE კითხვარი (NIAAA, 2003). ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისების აშშ-ს დეპარტამენტი US Department of Health and Human Services (CSAT, 1997) რეკომენდაციას იძლევა საერთო პოპულაციის სკრინინგისთვის გამოყენებულ იქნას ან AUDIT, ან AUDIT-ის პირველი 3 კითხვა შევსებული შემდგომი CAGE კითხვარით.

სკრინინგის სხვა ინსტრუმენტები:

ჯანმო-მ შეიმუშავა სკრინინგის მექანიზმი სახელწოდებით კლინიკური სკრინინგის ინსტრუმენტი (Clinical Screening Instrument), რომელიც განსაზღვრულია, როგორც AUDIT-ის დამხმარე საშუალება. ჯანმო რეკომენდაციას იძლევა, უტილიზება მოხდეს ამ ინსტრუმენტის როგორც AUDIT-ის შემდგომი ეტაპის, თუ კლინიციისტი ეჭვს მიიტანს, რომ პაციენტმა შეიძლება არ გასცა აკურატული პასუხები AUDIT-ის შევსებისას. ასევე რეკომენდებულია მისი გამოყენება, როცა შეუფერებელია AUDIT-ის გამოყენება, მაგ. როცა პაციენტი ინტოქსიკაციის ქვეშაა.

სკრინინგის სხვა ინსტრუმენტებიდან პოპულარულია 25 კითხვიანი მიჩიგანის დიაგნოსტიკური ტესტი – the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), მისი შემოკლებული ვარიანტი SMAST, გერიატრიულ პრაქტიკაში- G-MAST (სენსიტიურობა-70%, სპეციფიკურობა-80%), თუმცა უახლესი სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, სადავოა, რამდენად უფრო ეფექტურია ხანდაზმულებში სპეციფიური მოდიფიცირებული კითხვარების გამოყენება და ასკვნიან, რომ AUDIT ეფექტურია ასაკოვნებში სახიფათო და სარისკო დაღვეის პატერნების გამოსავლენად, ხოლო – CAGE ვალიდურია დამოკიდებულების

საიდენტიფიკაციოდ (Berks J, McCormick R., 2008). MAST და მისი დერივატების სენსიტიურობა და სპეციფიურობა მეტად ვარირებს დიაგნოზისა და ზღვრული დაბალი ქულების (cutoff scores-ყველაზე დაბალი ქულა სკრინინგის ტესტში, რომელიც მიუთითებს დადებით რეზულტატზე) მიხედვით.

ეს ინსტრუმენტები ფოკუსირებულია ალკოჰოლის მოხმარების სოციალურ და ბიპევიორულ ასპექტებზე და გაცილებით დიდი აკურატულობა ახასიათებს, ვიდრე რაოდენობრივ და სიხშირის კითხვებს, ლაბორატორიულ ტესტებს ან კლინიკურ გამოკვლევას.

Cyr and Wartman (1988) მონაცემებით, Cyr-Wartman ტესტის (როდის დალიეთ ბოლოს? ოდესმე შეგქმნიათ პრობლემა ალკოჰოლის მიღების გამო?) სპეციფიურობა და სენსიტიურობა არის 91.5% და 90% შესაბამისად. თუმცა, სკრინინგის ინსტრუმენტების სისტემური მიმოხილვის მიხედვით (Fiellin et al. 2000), კითხვარის გამოყენებისას უფრო მომდევნო კვლევებში დადგინდა ტესტის სენსიტიურობა 48-53%-ის ფარგლებში, ხოლო სპეციფიურობა 76-93%-ის ფარგლებში.

ფესხმძიმე ქალებში გამოიყენება TWEAK (tolerance, worry, eye-opening, amnesia, cut-down, ტოლერანტობა, წუხილი, თვალის გახელა, ამნეზია, შემცირება), და T-ACE კითხვარები. TWEAK კომბინაციაა CAGE და MAST კითხვარებისა (სენსიტიურობა 75%, სპეციფიურობა-90%). T-ACE კითხვარში იდენტურია CAGE კითხვარის 3 კითხვა – CAE, ხოლო ერთი კითხვა ჩანაცვლებულია კითხვით ტოლერანტობის შესახებ: რამდენი უნდა დალიოთ (Take), რომ დათვრეთ? შეფასება იგივეა. ეს ცვლილება განპირობებულია ქალების გაძლიერებული ბრალეულობის განცდით ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების გამო, რამაც შეიძლება ცრუ დადებითი პასუხი მოგვცეს ბრალეულობის განცდის (Guilt) შესახებ შეკითხვაზე.

მიზიგანის გაიდლაინის მიხედვით, ვალიდურ სკრინინგ-ინსტრუმენტებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისას მიეკუთვნება: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), TWEAC (for pregnant women), Michigan Alcohol Screening Test (MAST, MAST-Geriatric [MAST-G]), CAGE Survey, and Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI). (National Guideline Clearinghouse, 2008).

ამერიკის პრევენციული სერვისების საკითხების საბჭო – The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) სკრინინგის პოპულარული და ეფექტური ინსტრუმენტებიდან პირველად ჯანდაცვაში ასახელებს AUDIT, CAGE, ფესხმძიმე ქალებში – TWEAK და T-ACE და მოზარდებისთვის – ახლახანს ვალიდურად შერაცხულ CRAFFT. USPSTF რეკომენდაციას იძლევა, ჩატარდეს სკრინინგი და ბიპევიორული კონსულტირება პირველად ჯანდაცვის ქსელში ალკოჰოლის არასწორად მოხმარების შესამცირებლად მოზრდილებსა და ფესხმძიმეებში.

არსებული გაიდლაინების მიხედვით, ყველა ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს, ალკოჰოლზე სკრინინგის რომელ მეთოდს ჩართავს თავის პრაქტიკაში. ოპტიმალური ინტერვალი სკრინინგსა და ინტერვენციას შორის დადგენილი არ არის. პაციენტებისთვის წარსულში ალკოჰოლური

პრობლემებით, ახალგაზრდებისთვის და სხვა რისკ-ჯგუფებისთვის (მაგ. მწვევლები) შეიძლება მეტად შედეგიანი აღმოჩნდეს ხშირი სკრინინგი.

რეკომენდაციები

წინამდებარე გაიდლაინში, სკრინინგის მეთოდების შერჩევასა და გათვალისწინებული იქნა ცალკეული მეთოდის სპეციფიკურობა და სენსიტიურობა, აგრეთვე ჩვენს ქვეყანაში ოჯახის ექიმის სამუშაო გარემო და სისტემის თავისებურებანი.

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა და პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებმა დროულად უნდა მოახდინონ სარისკო და სახიფათო სმის იდენტიფიცირება და ჩაატარონ ხანმოკლე ინტერვენცია.

(რეკომენდაციის ხარისხი A)

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა და პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებმა სარისკო და სახიფათო სმის იდენტიფიცირება მოახდინონ:

- ა) როგორც პირველადი ვიზიტისა და მომდევნო პრევენციული ვიზიტების რუტინული შემადგენელი;
- ბ) როცა ხდება გამოწვერა მედიკამენტისა, რომელიც ალკოჰოლთან ურთიერთქმედებს;
- გ) იმ პრობლემების საპასუხოდ, რომლებიც შეიძლება ალკოჰოლთან იყოს დაკავშირებული.

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა და პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებმა სარისკო და სახიფათო სმის იდენტიფიცირებისათვის უნდა გამოიყენონ⁷:

ა) თვით-შეფასების კითხვარი (კითხვარი **AUDIT**-ის თვითშეფასების ვერსია), ან

ბ) ექიმის მიერ შესავსები კითხვარი, რაც მოიცავს:

- პრესკრინინგულ კითხვას,
- წლის მანძილზე „მძიმე სმის დღეების“ შესახებ კითხვას და
- რაოდენობა-სისშირის კითხვარისა და **CAGE**-ის კომბინირებულ კითხვარს (ქალებში **CAGE**-ის ნაცვლად გამოყენებული უნდა იყოს **TWEAK** ან **T-ACE**, ხოლო მოზარდებისთვის **CAGE**-ის ნაცვლად **CRAFFT**).

(რეკომენდაციის ხარისხი C)

სკრინინგის შემდგომი შეფასება

პოზიტიური სკრინინგის შემდეგ საჭიროა შემდგომი შეფასება და შესაძლოა – ინტერვენცია. გასათვალისწინებელია, რომ უარყოფითი შედეგებიც სიფრთხილით უნდა იქნეს ინტერპრეტირებული, თუ სახეზეა

⁷ იხ. სქემა, თავი 8. „ალკოჰოლიზმის მართვის ალგორითმი“

წითელი დროშის დიაგნოზები ან პრობლემის რაიმე სხვა ნიშნები. ანამნეზის შეკრებისას პაციენტს შეიძლება დაესვას დამატებითი კითხვები მეტი ინფორმაციის მისაღებად.

პოზიტიური სკრინინგის შემდგომი შეკითხვების თემები:

- მოხმარებული ალკოჰოლის რაობა;
- მოხმარების სიხშირე და რაოდენობა;
- მოხმარების ხანგრძლივობა;
- ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების ოჯახური ისტორია;
- ალკოჰოლის მოხმარების სამედიცინო/სოციალური შედეგები;
- ტოლერანტობა;
- ლტოლვა.

თუ ეჭვია ავად მოხმარებასა და დამოკიდებულების არსებობაზე, უნდა შეფასდეს ICD-10 გადახედვის/DSM-IV კრიტერიუმების მიხედვით.

DSM-10 მიხედვით, დამოკიდებულების დიაგნოზი ისმება, როცა ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან სამი ან მეტი ნიშანი ერთდროულად აღინიშნება გარკვეული დროის მანძილზე ბოლო 1 წლის განმავლობაში:

- ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღების კომპულსიური სურვილი;
- ტოლერანტობა;
- კონტროლის დაკარგვა;
- აღკვეთის სინდრომის ფორმირება;
- მოხმარების გაგრძელება მიუხედავად დამლუპველი შედეგებისა;
- ალტერნატიული ინტერესების პროგრესული უკუგანვითარება ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღების სასარგებლოდ.

ცხრილი №1. წამალდამოკიდებულების და ნივთიერებების მავნედ მოხმარების კრიტერიუმები (ადაპტირებული ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოდან, მე-4 განახლებული გამოცემა- DSM-IV).

წამალდამოკიდებულება	ალკოჰოლური/ნარკოტიკული ნივთიერებების მავნედ მოხმარება
<p>ალკოჰოლური/ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარება განაპირობებს კლინიკურ დარღვევას ან დისტრესს, რაც ვლინდება ქვემოთჩამოთვლილი სულ ცოტა სამი ნიშნით ბოლო 12 თვის მანძილზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტოლერანტობა; • აღკვეთის სინდრომი ან ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენება აღკვეთის სინდრომის შესამსუბუქებლად; 	<p>ალკოჰოლური/ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარება განაპირობებს მნიშვნელოვანი კლინიკური დარღვევის ან დისტრესის განვითარებას, რაც ვლინდება ქვემოთჩამოთვლილი სულ ცოტა ერთი ნიშნით ბოლო 12 თვის მანძილზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსიქოაქტიური ნივთიერების განმეორებითი მოხმარება განაპირობებს დაკისრებულ მოვალეობის შეუსრულებლობას სამსახურში, სკოლაში ან სახლში; • ალკოჰოლის/ნარკოტიკის

წამალდამოკიდებულება	ალკოჰოლური/ნარკოტიკული ნივთიერებების მავნელ მოხმარება
<ul style="list-style-type: none"> • ნივთიერების გაზრდილი რაოდენობის მიღება უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე; • ალკოჰოლის/ნარკოტიკული ნივთიერების მიღების მუდმივი სურვილი ან მისი მიღების შემცირების ან შეწყვეტის წარუმატებელი მცდელობა; • მნიშვნელოვანი დროის ხარჯვა ალკოჰოლის/ნარკოტიკის მოპოვებაზე, მოხმარებაზე ან ალკოჰოლის/ნარკოტიკის მოქმედებიდან გამოსვლაზე; • ალკოჰოლის/ნარკოტიკების მოხმარების გამო მნიშვნელოვანი აქტივობების შემცირება; • ალკოჰოლის/ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების მიღება უწყვეტად გრძელდება მიუხედავად იმის გაცნობიერებისა, რომ ალკოჰოლის/ნარკოტიკების მოხმარება მიზეზია წარმოშობილი სოციალური, ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური პრობლემებისა; 	<p>განმეორებითი მოხმარება სიტუაციებში, როდესაც მოხმარება ფიზიკურად სახიფათოა;</p> <ul style="list-style-type: none"> • განმეორებით შექმნილი პრობლემები კანონთან ალკოჰოლის/ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების გამო; • ალკოჰოლის/ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების გაგრძელება მიუხედავად იმის გაცნობიერებისა, რომ მუდმივი/ან პერიოდული სოციალური ან ინტერპერსონალური პრობლემები გამოწვეულია ან გამწვავებულია ალკოჰოლის/ნარკოტიკების მოხმარებით; <p>დაბოლოს, აღნიშნული სიმპტომები არ შეესაბამება ალკოჰოლური/ნარკოტიკული დამოკიდებულების კრიტერიუმებს.</p>

როცა შესაძლებელია, პაციენტის ოჯახის წევრებს და მეგობრებს ასევე უნდა ჩაუტარდეთ გამოკითხვა. მათგან მოწოდებული ინფორმაცია შეიძლება დაეხმაროს ექიმს სრული სურათის შექმნაში პაციენტის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების თაობაზე და მის შედეგებზე.

ლაბორატორიული ტესტები

ალკოჰოლიზმი უფრო კლინიკური დიაგნოზია და არა ლაბორატორიული, მაგრამ ლაბორატორიული ტესტების გაკეთება რეკომენდებულია დიაგნოზის განსამტკიცებლად.

ალკოჰოლური ბიომარკერები ალკოჰოლის შეწოვისა და გამოყოფის ფიზიოლოგიური ინდიკატორებია და შეიძლება მიუთითებდეს ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული დაავადების არსებობაზე. ეს ბიომარკერები არ ანაცვლებს ჯანდაცვის პროფესიონალის გამოკვლევებს – ისტორიასა და ფიზიკურ გასინჯვას, არამედ გვევლინება, როგორც დამატებითი საშუალება პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის შესავსებად ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ.

ფსიქიატრიულ პაციენტებში კვლევამ დაადასტურა ბიოლოგიური მარკერების გამოყენების სარგებლიანობა ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული პათოლოგიების გამოსავლენად. 2007 წლის კვლევამ 486 პაციენტზე აჩვენა დაბალი კორელაცია ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებაზე პაციენტების მოწოდებულ ინფორმაციასა და ბიოლოგიურ მაჩვენებლებს შორის: პაციენტების 52%-

მა არასრულად მოაწოდა ინფორმაცია შარდის ტოქსიკოლოგიურ სკრინინგის შედეგების მიხედვით; 56%-მა – ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ carbohydrate-deficient transferrin (CDT)-ის მიხედვით და 37%-მა – CDT + გგტ-გამა-გლუტამილტრანსფერაზის მიხედვით.

ალკოჰოლური ბიომარკერები ძირითადად იყოფა არაპირდაპირ და პირდაპირ ბიომარკერებად.

არაპირდაპირი ალკოჰოლური ბიომარკერები

არაპირდაპირი ბიომარკერები გვაფიქრებინებენ ალკოჰოლის მძიმე მოხმარებაზე იმ ტოქსიკური ეფექტების გამოვლენის მეშვეობით, რომელიც ალკოჰოლმა შეიძლება გამოიწვიოს ორგანოთა სისტემებზე ან ორგანიზმის ქიმიზმზე.

გგტ, ასტ და ერითროციტების საშუალო მოცულობა (MCV – mean corpuscular volume) არის ყველაზე ხშირად გამოყენებული არაპირდაპირი ბიომარკერები. სკრინინგის მსგავსად, ნახშირბადეფიციტური ტრანსფერინის სპეციფიურობა/სენზიტიურობა ძირითადად, უფრო მაღალია, ვიდრე ასტ, ალტ, გგტ ან MCV. ნახშირბადეფიციტური ტრანსფერინის სპეციფიურობა/სენზიტიურობა ნაკლებია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

AST/ALT >2 შესაძლოა მიუთითებდეს ღვიძლის ალკოჰოლურ დაზიანებაზე

ნახშირბადეფიციტური ტრანსფერინი (ნდტ) რკინის სატრანსპორტო პროტეინ-ტრანსფერინების სხვადასხვა იზოფორმების ერთობაა. ალკოჰოლის მიღება 50-80გ/დღეში 2-3 კვირის მანძილზე როგორც ჩანს, ზრდის ნახშირბადეფიციტური ტრანსფერინის კონცენტრაციას შრატში. ნდტ-ის მეშვეობით ქრონიკული მძიმე მსმელების დიფერენცირება შეიძლება მსუბუქი სოციალური მსმელებისგან.

გგტ და ნდტ-ს კომბინაცია უფრო მაღალი დიაგნოსტიკური სპეციფიურობითა და სენზიტიურობით ხასიათდება, ვიდრე თითოეული მათგანი ცალ-ცალკე. ასევე, აღინიშნება მაღალი კორელაცია მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობას შორის. გგტ/ნდტ კომბინაციის დონე იზრდება, როცა ალკოჰოლის მოხმარების დღიური დოზა სცილდება 40გ-ს.

სხვა არაპირდაპირი ალკოჰოლური ბიომარკერებიდან აღსანიშნავია total serum sialic acid (TSA), 5-hydroxytryptophol (5-HTOL), N-acetyl-beta-hexosaminidase (Beta-Hex), plasma sialic acid index of apolipoprotein J (SIJ), and salsolinol.

პირდაპირი ალკოჰოლური ბიომარკერები

- პირდაპირ ალკოჰოლურ ბიომარკერებს მიეკუთვნება საკუთრივ ალკოჰოლი და ეთილ გლუკორონიდი.
- სისხლის ალკოჰოლის დონის განსაზღვრა შეიძლება სასარგებლო იყოს, როცა აღინიშნება ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, მაგრამ პაციენტი უარყოფს ალკოჰოლის ავად მოხმარებას. სისხლის

ალკოჰოლის დონის მატება ალკოჰოლური ექსცესისას 300 mg/dL>, 150 mg/dL> ინტოქსიკაციის აშკარა ნიშნების გარეშე და 100 mg/dL> რუტინული გასინჯვისას, მიუთითებს ალკოჰოლიზმის არსებობაზე მაღალი ალბათობით.

- ალკოჰოლის ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი მისი ბიომარკერად ფართოდ გამოყენების ლიმიტირებას განაპირობებს. რადგან სისხლის ალკოჰოლის დონე გამოავლენს ალკოჰოლის მიღებას მხოლოდ წინა რამოდენიმე საათის გამავლობაში, ის არ არის ქრონიკული ექსცესიური დაღვევის კარგი ინდიკატორი.
- ეთილ გლუკორონიდი არის ალკოჰოლის პირდაპირი, არაოქსიდატური, წყალში ხსნადი მეტაბოლიტი. ალკოჰოლის მიღებიდან მაღევე ის პოზიტიური ხდება. მისი დეტექცია შეიძლება შარდში 5 დღის მანძილზე მძიმე გაბმული სმის შემდეგ, რაც აქცევს მას მნიშვნელოვან ბიომარკერად ალკოჰოლის მიღების დეტექციისთვის.
- სხვა პირდაპირ ბიომარკერებს მიეკუთვნება აცეტალდეჰიდი, ცხიმოვანი მჟავების ეთილ-ეთერები (FAEE), ეთილ-სულფატი (EtS) და ფოსფატიდილეთანოლი (PEth).

ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება სასარგებლოა, როცა არსებობს ეჭვი, რომ პაციენტმა არასწორად შეავსო კითხვარი (**B დონის რეკომენდაცია**).

ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება სასარგებლოა ხანმოკლე ინტერვენციებისა და/ან მკურნალობის მოტივაციის გასაძლიერებლად (**D დონის რეკომენდაცია**).

ცხრილი 2. ალკოჰოლური ბიომარკერების სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა

ბიომარკერი	სენსიტიურობა (%)	სპეციფიკურობა (%)
AST	15-69	47-68
ALT	18-58	50-57
GGT	34-85	11-95
MCV	34-89	26-95
CDT	39-94	82-100
CDT + GGT	90†	98
Alcohol	0-100	0-100
EtG	76-91	77-92

მარკერების დონე ვარიირებს სქესის, ასაკის, სმის პატერნების, ალკოჰოლზე დამოკიდებულების/ ავადმოსმარების პრევალენტობისა, ავადობის პრევალენტობისა და სხვა მაჩვენებლების მიხედვით.

ცხრილი 3. მარკერების დონის განსხვავება სქესის მიხედვით

მარკერ	მარკერების სავარაუდო დონე მიიღე დაღვივისას		აკურატულობა
	კაცი	ქალი	
CDT	>20U/L	>26U/L	ძალიან კარგი
GGT	>35U/L	>30U/L	ძალიან კარგი
MCV	>91 μm^3	>91 μm^3	კარგი
AST	>40U/L	>33	სუსტი
ALT	>46U/L	>35	სუსტი
Uric acid	>8mg/dL	>6.2mg/dL	სუსტი
5-Hydroxytryptopol-to-5-hydroxindoleacetic acid ratio	>20	>20	სუსტი

დიფერენციალური დიაგნოზი

პრობლემური სმის დიფერენციალური დიაგნოზი არსებითად ტარდება პირველად ალკოჰოლიზმისა (სხვა დიდი ფსიქიატრიული დიაგნოზის გარეშე) და მეორად ალკოჰოლიზმს შორის, როცა ალკოჰოლი გამოყენებულია, როგორც დიდი ფსიქიატრიული პრობლემის, მაგ. შიზოფრენიის ან აფექტური აშლილობების თვით-მკურნალობის საშუალება. დიფერენცირება მნიშვნელოვანია, რამდენადაც მეორე შემთხვევაში საჭიროა სპეციფიკური ფსიქიატრიული პრობლემის მკურნალობა.

ალკოჰოლური ალკეეთის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს სხვა სედატივების აღკვეთებთან და სხვა მიზეზებით გამოწვეულ დელირიუმებთან. მწვავე ალკოჰოლური ჰალუცინოზების დიფერენცირება უნდა მოხდეს სხვა მწვავე პარანოიდული მდგომარეობებისაგან, როგორცაა ამფეტამინური ფსიქოზები ან პარანოიდული შიზოფრენია. ზუსტი ანამნეზი ყველაზე მნიშვნელოვანი დიფერენციალური ფაქტორია. ანამნეზი და ლაბორატორიული ტესტის შედეგები (ღვიძლის აწეული ფუნქციური სინჯები, გაზრდილი MCV, გაზრდილი შრატის შარდმჟავა და ტრიგლიცერიდები, შემცირებული შრატის კალიუმი და მაგნიუმი) ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებელი ნიშნებია ტვინის ქრონიკული ორგანული სინდრომების (ენცეფალოპათიების) სადიფერენციოდ – ალკოჰოლური გენეზისაა თუ სხვა ფაქტორები უდევს საფუძვლად. ტვინის სინდრომის ფორმას ნაკლებად შეუძლია დამხმარების გაწევა – მაგ. ქრონიკული ტვინის სინდრომების დროს, რომელთა გამომწვევი მიზეზია წითელი მგლურა, ვხვდებით კონფაბულაციებს, რომლებიც ასევე ვითარდება დიდი ხნის ალკოჰოლიზმის შედეგად.

6. ხანმოკლე ინტერვენციები

სკრინინგი, რომლის საშუალებითაც პრაქტიკოსებს შეუძლიათ სარისკო დაღვევის გამოვლენა, აგრეთვე, დიაგნოსტიკის პროცესი, შეიძლება გაგრძელდეს ერთჯერადი ან განმეორებადი ხანმოკლე კონსულტაციების სესიებით, რომლებიც ცნობილია ხანმოკლე ინტერვენციების სახელწოდებით.

პირველად ჯანდაცვაში მოწოდებულია წამალმოსმარების მენეჯმენტის, სულ ცოტა, 3 მოდელია: პირველი – პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ ხანმოკლე ინტერვენციების ჩატარება და მისი მოქცევა ყოველდღიური სამუშაო გეგმის ფარგლებში. მეორე – სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებაში გაგზავნა და მესამე – ბიჰევიორალური თერაპიის სპეციალისტის ყოლა პირველად ჯანდაცვის სფეროში. პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებში წამალმოსმარების დაავადებების სამკურნალოდ უპრიანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის მეთოდების გამოყენება. ასეთი სერვისების მიწოდებამ ჯანდაცვის ერთიან კონტექსტში შეიძლება შეამციროს სტიგმა და გაზარდოს პაციენტისთვის შესაბამისი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა (Ernst et al, 2007). იდეალური პროვაიდერი იქნება ბიჰევიორული ჯანმრთელობის პროფესიონალი, რომელიც კომპეტენტურია წამალმოსმარების დაავადებების მკურნალობაში და ასევე, რომელსაც შეუძლია კონსულტირება სხვა ფსიქოსოციალური და ბიჰევიორული პრობლემების გამო.

ხანმოკლე ინტერვენციები განსაზღვრულია, როგორც ნებისმიერი თერაპიული ან პრევენციული კონსულტაცია ხანმოკლე მიმდინარეობის (ერთიდან 5 სესიამდე), რომელიც ტარდება ჯანდაცვის პროფესიონალის, ზოგადი პრაქტიკოსის ან ექთნის მიერ და განსაზღვრულია პაციენტების დასახმარებლად, რათა მათ შეამცირონ ან შეწყვიტონ ალკოჰოლის მოხმარება და მინიმუმამდე დაიყვანონ მასთან დაკავშირებული პრობლემები. ხანმოკლე ინტერვენციები ძირითადად მოიცავს: შეფასებას, უკუკავშირს სკრინინგის შედეგებსა და სარისკო მოხმარების შესახებ, ინფორმაციას უსაფრთხო მოხმარების ლიმიტებზე, რჩევას ცვლილებების შესახებ, თვითდახმარების მასალებს.

ხანმოკლე ინტერვენციების მიზანი განსხვავდება ტრადიციული ალკოჰოლიზმის მკურნალობის მიზნებისგან. ძირითადი მიზანია ალკოჰოლის დონის მოხმარების დარეგულირება სასურველ დონემდე და გაბმული სმის გამორიცხვა. თუმცა შესაძლებელია სრული თავშეკავების რეკომენდირებაც (სრული აბსტინენცია), თუ ამის საჭიროებაა. რადგან ასეთი კონსულტაციები ხანმოკლეა, შეიძლება ადვილად მოხდეს მათი ინტეგრირება სხვა მიზნით ჩატარებულ კონსულტაციებში და ყოველდღიურ პრაქტიკაში.

ხანმოკლე ინტერვენციები პირველადი ჯანდაცვის ქსელში, სკრინინგის მსგავსად შეიძლება იყოს მარტივი და ხანმოკლე, ან უფრო ფართო და შესაძლოა მოიცავდეს მიმართვას წამალდამოკიდებულების სპეციალისტთან. ინტერვენციის დონის განსაზღვრა, რომელიც საჭიროა ცალკეული პაციენტისათვის, დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმეზე – ალკოჰოლის ავად მოხმარება/ დამოკიდებულება, სხვა ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების მოხმარება (თამბაქო, ნარკოტიკები),

თანდართული სამედიცინო და ფსიქიატრიული მდგომარეობები, ისევე როგორც კლინიკის თავისებურება, კლინიციის უნარ-ჩვევები და ინტერესის დონე, და ხელმისაწვდომი დრო ინტერვენციის განსახორციელებლად.

ხანმოკლე ინტერვენციების ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მასალები თავმოყრილია 15 სისტემურ კვლევაში და მეტა-ანალიზში.

ხანმოკლე ინტერვენცია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მეთოდია. 15 სისტემური კლინიკური კვლევა და მეტა-ანალიზი ჩატარებული 1993 წლიდან ადასტურებს ხანმოკლე ინტერვენციების ეფექტურობას და იძლევა მტკიცებულებებს (Bien et al. 1993; Kahan et al. 1995; US Preventive Services Task Force 1996; Wilk et al. 1997; Ashenden et al. 1997; Poikolainen 1999; Moyer et al. 2002; D'Onofrio & Degutis 2002; Beich et al. 2003; Salaspuro 2003; Ballesteros et al. 2004; Whitlock et al. 2004; Bertholet et al. 2005; Kaner et al. 2007; Nilsen et al. 2007).

22 რანდომიზებული კლინიკური კვლევის მეტა-ანალიზის მიხედვით (მოიცავდა 7,610 მონაწილეს), ხანმოკლე ინტერვენციის შედეგად, კვლევაში მონაწილეებმა ალკოჰოლის მოხმარება შეამცირეს საშუალოდ 38გ-ით კვირაში (95%CI: 23-დან 54-მდე) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, 1 წლის ან 1 წელზე > პერიოდის მიხედვით. ქვე-ჯგუფების გამოკვლევამ (8 კვლევა, 2,307 მონაწილე) დაადასტურა ხანმოკლე ინტერვენციების ეფექტურობა მამაკაცებში (საშუალო განსხვავება: -57 გ/კვირაში, 95% CI: -89-დან -25-მდე), მაგრამ არა ქალებში (საშუალო განსხვავება: -10გ/კვირაში, 95% CI: -48-დან -29-მდე).

USPSTF-მიხედვით, მულტიკონტაქტური ინტერვენციების შედეგად პაციენტები ფართო ასაკოვანი დიაპაზონით (12-75 წწ) ამცირებენ ალკოჰოლის მოხმარებას კვირაში 3-დან 6-მდე სტანდარტული დაღვევის ფარგლებში და ეს ეფექტი ნარჩუნდება 6-12 თვე ინტერვენციის შემდგომ. ინტერვენციები შეიძლება მოთიანად ან ნაწილობრივ ჩატარდეს პირველად ჯანდაცვაში, ერთი ან რამდენიმე პირის მიერ და ექიმის ან სხვა ჯანდაცვის პროფესიანალის მიერ.

მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგი და ხანმოკლე ინტერვენციები მაღალეფექტური ინსტრუმენტებია, ისინი არაა საკმარისად გამოყენებული პირველად ჯანდაცვის პრაქტიკოსების მიერ. ასე მაგ., 2000 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა შემდეგი (Friedmann et al. 2000; National Center on Addiction and Substance Abuse [CASA] 2000):

ალკოჰოლურ სკრინინგთან დაკავშირებით:

- 94% პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს გამორჩენილი აქვთ პაციენტის მიერ ალკოჰოლის მაგნედ მოხმარება ან არასწორად აქვთ დასმული დიაგნოზი.
- ექიმების 88%-ის განცხადებით, ისინი ეკითხებიან ახალ ამბულატორიულ პაციენტებს ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ, მაგრამ მხოლოდ 13% იყენებს ფორმალურ ალკოჰოლის სკრინინგის ინსტრუმენტებს.

- 19.9% პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა თვლის, რომ სათანადოდ მომზადებულია ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების სადიაგნოსტიკოდ.
- პაციენტების 54.8%-ს მიაჩნია, რომ ექიმებმა არ იციან, როგორ ამოიცნონ დამოკიდებულების დაავადებები.

ხანმოკლე ინტერვენციებთან დაკავშირებით:

- ექიმთა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ისინი ჩვეულებრივ ან ყოველთვის უწევენ რეკომენდაციას პრობლემურ მსმელ პაციენტებს 12-საფეხურიანი სისტემის ჯგუფში ჩასართველად.
- პაციენტების 53.7%-მა განაცხადა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებმა არაფერი იციან მათ მიერ ნივთიერებების მავნედ მოხმარები შესახებ; 43%-ის გადმოცემით, ექიმებს არასდროს დაუსვამთ მათთვის დიაგნოზი და 10.7%-ს სწამს, რომ ექიმებმა იციან მათი ნარკომანიის შესახებ, მაგრამ არაფერი უღონიათ ამისთვის.
- პაციენტების 74.1%-მა განაცხადა, რომ ექიმებს არ მიუღიათ რაიმე სახის მონაწილეობა მათი გადაწყვეტილების მიღებაში მიემართათ სამკურნალოდ, ხოლო პაციენტების 16.7%-ის განცხადებით, ექიმები მცირე წვლილი მიუძღვით მათი გადაწყვეტილების მიღებაში.

ეფექტური ინტერვენციების ჩასატარებლად საჭიროა ტრენინგები და მხარდასაჭერი მასალა (ალგორითმები, პაციენტების საგანმანათლებლო მასალები და სხვა).

ხანმოკლე ინტერვენციები ეფექტურია პაციენტებთან, რომლებსაც ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული ნაკლებად მძიმე პრობლემები აქვთ გამოხატული.

წარმატებული ხანმოკლე ინტერვენციების განსახორციელებლად მოწოდებულია 6 თერაპიული ელემენტის გამოყენება, რომლის აღსანიშნავად გამოიყენება აკრონიმი „**FRAMES**“:

- **F. Feedback** – უკუკავშირი კლინიკური შეფასების შედეგების მიხედვით;
- **R. Responsibility** – აქცენტირება პაციენტის პერსონალურ პასუხისმგებლობაზე ალკოჰოლის მოხმარებასა და ასოცირებული ქცევების თაობაზე;
- **A. Advice** – კონკრეტული, პრაქტიკული რჩევა და თვითდახმარების მასალების მიწოდება;
- **M. Menu** – ქცევის ცვლილებებისა და ინტერვენციების მენიუს შეთავაზება. ეს შეიძლება მოიცავდეს ალკოჰოლის მიღების სპეციფიკურ ლიმიტირებას, დაღვევის წინაპირობების ამოცნობას და უნარ-ჩვევების განვითარებას თავი აარიდონ დაღვევას სარისკო სიტუაციებში; დაგეგმონ წინასწარ დაღვევის ლიმიტირება; გააკონტროლონ სმის პროცესი (მაგ. ყლუპებით დაღვევა, დოზირება, განზავება, შესვენება), დასწავლა ყოველდღიური პრობლემების გაძღოლისა, რომლებმაც შეიძლება დაღვევამდე მიიყვანონ;

- **E. Empathy** – არაგანსჯითი ხასიათის ემპათია და მხარდაჭერა;
- **S. Self-efficiency** – თვით-ინიციატივის წახალისება.

ამ ელემენტების ეფექტურობა დადასტურებულია კვლევებით. მიზნის დასახვა, დინამიური კონტროლი და ოპტიმალური დროის შერჩევა ცალკეული ინტერვენციების განსახორციელებლად ასევე მნიშვნელოვანი ელემენტებია ხანმოკლე ინტერვენციების ეფექტურად წარმართვისთვის.

მიზნის დასახვა: პაციენტები უფრო მოწადინებულები არიან შეცვალონ თავიანთი დაღევის პატერნები, როცა ექიმთან ერთად დასახულ კონკრეტულ გეგმაში არიან ჩართულები.

შემდგომი კონტროლი: ჯანდაცვის პროფესიონალები აგრძელებენ პაციენტის მდგომარეობის დინამიურ კონტროლს და მხარდაჭერას შემდეგი სახით: სატელეფონო კონტაქტი, ოფისში განმეორებითი ვიზიტი, ფიზიკური გასინჯვა ან ლაბორატორიული ტესტირება.

ოპტიმალური დროის შერჩევა: მნიშვნელოვანია დადგინდეს პაციენტის მზაობა ცვლილებების განსახორციელებლად, სანამ დაიწყება ხანმოკლე ინტერვენცია, რადგან ეს წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრედიქტორს დაღევის ქცევის ცვლილებებისთვის. პაციენტები უფრო მეტად მაშინ წყვეტენ რაიმე ცვლილებების განხორციელებას, როცა თვითონ აცნობიერებენ, რომ აქვთ პრობლემა ან როცა გრძნობენ, რომ შეუძლიათ შეცვლა. შეიძლება პაციენტი არ იყოს მზად ცვლილებებისთვის ხანმოკლე ინტერვენციის დასაწყისისას, მაგრამ შემდგომ გახდეს მზად, როცა კონკრეტულ შედეგს იწვნევს. *Rollnick* და კოლეგების მიერ შემუშავებულია სპეციალური კითხვარი “ცვლილებისთვის მზაობა“ (12 კითხვიანი), რომელიც ეხმარება კლინიცისტებს შეარჩიონ ადეკვატური ინტერვენციული ტექნიკა პაციენტის ცვლილების მზაობის მიმდინარე საფეხურის მიხედვით.

ტიპიური ხანმოკლე ინტერვენცია დაახლოებით 5 წუთს გრძელდება. პაციენტის მიმდინარე ალკოჰოლის მოხმარება მოკლედ ფასდება, შეფასების შედეგები ეცნობა (როგორ მიესადაგება მიღებულ ნორმებს და რეკომენდებულ ლიმიტებს), და შესაბამისი რჩევა ეძლევა ალკოჰოლის მიღების შესახებ.

ინტერვენციების ეფექტურობისთვის მნიშვნელოვანია ცვლილებისთვის მზაობის სტადიის დადგენა. ინტერვენციის მიზანი სხვადასხვა იქნება პაციენტის ცვლილებისადმი მზაობის მიხედვით. მიზანი შეიძლება იყოს პაციენტის გათვინობიერება/ცოდნის გაღრმავება პაციენტის ქცევის უარყოფითი შედეგების შესახებ, ან მისი ქცევისადმი ამბივალენტური დამოკიდებულების გაღრმავება, ან პაციენტის დახმარება, შეიმუშავოს გეგმა, როგორ შეცვალოს მისი ქცევა.

Prochaska & DiClemente შეიმუშავეს ცვლილების მზაობის კონცეფცია, რომელიც მოიცავს შემდეგ სტადიებს:

გაანალიზების, გათვინობიერების წინა სტადია – “ბედნიერი მომხმარებლები.” ამ ჯგუფის წევრები არ არიან შეწუხებულები თავისი სმით. მათთვის პოზიტიური მოტივები წონის ნეგატიურს და ამიტომ იზნორირებას უკეთებენ ან არ სჯერათ, რომ მათი ქცევა საზიანოა.

განალიზების სტადია – ამ ჯგუფის პაციენტებს ამბივალენტური დამოკიდებულება აქვთ ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებით. მათ სიამოვნებთ სმა, მიუხედავად იმისა, რომ მას პრობლემები მოაქვს და საზღაურთანაა დაკავშირებული. ამ ჯგუფის პაციენტებს სურთ პრობლემების შემცირება, მაგრამ ალკოჰოლის მიღების გარძელება.

გადაწყვეტილების სტადია – ამ ჯგუფის პაციენტებს გადაწყვეტილი აქვთ იმოქმედონ-შეამცირონ ან შეწყვიტონ დაღვევა. დგამენ საცდელ ნაბიჯებს.

მოქმედების სტადია – ახორციელებენ კონკრეტულ ქმედებებს და ცდილობენ დანერგონ ცვლილებები.

შენარჩუნება – ამ ჯგუფის წევრებმა წარმატებით შეცვალეს თავისი ქცევა და საკმაოდ დროც გავიდა, რომ თავი იგრძნონ ექს-პრობლემურ მომხმარებლებად. ითვლება, რომ ეს სტადია საშუალოდ, მოქმედებიდან 12-18 თვის შემდეგ დგება.

რეციდივი – დიდი ოდენობა იმათგან, ვინც გადაწყვიტა, გადავიდეს კონკრეტულ ქმედებაზე, ისევ იცვლის შეხედულებას და უბრუნდება ალკოჰოლის მოხმარების უწინდებურ ნორმებს. რეციდივის შემდეგ ისინი უბრუნდებიან წინა საფეხურებს.

ხანმოკლე ინტერვენციები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა სახით, მაგრამ მოიცავს:

- მოკლე შეფასებას
- უკუკავშირს- ინფორმაციის მიწოდებას შეფასების შედეგების შესახებ
- ინფორმაციას დაღვევის უსაფრთხო ნორმებზე
- თვითდახმარების მასალებს
- რჩევას დაღვევის შემცირება/შეწყვეტაზე
- ზიანის შემცირებას (მაგ. თიამინის პრეპარატების მიღება)
- რეციდივის პრევენციას
- შეფასებას ცვლილებისთვის მზაობაზე მოტივაციური ინტერვიუების ჩათვლით
- ხანმოკლე კონსულტირებას, რომელიც მიზნად ისახავს პრობლემის გადაჭრას/მიზნის დასახვას
- შემდგომ კონტროლს/განმეორებით კონსულტირებას (Follow-up)

ხანმოკლე ინტერვენციები ხშირად მოიცავს მოტივაციის გაძლიერების ტექნიკებს.

მოტივაციის გაძლიერების თერაპია – Motivational Enhancement Therapy (MET) მოტივაციური ინტერვიუების (MI) ადაპტირებული ვარიანტია, რომელიც მოიცავს კლიენტთან ერთ ან რამოდენიმე უკუკავშირის (feedback) სესიას, რომლის დროსაც ხდება ჩვეული უკუკავშირი და ასევე, დისკუსია გულწრფელი, არაკონფრონტაციული მანერით.

მოტივაციური ინტერვიუება არის ღირექტიული, კლიენტზე-ორიენტირებული კონსულტირება გამოვლენილი ქცევის ცვლილებისთვის

და გულისხმობს კლიენტის დახმარებას გაანალიზოს და გადაჭრას მისი ამბივალენტობა და მიადწიოს რიგი პრობლემური ქცევების მყარ ცვლილებას.

მოტივაციის გაძლიერების თერაპია არის სისტემატური ინტერვენციის მეთოდი ცვლილებების გამოსაწვევად. ის დაფუძნებულია მოტივაციური ფსიქოლოგიის პრინციპებზე და მიზნად ისახავს გამოიწვიოს სწრაფი, შინაგანად-მოტივირებული ცვლილებები. ეს მკურნალობის სტრატეგია არაა მოწოდებული კლიენტის სახელმძღვანელოდ და სატრენინგოდ ნაბიჯ-ნაბიჯ გამოჯანმრთელებისკენ, მაგრამ თავაზობს მოტივაციურ სტრატეგიებს საკუთარი ძალების მობილიზებისკენ ცვლილებების განსახორციელებლად. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც თავისთავად ინტერვენცია, ან როგორც პრელუდია შემდგომი მკურნალობისთვის. სასარგებლოა კერძოდ სიტუაციებში, სადაც კლიენტებთან კონტაქტი ლიმიტირებულია ერთი-რამოდენიმე სესიით.

მოტივაციური ინტერვიუების ძირითადი პრინციპები:

- **Develop** – გამოავლინეთ შეუსაბამობა საქციელსა და მიზნებში;
- **Avoid** – მოერიდეთ კამათს;
- **Roll** – „ირწიეთ“ რეზისტენტობასთან ერთად (პაციენტი პირდაპირი წყაროა გადაწყვეტილებების და გამოსავლის მოძებნაში, თავს არ მოახვიოთ აზრები);
- **Express** – გამოხატეთ ემპათია;
- **Support** – მხარი დაუჭირეთ თვითაქტივობას.

7. ალკოჰოლური დამოკიდებულების ფარმაკოთერაპია

დეტოქსიკაცია

კონსესუს პანელის მთავარი რეკომენდაციები

ეროვნული გაიდლაინების საინფორმაციო ცენტრის დასკვნა: ნივთიერებების მავნედ მოხმარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის ადმინისტრაციის (The Substance Abuse and mental Health Administration- SAMSHA) კონსესუს პანელი მხარს უჭერს შემდეგ დებულებას – დეტოქსიკაცია არ არის ნივთიერებების ავად მოხმარების მკურნალობა და რეაბილიტაცია:

„დეტოქსიკაცია ინტერვენციების კომპლექსია, განკუთვნილი მწვავე ინტოქსიკაციისა და ალკეითის სამართავად. სუპერვიზიულ დეტოქსიკაციას შეუძლია პრევენცია პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში გართულებებისა, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს, თუ პაციენტს მკურნალობა არ ჩაუტარდა. ამავე დროს, დეტოქსიკაცია პალიატიური დახმარებაა (დაავადების ინტენსივობის შემცირება) მათთვის, ვისაც აბსტინენცია სურს ან ვინც იძულებულია შეინარჩუნოს სიფხიზლე ჰოსპიტალიზაციის პირობებში ან კანონთან დაკავშირებული პრობლემების გამო. და ბოლოს, ზოგიერთი პაციენტისთვის დეტოქსიკაცია პირველი კონტაქტია სამკურნალო სისტემასთან და შესაბამისად, პირველი ნაბიჯი გამოჯანმრთელებისკენ.

მკურნალობა/რეაბილიტაცია მეორეს მხრივ, მოიცავს არსებული თერაპიული სერვისების ერთობლიობას, რომლებიც საბოლოო ჯამში მიმართულია წამალდამოკიდებული პაციენტების გამოჯანმრთელებისკენ.“

ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია და ალკვთა

მას შემდეგ, რაც ორგანიზმიდან ალკოჰოლის ელიმინაციის სიჩქარე ძირითადად 10-30 მგ პროცენტს უტოლდება საათში, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მკურნალობის მიზანია შეინარჩუნოს სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციონირება, სანამ ალკოჰოლის დონე არ დაეცემა უსაფრთხო დონემდე. პაციენტები, რომლებიც არიან მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის შედეგად კომატოზურ მდგომარეობაში, უნდა იმართონ ისევე, როგორც ყველა სხვა კომატოზური პაციენტი, განსაკუთრებული მონიტორინგით ვიტალურ ფუნქციებზე, სუნთქვის პროტექციაზე და ასპირაციაზე, ჰიპოგლიკემიასა და თიამინის დეფიციტზე. საჭიროა სხვა წამლების სკრინინგი, რომლებმაც შეიძლება ხელი შეუწყვეს კომის განვითარებას, ისევე როგორც კომის სხვა წყაროების გამოკვლევა. აგზნების მართვის საუკეთესო გზაა ინტერპერსონალური ურთიერთობები და სამედიცინო პერსონალის შესაბამისი მიდგომა, ვიდრე დამატებითი მედიკამენტები, რომლებმაც შეიძლება მხოლოდ გაართულოს და გადაავადოს ალკოჰოლის ელიმინაცია ორგანიზმიდან.

ალკოჰოლური ალკვთა

ტიპურად ალკოჰოლური ალკვთის სიმპტომები იწყება ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების ან შეწყვეტიდან 6-24-საათში და სიმპტომები და ნიშნები შეიძლება მძიმე იყოს მიუხედავად იმისა, რომ სისხლი ან ამონასუნთქი ჰაერი კვლავ შეიცავს ალკოჰოლის განსაზღვრულ რაოდენობას. ძირითადად, ეს სიმპტომატიკა 4-5 დღეში ლაგდება.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთმა პაციენტმა შეიძლება უსაფრთხოდ გადაიტანოს ალკოჰოლური ალკვთა ყოველგვარი მედიკამენტის გარეშე, გაიდლაინები, რომლებიც ასეთი პაციენტების იდენტიფიცირებას ახდენენ, არ არიან დაფუძნებული კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებზე. კლინიკურად უფრო უსაფრთხოა, მკურნალობა ჩაუტარდეს პაციენტებს, რომლებსაც შესაძლოა არ ჭირდებოდათ, ვიდრე მედიკამენტებისგან თავი შევიკავოთ, სანამ პაციენტს არ განუვითარდება მძიმე ალკვთის სიმპტომები და ნიშნები.

მიმდინარე ალკვთის შემდგომი შესაძლო განვითარების განსასაზღვრავად ყველაზე სასარგებლო კლინიკურ ფაქტორებს წარმოადგენს პაციენტის წინა ალკვთის მდგომარეობა და წარსული ალკვთების რაოდენობა (ნამკურნალები ან არანამკურნალები). 3-4 ის არსებობა წარსულში უკვე საკმარისია იმის სავარაუდოდ, რომ მძიმე ალკვთაა მოსალოდნელი თუ სათანადო მკურნალობა არ ჩაუტარდება ავადმყოფს. მოსაზრება იმის შესახებ, რომ აღნიშნული ფენომენის მანიფესტირება სავარაუდოა, კარგადაა ცნობილი სამეცნიერო ლიტერატურაში „კინდლინგ-ჰიპოთეზის“ სახელწოდებით. გაურთულებელი ან მსუბუქიდან საშუალო ხარისხამდე სიმძიმის ალკვთისთვის დამახასიათებელია მოუსვენრობა, გაღიზიანებადობა, ანორექსია, ტრემორი, ინსომნია, კოგნიტური ფუნქციების დარღვევა, და

პერცეფციის (მგრძობელობის) მსუბუქი ხარისხის ცვლილებები. გართულებულ ან მძიმე ხარისხის აღკვეთას აქვს ერთი ან მეტი ელემენტი დელირიუმის, ჰალუცინაციების, ბოდვების, კრუნჩხვების და აგრეთვე, აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის, პულსის და წნევის ცვლილებები.

აღკვეთის მენეჯმენტი მელიკამენტების გარეშე

აღკვეთის აღკვეთის მართვა მედიკამენტების გარეშე რთული ამოცანაა, რადგან საამისოდ ჩვენებები მკვეთრად არაა ჩამოყალიბებული სამედიცინო კვლევებში ან მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მეთოდებში. უფრო მეტიც, აღკვეთის აღკვეთის მიმდინარეობა არაპროგნოზირებადია და ამჟამად არსებული სკრინინგისა და შეფასების ტექნიკები არ იძლევა იმის შესაძლებლობას, რომ წინასწარ განსაზღვროდეს დიდი სიზუსტით, რა შემთხვევაში განვითარდება სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები. მძიმე აღკვეთის აღკვეთა შესაძლებელია ასოცირებული იყოს კრუნჩხვებთან გამა-ამინოერბომჟავას (გამამ) მეტ-ნაკლები დაქვეითებისა და N-methyl-D-aspartate სისტემის (აგზნების გლუტამატ-რეცეპტორული სისტემის ქვეტიპი) შედარებითი გააქტივების გამო.

არამედიკამენტოზური მეთოდების პოზიტიური ასპექტებია მისი მაღალი რენტაბელურობა და ხელმისაწვდომობა ეკონომიური დეტოქსიკაციისა იმ პირთათვის, ვისაც მხარდაჭერა სურს. დაკვირვება უკეთესია, ვიდრე არანაირი ფორმის მკურნალობა, მაგრამ პირებს საშუალოდან მძიმე ხარისხის აღკვეთის სინდრომით უნდა მიეწოდოთ სერვისები ზედამხედველობის მაღალ დონეზე (level of care). შესაძლებელია აღკვეთის მდგომარეობის მართვა მედიკამენტების გარეშე ახალგაზრდა პირებში, ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის კარგი ხარისხისა და წინა აღკვეთის რეაქციების ისტორიების არ არსებობის შემთხვევაში. თუმცა პერსონალს, რომელიც ზედამხედველობას უწევს ამ სიტუაციებში, უნდა გააჩნდეს მდგომარეობის შეფასების უნარი და საჭიროების შემთხვევაში შეძლოს სწრაფი დახმარების აღმოჩენა გადაუდებელი დახმარების სისტემის მეშვეობით. მედიკამენტების გარეშე აღკვეთის მდგომარეობის მენეჯმენტი გულისხმობს პიროვნულ მხარდაჭერას, ადეკვატური სითხეებითა და საკვებით უზრუნველყოფას, სათანადო ჰიგიენის დაცვას, მეთვალყურეობას ადეკვატურ ძილზე და აღკვეთის/ნარკოტიკს განთავისუფალი გარემოს შენარჩუნებას.

კონსენსუს პანელის შეთანხმებით, აღკვეთის, სედატიურ-ჰიპნოზური და ოპიოიდური აღკვეთის სინდრომების დროს ჰოსპიტალიზაციას (ან 24-საათიანი სამედიცინო მეთვალყურეობის რაიმე ფორმა) ჩვეულებრივ, უპირატესობა ენიჭება დეტოქსიკაციის ჩასატარებლად, უსაფრთხოებისა და ჰუმანური მხარდაჭერის თვალსაზრისით. როცა ჰოსპიტალიზაცია არ ხერხდება, სასურველია ადგილი, სადაც 24 საათიანი მაღალი დონის მოვლა და საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა იქნება შესაძლებელი.

პაციენტების მდგომარეობის შეფასება ამ შემთხვევაში, სასურველია მოახდინოს პირველადი რგოლის პრაქტიკოსმა წამალმომხმარებლის მკურნალობის გარკვეული გამოცდილებით და განსაზღვროს: არის თუ არა პაციენტი ამჟამად ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში და როგორია

ინტოქსიკაციის ხარისხი; ალკოჰოლის სინდრომის ტიპი; ალკოჰოლის სიმძიმე; ინფორმაცია წინა ალკოჰოლის შესახებ და ამჟამად თანდაართული ფსიქიატრიული, სხვა თერაპიული და ქირურგიული პათოლოგიების არსებობა, რომლებიც შესაძლებელია საჭიროებდნენ სპეციალურ ჩარევას.

როდის არ არის მედიკამენტები აუცილებელი?

- როცა პაციენტი ღებულობს 15 ერთეულზე ნაკლებს დღეში (მათკაცებისთვის) და 10-ზე ნაკლებს – ქალებისთვის;
- როცა პაციენტს არა აქვს ალკოჰოლი ამონასუნთქ ჰაერში და არ აღენიშნება ალკოჰოლის სიმპტომები/ნიშნები.

ალკოჰოლური ალკოჰოლის მონიტორინგი

ალკოჰოლური ალკოჰოლის სიმპტომების სიმძიმის შესაფასებლად დამოკიდებულების კვლევით ბაზაზე (Addiction Research Foundation) შემუშავდა სტანდარტული კითხვარი – კლინიკურად დამტკიცებული ალკოჰოლური ალკოჰოლის შეფასების ინსტრუმენტი – Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar). ობსერვაციისა და ინტერვიუების შედეგები ფასდება ქულების მეშვეობით და შემდგომ ჯამდება. მაქსიმალური ქულა 67-ია. როცა ჯამური ქულა <8-10-ზე ითვლება, რომ მედიკამენტები საჭირო არ არის და მხარდამჭერი არა-ფარმაკოლოგიური მონიტორინგი დამაკმაყოფილებელია. პაციენტის მონიტორინგი საჭიროა ყოველ 4-8 საათში 24 საათის მანძილზე, სანამ ქულები <8-10-ზე. 8-15 ქულის დროს მედიკამენტების მიცემა ამცირებს გართულებების განვითარების რისკს. 15-ზე მეტი ჯამური ქულის დროს მედიკამენტების გარეშე დატოვებისას დიდი ალბათობაა, რომ ალკოჰოლის სინდრომი მნიშვნელოვნად გართულდეს. CIWA-Ar არ არის ვალიდური გადაწყვეტილების მისაღებად, ანამნეზში მძიმე ალკოჰოლის მდგომარეობის არსებობისას ან ბენზოდიაზეპინური დამოკიდებულებისას. ყველაზე დამახასიათებელ შეცდომებს, კერძოდ, ასაკოვან ადამიანებში, მიეკუთვნება ტრემორის და ჰიპერტენზიის ჩათვლა ალკოჰოლური ალკოჰოლის სიმპტომებად მაშინ, როცა ისინი სახეზე იყო ალკოჰოლური ალკოჰოლის დაწყებამდე.

ალკოჰოლის მდგომარეობის მენეჯმენტი მფიკამენტებით

იმის გადასაწყვეტად, საჭიროა თუ არა მედიკამენტების გამოყენება ალკოჰოლური ალკოჰოლის მენეჯმენტისთვის, პაციენტები უნდა დაიყოს 3 ჯგუფად. პირველი და ყველაზე ტრივიალური ჯგუფი მოიცავს პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ წარსულში ალკოჰოლის ყველაზე მძიმე ფორმების ისტორია, როგორცაა კრუნხვები და/ან დელირიუმი. ამ ჯგუფს განვიხილავთ ქვემოთ უფრო დაწვრილებით, მაგრამ ზოგადად, ამ ჯგუფში პაციენტებს უკვე ადრეული აბსტინენციის პერიოდში მიზანშეწონილია დაეწყოთ მედიკამენტური მკურნალობა რაც შეიძლება სწრაფად, მიუხედავად იმისა, უკვე განვითარდა თუ არა ალკოჰოლის სიმპტომები.

მეორე ჯგუფის პაციენტებს ასევე ესაჭიროებათ დაუყოვნებელი მედიკამენტური თერაპია. ეს ჯგუფი მოიცავს პირებს, რომლებიც უკვე ალკოჰოლის მდგომარეობაში არიან და საშუალო სიმძიმის ალკოჰოლის სიმპტომები ადენიშნებათ.

მესამე ჯგუფს შეადგენენ პაციენტები, რომლებიც ჯერ კიდევ ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში არიან (ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ) და ამიტომ ჯერ არ გასულა საკმარისი დრო, რომ განვითარებულიყო ალკეეთის სიმპტომები, ან პაციენტები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებაში მოხვედრისას რამოდენიმე საათის აბსტინენტები არიან, მაგრამ მიუხედავად ამისა, არ განუვითარდათ ალკეეთის სიმპტომები და ნიშნები. გადაწყვეტილება ამ ჯგუფში მედიკამენტების გამოყენების თაობაზე მიღებულ უნდა იქნეს პაციენტის ასაკის, ალკოჰოლური დამოკიდებულების ხანგრძლივობის, წინა მძიმე ალკეეთების (ნამკურნალები თუ არანამკურნალები) რაოდენობის გათვალისწინებით. წარსულში გაადატანილი 3-4 მძიმე ალკეეთა სავარაუდოდ, მოსალოდნელი სერიოზული ალკეეთის წინაპირობაა. თუ არის იმის შესაძლებლობა, რომ პაციენტი გამოკვლეულ იქნას კლინიკაში გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ან ანალოგიურ დაწესებულებაში შემდგომი 6-8 საათის განმავლობაში, შემდგომში უკვე დასაშვებია გადაიდოს გადაწყვეტილება მედიკამენტების შესახებ და პერიოდულად შეფასდეს ამ კატეგორიის ავადმყოფის მდგომარეობა. თუ ამის შესაძლებლობა არ არის, მაშინ პაციენტი შეიძლება მოვათავსოთ ისეთ ადგილას, სადაც იგი ოჯახის წევრების ან სხვა პირების სუპერვიზიის ქვეშ იქნება. საზღვარგარეთ არსებობს ასეთი შემთხვევებისთვის სოციალური დეტოქსიკაციის პროგრამები. სოციალური დეტოქსიკაციის პროგრამები განსაზღვრულია, როგორც ხანმოკლე, არამედიკამენტოზური მომსახურების სერვისები წამალდამოკიდებული პირებისთვის. სოციალური დეტოქსიკაციის პროგრამები თავაზობენ ოთახს და პერსონალს მეთვალყურეობისთვის პირებს, ვინც არის ინტოქსიკაციის ქვეშ ან ალკეეთის მდგომარეობაში. თუმცა კონსენსუს პანელმა დაადგინა, რომ პრაქტიკულად ეს პროგრამები ფრიად განსხვავებულია თავისი მომსახურების მაშტაბებით. ზოგი მათგანი კლიენტებს მართლაც მხოლოდ სუპერვიზიას სთავაზობს პერსონალის მეშვეობით, მაშინ როცა სხვა პროგრამების საშუალებით ხელმისაწვდომია პაციენტის მდგომარეობის შეფასება კლინიკებში, ურგენტული თერაპიის განყოფილებებში და სხვა. ასევე, ზოგიერთი სოციალური პროგრამის ფარგლებში პაციენტს აძლევენ ამბულატორიულად ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს სუპერვიზიის ქვეშ. ყველა პროგრამაში ხდება საციცოხლო ნიშნების მონიტორინგი.

გადაწყვეტილების მიღებისას მედიკამენტების დანიშვნის შესახებ გათვალისწინებული უნდა იყოს რიგი ფაქტორებისა: როგორია სუპერვიზიის დონე, ალბათობა, რომ პაციენტმა გააგრძელოს ალკოჰოლის მიღება მედიკამენტების პარალელურად, დაბრუნდეს მეორე დღეს შემდგომი შეფასებისთვის. ზოგჯერ მკურნალობის გარეშე პაციენტის დატოვება უფრო უხიფათოა, ვიდრე მედიკამენტური მკურნალობა.

სქემა 1 დაგეხმარებათ გადაწყვეტილების მიღებაში, საჭიროა თუ არა მედიკამენტების ჩართვა მკურნალობაში.

რჩევები პაციენტებს ალკოჰოლური ალკეითის პერიოდში სახლის პირობებში

1. თუ თქვენ დამოკიდებული ხართ ალკოჰოლზე, სმის შეწყვეტის შედეგად შესაძლოა დაგეწყოთ რიგი სიმპტომები: გაღიზიანება, დაჭიმულობა, კანკალი, ოფლიანობა და ძილის დარღვევა. შეიძლება ადგილი ქონდეს პირღებინებას ან დიარეას. ეს ნერვული სისტემის "რიკოშეტი" შეიძლება მძიმე იყოს. მედიკამენტები აკონტროლებენ სიმპტომებს, სანამ ორგანიზმი ეგუება უალკოჰოლოდ ყოფნას. ამას ჩვეულებრივ, 3-დან 7 დღემდე ესაჭიროება ბოლო დაღვიდან. თუ თქვენ წამალს არ მიიღებთ, სიმპტომები შესაძლოა გაუარესდეს პირველ 48 საათში და შემდეგ თანდათან შემსუბუქდეს. ეს არის მიზეზი, რის გამოც თუ თქვენ მედიკამენტებს ღებულობთ, მათი საწყისი დოზები მაღალია და შემდეგ მცირდება. თუ თქვენ გამოწერილი გაქვთ 10 მგ ქლორდიაზეპოქსიდი, იხელმძღვანელოთ ცხრილით:

ცხრილი №4 ქლორდიაზეპოქსიდის (10მგ) მიღების სქემა სახლის პირობებში მკურნალობისას

დღეები	გაღვიებისას	12 სთ	6 სთ	ძილის წინ
1 დღე	-	3	3	3
2 დღე	2	2	2	3
3 დღე	2	1	1	2
4 დღე	1	1	-	2
5 დღე	-	1	-	1

2. თქვენ თანახმა ხართ, არ მიიღოთ ალკოჰოლი. თქვენ შეიძლება მოგწყურდეთ. დალიეთ ხილის წვენები და წყალი, მაგრამ ბევრი არ მოგივიდეთ. თქვენ არ უნდა "გამორეცხოთ" ალკოჰოლი ორგანიზმიდან. 3 ლიტრზე მეტი სითხე ძალიან ბევრი იქნება. არ დალიოთ 3 ჭიქაზე მეტი ყავა დღეში ან 5 ჭიქა ჩაიზე მეტი. ისინი შეიცავენ კოფეინს, რაც იწვევს ძილის დარღვევას და ზრდის ნევროზულობას.

3. **ერიდეთ სტრესს.** მნიშვნელოვანი ამოცანაა, თავი აარიდოთ სიტუაციებს, რომლებიც წაგაქეზებენ ალკოჰოლის მისაღებად. დაეხმარეთ თვითონ თქვენს თავს რელაქსირებაში ფეხით სეირნობით, მუსიკის მოსმენით, ან აბაზანის მიღებით.

4. **ძილი.** თქვენ შეიძლება აღმოაჩინოთ, რომ მიუხედავად აბების მიღებისა ან მათი რაოდენობის შემცირების დროს, თქვენი ძილი დარღვეულია. არ დაღონდეთ ამის გამო- ძილის ნაკლებობა სერიოზულ ვნებას არ მოგაყენებთ, მაშინ როცა ალკოჰოლის ხელახალი მიღება სწორედ ამას გამოიწვევს. თქვენი ძილის პატერნი ნორმას დაუბრუნდება 1 თვის ფარგლებში. უკეთესი იქნება, საძილე აბებს თუ არ მიიღებთ, რადგან ასე თქვენი ბუნებრივი ძილის რიტმი დაგებრუნდებათ. ეცადეთ დასაძინებლად მოგვიანებით დაწვეთ. ძილის წინ მსუბუქად ივახშმეთ ან რძე დალიეთ.

5. აბებმა შეიძლება მოგთენთოთ, ასე რომ არ უნდა დაჯდეთ საჭესთან ან მართოთ მექანიზმები. თუ თქვენ თვლება გერევათ, გამოტოვეთ დოზა.
6. **საკვები.** მაშინაც კი, თუ არ გშიათ, მიიღეთ საკვები მცირე ულუფებად რეგულარულად. თქვენი მადა დაგიბრუნდებათ.

ქლორდიაზეპოქსიდს აქვს მოქმედების დასაწყისი უფრო ნელი და თანდათანობითი, ამიტომ ნაკლებად ტოქსიკურია და საშიში ზედოზირების თვალსაზრისით და ასევე, მინგვის თვალსაზრისით. ამდენად, პაციენტებისთვის, რომელთა მართვა ხდება ზოგადი პრინციპებით, ქლორდიაზეპოქსიდის ხმარება სჯობს ბენზოდიაზეპინების ხმარებას.

ალკოჰოლური ალკვეთის მკურნალობა ბენზოდიაზეპინებით

პაციენტის მდგომარეობისა და კლინიკური ზედამხედველობის პირობების მიხედვით რამოდენიმე მისაღები რეჟიმი არსებობს ალკვეთის მდგომარეობის სამართავად ბენზოდიაზეპინების მეშვეობით. ბენზოდიაზეპინები ალკოჰოლური ალკვეთის სამკურნალოდ არჩევის მედიკამენტების კლასად რჩებიან-class of choice (ანუ მედიკამენტების კლასი, რომელთა გამოყენება მიზანშეწონილია ყველაზე მეტად (I ხარისხის მტკიცებულება). (Acute Alcohol Withdrawal: Guidelines for Evaluation and Treatment-meta-analysis of 134 articles with 65 prospective controlled trials).

ალკოჰოლური ალკვეთის დროული ამოცნობისა და სათანადო ბენზოდიაზეპინების სწრაფი ადმინისტრირების მეშვეობით ჩვეულებრივ, ხდება პრევენცია მძიმე ალკვეთის განვითარებისა – ალკვეთის მდგომარეობა არ პროგრესირებს უფრო სერიოზული შედეგების განვითარებისკენ. პაციენტები, რომლებთანაც მოსალოდნელია ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომატიკის განვითარება, მიზანშეწონილია დროულად ინახონ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სამედიცინო პერსონალის მიერ (ექიმის, პრაქტიკოსი ექთანი, ექიმის თანაშემწე), ვისაც გამოცდილება აქვს ალკოჰოლური ალკვეთის დიაგნოსტიკისა და მენეჯმენტის. პრაქტიკოსებს უნდა ახსოვდეთ, რომ ბენზოდიაზეპინებს აქვთ გვერდითი ეფექტები და შეზღუდვები. ეს შეზღუდვები უფრო გამოხატულია, როცა ალკოჰოლური ალკვეთის მკურნალობა ამბულატორიულ რეჟიმში ხდება.

ბენზოდიაზეპინებით დატვირთვა (loading dose)

სამედიცინო პერსონალის მიერ შეიძლება მიცემულ იქნას ხანგრძლივი მეტაბოლიზმის მქონე ბენზოდიაზეპინები, ხშირად ინტრავენურად, მაგრამ ხანდახან ორალურად ყოველ 1-2საათში, სანამ მნიშვნელოვანი კლინიკური გაუმჯობესება არ დადგება (როგორცაა CIWA-Ar ქულების შემცირება 10-მდე და ქვემოთ), ან პაციენტის სედაციამდე. პაციენტები, რომლებიც მძიმე ალკოჰოლური ალკვეთის განვითარების უდიდესი რისკის ქვეშ არიან, ან უკვე განუვითარდათ მძიმე ფორმის ალკვეთა, მიზანშეწონილია, სტაციონარში მოთავსდნენ და შეიძლება ამ რეჟიმით გაუგრძელდეთ მკურნალობა. ზოგადად, პაციენტებს მძიმე ალკვეთით შეიძლება მიცეთ 20მგ დიაზეპამი ან 100მგ ქლორდიაზეპოქსიდი ყოველ 2-3 საათში, სანამ გაუმჯობესება ან სედაცია არ მიიღწევა. ასაკოვან პირებში ამ პროტოკოლის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს

გადაჭარბებული სედაცია, ატაქსია (კუნთების კოორდინაციის შემცირება) და ცნობიერების დაბინდვა. მიზანშეწონილია, მედპერსონალმა უშუალო მონიტორინგი განახორციელოს ჰემოდინამიკური (სისხლის წნევა და პულსი) და რესპირატორული მაჩვენებლების. კერძოდ, მათ უნდა შეეძლოთ აპნოეს დიაგნოსტიკა და დაუყოვნებლივი მკურნალობა ვენტილაციის მეშვეობით. აუცილებელია გამოცდილი კადრების ყოლა, რომელთაც ადეკვატური დრო, პაციენტს გაუწიონ ხშირი მონიტორინგი და ინტრავენური მედიკაცია.

სიმპტომზე ორიენტირებული თერაპია

CIWA-Ar ან სხვა მსგავსი ალკოჰოლური ადკვეთის შეფასების სკალის გამოყენებისას მედპერსონალს გაეღილი უნდა ქონდეს ტრეინინგი, რათა შეეძლოს ალკოჰოლური ადკვეთის სიმპტომებისა და ნიშნების ამოცნობა, შეფასება და ამის საფუძველზე ბენზოდიაზეპინების მიცემა პაციენტებისთვის მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ნიშნები და სიმპტომები გარკვეულ ზღურბლოვან ქულას მიაღწევენ.

საჭიროა პერსონალის ტრეინინგი სტანდარტულ პროცედურებში, როგორ გამოიყენონ შეფასების სკალები და ასევე, პერიოდული რეტრეინინგი, რათა სარწმუნო იყოს მათი შეფასება, რაც არსებითია. ტიპური, რუტინული, სიმპტომზე-ორიენტირებული თერაპია ასეთია: 50-მგ ქლორდიაზეპოქსიდი, თუ CIWA-Ar >9-ზე და 1 საათში ხელახალი შეფასება. 50მგ ქლორდიაზეპოქსიდის ადმინისტრირების გაგრძელება ყოველ 1 საათში, სანამ CIWA-Ar არ გახდება <10-ზე. დოზის რაოდენობა და სიხშირე შესაძლებელია მოდიფიცირდეს ინდივიდუალური კლინიკური სიტუაციის მიხედვით. გადაწყვეტილებას იღებს სამედიცინო პროვაიდერი. პაციენტებმა, რომლებსაც წარსულში ადკვეთის პერიოდში კრუნჩხვები აღენიშნებოდათ, მიზანშეწონილია მიიღონ გახანგრძლივებული მოქმედების ბენზოდიაზეპინები განსაზღვრული სქემით (მაგ. დიაზეპამი 20მგ ყოველ 6 საათში 3 დღის განმავლობაში) CIWA-Ar ქულების მიხედვით და დამატებითი დოზები, თუ ნაჩვენებია CIWA-Ar ქულების მომატების გამო. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სიმპტომზე-ორიენტირებული თერაპია არ არის რეკომენდებული ამულატორიული მკურნალობის დროს. ამ ტიპის თერაპიის დროს საჭიროა მონიტორინგი განახორციელოს და შესაბამისი გადაწყვეტილებები მიიღოს ჯანდაცვის პროფესიონალმა.

ვეტერანთა ჰოსპიტალის სტაციონარულ განყოფილებაში რანდომიზირებული ორმაგი ბრმა მეთოდით ჩატარებული კონტროლირებადი კლინიკური კვლევის მიხედვით, სიმპტომზე-ორიენტირებული თერაპიისა და ფიქსირებულ-დოზიანი მკურნალობის შედარებისას აღმოჩნდა, რომ სიმპტომზე-ორიენტირებული თერაპიისას პაციენტების მკურნალობა ნაკლებ მედიკამენტს მოითხოვს (100მგ ხლორდიაზეპოქსიდი 425-ის ნაცვლად), უფრო ხანმოკლეა (9სთ-ნაცვლად 68-ისა) და მნიშვნელოვნად ეკონომიურია.

დოზების საფუძვრებრივი კლება

რაიმე რეჟიმით დოზების კლების დაწყებამდე პაციენტის მდგომარეობა მთლიანად სტაბილური უნდა იყოს. ეს ნიშნავს, რომ ადკვეთის ყველა ნიშანი და სიმპტომი გამოსწორებული უნდა იყოს. შესაბამისი

სტაბილიზაციის გარეშე არანაირი კლებითი რეჟიმი წარმატებული არ იქნება. როცა პაციენტის მდგომარეობა სტაბილური გახდება, ორალური ბენზოდიაზეპინები შეიძლება მიეცეს წინასწარ შემუშავებული სქემით რამოდენიმე დღის მანძილზე და საფეხურებრივად კლებითი დოზებით დროთა განმავლობაში. ეს არის ძირითადად გამოყენებული რეჟიმი.

მედიკამენტების დოზირების პროტოკოლები ფართოდ ვარირებენ სამკურნალო სამსახურებს შორის პაციენტების პოპულაციების მოთხოვნილებების მიხედვით. მაგ. პაციენტს შეიძლება მიეცეს 50მგ ხლორდიაზეპოქსიდი ან 10მგ დიაზეპამი ყოველ 6 საათში მკურნალობის პირველ დღეს და 25მგ ხლორდიაზეპოქსიდი ან 5მგ დიაზეპამი ყოველ 6 საათში მეორე და მესამე დღეებში. ეს მეთოდი არ არის მაინცდამაინც აკურატული და ჯობია მედიკამენტის ტიტრირება სიმპტომების სიმძიმის მიხედვით. ალტერნატიული რეჟიმი 1-2მგ ლორაზეპამი 2-3-ჯერ დღეში პირველ დღეს და შემდეგ, თანდათან კლება 3-5 დღის მანძილზე. ასევე იხ. ცხრილები 5 და 7. მედიკამენტების შესაბამისი დოზის გამოტოვება ხდება, თუ პაციენტს კარგად სძინავს, ან ავლენს ზედმეტ სედაციის ნიშნებს, ან გამოხატულია ატაქსია.

საფეხურებრივი კლება დოზები გამოიყენება იმ შემთხვევებში, როცა ტრენირებული სამედიცინო პერსონალის ხშირი მეთვალყურეობა არ ხერხდება. თუმცა ეს თავისთავად, არასწორი გზაა. ამ რეჟიმით შეიძლება ან ზედდოზირება მივიღოთ შედეგად, ან მედიკამენტების დოზა არასაკმარისი აღმოჩნდეს, რაც დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე: ბენზოდიაზეპინების მიმართ ტოლერანტობაზე; თამბაქოს ქრონიკულ მოწევაზე, რაც ბენზოდიაზეპინების მეტაბოლიზმის სტიმულირებას ახდენს; ღვიძლის ფუნქციებზე; ასაკზე; თანდართულ ფსიქიკურ და სხვა სამედიცინო მდგომარეობებზე. ფიქსირებული კლება დოზების რეჟიმით სარგებლობა შეიძლება პრობლემატური აღმოჩნდეს ამბულატორიული მკურნალობისას, რომლის დროსაც ხშირად გამოიყენება. პაციენტის მომარაგება 4-5 დღის დოზა ბენზოდიაზეპინებით იმ პირობებში, სადაც არსებობს იმის ალბათობა, რომ პაციენტმა პარალელურ რეჟიმში შეიძლება გააგრძელოს ალკოჰოლის მიღება, სარისკოა. მნიშვნელოვანია, მკაცრად ლიმიტირებული იყოს საჭესთან ჯდომა, სიმაღლეზე ასვლა და სახიფათო დანადგარებთან მუშაობა.

ყოველდღიური დოზირების პროტოკოლი – single daily dosing protocol

სპეციფიური ბენზოდიაზეპინის შერჩევა ყოველი კერძო რეჟიმისთვის დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, მაგრამ ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი ფაქტორი არის ის, რომ კლინიცისტი ირჩევს ერთს, რომლის მოხმარების ყველაზე დიდი გამოცდილებაც აქვს.

დიაზეპამი და ქლორდიაზეპოქსიდი

ორივე პრეპარატი - დიაზეპამი და ქლორდიაზეპოქსიდი სწრაფად შეიწოვება ორალური მიღებისას და ხელმისაწვდომია ინტრავენური ინექციისათვის. კუნთებში მათი ინექცია არ არის სასურველი, რადგან შეწოვის ხარისხის წინასწარი განსაზღვრა შეუძლებელია. ამ 2 პრეპარატის მოწინააღმდეგეები იშველიებენ არგუმენტებს, რომ მათ აქვთ ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი (თუმცა სხვა კლინიცისტებისთვის ეს მათი უპირატესობაა, რადგან მომდევნო დოზის მიცემამდე

სიმპტომების გამწვავება ნაკლებად ხდება), აქვთ მრავალი აქტიური მეტაბოლიტი და გადიან ბევრ ჟანგვითი მეტაბოლიზმის საფეხურს ღვიძლში. ხანდაზმულ პაციენტებში ან პაციენტებში ღვიძლის პათოლოგიით, როგორც ჩანს ხდება მედიკამენტების აკუმულირება სწრაფად მათი მეტაბოლიზმის გარეშე. შედეგად, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, შეიძლება განვითარდეს გადაჭარბებული სედაცია, ატაქსია და იშვიათად- ცნობიერების დაბინდვა.

ლორაზეპამი

ლორაზეპამს აქვს საშუალო ნახევარდაშლის პერიოდი საშუალოდ, 8-15 საათი და თუმცა ჩვეულებრივ, მისი ადმინისტრირება ხდება ყოველდღიურად ცვალებადი დოზებით, მისი მიცემა შეიძლება დღეში დაახლოებით 2-ჯერ. იმის გამო, ლორაზეპამს აქვს ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი და არ ხდება მისი ჩალაგება ადიპოზურ (ცხიმოვან) ქსოვილში, მისი მიცემა უნდა ხდებოდეს უფრო ხშირად, ვიდრე ხანგრძლივად მოქმედი პრეპარატებისა. ის ადვილად შეიწოვება როგორც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, ასევე კუნთებიდან და ინტავენურად. ასაკოვანი ადამიანები და პირები ღვიძლის დაზიანებით კარგად იტანენ ლორაზეპამს და ის ასევე ეფექტური ანტიკონვულსანტია ალკოჰოლური ადკვეთისას მეორე გულყრის ბლოკირების თვალსაზრისით. თუმცა არსებობს მოსაზრება, რომ გულყრები შეიძლება განვითარდეს მოგვიანებით დეტოქსიფიკაციის დროს ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე პრეპარატების გამოყენებისას, როგორებიცაა მაგ. ლორაზეპამი და ოქსაზეპამი.

ოქსაზეპამი

ოქსაზეპამი ხშირად ინტერნებისა და ჰეპატოლოგების ფავორიტი პრეპარატია ალკოჰოლური ადკვეთის მკურნალობისას პაციენტებში ღვიძლის მძიმე დაზიანებით. მას შედარებით ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს -6-დან 8 საათამდე. მისი მეტაბოლიზმი ძალიან მარტივია და მას მეტაბოლიტები არა აქვს. ეს აგენტი შედარებით ლიმიტირებულია იმ თვალსაზრისით, რომ ორალურად მიღებისას მისი აბსორბცია საკმაოდ ნელა ხდება სხვა ბენზოდიაზეპინებთან შედარებით. უნდა მიეცეს 3-4-ჯერ დღეში.

ბენზოდიაზეპინების გამოყენების შეზღუდვები ამბულატორიულ პრაქტიკაში

პირველადი რგოლის ექიმებმა ალკოჰოლური ადკვეთის მართვისთვის სასურველია გამოიყენონ ბენზოდიაზეპინები, მაგრამ არაუმეტეს 1 კვირისა (**რეკომენდაციის ხარისხი A**).

თუმცა ბენზოდიაზეპინები რჩება ალკოჰოლური ადკვეთის სამკურნალოდ მთავარ დასაყრდენ საშუალებად, მათ გამოყენებას გააჩნია გარკვეული შეზღუდვები, კერძოდ, ამბულატორიული მკურნალობისას. ბენზოდიაზეპინების ურთიერთქმედებამ ალკოჰოლთან შეიძლება გამოიწვიოს კომა და სუნთქვის დატორგუნა, მოტორული კოორდინაციის დარღვევა (რაც დაცემის და საავტომობილო შემთხვევების მიზეზი ხდება) და მედიკამენტის ბოროტად მოხმარება. მედიკამენტის არასწორი

მოსმარება ჩვეულებრივ, გულისხმობს კონკურენტულ მოსმარებას ალკოჰოლის, ოპიოიდების ან სტიმულატორების სანაცვლოდ.

ბენზოდიაზეპინების მოსმარების ლიმიტირების კიდევ 2 მიზეზია, რაც შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს ზოგ კლინიკურ გარემოში გარკვეული პაციენტებისთვის. პირველი არის ის, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ბენზოდიაზეპინები შესწავლილია 30 წელიწადზე მეტია და მათი ეფექტურობა დადასტურებულია ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომატიკის სუპრესიისათვის რომელიმე ერთ ეპიზოდში, მათი უნარი, რომ შეაჩეროს პროგრესული გაუარესება ყოველი შემდგომი ალკოჰოლური ალკვეთის რეაქცია, ჯერ კიდევ კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას. ამჟამად 9 კვლევა მაინც არსებობს, რომელთა მიხედვითაც დასტურდება, რომ ალკოჰოლური ალკვეთების რაოდენობის ზრდასთან ერთად მატულობს მისი სიმძიმე, კერძოდ დელირიუმის და კრუნჩხვების, და მცირდება ბენზოდიაზეპინებისადმი მგრძობელობა. და მეორე, და ჯერ-ჯერობით უფრო ჰიპოტეზური ხასიათის დებულება, რომლის მიხედვითაც ამბულატორიულად ალკოჰოლური ალკვეთის ბენზოდიაზეპინებით მკურნალობის დროს პაციენტებმა შეიძლება „შეივსონ დანაკლისი“ ალკოჰოლით ან განაახლონ ალკოჰოლის მიღება.

ბენზოდიაზეპინების ხმარების პოტენციური უკუჩვენებები ალკოჰოლური ალკვეთის სამკურნალოდ
<ul style="list-style-type: none"> • წარსულში ალერგიული რეაქცია • წარსულში პარადოქსული განმუხრუჭება (მაგ. ძალადობა, აგზნება, თვით-დაზიანება) • წარსულში სერიოზული გვერდითი მოვლენა, რომელსაც შეიძლება მოყვეს სამედიცინო-სამართლებრივი შედეგი, თუ განმეორდება (მაგ. ბარძაყის მოტეხილობა, ეპილეფსიური სტატუსი [რამოდენიმე წუთში განმეორებადი კრუნჩხვები]); • ფსიქიკურ სტატუსში მძიმე ცვლილებები ბენზოდიაზეპინების დაბალ დოზებზე (მაგ. აბნევა, დელირიუმი); • ამბულატორიული რეჟიმი, რომლის დროსაც წარსულში ადგილი ქონდა ბენზოდიაზეპინების და ალკოჰოლის ერთდროულ მოსმარებას, რომელმაც გამოიწვია ძალიან მძიმე ინტოქსიკაცია და შედეგად, ტრავმა, კომა ან აპნოე.

ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინების გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის ფეხმძიმე ქალებში; მათმა გამოყენებამ მესამე ტრიმესტრში ან მშობიარობის ახლო პერიოდში შეიძლება ახალშობილში ალკვეთის სინდრომის განვითარება გამოიწვიოს.

არის მტკიცებულებები, რომ ბევრი პაციენტი არჩევს სახლის პირობებში დეტოქსიკაციას (**III დონის მტკიცებულება**).

სახლში დეტოქსიკაციას არა აქვს რაიმე კლინიკური უპირატესობა, მაგრამ თანხების დაზოგვასთანაა დაკავშირებული (**I დონის მტკიცებულება**).

საზოგადოებრივი, ანუ სოციალური დეტოქსიკაცია არის ეფექტური და უსაფრთხო მკურნალობის საშუალება მსუბუქიდან საშუალომდე სიმძიმის

ალკოჰოლური ალკეეთის დროს. ალკოჰოლდამოკიდებული პაციენტების ზოგადი და სტაციონარული დეზინტოქსიკაციების შედარებამ არ აჩვენა სხვაობა პაციენტების სიფხიზლის შენარჩუნების თავალსაზრისით 6 თვის შემდეგ (**I დონის მტკიცებულება**).

სხვა მედიკამენტები

ბარბიტურატები

ბარბიტურატები გამოიყენებოდა საუკუნის დასაწყისში ალკოჰოლური ალკეეთის სამკურნალოდ. ბარბიტურატების უმრავლესობა, ფენობარბიტალისგან განსხვავებულები, არასასურველ მედიკამენტების რიგში გადავიდა ალკოჰოლთან ურთიერთქმედებისას მაღალი ლეტალური გამოსავლის, ცალკე მათი მოხმარების დროსაც ზედოზირების შედეგად სიკვდილიანობის, სწრაფი ტოლერანტობის განვითარების და მანედ მოხმარების მაღალი პოტენციალის გამო. ბარბიტურატები ძლიერ დამოკიდებულებას იწვევენ. კლინიკურ პრაქტიკაში, ისინი ეფექტურია როგორც ალკოჰოლური ალკეეთის სამკურნალოდ, ასევე საძილე-სედატიური პრეპარატების ალკეეთის სამკურნალოდ, თუმცა მათზე მცირე ოდენობის კონტროლირებადი კლინიკური კვლევებია წარმოებული. ფენობარბიტალს აქვს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი და სწრაფად კუმულირდება. ფენობარბიტალით ზედოზირება ასევე შეიძლება ფატალური აღმოჩნდეს. კონსენსუს პანელის წევრები მისი გამოყენების რეკომენდაციას იძლევიან მხოლოდ მკაცრი სუპერვიზირების პირობებში.

ანტიკონვულსანტები

ანტიკონვულსანტები მეოთხედი საუკუნეა ევროპაში გამოიყენება ალკოჰოლური ალკეეთის სამკურნალოდ. კარბამაზეპინი ნაჩვენებია სულ ცოტა 3 კვლევაში, როგორც ისევე ეფექტური, როგორც სხვადასხვა ბენზოდიაზეპინი მსუბუქიდან საშუალო ხარისხამდე სიმძიმის ალკოჰოლური ალკეეთის სამკურნალოდ. თუმცა ნაკლებადაა შესწავლილი, მაგრამ ვალპროის მჟავაც ასევე ეფექტურადაა მიჩნეული.

უფრო ძველი, პირველი გენერაციის ანტიკონვულსანტების გამოყენება ლიმიტირებულია იმ თავალსაზრისით, რომ მათი ეფექტი მხოლოდ მსუბუქიდან საშუალო ხარისხის ალკეეთის სინდრომის დროსაა შესწავლილი, იშვიათ შემთხვევებში შეუძლიათ ღვიძლისა და ძვლის ტვინის სერიოზული ტოქსიური ცვლილებების გამოწვევა, ურთიერთქმედებენ რამოდენიმე სხვა კლასის მედიკამენტებთან და არსებობს მხოლოდ ორალური აბების სახით. მეორეს მხრივ, ისინი არ განეკუთვნებიან კონტროლირებად ნივთიერებებს, არ იწვევენ მიჩვევას. კარბამაზეპინს აქვს უნარი შეამციროს დალევის ქცევის ზოგიერთი მაჩვენებელი უშუალოდ ალკეეთის მკურნალობის შემდგომ პერიოდში ამბულატორიულ პაციენტებში. უახლესი პრეპარატები, როგორებიცაა თიაგაბინი, ოქსკარბაზეპინი, და გაბაპენტინი არ ავლენენ იგივე თვისებებს, მაგრამ არასაკმარისი კვლევებია, რომ დადასტურდეს მათი ეფექტურობა და უსაფრთხოება.

გაბაპენტინი

ბრაზილიაში ჩატარებული რანდომიზებული, ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კლინიკური კვლევის მიხედვით, ბენზოდიაზეპინებითა და ვიტამინებით 7 დღიანი დეტოქსიკაციის შემდეგ, გაბაპენტინით 28 დღიანი მკურნალობა (300მგ X2 დღეში) ეფექტური აღმოჩნდა როგორც გაღრევეებით სმის დღეების შემცირების, ასევე სასმელის დღიური დოზის შემცირების თვალსაზრისით პლაცებო ჯგუფთან შედარებით ($p=0.02$ ორივე პარამეტრისთვის) და ალკოჰოლისადმი ლტოლვის შემცირების თვალსაზრისით (30-30 პაციენტი თითო ჯგუფში). მკვლევარები ასკვნიან, რომ გაბაპენტინი ამცირებს ალკოჰოლის მოხმარებას და ალკოჰოლისადმი ლტოლვას, რაც შესაძლოა დაეხმაროს პაციენტებს აბსტინენციის შენარჩუნებაში (Furieri FA, Nakamura-Palacios EM, 2007). სხვა კონტროლირებადი, რანდომიზებული, ღია კვლევის მიხედვით 27 პაციენტზე, გაბაპენტინი ფენობარბიტალით მკურნალობის თანაბრად ეფექტური აღმოჩნდა ალკოჰოლური ალკეეთის სიმპტომატიკის კუპირების თვალსაზრისით (Mariani JJ et al., 2006), მაშინ როდესაც გერმანიაში 2 ცენტრში 62 პაციენტზე ჩატარებულმა კონტროლირებადმა კვლევამ არ დაადასტურა გაბაპენტინის უპირატესობა პლაცებო ჯგუფთან შედარებით მწვავე ალკოჰოლური ალკეეთის კუპირების თვალსაზრისით (400მგ დღიური დოზა 4-ჯერად მიღებაზე). ორივე ჯგუფში საბაზისო პრეპარატად გამოიყენებოდა კლომეთიაზოლი (Bonet U et al., 2003).

ინგლისურენოვანი ლიტერატურის სისტემური კვლევა ჩატარდა კარბამაზეპინის, გაბაპენტინისა და აზოტის ზეჟანგის, როგორც ბენზოდიაზეპინების ალტერნატიული (ან სარეზერვო) პრეპარატების, ეფექტურობის შესაფასებლად ალკოჰოლური ალკეეთის სინდრომის სამკურნალოდ. 6 რანდომიზირებული ორმაგი ბრმა კვლევის მიხედვით, კარბამაზეპინი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ამ მიზნებით, კერძოდ, ამბულატორიული რეჟიმის დროს, თუმცა გვერდით ეფექტებმა და სხვა წამლებთან რეაქციებმა შეიძლება შეზღუდოს მისი სარგებელი. გაბაპენტინის როლი არ არის ნათელი ერთის მხრივ, რანდომიზირებული, ორმაგი ბრმა, კონტროლირებადი კლინიკური კვლევების ნაკლებობისა და მეორეს მხრივ, არსებული შემთხვევათა სერიების და ღია კვლევების არაერთგვაროვანი შედეგების გამო. 2 არასრულფასოვანი დიზაინის მქონე კვლევა ნატრიუმის ზეჟანგზე საპირისპირო შედეგებს იძლევა. შედეგად, მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო, კვლევა არ იძლევა რეკომენდაციას კარბამაზეპინი და გაბაპენტინი რუტინულად იქნას გამოყენებული ალკოჰოლური ალკეეთის სამკურნალოდ, ხოლო ნატრიუმის ზეჟანგის ამ დანიშნულებით გამოყენებას მიზანშეწონილად არ მიიჩნევს (Prince V, თურპინ ლ, 2008).

2007 წლის 27 დეკემბერს ამერიკის კვების პროდუქტებისა და წამლების სააგენტოს (US Food and Drug administration- FDA) მიერ დამტკიცებით ინფორმაცია-გაფრთხილება გამოქვეყნდა კარბამაზეპინთან დაკავშირებით: სააგენტო რეკომენდაციას იძლევა ჩატარდეს წინასწარი სკრინინგი სპეციფიური პოპულაციის პაციენტებისა, სანამ მათი კარბამაზეპინით მკურნალობა დაიწყება.

სხვა აგენტები

ბეტა-ბლოკერები და ცენტრალური აღფა ადრენერგული აგონისტები, როგორცაა კლონიდინი გამოიყენება ალკოჰოლური აღკვეთის სამკურნალოდ. ისინი არ ახდენენ კრუნჩხვების პრევენციას დელირიუმის დროს და მხოლოდ უმნიშვნელოდ აუმჯობესებენ აღკვეთის სიმპტომატიკას. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, ტაქიკარდიისა და ჰიპერტენზიის კონტროლი არ ხერხდება ბენზოდიაზეპინებით და ამ შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იქნეს ბეტა-ბლოკერები და აღფა ადრენერგული აგონისტები. კალციუმის ანტაგონისტებიც ასევე აუმჯობესებენ ალკოჰოლური აღკვეთის ზოგიერთ სიმტომს. როგორც ბეტა-ბლოკერები და კლონიდინი, კალციუმის არხის ანტაგონისტებიც ასევე, გამოყენებულ უნდა იქნეს როგორც დამატებითი პრეპარატები ძლიერი ჰიპერტენზიის მართვისათვის ალკოჰოლური აღკვეთის დროს.

მკურნალობის რეჟიმის მაგალითები: ათენოლოლი – 100მგ დღიური დოზა, როცა პულსი >80-ზე წუთში, პროპრანოლოლი – 10მგ დასალევად ყოველ 6 სთ-ში; კლონიდინი – 0.5მგ 2-3ჯერზე დღეში.

ვიტამინური პრეპარატები მოიხმარება ალკოჰოლიზმის მკურნალობის ყველა ეტაპზე, განსაკუთრებით პირველ ეტაპზე, რადგან ხანგრძლივი ალკოჰოლური ექსცესების დროს ვიტამინების გამოხატული დეფიციტია, უმთავრესად – B ჯგუფის ვიტამინების (**რეკომენდაციის ხარისხი D**). თიამინის პარენტრალური მიცემა რეკომენდებულია ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომის პრევენციისა და მკურნალობისათვის (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

ვიტამინების გამოყენების რეკომენდებული დოზები: B₁ (თიამინი) – 100-200მგ; B₂ (რიბოფლავინი) – 0,002გ 2-3X დღეში; ვიტამინ PP (B₃, ნიკოტინის მჟავა) – 0,05-0,2გ; კალციუმის პანტოტენატი – 0,1-0,2გ 2-3X დღეში; ვიტამინ B₆ (პირიდოქსინი) – 0,01-0,02გ 2-3X დღეში; ფოლიუმის მჟავა – 0,005გ 1-2X დღეში; ვიტამინი B₁₂ (ციანკობალამინი) – 200-500მკგ კუნთში; ვიტამინი B₁₅ (კალციუმის პანგამატი) – 0,05-0,1გ 3-4X დღეში; ვიტამინი C (ასკორბინის მჟავა) – 0,2გ 3Xდღეში; პოლივიტამინური კომპლექსები.

ანტიფსიქოზური საშუალებები

ანტიფსიქოზური პრეპარატები დიდი ხანია გამოიყენება ძლიერი აგზნების, ჰალუცინაციების, ბოდვითი პროდუქციის და დელირიუმის მენჯემენტისთვის ალკოჰოლური აღკვეთის დროს. უფრო ძველი, დაბალი პოტენციის პრეპარატების, როგორცაა მაგ. ქლორპრომაზინი გამოყენებისგან ძირითადად, თავს იკავებენ, რადგან მათ შეუძლიათ შეამცირონ კრუნჩხვების ზღურბლი, გამოიწვიონ ჰიპოტონია. თიორიდაზინი ასევე იწვევს QT ინტერვალის გახანგრძლივებას, პარკუჭების თრთოლვას და ციმციმს და უეცარ სიკვდილს. მაღალი პოტენციის პრეპარატებს, როგორცაა მაგ. ჰალოპერიდოლი, ასევე შეუძლიათ შეამცირონ კრუნჩხვების განვითარების ზღურბლი, მაგრამ უფრო იშვიათად. ჰალოპერიდოლი და მსგავსი აგენტები არსებობს როგორც აბების სახით, ასევე კუნთებსა და ვენაში საინექციო ფორმით. ნეიროლეფსიური აგენტები იწვევენ ნეიროლეფსიურ ავთვისებიან

სინდრომს. კლინიკისტებმა უნდა მიუთითონ, რომ რადგან ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს შეუძლიათ შეამცირონ კრუნჩხვების ზრუბლი, ალკოჰოლური აღკვეთისას მათი გამოყენებისას საჭიროა დიდი საფრთხილუ და ინტენსიური სუპერვიზია.

მკურნალობის რეჟიმის მაგ: ჰალოპერიდოლი 0.5-2.0მგ კუნთებში 2 სთ-ში ერთხელ საჭიროების მიხედვით. პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება <10მგ-ზე ჰალოპერიდოლი დღიურად. არ არის კვლევები, რომლებიც აღწერენ ახალი ატიპური ანტიფსიქოზური აგენტების, როგორცაა რისპერიდონი (risperidone), ოლანზაპინი (olanzapine) და ქუეტიპინი (quetiapine) გამოყენებას ალკოჰოლური დელირიუმის დროს. ეს აგენტები არიან სულ ცოტა ისეთივე ეფექტურები, როგორც ტიპური ანტიფსიქოზური აგენტები და აქვთ უფრო ნაკლები გვერდითი მოვლენები.

პრეპარატები რეციდივის პრევენციისთვის

რეციდივის პრევენციისთვის განკუთვნილი აგენტები, როგორებიცაა ნალტრექსონი და აკამპროზატი, განიხილება, როგორც დამატებითი თერაპიული საშუალებები გვიანი ალკოჰოლური აღკვეთის პერიოდში მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ალკოჰოლური დეტოქსიკაციისთვის ეფექტურები არ არიან. რადგან ამბულატორიული პაციენტების ერთი მესამედიდან ნახევრამდე ბენზოდიაზეპინებით დეტოქსიკაციის პერიოდში ან სვამს, ან ადრეულად წყვეტს მკურნალობას, ნალტრექსონის და აკამპროზატის გამოყენება შესაძლებელია, სასარგებლო აღმოჩნდეს ალკოჰოლის მიღების ალბათობის შესამცირებლად გვიანი დეტოქსიკაციის პერიოდში. მაღალი დოზების ნალტრექსონით მკურნალობა რამდენადმე ასოცირებულია დვიძლის ტოქსიურობასთან, მაგრამ ეს არ არის აღნიშნული პაციენტებში, რომლებიც თერაპიულ დოზას იღებენ რეციდივის პრევენციისთვის. აკამპროზატს შეუძლია გამოიწვიოს დიარეა და ეს ასევე შეიძლება განუვითარდეს ზოგ პაციენტს ალკოჰოლური აღკვეთის დროს. ამდენად, არ არის კარგად კონტროლირებადი კვლევები გაიდლაინისთვის საბოლოო დასკვნის გამოსატანად – ჯობია ამ მედიკამენტების ხმარება დეტოქსიკაციის დროს, თუ უკეთესია მოცდა ადრეული რეაბილიტაციის ფაზამდე.

სხვა მედიკამენტები

აბეკარნილი და, ბოლო მონაცემებით, ბაკლოფენი პერსპექტიული პრეპარატებია ალკოჰოლური აღკვეთის სამკურნალოდ. ამასთან, არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია მათ შესახებ და ამის გამო არ არის რეკომენდებული ამ პრეპარატების გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში. მათი გამოყენება ალკოჰოლური აღკვეთის სამკურნალოდ ექსპერიმენტულ მკურნალობად უნდა ჩაითვალოს და ნაადრევია მათი რუტინული გამოყენება.

დელირიუმის მენჯემენტი

დელირიუმი და გულყრები ყველაზე დიდი პათოლოგიური პასუხებია ალკოჰოლურ ალკეეთაზე. მთავარი მიზანი სამედიცინო მენჯემენტისა არის კრუნჩხვებისა და დელირიუმის (ცნობიერების აშლილობის) განსაკუთრებული სახის- თეთრი ცხელების (delirium tremens-DTs) განვითარების თავიდან აცილება, რისთვისაც არჩევითი დეტოქსიკაციური მედიკამენტის აგრესიული გამოყენებაა ხოლმე საჭირო (მაგ. ბენზოდიაზეპინების მაღალი დოზები). პრევენციული ღონისძიებების დროული ჩატარება ყველაზე მნიშვნელოვანია, როცა დელირიუმის განვითარებაა მოსალოდნელი. თეთრი ცხელება უცებ არ ვითარდება, არამედ თანდათან პროგრესირებს უკვე აღმოცენებული ალკეეთის სიმპტომებიდან. სათანადო სიმპტომზე-ორიენტირებული თერაპია თეთრი ცხელების პრევენციას მოახდენს და მედიკამენტების ზედოზირების საშიშროებას შეამცირებს, რასაც ადგილი აქვს ხოლმე, როცა ბენზოდიაზეპინების მაღალი დოზების ადმინისტრირება ხდება კლინიკური პასუხის გაუთვალისწინებლად. პრობლემატური შეიძლება გახდეს კლინიკური დიფერენცირება მოსალოდნელ თეთრ ცხელებასა და ბენზოდიაზეპინებით ინტოქსიკაციას შორის დეტოქსიკაციის მესამე დღეს. როცა საეჭვოა, უმრავლეს შემთხვევებში უფრო უხიფათოა ზედმეტი მედიკამენტის მიცემა, ვიდრე არასაკმარისი მკურნალობა, რის ფონზეც თეთრ ცხელებას „საშუალება ეძლევა“ განვითარდეს. ბენზოდიაზეპინების ზედოზირების კუპირებისთვის ფლუმაზონილი შეიძლება იქნას გამოყენებული.

მკურნალობის გარეშე თეთრი ცხელებისა და კრუნჩხვების გამოსავალი შეიძლება იყოს ინვალიდობა ან ლეტალობა. ალკოჰოლური ალკეეთის სიმძიმე რამოდენიმე ფაქტორზეა დამოკიდებული: მკურნალობის წინა რამოდენიმე კვირის მანძილზე ალკოჰოლის მაღალი დოზების მოხმარებაზე; ბოლო ალკეეთის ეპიზოდების სიმძიმეზე და წინა ალკეეთის ეპიზოდების (ნამკურნალები ან არანამკურნალები) ოდენობაზე. სხვა ფაქტორებმა, როგორებიცაა ასაკის მატება; პაციენტის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, ნაკვებობის ხარისხის ჩათვლით (nutritional status); თანდართული თერაპიული, ქირურგიული და ფსიქიკური დაავადებები; და მედიკამენტების გამოყენება (გამოწერილი, რეცეპტის გარეშე ან ბალახეული), ასევე შეიძლება დაამძიმოს ალკეეთის მდგომარეობა. ალკოჰოლური ალკეეთის დროული სათანადო სამედიცინო მენჯემენტი ამცირებს ამ გართულებების განვითარების ალბათობას.

პაციენტებისთვის, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ალკოჰოლური დელირიუმი ან გულყრები, ნაჩვენებია ბენზოდიაზეპინებით ადრეული მკურნალობა პირველივე სამკურნალო დაწესებულებაში კონტაქტისას (მაგ. ექიმის ოფისი, კლინიკა, გადაუდებელი დახმარების ოფისი ან განყოფილება). მენჯემენტი პაციენტებისა მძიმე ალკეეთის სიმპტომებით, მრავალჯერადი გადატანილი ალკეეთის მდგომარეობებით (სამზე მეტი) და თანდართული არასტაბილური ფსიქიკური და სხვა სამედიცინო მდგომარეობებით ერთნაირ პრინციპებზეა დაფუძნებული.

სკრინინგის და შეფასების შემდეგ, დიაგნოზი რომ დაზუსტდება, მედიკამენტებით მკურნალობა უნდა დაიწყოს. ბენზოდიაზეპინების მიცემა არაა მიზანშეწონილი გადაიდოს ლაბორატორიული ანალიზების

პასუხების მიღებამდე, ტრანსპორტის პრობლემების მოგვარებამდე ან პოსპიტალში საწოლის ხელმისაწვდომობამდე. თიაშინის და მულტივიტამინების მიცემაც უნდა დაიწყოს ამავე დროისთვის, ადრეულად. თუკი თეთრი ცხელება

განვითარდება გაშლილი ფორმით, მერე უკვე მას აქვს ტენდენცია სრული კურსით წარიმართოს ბოლომდე მიუხედავად მედიკამენტოზური მენჯემენტისა და ნაკლები მტკიცებულებები არსებობს სამედიცინო ლიტერატურაში იმისა, რომ რაიმე მედიკამენტოზურ მკურნალობას შეუძლია თეთრი ცხელების მომენტალური შეწყვეტა.

პაციენტის მიღების ან გადაყვანისას ერთი გარემოდან მეორეში სრული სამედიცინო შეფასებაა საჭირო, რომ განისაზღვროს, რა სადიაგნოსტიკო ტესტები, მონიტორინგი და მკურნალობა იქნება ადეკვატური. ასაკოვანი ადამიანები და პირები თანმხლები თერაპიული პრობლემებით – როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულით, არიან გართულების მაღალი რისკის ქვეშ. თანმხლები თერაპიული პრობლემები ხშირია და შეიძლება მოიცავდეს დეჰიდრატაციას, დაუდგენელ თავის ტრავმას, ელექტროლიტულ დისბალანსს, ინფექციებს (მენინგიტის ჩათვლით), გასტროინესტინალურ ჰემორაგიებს, პანკრეატიტებს, ღვიძლის დაავადებას და მიოკარდიუმის ინფარქტს. ეს მდგომარეობები შეიძლება არ იყოს თვალსაჩინო ან დელირიოზული პაციენტის მიერ რეპორტირებული.

პაციენტები მძიმე ფორმის თეთრი ცხელებით მიზანშეწონილია ემერჯენსის სამედიცინო ტრანსპორტით გადაყვანილ იყვნენ კვალიფიციურ ემერჯენსის განყოფილებაში და ჩვეულებრივ, საჭიროებენ პოსპიტალიზაციას. თუ თეთრი ცხელება მძიმეა, პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ ინტენსიური თერაპიის ბლოკში მოთავსება. ამ შემთხვევებში, გულის რიტმის, პულსის, სისხლის წნევის, ჟანგბადის სატურაციის, ტემპერატურის და სუნთქვის სიხშირის მუდმივი მონიტორინგი იწყება პირველივე სამედიცინო ჩარევისთანავე და გრძელდება ემერჯენსის განყოფილებაში და ინტენსიურ თერაპიულ ბლოკში.

ფარმაკოლოგიური აბენტების შერჩევა:

უპირველესი თერაპიული მიზანი ალკოჰოლური დელირიუმის მართვისას არის აგზნების კონტროლი, სიმპტომისა, რომლის მიხედვითაც ხდება პრაქტიკულად, შესაბამისი მედიკამენტური რეჟიმის შერჩევა. აგზნების სწრაფი და ადეკვატური კონტროლი ამცირებს კლინიკურად მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენების გამოვლენის სიხშირეს.

ალკოჰოლური დელირიუმის მართვისთვის რეკომენდებულია სედატიურ-ჰიპნოტიური მედიკამენტები, როგორც პირველადი აგენტები (რეკომენდაციის ხარისხი A).

კონტროლირებადი კვლევების მიხედვით, ეს მედიკამენტები ამცირებენ სიკვდილიანობას, სიმპტომების ხანგრძლივობას და იწვევენ ნაკლებ გართულებებს ნეიროლეპტიკურ აგენტებთან შედარებით.

არსებული თანამედროვე მტკიცებულებები ნათლად არ მიუთითებს, რომ ერთი რომელიმე სპეციფიური სედატიურ-ჰიპნოტიური აგენტი უკეთესია სხვაზე ან რომ შეცვლა ერთისა მეორეთი სასარგებლოა. ბენზოდიაზეპინები ყველაზე ხშირად ხმარებული პრეპარატებია და

რეკომენდებულია დამოკიდებულების სპეციალისტებისაგან, შესაფერისი თერაპიულ/ტოქსიკური ინდექსის გამო. ბენზოდიაზეპინებს შორის არჩევანი შეიძლება გაკეთდეს შემდეგი მოსაზრებების საფუძველზე: (1) აგენტები მოქმედების სწრაფი დასაწყისით აგზნების კონტროლს ახდენენ უფრო სწრაფად, მაგ. ორალური ან ინტრავენური დიაზეპამი მოქმედებას იწყებს უფრო სწრაფად, ვიდრე სხვა აგენტები (**II დონის მტკიცებულება**); (2) აგენტები ხანგრძლივი მოქმედებით (მაგ. დიაზეპამი) უზრუნველყოფენ მკურნალობის უფრო თანაბარზომიერ კურსს, სიმპტომების „გარღვევის“ და მერყეობების ნაკლები ალბათობით; (3) აგენტები ხანმოკლე მოქმედებით (მაგ. ლორაზეპამი) შესაძლოა ნაკლებად სარისკო იყოს გამოსაყენებლად, როცა არ არის სასურველი გახანგრძლივებული სედაცია გარკვეული მდგომარეობების გამო, მაგ. ხანდაზმულ პაციენტებში ან პაციენტებში ღვიძლის ორგანული დაავადებებით ან სხვა სერიოზული თანმხლები სამედიცინო დაავადებით (**III დონის მტკიცებულება**); (4) სხვადასხვა ბენზოდიაზეპინების ფასი შეიძლება მნიშვნელოვნად ვარირებდეს.

ადრეული დახმარების ხარისხი დამოკიდებულია თერაპიულ და ქირურგიულ გართულებებზე და შესაძლებელია საჭირო გახდეს სპეციალიზებული კარდიოლოგიური დახმარება (ACLS – Advanced Cardiac Life Support) და/ან სპეციალიზებული ტრავმატოლოგიური დახმარების (ATLS – Advanced Trauma Life Support) პროტოკოლების ჩართვა. სითხეებისა და ელექტროლიტების, ჰიპერთერმიისა და ჰიპერტენზიის კორექცია ვიტალურია.

მედიკამენტების დოზისა და მიღების გზის შერჩევა

რეკომენდებულია, რომ მედიკამენტების დოზა განისაზღვროს ინდივიდუალურად თითოეული პაციენტისათვის და შეირჩეს დოზა, რომელიც საკმარისი იქნება მსუბუქი სომნოლენციის მისაღწევად და შესანარჩუნებლად, რაც წარმოადგენს სასურველ საბოლოო თერაპიულ მიზანს (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

მსუბუქი ძილიანობა, თვლელმა ახასიათებს მდგომარეობას, რომლის დროსაც პაციენტს ესმის ყველაფერი, მაგრამ მიდრეკილია ძილისკენ, სანამ სათანადო სტიმული არ იქნება, ან სძინავს, მაგრამ ადვილად ეღვიძება. მედიკამენტების რაოდენობა, რომელიც აუცილებელია ადეკვატური სედაციის მისაღწევად, დიდად ვარირებს პაციენტიდან პაციენტამდე და ასევე, ერთსა და იმავე პაციენტისთვის დროის მიხედვით. სედატიურ-ჰიპნოზური მედიკამენტების დოზები, რომლებიც საჭიროა ალკოჰოლური დელირიუმის სუპრესიისათვის, ძირითადად, გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე დოზები, რომლებიც საჭიროა ძლიერი შფოთვის სამკურნალოდ ან ქირურგიული პრემედიკაციისას პაციენტის სედაციისათვის. ტოლერანტობა, ასაკი, ნიშნებისა და სიმპტომების სიმძიმე, თანდართული სამედიცინო პრობლემები ზეგავლენას ახდენს მედიკამენტების რაოდენობაზე, რომლებიც საჭიროა ადეკვატური კონტროლისათვის. როდესაც გამოყენებულია ხანმოკლე მოქმედების აგენტები, მედიკამენტების კლემისას სიფრთხილვა საჭირო თეთრი ცხელების შემდგომ პერიოდში არსებული კლინიკური სურათის

გათვალისწინებით, რომ არ მოხდეს სიმპტომების ხელახალი “გამოსტომა“ ან ალკოჰოლური გულყრების განვითარება.

მედიკამენტების მიცემის გზის შერჩევას გათვალისწინებული უნდა იყოს ძირითადი მიზნები – აგზნების სწრაფი კონტროლი და შესაბამისი სედაციის (მსუბუქი სომნოლენციის) შენარჩუნება. ინტრავენურ მიღებას აქვს უსწრაფესი დასაწყისი სხვა გზებთან შედარებით.

უმრავლესი ბენზოდიაზეპინების ინტრამუსკულარული ინექცია არ არის რეკომენდებული არამყარი შეწოვის უნარის გამო (**რეკომენდაციის ხარისხი C**). თუმცა, ლორაზეპამი არჩევის პრეპარატია პაციენტებში გულ-სისხლძარღვთა უცვლელი სტატუსით, რადგან მას აქვს კარგი ინტრამუსკულარული აბსორბციის უნარი. ხანგრძლივ-მოქმედი მედიკამენტების ხანგამოშვებითი ი/ვ მიცემა და ხანმოკლე მოქმედების მედიკამენტების უწყვეტი ი/ვ ინფუზია ჩანს, ეფექტურია და მისაღები. თუმცა, მუდმივი ი/ვ ინფუზია მნიშვნელოვნად უფრო ძვირია და არ არის არსებითი მტკიცებულება მისი თერაპიული უპირატესობისა.

რეკომენდებულია ი/ვ (ინტრავენური) დიაზეპამის ან ლორაზეპამის დატვირთული დოზები (თავდაპირველად მაღალი დოზების სწრაფი აღმინისტრირება), ასევე, თიამინის (გლუკოზის მიცემამდე) და მულტივიტამინების.

თუ აგზნების კონტროლი ვერ ხერხდება ბენზოდიაზეპინების განსაკუთრებით დიდი დოზებით, შეიძლება პენტობარბიტალის ან პროპოფოლის გამოყენება. (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

სხვა აგენტები

ნეიროლეფსიური ნივთიერებები არ არის რეკომენდებული, როგორც საბაზისო ფარმაკოლოგიური აგენტები ალკოჰოლური დელირიუმის მკურნალობისთვის, ვინაიდან კონტროლირებადი კვლევების მიხედვით, მათი გამოყენებისას აღინიშნება სიკვდილიანობის უფრო მაღალი დონე, დელირიუმის უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობა და მეტი გართულება, ვიდრე სედატიურ-ჰიპნოზური აგენტების გამოყენებისას (**რეკომენდაციის ხარისხი A**).

ბენზოდიაზეპინებთან ერთად, ნეიროლეფსიური აგენტების გამოყენების საკითხი განიხილება იმ შემთხვევებში, როცა აგზნება, აღქმის და აზროვნების აშლილობა არ არის ადეკვატურად გაკონტროლებული ბენზოდიაზეპინური თერაპიის მეშვეობით (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

ექიმმა შეიძლება განიხილოს ჰალოპერიდოლის ან რაიმე სხვა ნეიროლეპტიკების ი/მ (ინტრამუსკულარული) ან ი/ვ დანიშნის საკითხი აგზნებისა და ჰალუცინაციების სამკურნალოდ.

გარკვეულ შემთხვევებში, მყარი ჰიპერტენზიის ან ტაქიკარდიის კონტროლისათვის, გამოიყენება ბეტა-ადრენერგული ანტაგონისტები ბენზოდიაზეპინებთან ერთად (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

არ არის რეკომენდებული მათი რუტინული ხმარება ყველა პაციენტში ალკოჰოლური დელირიუმის დროს, რამდენადაც არ არის მტკიცებულებები, რომ ბეტა-ადრენერგული ანტაგონისტები აუმჯობესებენ

გამოსავალს ალკოჰოლური დელირიუმის დროს. მეორე მხრივ, პროპრანოლოლს შეუძლია დაამძიმოს კიდევაც დელირიუმი (**V ბ დონის მტკიცებულება**).

ეთილის სპირტის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, რადგან არ არსებობს კონტროლირებადი კვლევები ამის თაობაზე და კარგად ცნობილია მისი მავნე ეფექტები (**რეკომენდაციის ხარისხი D**).

არ არის მტკიცებულებები, რომ მაგნეზიუმ თერაპია სპეციფიკურად აუმჯობესებს დელირიუმს ალკოჰოლური ალკევისას. თუმცა, მაგნიუმის დეფიციტი დამახასიათებელია პაციენტებისთვის ალკოჰოლური დელირიუმის დროს, მაგნეზიუმის მიცემა მიზანშეწონილია დადასტურებული ჰიპომაგნემიის დროს. აგრეთვე უსაფრთხო და გამართლებულია მაგნეზიუმის ჩართვა ი/ვ სითხეებში მოცულობის შესავსებად, თუ თირკმლის ფუნქცია ნორმალურია (**რეკომენდაციის ხარისხი D**).

თიამინის პარენტერალური მიცემა (100-200მგ დღიური დოზა 3 დღის მანძილზე მაინც, ი/ვ ან კუნთებში) რეკომენდებულია ვერნიკე-კორსაკოვის სინდრომის პრევენცია-მკურნალობისათვის (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

მეტადოქსინი

მეტადოქსინი არის პირიდოქსინ-პიროლიდონ კარბოქსილატი და აქვს მნიშვნელოვანი დეტოქსიკაციური უნარი. უნგრული კვლევის მიხედვით, ის ზრდის გლუტათიონის დონეს, რომელიც შემცირებულია ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფიის დროს, რაც მეტად მნიშვნელოვანია ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების რეგულაციისთვის როგორც ღვიძლში, ასევე მთელ ორგანიზმში. მედიკამენტის ეფექტურობა დასტურდება როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს. უფრო მეტიც, ის ეხმარება აბსტინენციის შენარჩუნებაში (Vali L et al., 2005).

სხვა სიტემური კვლევის მიხედვით, მეტადოქსინს აქვს უნარი დაანქაროს ალკოჰოლის ელიმინაცია სისხლიდან და ქსოვილებიდან, დამხმარე როლი შეასრულოს ღვიძლის ფუნქციური სტრუქტურის აღდგენაში და შეამსუბუქოს ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციასთან ასოცირებული ნეირო-ფიზიოლოგიური აშლილობები (Shpilenya LS et al., 2002). მეტადოქსინი ჩანს, უსაფრთხოა. 15 წელზე მეტი პოსტ-მარკეტული გამოყენებისას მხოლოდ მცირედი არასპეციფიკური და შექცევადი ცვლილებები აღწერილი პაციენტებში (Addolorato et al., 2003).

რეკომენდაცია

მეტადოქსინის გამოყენება მიზანშეწონილია როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის სამკურნალოდ (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

მონიტორინგი

სამედიცინო მეთვალყურეობა აუცილებელია, კერძოდ, მედიკამენტების ადმინისტრირების კონტროლი, პაციენტის მდგომარეობის შეფასება, საჭიროებისას, მსუბუქად შეზღუდვა (ფიქსაცია). მიზანშეწონილია, ვიტალური მაჩვენებლების მონიტორინგი ხდებოდეს რეულარულად ყველა პაციენტში. მონიტორინგის შესაბამისი სისწორე დამოკიდებულია მედიკამენტების მიცემის სისწორეზე, თანმხლები თერაპიული პათოლოგიის არსებობაზე, და ვიტალური მაჩვენებლების გადახრის ხარისხზე.

თუ პაციენტს არ შეუძლია ორალური მედიკამენტების მიღება ან შენარჩუნება ორალურად მიღებული ნივთიერებების, ან თუ უფრო სწრაფი სედაციაა საჭირო, რეკომენდებულია ი/ვ ხსნარები და მედიკამენტები. სითხისა და ელექტროლიტური ბალანსი უნდა იყოს შენარჩუნებული. შესაძლოა საჭირო გახდეს მიღებული და გამოყოფილი სითხისა და ლაბორატორიული ცვლილებების მონიტორინგი. ზოგჯერ ენდოტრაქეალური ინტუბაცია და ვენტილაციური მხარდაჭერა შეიძლება გახდეს საჭირო.

როდესაც ბენზოდიაზეპინების მაღალი დოზებია საჭირო, ან როცა მედიკამენტების უწყვეტი ინფუზია ხდება, ან როცა პაციენტებს აქვთ მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადებები, კარდიალური მონიტორინგი და ოქსიჰემომეტრია ადგილზე უნდა იყოს და სარეანიმაციო ღონისძიებები ადვილად ხელმისაწვდომი.

ალკოჰოლური გულყრების მენეჯმენტი

ალკოჰოლური ადკეტიისას გულყრების მენეჯმენტი ასევე რთული ამოცანაა, რადგან არ არის წარმოებული ფართო მაშტაბის კლინიკური კვლევები საუკეთესო სამკურნალო პრაქტიკის შესამუშავებლად. ალკოჰოლური გულყრების 90%-ზე მეტი ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიდან ან შემცირებიდან 48 საათის განმავლობაში ვითარდება, 24 საათის ფარგლებში ინციდენტების პიკით.

რა უნდა გაკეთდეს გულყრის შემთხვევაში

- გულყრის პირველივე ნიშნების გამოვლენისას, არაპროფესიონალმა თვითმხილველმა უნდა გამოიძახოს სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალი.
 - ადგილის მიხედვით, სადაც დაემართა ავადმყოფს გულყრა, ეს პერსონალი შეიძლება იყოს სასწრაფო დახმარება, ექთანი ან ექიმი – მორიგე პერსონალი საავადმყოფოში.
 - გულყრების თვითმხილველი, სანამ ელოდება სამედიცინო დახმარებას, ფრთხილად უნდა შეეცადოს დაიცვას პაციენტი ძირს დაცემისას ტრავმული დაზიანებისგან და მოარიდოს მყარი ან ბასრი საგნები. ხშირად, ცნობიერების დაკარგვისა და დავარდნის შემსწრე არავინაა.
 - გულყრის კლონური ფაზის დროს (რიტმული კონველსიური მოძრაობები), თუ მოძრაობები ძალიან მკვეთრია, მნიშვნელოვანია
-

თავის დაცვა ძლიერი დარტყმებისგან და ამისათვის რბილი საგანის შეცურებაა სასურველი თავისა და კისრის ქვეშ. ხანდახან ხელის ან საყრდენი ბალიშის შეშველებაც საკმარისია.

- არაა მიზანშეწონილი პირში რაიმე ნივთების ჩადება – როგორცაა კოვზი, ფანქარი, კალმისტარი, ენის დამჭერი. ასეთმა მცდელობებმა შეიძლება კბილების და ენის დაზიანება გამოიწვიოს, ან საგნები შეიძლება ნაწილობრივ გადაცურდეს პირ-ხახაში და სასუნთქი გზები დაახშოს.
 - პაციენტები, რომელთაც ეწყებათ გულისრევა ან პირღებინება, ფრთხილად უნდა დააწვინონ გვერდზე ისე, რომ პირნადები მასა თავისუფლად გადმოვიდეს გარეთ და არ მოხდეს პირნადები მასის ასპირაცია ფილტვებში, რაც გამოიწვევს სუნთქვის მომენტალურ გაძნელებას და რამოდენიმე საათში მძიმე პნევმონიის განვითარებას.
 - მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება გულყრის შემდეგ ადამიანი ჩანდეს ბოლომდე გამოღვიძებული, ფხიზელი და ორიენტირებული ყოველგვარი ზიანის გარეშე, მკაცრად რეკომენდებულია, რომ ჩატარდეს სამედიცინო გამოკვლევა.
 - პირებს, რომელთაც გამოღვიძების შემდეგ აღენიშნებათ აბნევა და დეზორიენტაცია, ჭირდებათ გამხნელება, დამშვიდება და დახმარება ორიენტაციის დასაბრუნებლად, განმარტება იმისა, თუ რა მოხდა და სად იმყოფებიან.
-

იმის წინასწარი განჭვრეტა, ვის განუვითარდება გულყრა ალკოჰოლური აღკვეთისას, დიდი სიზუსტით შეუძლებელია. რამოდენიმე ფაქტორი არსებობს, რომლებიც უცილობლად ზრდის გულყრების განვითარების რისკს, მაგრამ ყველა ამ ფაქტორის ერთდროული არსებობის დროსაც კი უმრავლეს პაციენტს არ უვითარდება გულყრა. 100 პაციენტიდან, რომელთაც წარსულში გადატანილი აქვთ ალკოჰოლური აღკვეთა, მხოლოდ 2-3-ს უვითარდება გულყრა. ერთადერთი საუკეთესო პროგნოზული მაჩვენებელი მომავალში გულყრების განვითარებისა არის წარსულში გადატანილი გულყრა. პირებს, რომელთაც დადასტურებული აქვთ წარსულში გადატანილი ალკოჰოლური აღკვეთის 3 ან მეტი ეპიზოდი, სავარაუდოა, განუვითარდეთ გულყრა სხვა ფაქტორებისა და მიხედვით, როგორცაა ასაკი, სქესი და სხვა სამედიცინო მდგომარეობები. სხვა ფაქტორებს, რომელთაც შეუძლით გაზარდონ ალკოჰოლური გულყრების განვითარების რისკი ყველა პაციენტისთვის, მიეკუთვნება:

- 20 წელზე მეტი ხნის სმის ისტორია;
- სუსტი ზოგადი ჯანმრთელობა და ნაკვებობა
- თავის ქალას ტრავმები ანამნეზში;
- შრატის კალციუმის, ნატრიუმის, კალიუმის და მაგნიუმის დარღვევები.

პაციენტი უნდა იყოს დაკვირვების ქვეშ ჰოსპიტალში სულ ცოტა 24 საათის მანძილზე, რომლის შემდეგაც უნდა შეფასდეს ალკოჰოლური აღკვეთის სიმპტომატიკის განვითარების რისკი (**რეკომენდაციის ხარისხი D**).

უფრო ხშირად დამახასიათებელია ერთი გულყრის განვითარება. მაგრამ თუ ერთზე მეტი გულყრა ვითარდება, შემდგომი გულყრა, როგორც წესი, მალევე მოყვება ხოლმე მომდევნო რამდენიმე საათის განმავლობაში. დიდი რისკია, რომ ალკოჰოლური გულყრის მანიფესტირების შემდეგ, პროცესი პროგრესირდეს ალკოჰოლური დელირიუმის განვითარებით. მაშინ როცა ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პაციენტს თეთრი ცხელებით განუვითარდეს ალკოჰოლური გულყრა.

ნეიროვიზუალიზაცია

ცერებრალური კომპიუტერული ტომოგრაფიის (CT) დიაგნოსტიკური ღირებულება პირველი ალკოჰოლური გულყრის შემდეგ მაღალია უმთავრესად იმის გამო, რომ პაციენტებს ალკოჰოლის მანკად მოხმარების შედეგად აქვთ სტრუქტურული ინტრაკრანიალური დაზიანების მაღალი პროცენტი. გულყრები, რომლებიც ვითარდება 48 საათის შემდეგ ალკოჰოლის ბოლო მიღებიდან, შეიძლება მიუთითებდეს სხვა შესაძლო მიზეზებზე, ვიდრე ეს ალკოჰოლური ალკეითაა, როგორცაა მაგ. სუბდურალური ჰემატომა, ტვინის კონტუზია, ან ნარკოტიკის და ალკოჰოლის ერთდროული მოხმარება. როცა პაციენტებს აქვთ განმეორებითი, კლინიკურად ტიპური ალკოჰოლით გამოწვეული გულყრა, ნევროლოგიურად თავიდან გამოკვლევა არ არის აუცილებელი, მაგრამ თუ ცვლილებებია გულყრის ტიპში და სიხშირეში, გულყრა ვითარდება 48 საათის შემდეგ ალკოჰოლის ბოლო მიღებიდან, ან სხვა უჩვეულო თავისებურებები ვლინდება, აუცილებელია დაუყოვნებლივ განმეორებითი ნევროლოგიური კვლევა (**რეკომენდაციის ხარისხი D**).

მიუხედავად იმისა, რომ თითქოს აშკარაა, რომ მოცემული გულყრა ალკოჰოლითაა ინდუცირებული, თუ ის პირველი გულყრაა, პაციენტს მიზანშეწონილია ჩაუტარდეს ტვინის კომპიუტერული გამოკვლევა (CT ან MRI) კონტრასტით ან მის გარეშე (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

ეეზ

ეეზ-ს ნორმიდან გადახრის შემთხვევები (ნელტალდოვანი ან ეპილეფტიფორმული აქტივობა) უფრო მცირეა ავადმყოფებში ალკოჰოლური ალკეითის სინდრომით, ვიდრე სხვა ეტიოლოგიის გულყრის მქონე პაციენტებში. ამის გამო, **ეეზ**-ს პათოლოგია გვაფიქრებინებს, რომ გულყრა შესაძლოა არ იყოს გამოწვეული ექსკლუზიურად ალკოჰოლური ალკეითით.

ეეზ სასურველია ჩაიწეროს პირველი გულყრის შემდეგ. შემდგომში, განმეორებითი ალკოჰოლური გულყრის შემთხვევაში, **ეეზ**-ს გადაღება საჭიროდ ჩაითვლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სავარაუდოა ალტერნატიული ეტიოლოგიის არსებობა (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

პაციენტის მართვა

თიამინური თერაპია

თიამინი შედარებით უვნებელი ვიტამინია, თიამინის დეფიციტის დიაგნოსტიკა ძნელია და შედეგები მისი არმკურნალობის შემთხვევაში

შეიძლება მძიმე იყოს. ამიტომ, ზღურბლი თერაპიის დაწყებისთვის დაბალია.

რეკომენდაცია

ნახშირწყლების შემცველი სითხეების ან საკვების მიცემის დაწყებამდე, პაციენტებს ალკოჰოლის მავნედ მოხმარებისას (ცნობილი ან სავარაუდო) მიზანშეწონილია მიეცეთ თიამინი პროფილაქტიკური მიზნით გადაუდებელი დახმარების ოთახში (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

უნდა შევთავაზოთ თუ არა ყველა პაციენტს ალკოჰოლური ალკეეთის სიმპტომატიკით გულყრების პროფილაქტიკური მკურნალობა?

პაციენტებისთვის, რომელთაც არა აქვთ ანამნეზში ალკოჰოლური გულყრები და აქვთ მსუბუქიდან საშუალო ხარისხამდე სიმძიმის ალკეეთის სიმპტომები, რუტინული, გულყრების პრევენციული მკურნალობის ჩატარება არ არის რეკომენდებული (**რეკომენდაციის ხარისხი B**).

პაციენტებს ალკოჰოლური ალკეეთის მძიმე სიმპტომატიკით, იმისდა მიუხედავად, ჰქონდათ თუ არა გულყრის შემთხვევები, უნდა ჩაუტარდეთ ფარმაკოლოგიური მკურნალობა (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

არჩევითი მედიკამენტები ალკოჰოლური გულყრების პირველადი პრევენციისთვის

იდეალური მედიკამენტი სიმპტომების შესამსუბუქებლად ალკოჰოლური დეტოქსიკაციის დროს უნდა იყოს სწრაფად მოქმედი (დამტვირთავი), ხანგრძლივი მოქმედების. მცირე გვერდითი ეფექტების მქონე, ნაკლებად ტოქსიური, მცირე ურთიერთქმედების მქონე, მინიმალური ზედოზირების პოტენციალით, და მაღალეფექტური როგორც ზოგადად ალკეეთის სიმპტომების, ასევე გულყრების პრევენციის თვალსაზრისით. მედიკამენტი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ერთზე მეტი ფორმის სახით, სითხის სახით განსაკუთრებით გამოსაყენებელია ზოგიერთი პაციენტისთვის. გარდა ზედოზირების პოტენციალისა, ბენზოდიაზეპინები მთლიანად აკმაყოფილებენ ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს იდეალური მედიკამენტისა. ბენზოდიაზეპინები შედარებით იაფია, ფართოდ არის ხელმისაწვდომი და აქვთ კარგად დასაბუთებული უსაფრთხო პროფილი.

პაციენტებს, რომელთაც აქვთ დადასტურებული გულყრები, შეიძლება მკურნალობა ჩაუტარდეთ ი/ვ დიაზეპამით ან ლორაზეპამით და ACLS პროტოკოლის პროცედურებით. ეს ამცირებს, მაგრამ ბოლომდე არ ახდენს მეორე გულყრის განვითარების ალბათობის პრევენციას. ძალიან იშვიათ შემთხვევებში, მრავალჯერადი გულყრებისას და ეპილეფსიური სტატუსის განვითარებისას შესაძლოა საჭირო გახდეს ანესთეზიოლოგის კონსულტაცია ზოგადი ანესთეზიისთვის. უნდა შეფასდეს ელექტროლიტური დისბალანსი, ცნს-ის ტრავმის და საძილე-სედატივების ალკეეთის ალბათობა.

პაციენტებს, რომელთაც ერთხელ უკვე აქვთ ალკოჰოლური გულყრების გამოცდილება, დაუყოვნებლივ უნდა დაეწყოთ ბენზოდიაზეპინებით მკურნალობა, უმჯობესია ი/ვ-ად. ჩატარებული კვლევის მიხედვით (D'Onofrio and colleagues, 1999), 1მგ ი/ვ ლორაზეპამი ამცირებს გულყრის ხელახალი განვითარების რისკს, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში დაბრუნებისა და ჰოსპიტალიზაციების ოდენობას. მიუხედავად ამ გამოკვლევისა, „კონსენსუს-პანელის“ შეთანხმებით, ჰოსპიტალიზაცია მომავალი დეტოქსიკაციისთვის მკაცრად რეკომენდებულია ალკეითის სხვა სიმპტომების კუპირებისა და შემცირებისათვის, მდგომარეობის შესამსუბუქებლად და სარეაბილიტაციო მკურნალობისთვის პაციენტის მოსამზადებლად.

ანტი-ეპილეფსიური პრეპარატების დამატება ეფექტურობის მომატების თვალსაზრისით არ არის დადასტურებული. ეს დასკვნა დაფუძნებულია ფენიტონის ეფექტის შესწავლაზე. უახლესი ანტი-ფსიქოზური საშუალებები ჯეროვნად შესწავლილი არ არის ალკოჰოლური გულყრების პრევენციის უნარის შესაფასებლად. კონსენსუს პანელის შეთანხმებით ანტი-ფსიქოზური პრეპარატების დამატების საკითხი უნდა განიხილებოდეს შემდეგ შემთხვევებში: წარსულში მრავალჯერადი გულყრების განვითარებისას (ნებისმიერი მიზეზით), თავის ქალას ახალი ტრავმის, გადატანილი მენინგიტების, ენცეფალიტების, ან მემკვიდრული დატვირთვის (გულყრების) არსებობისას. პირველი გულყრის შემდეგ აუცილებელია ნევროლოგიური გამოკვლევა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ელექტროენცეფალოგრაფია-ეეგ) მაშინაც კი, როცა სავარაუდოა, რომ გულყრა ალკოჰოლური გენეზისაა.

რეკომენდაცია

როცა ფარმაკოლოგიური მკურნალობა აუცილებელია, ბენზოდიაზეპინები არჩეულ უნდა იქნეს გულყრების პირველადი პრევენციისათვის პირებში ალკოჰოლური ალკეითის მდგომარეობით, ისევე როგორც ალკოჰოლური ალკეითის სინდრომის სამკურნალოდ. არჩევის პრეპარატებია ლორაზეპამი და დიაზეპამი. თუმცა ლორაზეპამს გააჩნია გარკვეული ფარმაკოლოგიური უპირატესობა დიაზეპამთან შედარებით, განსხვავებები მაინც მცირეა და რამდენადაც ლორაზეპამის ი/ვ ფორმა თითქმის სავსებით ხელმიუწვდომელია ევროპაში, დიაზეპამი არის რეკომენდებული. სხვა მედიკამენტები დეტოქსიფიკაციისთვის შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც დამატებითი (**რეკომენდაციის ხარისხი A**).

ალკეითის გულყრების მეორეული პრევენცია

მიზანშეწონილია ბენზოდიაზეპინების გამოყენება ალკოჰოლური გულყრების მეორეული პრევენციისათვის (**რეკომენდაციის ხარისხი A**). ფენიტონი არ არის რეკომენდებული ალკოჰოლური გულყრის განმეორებითი განვითარების პრევენციისათვის (**რეკომენდაციის ხარისხი A**). ეფექტურობა სხვა ანტიეპილეფსიური პრეპარატებისა ალკოჰოლური გულყრების მეორადი პრევენციისათვის არ არის დადასტურებული.

ალკოჰოლით გამოწვეული ეპილეფსიური სტატუსი

ალკოჰოლით გამოწვეული ეპილეფსიური სტატუსის ინიციალური მკურნალობისთვის ი/ვ ლორაზეპამი უსაფრთხო და ეფექტურია. როცა ის ხელმისაწვდომი არ არის, კარგი ალტერნატივაა ი/ვ დიაზეპამი (რეკომენდაციის ხარისხი A).

ალკოჰოლური გულყრებისა და ეპილეფსიის დიფ.დიაგნოზისთვის იხ. დანართი 10.

ალკოჰოლური ალკეითის სხვა სამედიცინო ბართულაგები

სითხეები და ელექტროლიტური დისბალანსი

სითხეებისა და ელექტროლიტური ბალანსის შენარჩუნება საკვანძო მნიშვნელობის საკითხია დეტოქსიკაციის დროს. პაციენტების უმრავლესობას სითხეები შეიძლება მიეცეთ ორალურად, დაწყებული წვენიდან და გაგრძელებული სხვა სითხეებით, როგორცაა მაგ. სუპები. სოლიდური საკვები შეიძლება დაემატოს პაციენტის რაციონს მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მიღებულ სითხეებს შეითვისებს ორგანიზმი. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ პირღებინება ან ძლიერი დიარეა, სასურველია თავდაპირველად მკურნალობა დაეწყოთ ელექტროლიტების შემცველი სითხეების პატარა ყლუპებით. რაოდენობა უნდა გაიზარდოს, როცა სითხეებს კარგად მიიღებს ორგანიზმი. პაციენტებს, რომლებსაც დეჰიდრატაცია გამოეხატებათ, მიზანშეწონილია მიეცეთ ინტრავენური ხსნარები, რომლებიც შეიცავენ ელექტროლიტებს, გლუკოზას და თიამინს (100მგ საინფუზიო ხსნარში).

პაციენტებს ალკოჰოლური ალკეითისას ყოველთვის დეჰიდრატაცია არ აღენიშნებათ. სინამდვილეში, ბევრს ჰიპერჰიდრატაცია აქვს. ამ შემთხვევაში პარენტერალური სითხეები შეიძლება საზიანო იყოს. ალკოჰოლური დეტოქსიკაციის დროს პაციენტები როგორც წესი, უკეთესად იტანენ საშუალო ხარისხის დეჰიდრატაციას, ვიდრე ჰიპერჰიდრატაციას.

ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემია მნიშვნელოვანი საშიშროებაა დეტოქსიკაციის დროს. ორალური სითხეები სასურველია შეიცავდნენ ნახშირწყლებს. ფორთოხლის წვენი ერთი მაგალითია. პარენტერალური სითხეები მიზანშეწონილია შეიცავდეს 5%-იან გლუკოზას.

ცხელება

ტემპერატურის აწევის მიზეზი ალკოჰოლური ალკეითისას გამოკვლეული უნდა იყოს. თუ აწეული ტემპერატურა ალკოჰოლური ალკეითის შედეგია, საჭიროა დამატებითი წამლების მიცემა და მკურნალობის სქემის გადახედვა. თუ პაციენტს ალკოჰოლური ალკეითის სხვა ნიშნები და სიმპტომები არ აღენიშნება, ცხელება სავარაუდოდ, ინფექციის შედეგია და ამ შემთხვევაში ადრეული მასიური ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება გახდეს საჭირო.

პაციენტის მოვლა

საჭიროა პერსონალური მხარდაჭერა, ჰიგიენური ნორმების დაცვა და ადეკვატური კვებით უზრუნველყოფა. საჭიროა ყურადღების გამახვილება მუნზე, ტილებზე და კანის სხვა დაავადებებზე, ტუბერკულოზზე დიაგნოსტიკა, კბილებისა და პირის ღრუს მოვლა. ფიზიკურ ტრავმებზე სკრინინგი, სისხლჩაქცევებისა და მაცერაციების ჩათვლით. შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს ტეტანუსის შრატის გაკეთება. პაციენტები ფსიქიკური სტატუსის დარღვევებით მიზანსეწონილია გადაყვანილი იყვნენ ემერჯენსის განყოფილებაში გამოსაკვლევად და შესაძლოა, შემდგომი ჰოსპიტალიზაციისთვის. ადგილზე ხელახლა უნდა გამოიკვლიონ ავადმყოფი თავის ქალას შესაძლო ტრავმების გამო, რადგან ხანდახან ტრავმის შედეგი მეცხეულად არ ვლინდება, მაგ. სუბდურალური ჰემატომისას.

სხვა საჭურავლევო საკითხები

ალკოჰოლი შეიძლება შევიდეს რეაქციაში რიგ მედიკამენტებთან და გამოიწვიოს ცნს-ის დათრგუნვა. მაგ. ბენზოდიაზეპინები, ბარბიტურატები, მეპრობამატი და სხვა საძილე-სედატივები. მეტოკლოპამიდმა და სედატიური ეფექტის მქონე ანტიფსიქოზურმა მედიკამენტებმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ცნს-ის სუპრესია. დისულფირამის მსგავსი რეაქციები – წამოხურება, ოფლიანობა, ტაქიკარდია, გულისრევა და გულმკერდის ტკივილი ვითარდება მეტრონიდაზოლის და ზოგი სხვა ანტიბიოტიკის, მაგ. ცეფამანდოლის, ცეფოპერაზონის, ცეფოტეტანის და ალკოჰოლის ერთდროული მოხმარებისას. აცეტამინოფენი დაბალ დოზებში იწვევს მწვავე რეაქციას ალკოჰოლთან და ტოქსიური ჰეპატიტის განვითარებას. ექიმებმა ასევე უნდა დაადგინონ, ხომ არ ღებულობს პაციენტი ასპირინს ან არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო ჯგუფის სხვა პრეპარატებს ალკოჰოლთან ერთად. დიაბეტის სამკურნალო პრეპარატებმა ალკოჰოლთან რეაქციაში შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოგლიკემია და რძემუავას პროდუქცია. ალკოჰოლი სხვა კლასის მედიკამენტებთანაც ურთიერთქმედებს, მაგრამ შედეგები ნაკლებად სერიოზულია. რამოდენიმე მნიშვნელოვან მაგალითს წარმოადგენს სედატივები, ტრანკვილიზატორები, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები და ანტიკოაგულანტები. პაციენტები, რომლებიც შეიძლება იღებდნენ ამ ჯგუფის პრეპარატებს, საჭიროებენ ყურადღებით დაკვირვებას და მედიკამენტების მიღების მონიტორინგს.

თანდართული ფსიქიკური აშლილობები

თანდართული ფსიქიკური დაავადებები ხშირია პაციენტებში ალკოჰოლური დამოკიდებულებით. თუმცა სამედიცინო ქმედებები პირველყოფლისა ალკოჰოლური დეტოქსიკაციისკენ უნდა იყოს მიმართული, თანაარსებული ფსიქიკური დაავადების მკურნალობასაც უნდა მიექცეს ყურადღება. წინააღმდეგ შემთხვევაში გაიზრდება რეციდივის რისკი. ინტეგრირებული ფსიქოსოციალური მკურნალობა, რომელიც წარმოადგენს კომბინაციას ფსიქიატრიული მდგომარეობების

ტრადიციული თერაპიისა და ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული პათოლოგიების თერაპიული ღონისძიებების, ეფექტურადაა მიჩნეული. ზოგადად, მედიკამენტები, რომლებიც რეკომენდებულია პაციენტებისთვის მხოლოდ ალკოჰოლური პრობლემების სამკურნალოდ, ასევე ეფექტურია თანდართული ფსიქიკური პრობლემების სამკურნალოდ და ფსიქიატრიული მდგომარეობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა მსგავსია ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობისა იმ შემთხვევებში, როცა ისინი დამოუკიდებლად გვხვდება ალკოჰოლური პრობლემების გარეშე.

ბევრი პაციენტი ალკოჰოლური დამოკიდებულებით ავლენს ნიშნებს და სიმპტომებს, რომლებიც დიდ დეპრესიისთვის ან შფოთვითი აშლილობებისთვისაა დამახასიათებელი. ბევრ შემთხვევაში, ეს სიმპტომატიკა ალკოჰოლური ინტოქსიკაციით ან ალკეითითაა განპირობებული.

არსებობს მაღალი ღონის მტკიცებულებები, რომლის მიხედვითაც უმეტეს შემთხვევებში შფოთვა და დეპრესია ალკოჰოლური პრობლემების მქონე პაციენტებში ლაგდება ალკოჰოლური დამოკიდებულების სტანდარტული მკურნალობის შემდეგ (**I ღონის მტკიცებულება**), ამიტომ:

ბევრი ფსიქიატრის აზრით, პაციენტები უნდა იყვნენ დაკვირვების ქვეშ 3-4 კვირის მანძილზე ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ, სანამ დაისმება გუნება-განწყობის ან შფოთვითი აშლილობების დიაგნოზი და სპეციფიური მედიკამენტი იქნება გამოწერილი.

პაციენტებს ალკოჰოლური პრობლემით და შფოთვით ან დეპრესიით მიზანშეწონილია მკურნალობა ჩაუტარდეთ ჯერ ალკოჰოლური პრობლემების გამო (**რეკომენდაციის ხარისხი C**).

თუ დეპრესიული/ძლიერი შფოთვის სიმპტომატიკა რჩება 2 კვირაზე მეტ ხანს ალკოჰოლური დამოკიდებულების მკურნალობის შემდეგ, სასურველია განხილული იქნეს სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების – SSRI-ს (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) დანიშვნის საკითხი, ან ჩატარდეს სპეციალისტის კონსულტაცია ფსიქო-ფარმაკოლოგიური კორექციისთვის რეციდივის პრევენციის მკურნალობის პარალელურად (**რეკომენდაციის ხარისხი C** დეპრესიის დროს; **რეკომენდაციის ხარისხი D**- შფოთვის დროს).

არ არის საკმარისი მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ანტიდეპრესანტები აუმჯობესებენ სმის შედეგებს არადეპრესიულ პაციენტებში.

თუმცა არსებობს მოსაზრებები, რომ ცალკეულ შემთხვევებში მკურნალობის ადრეული დაწყება გამართლებულია. მაგ. როცა გამოხატულია განსაკუთრებით მძიმე ალკოჰოლური ალკეითა, ანამნეზში დიდი დეპრესია, რომელიც არ იყო ალკოჰოლის მიღების პერიოდებთან დაკავშირებული, და/ან გუნება-განწყობის აშლილობების გამოხატული ოჯახური ისტორია, უფრო სავარაუდოა, რომ დეპრესიული სიმპტომატიკა თანდართული დეპრესიის შედეგია და მიზანშეწონილია, დეტოქსიკაციის შემდეგ მალევე დაიწყოს შესაბამისი მკურნალობა.

ალკოჰოლური დამოკიდებულების მხარდამჭერი თერაპია (რეციდივის პრევენცია)

ნალტრექსონი

ნალტრექსონი ოპიოიდური რეცეპტორების ანტაგონისტია. მისი ტაბლეტირებული ფორმა (50 მგ დღიური დოზით), დაშვებულია ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ ამერიკის კვებისა და წამლის სააგენტოს მიერ 1994 წელს. ენდოგენური ოპიოიდური სისტემა მოიაზრება ნარკოტიკების დაჯილდოვების ეფექტის ნევროლოგიურ სუბსტრატად და ეს დაჯილდოვების მექანიზმი გაშუალებულია ქმედებებით ოპიოიდურ სისტემაში, რომელიც ასევე ურთიერთქმედებს დოფამინურ სისტემასთან. სავარაუდოდ, ნალტრექსონი ამცირებს მძიმე ლოთობას ალკოჰოლის მიღებისას მისი ეიფორიული ეფექტის ბლოკირების გზით. დაახლოებით 30 რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევა და რამოდენიმე სისტემური და მეტა-ანალიზი არსებობს, რომელთა მიხედვითაც დასტურდება ნალტრექსონის უსაფრთხოება ალკოჰოლდამოკიდებულებაში ხმარებისას და ეფექტურობა როგორც მძიმე ლოთობის შემცირების თვალსაზრისით, ასევე აბსტინენციის ხელშეწყობის თვალსაზრისით.

არსებობს მტკიცებულებები ლტოლვისა და რეციდივის შემცირების შესახებ (23% რეციდივი 54%-ის წინააღმდეგ პლაცებოს დროს მეტა-ანალიზები მიუთითებენ ნალტრექსონის ეფექტურობას მძიმე ლოთობის შემცირების თვალსაზრისით პლაცებოსთან შედარებით (Pettinati HM et al., 2006).

სისტემური ანალიზის მიხედვით, რომლის მიხედვითაც შესწავლილი იქნა კვლევები 1990 წლიდან 2006 წლამდე, რომლებიც აფასებდნენ ოპიატური ანტაგონისტების გამოყენებას ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ (29 კვლევა 5997 პაციენტით ალკოჰოლდამოკიდებულების დიაგნოზით), 19 (70%) კვლევამ 27-დან, გამოსავალის მიხედვით- “მძიმე ან ჭარბი” სმა, აჩვენა ნალტრექსონის უპირატესობა პლაცებოსთან შედარებით, ხოლო 9 (36%) კლინიკურმა კვლევამ 25-დან, გამოსავალის მიხედვით- აბსტინენცია ან “რაიმე სახის დაღევა“, ასევე აჩვენა მედიკამენტის უპირატესობა პლაცებოსთან შედარებით (Pettinati HM et al., 2006).

თუმცა, სხვა მონაცემებით, არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა რეციდივის დღეებში 13 კვირაზე და დაღევის ხანგრძლივობაში 52 კვირაზე პლაცებოსთან შედარებით (Krystal et al. VA study Dec 13, 2001 NEJM v.345, pp 1734-39).

ეს მონაცემები ეხმაურება იმ მოსაზრებას, რომ არსებობს სპეციფიური სამიზნე ჯგუფები, რომლებისთვისაც ნალტრექსონის მიცემა განსაკუთრებით ეფექტურია. ამ ჯგუფებში მოიაზრებიან პაციენტები სპეციფიური გენეტიკური პოლიმორფიზმით – ოპიოიდური რეცეპტორის გენში და პაციენტები ოპიოიდურული სისტემის სენსიბილიზაციით (კერძოდ, აქტივობის გაზრდით) ალკოჰოლის მიღების საპასუხოდ. ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია სავარაუდოდ, ნალტრექსონზე კარგ პასუხს მოასწავებს, ისევე როგორც ალკოჰოლისადმი ინტენსიური ლტოლვის არსებობას. ეს საკითხი შემდგომ შესწავლას საჭიროებს.

პაციენტებში, რომლებიც ალკოჰოლდამოკიდებულები არიან და არ ღებულობენ ოპიატებს, ნალტრექსონის მიცემა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე, როგორც კი ალკოჰოლური დეტოქსიკაცია ჩათავდება. საწყისი დოზაა 25მგ (1/2 აბი). ხშირად, პაციენტები აღნიშნავენ სტიმულაციას მიღების პირველ დღეებში, ამიტომ პრეპარატი სასურველია მიეცეს დღის პირველ ნახევარში საჭმელთან ერთად. თუ პაციენტს გვერდითი ეფექტები არ გამოუვლინდება, დოზა შეიძლება გაიზარდოს 50მგ-მდე დღეში ერთჯერადად. ინიშნება აბსტინენციის დროს 50მგ დღეში 3-12 თვე. არ შედის ალკოჰოლთან რეაქციაში. თუმცა, არ არის საკმარისი კვლევები, რომელთა მიხედვითაც შეიძლება დადგინდეს ოპტიმალური ხანგრძლივობა ნალტრექსონის მისაღებად. ერთი კვლევის მიხედვით (Bohn et al., 1994), 3 თვეზე მეტი ხნის ვადით ნალტრექსონის მიცემა შეიძლება არასასურველი იყოს, განსაკუთრებით, არააბსტინენტებში.

სხვა მეტა-ანალიზის მიხედვით - 2861 პირი 24 რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევიდან (Srisurapanont M, Jarusuraisin N., 2005), ნალტრექსონით ხანმოკლე მკურნალობა მნიშვნელოვნად ამცირებს ჩავარდნას (როგორც ერთჯერადად, ასევე მძიმე ექსცესს), მაგრამ არა დაღვეის შებრუნებას. თუმცა იგივე ავტორები სხვა სისტემურ კვლევაში აღიარებენ ნალტრექსონის ეფექტურობას ყველა ჩამოთვლილი კომპონენტის მიხედვით. ხანმოკლე მკურნალობისას ნალტრექსონი მნიშვნელოვნად ზრდის გულისრევას, თავბრუსხვევას და დაღლას პალცებოსთან შედარებით ნალტრექსონი მიღებული უნდა იყოს, როგორც ალკოჰოლიზმის ხანმოკლე სამკურნალო საშუალება. ჯერ-ჯერობით უცნობია ნალტრექსონით მკურნალობის გავრძელების სასურველი პერიოდი პაციენტებში, რომლებისთვისაც ეფექტური იყო ნალტრექსონით ხანმოკლე მკურნალობა. იმაში დასარწმუნებლად, რომ რეალურ სამყაროში ნალტრექსონი ისეთივე ეფექტურია, როგორც კვლევის შედეგებშია, ფსიქოსოციალური თერაპია უნდა მიეწოდოს პარალელურად ყველა ავადმყოფს ნალტრექსონის მიცემასთან ერთად.

რეკომენდაცია:

ნალტრექსონი მიზანშეწონილია ალკოჰოლიზმის ხანმოკლე მკურნალობისთვის (რეკომენდაციის ხარისხი A).

ნალტრექსონი ეფექტურია როგორც აბსტინენციის შესანარჩუნებლად, ასევე მძიმე ლოთობის პრევენციისთვის (I დონის მტკიცებულება).

საინექციო დეპო ნალტრექსონი

ამერიკის წამლისა და კვების სააგენტომ (FDA) 2006 წლის აპრილში დაამტკიცა გახანგრძლივებული ნალტრექსონის საინექციო ფორმა ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ. პრეპარატი კუნთებში კეთდება თვეში 1-ხელ. მტკიცებულებები მისი ეფექტურობის შესახებ მძიმე ლოთობის შემცირების მიხედვით არსებობს დიდი, მულტიცენტრული (24 ცენტრი), რანდომიზებული, ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევიდან, წამლის 2 დოზის გამოყენების შესწავლის შედეგად (380მგ ან 190მგ) ან პლაცებო 624 ალკოჰოლ-დამოკიდებულ პაციენტში 6 თვის მანძილზე მკურნალობის შედეგად (Carbutt JC et al., 2005). მკურნალობამ აჩვენა, რომ

380მგ-ის ინექცია ყოველთვიურად მნიშვნელოვნად ამცირებს მძიმე ლოთობას და ნებისმიერი ფორმის სმას (და ახანგრძლივებს აბსტინენციას პაციენტებში, ვინც თავდაპირველად აბსტინენციის მდგომარეობაში იყვნენ) პლაცებოსთან შედარებით.

სხვა კვლევის მიხედვით, დეპო-ნალტრექსონი რეკომენდებულ თერაპიულ დოზებში (380მგ თვეში- ექვივალენტია 1500მგ ორალური ნალტრექსონის) არ ავლენს ჰეპატოტოქსიურ ეფექტს. მისი ტოქსიკური ეფექტის არარსებობა ორალურ ნალტრექსონთან შედარებით აიხსნება იმით, რომ საინექციო ფორმის გამოყენებისას ხდება ღვიძლში მეტაბოლიზმის პირველ ფაზის შემცირება (Michael R. Lucey et al., 2008). რაც შეეხება ნალტრექსონის აბებით გამოწვეულ ტოქსიურ ეფექტს, ის ძირითადად აღინიშნება >100მგ დღიური დოზის გამოყენების შემთხვევაში. ნალტრექსონის მაღალი დოზების გამოყენებისას სიფრთხილვა საჭირო.

აკამპროზატი

აკამპროზატი 2004 წლის ივლისში ამერიკის წამლისა და საკვები ნივთიერებების სააგენტომ დაამტკიცა ალკოჰოლიზმის დამოკიდებულების სამკურნალო პრეპარატად 2გ დღიური დოზით. ინიშნება 1.5-2გ 3 ჯერად მიღებაზე 3-12 თვე. სამკურნალოდ დაშვება ამ პრეპარატის დაფუძნებული იყო ევროპაში ჩატარებულ კვლევებზე. აკამპროზატი ასევე მოქმედებს დაჯილდოვების სიტემაზე, მაგრამ განსხვავებული ნეირომედიაციული გზებით. ის ტაურინის ამინომჟავას ნაწარმია, რომელიც სავარაუდოდ, ახდენს გლუტამატის ეფექტის ინჰიბირებას NMDA რეცეპტორებზე, გლუტამატურული ფუნქციის სტაბილიზაციას ახდენს, ავლენს აფინიტეტს GABA და GABA რეცეპტორების მიმართ და განაპირობებს აბსტინენციას ფიზიკური და ფიზიოლოგიური დისკომფორტის შემსუბუქების გზით. გარდა ამისა:

- არ იწვევს გულისრევას ალკოჰოლის მიღებისას;
- ამცირებს ალკოჰოლისადმი ლტოლვას;
- არ იწვევს მიჩვევას;
- მეტაბოლიზდება თირკმელში. ამიტომ შეიძლება მიეცეს პაციენტებს ღვიძლის დაზიანებით. არ მიეცემა, როცა კრეატინინის კლირენსი <30მლ/წთ;
- ინიშნება მწვავე ალკოჰოლის სიმპტომატიკის კუპირების შემდეგ;
- სრულ მოქმედებას ავლენს 5-8 დღეში.

ევროპაში ჩატარებულ კვლევებში შეფასებული იყო პაციენტები, რომლებმაც მედიკამენტების მიღება დაიწყეს პოსპიტალიზაციის პერიოდში და სულ ცოტა 7-10 დღის შემდეგ ალკოჰოლიზაციის შეწყვეტიდან. მაგ. 1 კვლევაში, აბსტინენცია აღინიშნებოდა 57.9%-ში პლაცებოსგან განსხვავებით- 45.2%. Tempesta, et al. (2000). სხვა კვლევის მიხედვით, 48კვირის ბოლოს მკურნალობის შემდეგ 39% აკამპროზატის ჯგუფიდან ინარჩუნებდა აბსტინენციას პლაცებო ჯგუფის 17%-თან შედარებით შასს, ეტ ალ. (1996). ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებოდათ რეციდივი, პირველ დაღვეამდე

მეტი პერიოდი ჰქონდათ თავშეკავების და ასევე, 1 წლის განმავლობაში აღენიშნებოდათ მეტი თავშეკავების დღეები. ამ მონაცემებისგან განსხვავებით, ამერიკულმა მულტიცენტრულმა კვლევამ არ აჩვენა იგივე ეფექტურობა აკამპროზატის გამოყენებისას, მაგრამ უჩვენა, რომ როცა პაციენტები მოტივირებულები იყვნენ აბსტინენციისთვის, აკამპროზატი უფრო ეფექტური იყო პლაცებოსთან შედარებით აბსტინენციის დღეების მიხედვით. ამასთან, ამერიკულ კვლევაში მკურნალობის წინა აბსტინენციური დღეები ნაკლები იყო, ვიდრე ევროპულ კვლევებში.

ახლახან ჩატარებული მეტა-ანალიზური კვლევები ევროპაში ისევ აკამპროზატის ეფექტურობაზე მეტყველებს. 17 კვლევის მეტა-ანალიზის მიხედვით (Mann et al., 2004), რომელიც მოიცავს 4087 პაციენტს, 6 თვის უწყვეტი აბსტინენცია მნიშვნელოვნად მაღალი იყო, ვიდრე პლაცებო ჯგუფში (აკამპროზატი 36.1%, პლაცებო 23.4%). 12 თვის თავზე, მთლიანი სხვაობა აკამპროზატისა და პლაცებო ჯგუფების წარმატებებს შორის იყო 13.3% (95% სარწმუნოების ინტერვალი, 7.8-18.7%). აკამპროზატმა გამოავლინა საშუალო დონის, მაგრამ სარწმუნო უპირატესობა რეტენციის მიხედვით. დასკვნა: აკამპროზატი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს აბსტინენციის გახანგრძლივებაზე ახლად დეტოქსირებულ, ალკოჰოლ-დამოკიდებულ პირებში (I დონის მტკიცებულება).

რეკომენდაცია:

აკამპროზატის გამოყენება მიზანშეწონილია ალკოჰოლური დამოკიდებულების სამკურნალოდ ახლად დეტოქსირებულ პირებში (რეკომენდაციის ხარისხი A).

2005 წელს ჩატარებული სისტემური კვლევის მიხედვით (7 ევროპული კვლევის შედეგები, 1485 პაციენტის მონაწილეობით), რომლის მიზანი იყო აკამპროზატის ეფექტურობის სავარაუდო მაჩვენებლების დადგენა, აკამპროზატის ეფექტურობა არ იყო დაკავშირებული რაიმე პრედიქტორთან. კვლევის მიხედვით, აკამპროზატი უნდა ჩაითვალოს პოტენციურად ეფექტურ ფარმაკოთერაპიულ საშუალებად ყველა ალკოჰოლდამოკიდებული პირისთვის. აკამპროზატის ეფექტურობა საშუალოა. ზოგიერთი მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ სავარაუდოდ, ეფექტურობა უნდა გაიზარდოს დისულფირამთან ან ნალტრექსონთან კომბინირებული მიღებისას (Verheul R et al., 2005).

ნალტრექსონისა და აკამპროზატის შედარებითი ეფექტურობა

მეტა-ანალიზის მიხედვით, რომლის ძირითადი სამიზნე იყო ნალტრექსონისა და აკამპროზატის ეფექტურობის განსაზღვრა რეციდივის პრევენციის თვალსაზრისით, პირველი დაღვევისა და მძიმე ლოთობისკენ შებრუნების მიხედვით (Rosner et al., 2008), ნალტრექსონმა აჩვენა მნიშვნელოვანი ეფექტი როგორც აბსტინენციის შენარჩუნების, ასევე მძიმე ლოთობის პრევენციის თვალსაზრისით. აკამპროზატმა უჩვენა მხოლოდ აბსტინენციის მხარდაჭერა. ის არ მოქმედებს ალკოჰოლის მიღებაზე პირველი დაღვევის შემდეგ. როცა 2 წამლის ეფექტურობის შედარება მოხდა, აკამპროზატი აღმოჩნდა უფრო ეფექტური ერთჯერადი ჩავარდნის (lapse) პრევენციის თვალსაზრისით, მაშინ როცა

ნალტრექსონმა აჩვენა უკეთესი ეფექტი ერთჯერადი ჩავარდნის მძიმე ექსცესში (ლოთობაში) გადაზრდის პრევენციის თვალსაზრისით.

დღესდღეობით ალკოჰოლიზმის მკურნალობის სფეროში უდიდესი კომბინირებული, მულტიცენტრული რანდომიზებული, კონტროლირებადი კვლევის მიხედვით (N=1,383, 428-ქალი და 955 მამაკაცი 11 აკადემიური ცენტრიდან) (Anton RF et al., 2006; Guidline Watch 2007), 16 კვირის მკურნალობის შემდეგ, ყველა ჯგუფში, რომელშიც პაციენტები იღებდნენ აბებს და მედიკამენტოზურ მენეჯმენტს, აღინიშნებოდა აბსტინენციის დღეების გაზრდა პროცენტულად (74%) ბაზისურ მონაცემებთან შედარებით (25%). მხოლოდ ნალტრექსონის ჯგუფში და კომბინირებულ-ბიპვეიორული თერაპია+პლაცებო ჯგუფში აბსტინენციის დღეები გაიზარდა დამატებით (81% და 80% შესაბამისად). ამასთან, კომბინაცია-ნალტრექსონი+კომბინირებული ბიპვეიორული ინტერვენცია, არ აჩვენა მნიშვნელოვანი უპირატესობა, ვიდრე ცალ-ცალკე ამ თერაპიებმა (77%). კომბინირებული ბიპვეიორული თერაპია შედგება კოგნიტურ-ბიპვეიორული თერაპიისა და მოტივაციის გაზრდის თერაპიის ელემენტებისაგან და ითვლება უფრო ინტენსიურ ინტერვენციად. აკამპროზატის ეფექტი არ იყო განსხვავებული პლაცებო ჯგუფის ეფექტისგან არც ცალკე და არც კომბინირებულ-ბიპვეიორულ თერაპიასთან კომბინაციაში. აკამპროზატ-ნალტრექსონის ჯგუფში კი შედეგი არ იყო უკეთესი, ვიდრე მხოლოდ ნალტრექსონის ჯგუფში. იგივე შედეგები იყო ნანახი იმ მონაწილეთა პროცენტულ რაოდენობაში, რომლებსაც ქონდათ ერთი დღე მაინც მძიმე სმის ექსცესი. მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ, აბსტინენციის დღეების პროცენტი ყველა ჯგუფში დაეცა 60-68%-მდე. კომბინირებულ ჯგუფებში კომბინირებულ-ბიპვეიორული ინტერვენციებით შედეგები ყველაზე უკეთესი იყო. მძიმე სმის რეციდივი ერთი წლის თავზე ყველა ჯგუფში მაღალი იყო- 80%.

აკამპროზატის ეფექტურობის ნაკლებობა ამ კვლევაში შესაძლოა განპირობებული იყო მკურნალობის დაწყებამდე ალკოჰოლისგან თავშეკავების მცირე პერიოდით- მინიმუმ 4 დღე. ეს შედეგები ეთანხმება სხვა კვლევების და ასევე, 2006 წლის გაიდლაინის (APA guideline 2006) მონაცემებს იმის თაობაზე, რომ აკამპროზატის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად იზრდება, როცა მკურნალობა იწყება აბსტინენციის მნიშვნელოვანი პერიოდის მიღწევის შემდეგ და როცა მაღალია პაციენტების მოტივაცია სრული თავშეკავებისთვის (23-Mason BJ et al, 2006).

მედიკამენტები რეციდივის პრევენციისთვის ინიშნება პოსტდეტოქსიკაციურ პერიოდში, რათა გაიზარდოს შანსი აბსტინენციის შენარჩუნებისა.

დისულფირამი

დისულფირამი ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ დაშვებულია 1951 წელს ამერიკის კვებისა და წამლის სააგენტოს მიერ. დისულფირამით მკურნალობის მიზანია ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა აბსტინენციის მოტივაციის გაზრდა ალკოჰოლის მოხმარების ინტენციების

წინააგმდეგობის გაწევის გზით. დისულფირამით მკურნალობისას იქმნება ფონი, რომლის დროსაც ალკოჰოლის შემდგომი მოხმარება გამოიწვევს ტოქსიურ ეფექტს და ძლიერ ავერსიულ რეაქციებს. თეორიულად, ეს ცოდნა ხელს შეუწყობს პაციენტს გააუმჯობესოს კოგნიტიური კონტროლი და საღი განსჯა დააყენოს დაღვევის ყოველგვარ იმპულსზე თუ არგუმენტზე მადლა. დისულფირამის პირდაპირი ფარმაკოლოგიური ეფექტი გამოიხატება ფერმენტ ალდეჰიდ-დეჰიდროგენაზას (ადჰ-ALDH) ინჰიბირებაში, რომელიც პასუხისმგებელია აცეტალდეჰიდის აცეტალდეჰიდ კონვერტირებაში ალკოჰოლის მეტაბოლიზმის დროს. შედეგად, აცეტალდეჰიდის კონცენტრაცია იზრდება და მისი აკუმულირება ხდება სისხლში, რაც იწვევს არასასიამოვნო დისულფირამ-ეთანოლის რეაქციას. ეს სიმპტომატიკა შემაჩერებელი გარემოებაა ალკოჰოლის მიღების გაგრძელებისთვის.

დისულფირამის მიღებიდან 12 საათის განმავლობაში ალკოჰოლის დაღვევის შემთხვევაში 15 წუთში ვითარდება ალკოჰოლ-დისულფირამული რეაქცია, რომელიც გამოიხატება სახის წამოხურებაში, სახისა და კისრის არის ვაზოდილატაციაში, ოფლიანობასა და პულსირებად თავის ტკივილში. საშუალო ხარისხის ინტენსივობისას, უფრო ხშირად, 30-60 წუთში, ვითარდება გულისრევა, ტაქიკარდია, გულისცემის გაძლიერება, ჰიპერვენტილაცია, ჰიპოტენზია და სუნთქვის გაძნელება. უფრო მძიმე რეაქციების დროს ვითარდება პირღებინება, რესპირატორული დეპრესია, გულ-სისხლძარღვთა კოლაფსი, არიტმიები, მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის მწვავე შეგუბებითი უკმარობა და შესაძლოა, ლეტალური გამოსავალი. ხარისხი, რომლითაც ინდივიდი ავლენს ამ რეაქციებს დამოკიდებულია ალკოჰოლისა და დისულფირამის დოზებზე, მაგრამ ალკოჰოლის მცირე ოდენობამაც დისულფირამის რეკომენდებული დოზების მიღებისას შეიძლება გამოიწვიოს მსუბუქი რეაქციები. Ayerst Laboratories მიხედვით, მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის რეაქციები შეიძლება განვითარდეს, როცა სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაცია აღწევს 10მგ/100მლ-ზე და 50მგ-ს 100მლ-ზე შესაბამისად. რეაქციების ხანგრძლივობა საშუალოდ 1-3 საათია.

დისულფირამის მიცემა შეიძლება ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიდან 4-5 დღეში. უფრო ადრე მიცემამ შეიძლება არასასურველი რეაქციები გამოიწვიოს.

ამჟამად, დისულფირამის სამკურნალო რეკომენდაციები გულისხმობს დისულფირამის მინიმალურ დოზას, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს მცირე, მაგრამ არაკომფორტული ფიზიოლოგიური დისულფირამ-ეთანოლის რეაქციები და შეადგენს საშუალოდ, 250 მგ-ს ყოველდღიურად (125-500მგ-ს მერყეობით). უკანასკნელი მონაცემებით, რეკომენდებული 250მგ/დღ არის უსაფრთხო, კარგად ასატანი დოზა და შეიძლება გამოყენებულ იქნას ალკოჰოლიზმის მკურნალობის მხარდასაჭერად, ალკოჰოლის მოხმარებისა და რელაფსის პრევენციისათვის. ამასთან, 600-800მგ დისულფირამის მიცემა კვირაში ორჯერ მინიმუმ 1 წლის განმავლობაში არ იწვევს რაიმე გვერდით მოვლენებს. დისულფირამით მკურნალობის ოპტიმალური ვადის დასადგენად სისტემური კვლევები ჩატარებული არ არის. სავარაუდოდ, პაციენტებმა შეიძლება მიიღონ დისულფირამი იმდენ ხანს, რამდენ ხანსაც მათთვის სასარგებლო იქნება აბსტინენციის შესანარჩუნებლად.

ალკოჰოლის მიღების გარეშე, დისულფირამის გვერდითი ეფექტები შედარებით მსუბუქია, მაგრამ შეიძლება მოიცავდეს მოთენთვას, თავის ტკივილს, ალერგიულ დერმატიტებს, იმპოტენციას და მეტალის ან ნიურის მსგავს გემოს პირში. ჰეპატოტოქსიურობა- პოტენციურად ფატალური მდგომარეობა დისულფირამის მკურნალობის შედეგად, შექცევადი მოვლენაა, თუ ღვიძლის დაზიანების პირველივე ნიშნების გამოვლენისას პაციენტს შეუჩერდება მისი მიცემა. ეს მოვლენა შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული აგრეთვე პაციენტის გათვიცნობიერებითაც ჰეპატოტოქსიურ სიმპტომატიკაში და ღვიძლის ფუნქციების პერიოდული კონტროლით. რადგან ალკოჰოლით დაავადებულ პაციენტებში ისედაც ხშირია ღვიძლის ფუნქციების დარღვევები, ამიტომ საჭიროა მჭიდრო მონიტორინგი. დისულფირამის მიცემა არ არის ნაჩვენები ფესმძიმე ქალებში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და ცერებრო-ვასკულარული სისტემების დაავადებებისას, ტვინის ორგანული სინდრომის დროს (მაგ. როცა პაციენტი შეიძლება ვერ აცნობიერებდეს დისულფირამ-ეთანოლის რეაქციებს), ან ღვიძლის ფუნქციების მნიშვნელოვანი დარღვევებისას.

სიფრთხილვა საჭირო პაციენტებში, რომელთაც გადატანილი აქვთ ალკოჰოლური დელირიუმი. შესაძლოა განვითარდეს დისულფირამული ფსიქოზი ფერმენტ დოფამინ-ჰიდროქსილაზას ინჰიბირების გამო (ამ ფერმენტის მეშვეობით ხდება დოფამინის გარდაქმნა ნორადრენალინად).

დისულფირამის მიცემა არ შეიძლება პაციენტის ინფორმირებულობისა და თანხმობის გარეშე. დისულფირამის ტოქსიური ეფექტებისა და შესაძლო ლეტალური გამოსავლის შესახებ განმარტების წინასწარი მიცემა აუცილებელი წინაპირობაა მკურნალობის დასაწყებად. პაციენტებს უნდა მიეცეთ გარფთხილება, რომ თავი აარიდონ ყოველგვარი სახის ეთანოლს (მათ შორის სპირტზე დამზადებულ მედიკამენტებს). დისულფირამი ორგანიზმიდან ნელა გამოიყოფა. ბოლო მიღებიდან 1-2 კვირის მერეც კი ალკოჰოლის დაღვევა შეიძლება ალკოჰოლ-დისულფირამული რეაქციის მიზეზი გახდეს.

კონტროლირებადი კლინიკური კვლევების მიხედვით, არ ვლინდება დისულფირამის უპირატესობა პლაცებო ჯგუფებთან შედარებით ტოტალური აბსტინენციის, რელაფსის გადავადების, დასაქმების გაუმჯობესების ან სოციალური სტაბილურობის მიღწევის თვალსაზრისით. მეტა-ანალიზები სმის მხოლოდ უმნიშვნელო შემცირებას აღწერენ დისულფირამის გამოყენებისას. აღსანიშნავია, რომ კლინიკური კვლევების უმრავლესობა არასრულფასოვანია კვლევის დიზაინისა და მეთოდოლოგიის მიხედვით. ასე მაგ. 1948-1971 წელს ჩატარებული 40-ზე მეტი კვლევიდან მხოლოდ ერთი იყო სწორი დიზაინისა, ხოლო უფრო მოგვიანებით, Garbut et al.-ის მიხედვით, ორალურ ნალტრექსონზე ჩატარებული 135 კვლევიდან მხოლოდ 5 იყო კონტროლირებადი კლინიკური კვლევა. ეს საფუძველია არაერთგვაროვანი შედეგებისა. მეთოდოლოგიური ასპექტები გულისხმობს ნაკლოვანებებს ბრმა მეთოდის თვალსაზრისით, მკურნალობის დაცვის აღრიცხვის არქონას, მცირე მკურნალობის შემდგომ დაკვირვების პერიოდს, დისულფირამის არ ჩართვას მკურნალობის სრულ პაკეტში და სუბიექტების არარანდომიზაციას. ამ მხრივ ყველაზე სრულყოფილად შეიძლება ჩაითვალოს ამერიკაში ვეტერანების ჰოსპიტალებში ჩატარებული ფართო, მულტიცენტრული,

რანდომიზირებული, პლაცებო-კონტროლირებადი ბრმა კვლევა, რომლის მიხედვითაც პაციენტებს, რომლებიც იღებდნენ 250მგ დისულფირამს და იცავდნენ მკურნალობის რეჟიმს, აღენიშნებოდათ მნიშვნელოვნად მცირე დაღვეის დღეები პლაცებო ჯგუფთან ან 1მგ დისულფირამის რეჟიმის ჯგუფთან შედარებით. თუმცა, თავად პროცენტი პაციენტებისა, რომლებიც იცავდნენ მკურნალობის რეჟიმს, იყო დაბალი- მხოლოდ 20%-მა 577-დან დაასრულა კვლევა.

მკურნალობის რეჟიმის დაცვა საკვანძო მომენტია დისულფირამის ეფექტურობის საბოლოო განსაზღვრისათვის. Chick et al-ის მიერ ჩატარებული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მიხედვით, სუპერვიზირებული 200მგ დისულფირამით მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა C ვიტამინით მკურნალობის საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. სხვა მნიშვნელოვან ფაქტორებს, რომლებიც ასოცირებულია დისულფირამით მკურნალობის ეფექტურობასთან, მიეკუთვნება: ასაკი (40 წელს ზემოთ), ალკოჰოლის მიღების ხანგრძლივი ისტორია, სოციალური სტაბილურობა, მაღალი მოტივაცია და ანონიმური ალკოჰოლიკების ჯგუფების დასწრება, სამკურნალო კავშირების შენარჩუნება, კოგნიტური ინტაქტურობა.

მიუხედავად, კონტროლირებადი კვლევების სიმწირისა და მათი არაერთგვაროვანი შედეგებისა, უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტები, რომლებიც წარმატებულნი არიან აბსტინენციის მიღწევის თვალსაზრისით, ხშირად დისულფირამის მომხმარებლები არიან. მტკიცებულებების ნაკლებობა ხელს არ უშლის პაციენტებს და ექიმებს პრეპარატის ხელმისაწვდომობაში.

დისულფირამის იმპლანტაციური ფორმა

დისულფირამის კანქვეშა იმპლანტაცია დაინერგა 1968 წელს (10X100მგ დისულფირამი). თუმცა დისულფირამის იმპლანტაციას სავარაუდოდ უნდა გადაეწყვიტა მკურნალობის რეჟიმის დაცვის პრობლემა, მისი ეფექტურობა სათუთა. კვლევები, რომლებიც მის ეფექტურობაზე მეტყველებენ, მეთოდოლოგიურ წუნს განიცდიან. უფრო ახლახანს ჩატარებული რანდომიზირებული, კონტროლირებადი კლინიკური კვლევების მიხედვით კი შედეგები არაერთგვაროვანია და არ განსხვავდება მნიშვნელოვნად პლაცებო ჯგუფების შედეგებისგან დაღვეის პატერნების ან პირველი რელაფსის დროის თვალსაზრისით. ორივე ჯგუფში მნიშვნელოვნად შეამცირეს პაციენტებმა სმა. სავარაუდოდ, თუ პაციენტს სჯერა, რომ ჩაკერებული აქვს დისულფირამი, ალკოჰოლის მიღებისას პლაცებოს დროს (კალციუმის ფოსფატის იმპლანტაცია) რეაქცია ისეთივეა, როგორც ნამდვილი პრეპარატის იმპლანტირებისას. მეორეს მხრივ, იმპლანტირებული დისულფირამის შემთხვევაში ალკოჰოლის მიღებისას სუსტი ალკოჰოლ-დისულფირამული რეაქცია აიხსნება დისულფირამის არასაკმარისი აბსორბციით ან დისულფირამის არაადეკვატური რაოდენობის გამონთავისუფლებით სისხლში ორალურ დისულფირამთან შედარებით. ამერიკაში დისულფირამის იმპლანტაცია არ არის დაშვებული.

ტოპირამატი

ტოპირამატი – ანტიკოლფუსანტი, ეფექტურია ალკოჰოლ-დამოკიდებულების სამკურნალოდ ალკოჰოლისადმი ლტოლვის შემცირებისთვის, რადგან იწვევს მეზოლიმბური დოფამინის შემცირებას.

8. ალკოჰოლიზმის მართვის ალგორითმი

მომდევნო 4 გვერდზე მოცემულია ალკოჰოლიზმის მართვის ალგორითმი, რომელიც გულისხმობს საფეხურებრივ მიდგომას (4 საფეხური). აქედან პირველი ორი საფეხური მდგომარეობის შეფასებას ეთმობა, ხოლო ბოლო ორი – დაავადების მკურნალობას და ხანგრძლივ მეთვალყურეობას.

საშენიშარი 1.

ჰკითხეთ ალკოჰოლის მიღების შესახებ

➔ პრესკრინინგი: სვამთ ხანდახან ლუღს, ღვინოს ან სხვა ალკოჰოლურ სასმელებს?

არა

სკრინინგი დასრულებულია

კი

ჰკითხეთ სკრინინგით გათვალისწინებული კითხვა „მძიმე სმის დღეების“ რაოდენობის შესახებ:

განვლილი წლის მანძილზე რამდენჯერ დაგიღევიათ:

5 და მეტი დაღევა დღეში (მაშაკაცებისთვის) 4 და მეტი დაღევა დღეში (ქალებისთვის)

ერთი სტანდარტული დაღევა: 360 მლ ლუდი, 150 მლ ღვინო, 40 მლ მაგარი სასმელი (მაგ., 40%-იანი არაყი)

➔ თუ პაციენტი იყენებს თვითშეფასების კითხვარს (AUDIT), დანიშნულ აშუღან

სკრინინგის შედეგი დადებითია?

- AUDIT-ის ქულა ≥ 8 მაშაკაცებისთვის;
- ≥ 4 ქალებისთვის;

კი

ბაღაღი მმ-2 საშენიშარზე

სკრინინგის შედეგი დადებითია?

- მძიმე სმის ერთი ან მეტი დღე

კი

- ურჩიეთ, არ გასცდეს მითითებულ ფარგლებს:

სმის მათსიმალური საზღვრები

65 წლამდე ასაკის ჯანმრთელი მაშაკაცებისთვის:

- არა უმეტეს 4 დაღევისა დღეში, და
- არა უმეტეს 14 დაღევისა კვირაში.

ჯანმრთელი ქალებისთვის და 65 წელს გადაცილებული ჯანმრთელი მაშაკაცებისთვის:

- არა უმეტეს 3 დაღევისა დღეში, და
- არა უმეტეს 7 დაღევისა კვირაში.

- ურჩიეთ უფრო დაბალი ზღვარი ან აბსტინენცია სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით: მაგ., პაციენტებისთვის, რომლებიც:

- იღებენ წამლებს, რომლებიც ურთიერთ-ქმედებენ ალკოჰოლთან;
- აქვთ დაავადება, რომელსაც ამძიმებს ალკოჰოლის მიღება;
- არიან ორსულები (ურჩიეთ აბსტინენცია)

- გამოხატეთ მზადყოფნა, ღიად ისაუბროთ ალკოჰოლის მიღებაზე და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე;

- ჩაატარეთ ყოველწლიური განმეორებითი სკრინინგი.

- თქვენი პაციენტი არის სარისკო სმის ზღვართან; სმის უფრო ზუსტი სურათის მისაღებად დაადგენეთ კვირაში:

- საშუალოდ, კვირაში რამდენი დღე იღებთ ალკოჰოლს?

X

- სმის დროს, ჩვეულებრივ, რამდენ „დაღევას“ სვამთ?

საშუალოდ კვირაში

- გამოიყენეთ CAGE კითხვარი;
- გააკეთეთ ჩანაწერი პაციენტის ბარათში მძიმე სმის დღეების რაოდენობის შესახებ გასული წლის განმავლობაში და საშუალო მანვენებელი კვირაში.

ბაღაღი მმ-2 საშენიშარზე

საშენიშნური 2.

შეაფასე ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევები

გაარკვიეთ, არის თუ არა ალკოჰოლის მოხმარების მაღადაპტაციური ტიპი, რომელიც იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან დარღვევას ან დისტრესს. აუცილებელია, გაირკვევს ალკოჰოლთან დაკავშირებული სიმპტომების სიმძიმე და ხასიათი, რაც დაგეხმარებათ მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში. ქვემოთ მოცემული სიმპტომები ადაპტირებულია **ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოდან, მე-4 განახლებული გამოცემა (DSM-4)**. შეფასების კითხვების ნიმუშები ხელმისაწვდომია ინტერნეტის საშუალებით www.niaaa.nih.gov/guide.

გაარკვიეთ, გასული 12 თვის განმავლობაში თქვენი პაციენტის სმა განმეორებით იწვევდა თუ არა ან განაპირობებდა:

- ❑ **სხეულის დაზიანების რისკს** (ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა, ტექნიკასთან ურთიერთობა, ცურვა);
- ❑ **ურთიერთობის პრობლემებს** (ოჯახში ან მეგობრებთან);
- ❑ **მოვალეობის შეუსრულებლობას** (სახლში, სამსახურში, სასწავლო დაწესებულებაში);
- ❑ **სამართალდარღვევებს** (დაპატიმრება ან სხვა სახის სამართლებრივი პრობლემები);

თუ ერთი ან რამდენიმე პასუხი დადებითია, თქვენ პაციენტი ალკოჰოლის მავნედ მომხმარებელია

ყველა შემთხვევაში გააგრძელეთ ალკოჰოლზე დამოკიდებულების შეფასება.

გაარკვიეთ, გასული 12 თვის განმავლობაში აღენიშნებოდა თუ არა თქვენს პაციენტს:

- ❑ **არ შეეძლო სმის საზღვრების დაცვა** (განმეორებით აჭარბებდა ზღვარს);
- ❑ **არ შეეძლო სმის შემცირება ან შეწყვეტა** (განმეორებითი უშედეგო ცდები);
- ❑ **გამოხატული ტოლერანტობა** (უფრო მეტი სმა იმავე ეფექტის მისაღებად);
- ❑ **ალკოჰოლის გამოხატული ნიშნები** (ტრემორი, ოფლიანობა, გულისრევა და უძილობა, როცა ცდილობს სმის შემცირებას ან შეწყვეტას);
- ❑ **სმის გაგრძელება პრობლემების მიუხედავად** (განმეორებითი ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური პრობლემები);
- ❑ **დროის დიდი ნაწილის სმაში გატარება** (ან სმის მოლოდინში ან ნასვამი მდგომარეობიდან გამოსვლაში);
- ❑ **ნაკლები დროის დათმობა სხვა საქმიანობებისთვის** (საქმიანობები, რომლებიც მანამდე მნიშვნელოვანი ან სასიამოვნო იყო);

თუ სამ ან მეტი პასუხი დადებითია, თქვენ პაციენტს აქვს ალკოჰოლზე დამოკიდებულება.

აკმაყოფილებს თუ არა პაციენტი ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების ან ალკოჰოლზე დამოკიდებულების კრიტერიუმებს

არა

თქვენს პაციენტს მაინც აქვს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების განვითარების რისკი

გადადი „სარისკო სმის“ მ-3 და მ-4 საშენიშნურებზე

კი

თქვენს პაციენტს აქვს ალკოჰოლიზმი

გადადი „ალკოჰოლიზმის“ მ-3 და მ-4 საშენიშნურებზე

საფუძვლი 3. ურჩივ და დაეხმარე (ხანმოკლე ჩარევა)

- **მაგიოდ ჩამოყალიბეთ თქვენი დასკვნა და რჩევა:**
 - „თქვენ სვამთ ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო რაოდენობაზე მეტს“; დაუკავშირეთ პაციენტის წუხილს (ჯანმრთელობის საკითხებზე) და თქვენს ხელთ არსებულ სამედიცინო მონაცემებს, თუკი ასეთი არსებობს (გამოიყენეთ შესაბამისი ცხრილი რისკის განმარტებისათვის);
 - „მე ცალსახად გირჩევთ, შეამციროთ სმა (ან თავი დაანებოთ სმას) და მე მსურს, რომ დაეხმაროთ“
- **შეაფასეთ პაციენტის მზაობა, შეცვალოს ალკოჰოლის სმის ჩვევა:**
 - „ბაქვთ სურვილი, რომ ვისაუბროთ თქვენს მიერ ალკოჰოლის სმის ჩვევის შეცვლის შესახებ?“

არის პაციენტი მზად, მიიღოს გადაწყვეტილება სმის ჩვევის შეცვლაზე ახლა?

არა

კი

- არ დაყაროთ ფარ-ხმალი – ყოყმანი ჩვეულებრივი ამბავია. თქვენმა რჩევამ, სავარაუდოდ, უკვე უბიძგა პაციენტს განსხვავებულად იფიქროს, რაც თავისთავად დადებითი შედეგია. განმეორებითი მცდელობის შედეგად თქვენმა პაციენტმა შეიძლება გადაწყვიტოს მოქმედება. ამჯერად:
- **გაუმეორეთ თქვენი შეხედულება და წუხილი** მისი ჯანმრთელობის შესახებ;
 - **უბიძგეთ განსჯისკენ** და სთხოვეთ აწონდაწონოს, რა მოსწონს სმაში და რა არის სმის შემცირების არგუმენტები. რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი წინააღმდეგობა, რაც ცვლილებას უშლის ხელს.
 - **გაუმეორეთ, რომ გსურთ დაეხმაროთ,** როგორც კი თვითონ იქნება მზად.

- **დაეხმარეთ განსაზღვროს მიზანი,** შეამციროს სმა დასაშვებ ზღვრებამდე ან დროებით თავი შეიკავოს სმისგან;
- **შეთანხმდით გეგმაზე,** მათ შორის:
 - რა კონკრეტულ ნაბიჯებს გადადგამს პაციენტი (მაგ., არ შეიაროს სამსახურის შემდეგ, შეაფასოს და გააზომოს შინ ალკოჰოლის მიღება, ერთმანეთს შეუნაცვლოს ალკოჰოლური და არაალკოჰოლური სასმელები);
 - როგორ დააფიქსირებს ალკოჰოლის მიღებას (დღიური, კალენდარი);
 - როგორ გაართმევს თავს პაციენტი სარისკო სიტუაციებს;
 - ვის ექნება სურვილი, დაეხმაროს: ახლობლები, არასმსმელი მეგობრები.
- **მიაწოდეთ საგანმანათლებლო მასალები,** (იხ. გაიდლაინის თანმხლები დოკუმენტები).

საფუძვლი 4. ხანგრძლივი მეთვალყურეობა: გააგრძელეთ მხარდაჭერა

შეძლო პაციენტმა სმასთან დაკავშირებული მიზნის მიღწევა და შენარჩუნება?

არა

კი

- **გაითვალისწინეთ, რომ ცვლილების მიღწევა რთულია;**
- **წახალისეთ ნებისმიერი დადებითი ცვლილება** და ყურადღება გაამახვილეთ წინააღმდეგობებზე, რომლებიც მიზნის მიღწევას უშლის ხელს;
- **განმეორებით შეათანხმეთ მიზანი და გეგმა;** შესთავაზეთ, მოსინჯოს სმის შეწყვეტა;
- **შესთავაზეთ ახლობლების ჩართვა;**
- **განმეორებით შეაფასეთ დიაგნოზი,** თუ პაციენტს არ ძალუძს სმის შემცირება ან თავის დანებება.

- **ხელი შუწყვეთ, დაეხმარეთ რეკომენდაციების რეგულარულად შესრულებაში;**
- **განმეორებით შეათანხმეთ სმასთან დაკავშირებული მიზნები** (თუ შეიცვალა სამედიცინო ჩვენებები ან პაციენტს კვლავ უნდა სმის დაწყება მისი შეწყვეტის შემდგომ);
- **წახალისეთ და გაამხნევეთ პაციენტი კვლავ მისდოს რეკომენდაციებს,** მისი დარღვევის შემთხვევაში;
- **ყოველწლიურად ჩაატარეთ განმეორებითი სკრინინგი.**

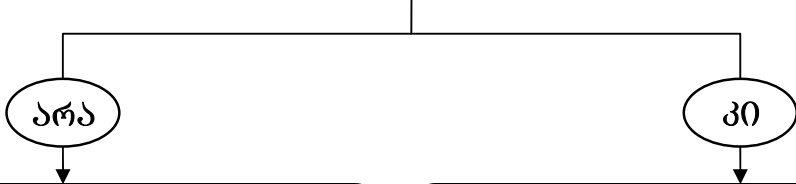
საშენიშარი 3. ურჩიე და დაეხმარე (ხანოძკლე ჩარევა)

- **მკაფიოდ ჩამოაყალიბეთ თქვენი დასკვნა და რჩევა:**
 - „მე დარწმუნებული ვარ, რომ თქვენ ალკოჰოლიზმით ხართ დაავადებული. ცალსახად გირჩევთ, შეწყვიტოთ სმა და მე სურვილი მაქვს, დაგეხმაროთ“;
 - დაუკავშირეთ პაციენტს წუხილს (ჯანმრთელობის საკითხებზე) და თქვენს ხელთ არსებულ სამედიცინო მონაცემებს, თუკი ასეთი არსებობს;
- **შეთახმდით სმასთან დაკავშირებულ მიზანზე**
 - სმის შეწყვეტა ალკოჰოლიზმით დაავადებული პაციენტების უძრავლესობისათვის ყველაზე უსაფრთხო არჩევანია;
 - პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების ან დამოკიდებულების საშუალო ფორმა და არ სურთ სმის შეწყვეტა, შეიძლება ერჩიოთ სმის ინტენსიურობის შემცირება.
- **განიხილეთ რეფერალის საჭიროება სხვა სპეციალისტთან დამატებითი შეფასებისათვის,** განსაკუთრებით დამოკიდებულების შემთხვევაში.
- **განიხილეთ ურჩიოთ ურთიერთდახმარების ჯგუფებში ჩართვის საჭიროება;**
- **პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, განიხილეთ საჭიროება:**
 - სმის შეწყვეტის სამედიცინო მართვისა (დეტოქსიკაციისა) და შესაბამისი მკურნალობისა;
 - ალკოჰოლზე დამოკიდებულების წამლის დანიშნისა, როცა პაციენტი სმის შეწყვეტას გეგმავს.
- **შეათანხმეთ მომდევნო ვიზიტები,** მათ შორის წამლით მკურნალობის მართვის მხარდაჭერ ღონისძიებებთან დაკავშირებული ვიზიტები.

საშენიშარი 4. ხანგრძლივი მეთვალყურეობა: გააგრძელეთ მხარდაჭერა

შემახსენებელი: ყოველთვის დააფიქსირე ალკოჰოლის მოხმარების მანქვნებლები და თითოეული ვიზიტის დროს განიხილე სმასთან დაკავშირებული მიზნები. თუ პაციენტი იღებს წამალს ალკოჰოლზე დამოკიდებულების გამო, აუცილებელია მედიკამენტური მკურნალობის მართვის მხარდაჭერი ღონისძიებების ჩართვა.

შეძლო პაციენტმა სმასთან დაკავშირებული მიზნის მიღწევა და შენარჩუნება?



- არა**
- გაითვალისწინეთ, რომ ცვლილების მიღწევა რთულია;
 - მხარი დაუჭირეთ ნებისმიერ მცდელობას შეამციროს ან შეწყვიტოს სმა; ამასთან, მკაფიოდ აღნიშნეთ, რომ თქვენ ურჩევთ სმის შეწყვეტას;
 - დაუკავშირეთ სმა არსებულ (სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ) პრობლემებს.
 - თუ ქვემოთ ჩამოთვლილი ღონისძიებები არ არის გამოყენებული, განიხილეთ საჭიროება:
 - ნარკოლოგთან რეფერალი ან მასთან კონსულტაციისა;
 - ურთიერთდახმარების ჯგუფებში ჩართვის რჩევისა;
 - ახლობლების ჩართვისა;
 - ალკოჰოლზე დამოკიდებულების წამლის დანიშნისა, როცა პაციენტი სმის შეწყვეტას გეგმავს.
 - მართე ჯანმრთელობის თანმხლები პრობლემები – თერაპიული და ფსიქიკური.

- კი**
- ხელი შეუწყვეთ, დაეხმარეთ რეკომენდაციების მუდმივ შესრულებაში;
 - შეათანხმეთ მკურნალობა სპეციალისტთან, თუ პაციენტი დათანხმდა რეფერალს;
 - მედიკამენტური მკურნალობა გააგრძელეთ, სულ მცირე 3 თვის მანძილზე, შემდგომ კი – კლინიური ჩვენებების მიხედვით;
 - უმკურნალოთ თანმხლებ დამოკიდებულებას ნიკოტინზე 6-დან 12-თვემდე სმასთან დაკავშირებული მიზნის მიღწევის შემდეგ;
 - მართე ჯანმრთელობის თანმხლები პრობლემები – თერაპიული და ფსიქიკური.

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების სკრინინგის, შეფასების, და მკურნალობისას პირველადი ჯანდაცვის მუშაკი აწელება სამართლებრივ და ეთიკურ საკითხებს პირადი ცხოვრებისა და კონფიდენციალურობის შესახებ.

სკრინინგი ან ლაბორატორიული ტესტირების ჩატარება მიზანშეწონილია შეთანხმდეს პაციენტთან. ასევე, პაციენტთან კონსულტირებაა საჭირო, სანამ კლინიცისტი პაციენტის წამალმოხმარების შესახებ რაიმე საკითხს განიხილავს სხვა პირთან – ოჯახის წევრთან, დამქირავებელთან/თანამშრომელთან, სამკურნალო პროგრამების ან სამართალდამცავი ორგანოების წარმომადგენლებთან.

ერთი გზა, დაიცვას პაციენტის პირადი ცხოვრება და თავიდან აიცილოს არსებული წესების დარღვევა, არის სპეციალური ისტორიის/ანკეტის შექმნა ან წამალმოხმარების შესახებ ნებისმიერი ინფორმაციის თუ ჩანაწერების შენახვა ისეთი სახით, რომელიც უზრუნველყოფს, ერთი მხრივ, ინფორმაციის აკურატულობას, მაგრამ, მეორე მხრივ, იცავს პაციენტის კონფიდენციალურობას.

ექსპერტთა ჯგუფის რეკომენდაციით, პაციენტის შესახებ ამ ტიპის ინფორმაცია უნდა ინახებოდეს საქაღალდეებში სპეციალური აღნიშვნის გარეშე ან ჩანაწერების სახით, რომელიც არ ახდენს პრობლემის, როგორც წამალმოხმარების შედეგის იდენტიფიცირებას.

აშშ-ში ჩანაწერების შენახვის შემდეგი სამი წესია მოწოდებული, პაციენტის ავტონომიურობისა და პირადი ცხოვრების დასაცავად:

1. “მინიმალისტური” მიდგომა, რომლის მიხედვითაც კლინიცისტს შეაქვს მხოლოდ ის ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა აკურატულობისათვის და ამასთან ხმარობს ნეიტრალურ ტერმინოლოგიას შეძლებისდაგვარად;
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გამოცალკევება ისტორიის/ანკეტის გამოყოფილ “კონფიდენციალურ” სექციაში – ე.წ. “rubber lent“, რომელიც გაზიარებული იქნება სხვა კლინიცისტებთან მხოლოდ აუცილებელი საჭიროების შემთხვევაში და რომელიც არ იქნება ხელმისაწვდომი ყველა თანამშრომლისათვის, რომელიც ხელს მოკიდებს ანკეტას/ისტორიას;
3. “სეპარაციული ლოკაცია“- გულისხმობს სენსიტიური ინფორმაციის ცალკე შენახვას, ეს შეიძლება იყოს დაკეტილი კაბინეტი ან ან სხვა განცალკევებული დაცული არე.

კლინიცისტები უნდა იცნობდნენ კანონს სახელმწიფოში, რომელიც იცავს/ავალდებულებს სამედიცინო ინფორმაციის შენახვა/გამჟღავნებას კონკრეტულ სფეროში.

10. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის განახლების ვადაა 2 წელი.

11. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

12. ალტერნატიული გაიდლაინი

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

13. გამოყენებული ლიტერატურა

1. A national clinical guideline; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care.; first published 2003; Update to printed guideline 7Dec 2004;
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>;
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/index.html>
2. Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327; 536-542
3. [Addolorato G](#), [Ancona C](#), [Capristo E](#), [Gasbarrini G](#). Metadoxine in the treatment of acute and chronic alcoholism: a review. [Int J Immunopathol Pharmacol](#). 2003 Sep-Dec;16(3):207-14
4. [Alcohol misuse](#) PDF/Adobe Acrobat - [HTML ვერსია](#)
www.mentalneurologicalprimarycare.org/downloads/primary_care/Alcohol_misuse.pdf
5. Ayerst Laboratories. Antabuse (Disulfiram) in Alcoholism. Philadelphia, PA: Wyeth-Aerst Company; 2001.
6. Ashenden, R. & Silagy, C. & Weller, D. (1997): A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* 14 (2): 160–176
7. Bien, T.H. & Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88: 315–336
8. Beich, A. & Thorsen, T. & Rollnick, S. (2003): Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 327: 536–542
9. Ballesteros, J. & Duffy, J.C. & Querejeta, I. & Arino, J. & González-Pinto, A. (2004): Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 (4): 608–618
10. Bertholet, N. & Daepfen, J.-B. & Wietlisbach, V. & Fleming, M. & Burnand, B. (2005): Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. *Archives of Internal Medicine* 165: 986–995
11. Berks J, McCormick R [Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review](#). *Int Psychogeriatr*. 2008 Dec;20(6):1090-103. Epub 2008 Jun 9.]
12. [Bonnet U](#), [Banger M](#), [Leweke FM](#), [Specka M](#), [Müller BW](#), [Hashemi T](#), [Nyhuis PW](#), [Kutscher S](#), [Burtscheidt W](#), [Gastpar M](#). Treatment of acute alcohol withdrawal with gabapentin: results from a controlled two-center trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2003 Oct; 23(5):514-9

13. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. JAMA. 1988 Jan 1; 259(1):51-4. [PubMed Entry](#)
14. Chic J, Gough K, Falkowski W., et al. Disulfiram treatment of alcoholism. Br J Psychiatry. 1992; 161: 84-89.
15. Denise Ernst, William R. Miller, Stephen Rollnick. Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. International Journal of Integrated Care – Vol. 7, 10 October 2007 – ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/> Projects and Developments.
16. Data collection and analysis. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review) 1 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
17. Database of Abstracts of Reviews of Effects-DARE Produced by the Centre for Reviews and Dissemination-CRD. Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. Database entry date 9 August 2008. Copyright©2008 University of York.
18. David A. Fiellin, MD; M. Carrington Reid, PhD, MD; and Patrick G. O'Connor, MD, MPH. Outpatient Management of Patients with Alcohol Problems. 21 November 2000 | Volume 133 Issue 10/Pages 815-827
19. D'Onofrio, G. & Degutis, L.C. (2002): Preventive Care in the Emergency Department: Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems in the Emergency Department – A Systematic Review. Academic Emergency Medicine 9 (6): 627–638
20. David Bridgers. Acute Alcohol Withdrawal: Guidelines for Evaluation and Treatment; 2002
21. [Díaz Martínez MC](#), [Díaz Martínez A](#), [Villamil Salcedo V](#), [Cruz Fuentes C](#). Efficacy of metadoxine in the management of acute alcohol intoxication. [J Int Med Res](#). 2002 Jan-Feb;30(1):44-51
22. Eirini I Vasilaki, Steven G. Hosier and W. Miles Cox. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol & Alcoholism Vol. 41, No. 3, pp. 328–335, 2006
23. [EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: Report of an EFNS task force.](#); EFNS-European Federation of Neurological Societies (<http://www.efns.org>); European Journal of Neurology 2005, 12: 575-581; National Guideline Clearinghouse; status: current release. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9648&nbr=005164&string=%22EFNS+guideline+on+the+diagnosis%22+and+%22management+of+alcohol-related+seizures%3a++Report+of+an+EFNS+task+force.%22
24. Evelyn P. Whitlock, MD, MPH; Michael R. Polen, MA; Carla A. Green, PhD, MPH; C. Tracy Orleans, PhD; Jonathan Klein, MD, MPH. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults. Ann Intern Med. 2004; 140:558–569
25. European health for all database World Health Organization, Regional Office for Europe <http://hfadb.who.dk/hfa> PDF
26. [Factsheet 15: Brief Interventions](#); ფაილის ფორმატი: PDF/Adobe Acrobat - [HTML ვერსია](#) www.alcoholconcern.org.uk/files/20030814_164104_Brief%20interventions.pdf
27. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. [Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review](#). Arch Intern Med. 2000 Jul 10; 160(13):1977-89.

28. Furieri FA, Nakamura-Palacios EM, (2007). Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 2007 Nov; 68(11):1691-1700.
29. Goldstein A;Gwyther R; Ripley-Moffitt C. *Essentials of Family Medicine*. Fifth Edition. 2007- Psychiatric Problems and Substance Abuse. Chapter 46. Addictions.http://sutlib2.sut.ac.th/sut_contents/H114878.pdf
30. Guideline title: Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances. National Guideline Clearinghouse, status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9118&nbr=004932&string=Detoxification+and+%22substance+abuse+treatment%3a+co-occurring+medical%22+and+%22psychiatric+conditions%22
31. Guideline title: Detoxification and substance abuse treatment: co-occurring medical and psychiatric conditions. National Guideline Clearinghouse. Status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9119&nbr=004933&string=Detoxification+and+%22substance+abuse+treatment%3a+co-occurring+medical%22+and+%22psychiatric+conditions%22
32. Guideline title: Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances. National Guideline Clearinghouse. Status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9118&nbr=004932&string=Detoxification+and+%22substance+abuse+treatment%3a+co-occurring+medical%22+and+%22psychiatric+conditions%22
33. *Global Status Report on Alcohol 2004*.
www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
34. *GEORGIA ფაილის ფორმატი: PDF/Adobe Acrobat - HTML ვერსია*
COUNTRY PROFILES. EUROPEAN REGION. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. 1. © World Health Organization 2004
www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/georgia.pdf
35. Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. *Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence*. *JAMA* 1999; 281(14):1318-1325;
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/281/14/1318>
36. Hilary Smith Connery, M.D., Ph.D., Herbert D. Kleber, M.D. Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second edition [Guideline Watch \(April 2007\)](#) DOI: 10.1176/appi.books.9780890423363.149073;
<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=149073>
37. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. [Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal](#). *CMAJ*. 1999 Mar 9;160 (5):649-55.PMID: 10101999 [PubMed - indexed for MEDLINE]
38. Helen M.Pettinati, Charles P.O'Brien, Amanda R. Rabinowitz, Shoshana M. Wortman, David W. Oslin, Kile M. Kampman and Charles A. Dackis. The Status of Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Volume 26, Number 6, December 2006.
39. [Helping Patients Who Drink Too Much](#) PDF/Adobe Acrobat *How to Help Patients Who Drink Too Much: A Clinical Approach*.
pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf

40. Jesse J. Suh; Helen M. Pettinati; Kyle M. Kampman and Charles P. O'brien. The Status of Disulfiram (A half of a Century Later). Review Article. *Journal of Clinical Pharmacology*; Volume 26, Number 3, June 2006, pp: 290-302.
41. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
42. Kaner EFS, F Beyer, H O Dickinson, E Pienaar, F Campbell, C Schlesinger, N Heather, J Saunders and B Burnand. Brief interventions in primary care for alcohol misuse: Cochrane review *International Journal of Epidemiology* 2007;36:1186–1189 doi:10.1093/ije/dym224
43. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27(1):67-73.
44. Kahan, M. & Wilson, L. & Becker, L. (1995): Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 152: 851–859
45. Kiefer F, Wiedemann K. [Combined therapy: what does acamprosate and naltrexone combination tell us?](#) *Alcohol Alcohol*. 2004 Nov-Dec; 39(6):542-7. Epub 2004 Sep 29. PMID: 15456690 [PubMed - indexed for MEDLINE]
46. Leonid S. Shpilenya¹, Alexander P. Muzychenko¹, Giovanni Gasbarrini¹, Giovanni Addolorato¹ Metadoxine in Acute Alcohol Intoxication: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118913132/abstract-c1#c1> Received for publication April 4, 2001; accepted December 6, 2001
47. MCLR DÍAZ MARTÍNEZ, A DÍAZ MARTÍNEZ, V VILLAMIL SALCEDO AND C CRUZ FUENTES. Efficacy of Metadoxine in the Management of Acute Alcohol Intoxication. *The Journal of International Medical Research* 2002; 30: 44 – 51
48. Miller, W. R. (1995). *Motivational Enhancement Therapy with drug abusers*. Albuquerque, NM: University of New Mexico, Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. Retrieved from <http://casaa.unm.edu/download/METManual.pdf>
49. Miller, W. R., Rollnick, S., & Moyers, T. B. (1998). *Motivational interviewing professional training [DVD]*. Albuquerque, NM: University of New Mexico.
50. *Motivational Enhancement Therapy*; Date of Review: September 2007; http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=182
51. Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gwaltney CJ, Spirito A, Rohsenow DJ, Woolard R. Motivational Interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*. 2007 Aug; 102(8):1234-43. Epub 2007 Jun 12.
52. Moyer, A. & Finney, J.W. & Swearingen, C.E. & Vergun, P. (2002): Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97: 279–292
53. Mariani JJ, Rosenthal RN, Tross S, Singh P, Anand OP [A randomized, open-label, controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal.](#) *Am J Addict*. 2006 Jan-Feb; 15(1):76-84.
54. Michael F. Mayo-Smith, MD, MPH; Lee H. Beecher, MD; Timothy L. Fischer, DO; David A. Gorelick MD, PhD; Jeanette L. Guillaume, MA; Arnold Hill, MD; Gail Jara, BA; Chris

- Kasser, MD; John Melbourne, MD. Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence-Based Practice Guideline. Arch Intern Med- 12-Jul-2004; 164(13):1405-12
55. Mayo-Smith MF. [Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal.](#) JAMA. 1997 Jul 9; 278(2):144-51. PMID: 9214531 [PubMed - indexed for MEDLINE]
 56. Mann K, Lehert P, Morgan MY. [The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis.](#) Alcohol Clin Exp Res. 2004 Jan;28(1):51-63.PMID: 14745302 [PubMed - indexed for MEDLINE]
 57. [Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers William R Miller, Ph.D.](#)
ფაილის ფორმატი: PDF/Adobe Acrobat - [HTML ვებსაიტი](#)
 58. MARY-ANNE ENOCH, M.D., M.R.C.G.P., and DAVID GOLDMAN, M.D. Problem Drinking and Alcoholism: Diagnosis and Treatment. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, Maryland Am Fam Physician 2002;65:441-8,449-50.
Copyright©2002 American Academy of Family Physicians
 59. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services. Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis. July 2004 (2nd printing, August 2004; 3rd printing, May 2005)
 60. [Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JP.](#) Benzodiazepines for alcohol withdrawal. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2005 Jul 20; (3):CD005063.
 61. Nilsen, P. & Baird, J. & Mello, M. & Nirenberg, T. & Woolard, R. & Bendtsen, P. & Longabaugh, R. (2007): A Systematic Review of Emergency Care Brief Alcohol Interventions for Injury Patients. Journal of Substance Abuse Treatment. 14 December 2007, Epub ahead of print
 62. Nilsen P.& Kaner E & Babor T. F.: Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS VOL. 25. 2008 . 6
 63. Poikolainen, K. (1999): Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol-intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive Medicine 28: 503–509
 64. Prince V, Turpin KR, Treatment of alcohol withdrawal syndrome with carbamazepine, gabapentine and nitrous oxide. Am J Health Syst Pharm. 2008 Jun 1; 65 (11):1039-47
 65. *Pharmacotherapy for Alcohol Dependence.* Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 3, January 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/alcosumm.htm>
 66. [Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JP, Contopoulos-Ioannidis DG.](#) Anticonvulsants for alcohol withdrawal. : [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2005 Jul 20; (3):CD005064
 67. Population and Statistics Division of the United Nations Secretariat, World Bank World Development Indicators database, The World Health Report 2004
 68. [principles of drug addiction t r e a t m e n t](#) A research-based guide ფაილის ფორმატი: PDF/Adobe Acrobat - [HTML ვებსაიტი](#) National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health www.drugnet.bizland.com/Principles.pdf
 69. Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1986). *Towards a comprehensive model of change in:* W.R. Miller & N. Heather (Eds) Treating addictive behaviours: processes of change. (Plenum, New York).
 70. Richard Saitz. Review: universal screening in general practice can identify excessive drinkers suitable for brief interventions. *Evid. Based Ment. Health* 2004; 7; 37

71. [Reinert DF, Allen JP](#). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. [Alcohol Clin Exp Res](#). 2007 Feb;31(2):185-99
72. Rösner S, Leucht S, Lehert P, Soyka M. [Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes](#). *J Psychopharmacol*. 2008 Jan; 22(1):11-23.
73. Scouller K, Conigrave KM, Macaskill P, Irwig L, Whitfield JB [Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of gamma-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis](#). *Clin Chem*. 2000 Dec;46(12):1894-902.
74. SMTD-2007; Current Medical Diagnosis & Treatment 2007; 46th annual volume. Substance Use Disorders
75. Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh28-2/57-62.htm>
76. Screening, diagnosis and referral for substance use disorders. © 1998-2008 National Guideline Clearinghouse Date Modified: 11/3/2008. BIBLIOGRAPHIC SOURCE(S): Michigan Quality Improvement Consortium. Screening, diagnosis and referral for substance use disorders. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007 Aug. 1 p.
77. Salaspuro, M. (2003): Intervention against Hazardous Alcohol Consumption – Secondary Prevention of Alcohol Problems. In: Berglund, M. & Thelander, S. & Jonsson, E. (eds.): Treating Alcohol and Drug Abuse. Weinheim, Germany: Wiley-VCH
78. [Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement](#). United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1989 (revised 2004 Apr 6). 10 pages. NGC: 003399; National *Guideline* Clearinghouse; status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4618&nbr=003399&string=Screening+and+%22behavioral+counseling+interventions+in+primary+care+to+reduce++alcohol+misuse%3a+recommendation+statement.%22
79. [Screening and ongoing assessment for substance use](#). New York State Department of Health - State/Local Government Agency [U.S.]. 2005 Mar. 11 pages. NGC:004202; National *Guideline* Clearinghouse; status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6848&nbr=004202&string=Screening+and+%22ongoing+assessment+for+substance+use.%22
80. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. [Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials](#). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005 Jun;8(2):267-80. PMID: 15850502 [PubMed - indexed for MEDLINE]
81. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. [Opioid antagonists for alcohol dependence](#). *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25; (1):CD001867. Review. PMID: 15674887 [PubMed - indexed for MEDLINE]
82. [Shpilenya LS, Muzychenko AP, Gasbarrini G, Addolorato G](#). Metadoxine in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. [Alcohol Clin Exp Res](#). 2002 Mar;26(3):340-6
83. TIP 45: Detoxification and substance abuse treatment: SAMSHA; 2006 Jan 18, p 41-111; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.85492#toptop>
[AHCPR Archived reports, Put Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology Advisory Committee](#) → [SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols](#)
→ 45. [TIP 45. Detoxification and Substance Abuse Treatment](#)

84. TIP 24: A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Center of Substance Abuse Treatment (CSAT); SAMSHA 1997;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.45293> [AHCP](#)
[Archived reports, Put Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology
 Advisory Committee](#) → [SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols](#) A Guide to
 Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians; *Treatment Improvement
 Protocol (TIP) Series 24*
85. TIP 19: Detoxification from alcohol and other drugs; chapter 3- Clinical Detoxification
 Protocols; DHHS Publication No (SMA) 95-3046 Printed 1995.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.39784>; [AHCP](#)
[Archived reports, Put Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology
 Advisory Committee](#) → [SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols](#)
 Detoxification From Alcohol and Other Drugs. *Treatment Improvement Protocol (TIP)
 Series 19*
86. TIP 28: Naltrexone and Alcoholism Treatment. [AHCP Archived reports, Put
 Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology Advisory Committee](#)
 → [SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols](#) → 28. [TIP 28: Naltrexone And
 Alcoholism Treatment](#); DHHS Publication No. (SMA) 98-3206 Printed 1998
87. The American Psychiatric Association (APA) Practice Guidelines- Practice Guideline for
 the treatment of patients with substance use disorders, second edition, 2006
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_5.aspx
88. [APA Practice Guidelines](#) > [Substance Use Disorders](#) Treatment of Patients with
 Substance Use Disorders, Second Edition
89. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES; National Institutes of Health;
 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients with Alcohol
 Problems. A HEALTH PRACTITIONER'S GUIDE. NIH Publication No. 03-3769. January
 2003; pp28
90. U.S. Department of Health & Human Services National Institutes of Health National
 Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and other drugs. Alcohol Alert.
 Num 76. July 2008, 1-6.
91. [Váli L, Blázovics A, Fehér J](#). The therapeutic effect of metadoxine on alcoholic and non-
 alcoholic steatohepatitis. [Orv Hetil](#). 2005 Nov 20;146(47):2409-14.
92. Verheul R, Lehert P, Geerlings PJ, Koeter MW, van den Brink W. [Predictors of
 acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including
 1485 alcohol-dependent patients](#). *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Mar;178 (2-
 3):167-73. Epub 2004 Aug 19. PMID: 15322728 [PubMed - indexed for MEDLINE]
93. Wilk, A.I. & Jensen, N.M. & Havighurst, T.C. (1997): Meta-analysis of Randomized Con-
 trol Trials Addressing Brief Interventions in Heavy Alcohol Drinkers. *Journal of General
 Internal Medicine* 12: 274-283.
94. Whitlock, E.P. & Polen, M.R. & Green, C.A. & Orleans, T. & Klein, J. (2004): Behavioral
 Counselling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by
 Adults: A Summary of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals
 of Internal Medicine* 140: 557-568
95. Warren Thompson; R Gregory Lande; Raj K Kalapatapu. Alcoholism. Updated: Aug 19,
 2008; [http://emedicine.medscape.com/article/285913-
 overview#section~AuthorsandEditors#section~AuthorsandEditors](http://emedicine.medscape.com/article/285913-

 overview#section~AuthorsandEditors#section~AuthorsandEditors)

14. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)
მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

⇒ გვანცა ფირალიშვილი, გივი ჯავაშვილი, ზურა სიხარულიძე, ეკატერინე გემაზაშვილი, თამარ ზურაშვილი, გურამ კიკნაძე (რედაქტორი)

ექსპერტები:

- ⇒ ნარკოლოგთა პროფესიული ასოციაცია;
- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

15. ღანართები

ღანართი 1. CAGE, Cyr-Wartman და T-ACE კითხვარები

ინსტრუმენტი	კითხვები	ინტერპრეტაცია
CAGE/AID კითხვარი	ოდესმე თუ C: გიფიქრიათ, რომ თქვენ უნდა შეამციროთ დალევა/ნარკოტიკების მოხმარება?	დადებითი პასუხი რომელიმე 2 შეკითხვაზე არის პოზიტიური სკრინინგი და სასურველია დასაზუსტებლად შემდგომი შეკითხვების დასმა მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობისა და ამ მოხმარების ხანგრძლივობის შესახებ და თანმხლები უარყოფითი შედეგების თაობაზე.
	A: გაუღიზიანებიხართ ხალხის კრიტიკას თქვენი სმის/ნარკოტიკების მიღების შესახებ?	
	G: თავი გიგრძნიათ ცუდად ან დამნაშავედ თქვენი სმის/ნარკოტიკების მიღების გამო?	
	E: ყოფილა დალევა/ნარკოტიკების მიღება პირველი რამ, რაც გაგიკეთებიათ დილით, გამოზარხოშებისგან თავის დასადწევად ან ტონუსის ასაწევად?	
Cyr-Wartman-ის კითხვარი	1. როდის დალიეთ ბოლოს? (დადებითი პასუხი არის გუშინ ან დღეს)	დადებითი პასუხი რომელიმე შეკითხვაზე არის პოზიტიური სკრინინგი და სასურველია დასაზუსტებლად შემდგომი შეკითხვების დასმა მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობისა და ამ მოხმარების ხანგრძლივობის შესახებ და თანმხლები უარყოფითი შედეგების თაობაზე.
	2. ოდესმე შეგქმნიათ პრობლემა ალკოჰოლის მიღებით? (დადებითი პასუხია - დიახ)	

ტესტი ქალებისთვის: **T-ACE** კითხვარი. იდენტურია **CAGE** კითხვარის 3 კითხვა- **CAE**, ხოლო ერთი კითხვა ჩანაცვლებულია კითხვით ტოლერანტობის შესახებ: რამდენი უნდა დალიოთ, რომ დათვრეთ? შეფასება იგივეა. ეს ცვლილება განპირობებულია ქალების გაძლიერებული ბრალეულობის განცდით ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების გამო, რამაც შეიძლება ცრუ დადებითი პასუხი მოგვცეს დანაშაულის განცდის შესახებ შეკითხვაზე.

**დანართი 2. ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული აშლილობების
საიდენტიფიკაციო ტესტი (AUDIT): ინტერვიუს ვერსია**

<p>1. რამდენად ხშირად სვამთ ალკოჰოლიან სასმელს? (0) არასოდეს [გადადი შეკითხვებზე 9-10] (1) თვეში ერთხელ ან უფრო იშვიათად (2) თვეში 2-4-ჯერ (3) კვირაში 2-3-ჯერ (4) კვირაში 4-ზე მეტჯერ</p>	<p>6. გასული წლის მანძილზე რამდენად ხშირად გჭირდებოდათ დილით დაღევა აზრზე მოსასვლელად მას შემდეგ, რაც წინა დღეს ბევრი დალიეთ? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე</p>
<p>2. რამდენ ჭიქას (1 დოზა ალკოჰოლს) სვამთ ჩვეულებრივ, დაღევის დროს? (0) 1 ან 2 (1) 3 ან 4 (2) 5 ან 6 (3) 7, 8, ან 9 (4) 10 ან მეტს</p>	<p>7. გასული წლის მანძილზე რამდენად ხშირად გქონდათ ბრალეულობის განცდა ან სინდისის ქენჯნა დაღევის შემდეგ? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე</p>
<p>3. რამდენად ხშირად სვამთ 6 ან მეტ ჭიქას (1 დოზა ალკოჰოლს) ერთ დაღევაზე? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე <i>გადადი შეკითხვებზე 9 და 10, თუ ჯამური ქულა მე-2 და მე-3 შეკითხვებისთვის = 0.</i></p>	<p>8. გასული წლის მანძილზე რამდენად ხშირად გქონდათ შემთხვევები, როცა ვერ იხსენებდით, რა მოხდა წინა დღეს იმის გამო, რომ მოვრალი იყავით? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე</p>
<p>4. გასული წლის მანძილზე რამდენჯერ მისულხართ დასკვნამდე, რომ ვერ ახერხებთ დაღევის შეწყვეტას, თუ ერთხელ დაიწყეთ? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე</p>	<p>9. იყო თუ არა თქვენი დაღევა თქვენი ან სხვისი ტრავმის მიღების მიზეზი? (0) არა (1) დიახ, მაგრამ არა გასულ წელს (2) დიახ, გასული წლის მანძილზე</p>
<p>5. გასული წლის მანძილზე რამდენად ვერ ასრულებდით ჩვეულ საქმიანობებს და დაკისრებულ მოვალეობებს იმის გამო, რომ დალიეთ? (0) არასოდეს (1) უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ (2) თვეში ერთხელ (3) კვირაში ერთხელ (4) ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე</p>	<p>10. თქვენი ნათესავი, მეგობარი, ექიმი ან სხვა მედიცინის მუშაკი გამოხატავდა თუ არა შეშფოთებას თქვენი დაღევის გამო ან გთავაზობდათ თუ არა შეგემცირებინათ მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობა? (0) არა (1) დიახ, მაგრამ არა გასულ წელს (2) დიახ, გასული წლის მანძილზე</p>
<p>ჩაწერეთ ჯამური ქულა უჯრაში</p> <p><i>თუ ცოტალური ქულა აღემატება რეკომენდებულს, ჩაუტარეთ სრული კონსულტაცია.</i></p>	

8-15 ქულა – საშუალო სიმძიმის დამოკიდებულება; **16 და მეტი ქულა** – ძლიერი დამოკიდებულება.

**ალკოჰოლის მოხმარების ტიპი და კითხვარის შინაარსი AUDIT
კითხვარში**

ალკოჰოლის მოხმარების ტიპი	კითხვის ნომერი	კუთხტის შინაარსი
ალკოჰოლის სახიფათო მოხმარება Hazardous Alcohol Use	1	დაღვების სიხშირე (Frequency of drinking)
	2	ჩვეულებრივი რაოდენობა (Typical quantity)
	3	ჭარბი მოხმარების სიხშირე (Frequency of heavy drinking)
დამოკიდებულების სიმპტომები Dependence Symptoms	4	დაღვებაზე კონტროლის დაქვეითება
	5	impaired control over drinking
	6	დაღვებისას ექსცესების გაზრდა Increased salience of drinking
ალკოჰოლის მავნე მოხმარება Harmful Alcohol Use	7	დილით სმა Morning drinking
	8	სინდისის ქენჯნა დაღვების შემდეგ Guilt after drinking
	9	მეხსიერების ჩავარდნები Blackouts
	10	ალკოჰოლით გამოწვეული ტრავმები Alcohol-related injuries
		სხვების შეშფოთება Others concerned about drinking

დანართი 3. წამალმოსმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების სკრინინგი (CRAFT)

- როდესმე თუ მჯდარხართ მანქანაში, რომლის მძღოლიც (თქვენი ჩათვლით) ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ ყოფილა?
- ხომ არ სვამთ ალკოჰოლს ან იღებთ ნარკოტიკებს რელაქსაციის მიზნით, იმისთვის, რომ თავი უკეთ იგრძნოთ,?
- ხომ არ სვამთ ალკოჰოლს ან იღებთ ნარკოტიკებს მარტოობის დროს?
- თქვენ ან რომელიმე თქვენი ახლო მეგობარი ხომ არ სვამთ ან იღებთ ნარკოტიკებს?
- თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს ხომ არ აქვს ალკოჰოლთან ან ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემები?
- როდესმე ხომ არ ჩავარდნილხართ ცუდ მდგომარეობაში სასმელის ან ნარკოტიკების მოხმარების გამო (მაგალითად, სკოლის გაცდენა, ცუდი ნიშნები, პრობლემები მშობლებთან ან კანონთან)?
ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების დროს ხომ არ ჩაგიდენიათ ისეთი რამ, რასაც ნორმალურ მდგომარეობაში არ გააკეთებდით; მაგალითად, – წესების და კანონების დარღვევა, სქესობრივი კავშირის დამყარება ვინმესთან?

ორი ან მეტი დადებითი პასუხის შემთხვევაში საჭიროა უფრო ვრცელი შეფასების ჩატარება.

ღანართი 4. მიჩიგანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგის ტესტი (MAST) და მისი შემოკლებული ვარიანტი ბერიატრიული პრაქტიკისთვის (SMAST-G)

მიჩიგანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგის ტესტი (MAST)

Mast-ტესტი არის მარტივი თვით-შეფასების ტესტი, რომელიც გვეხმარება სმასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოვლენაში.

ქვემოთ მოცემულ შეკითხვებზე შემოხაზეთ პასუხები **დიახ** ან **არა**:

1. თვლით თუ არა, რომ ზომიერად სვამთ? (ზომიერი – გულისხმობს: დაახლოებით ისე, როგორც ადამიანების უმეტესობა)
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
2. წინა საღამოს დაღვევის შემდეგ, თუ გაგიღვიძიათ დილას და აღმოგიჩენიათ, რომ ვერ იხსენებთ წინა საღამოს მოვლენების ნაწილს?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
3. რომელიმე თქვენს ახლობელს ან მეგობარს ხომ არ დაუჩივლია ან გამოუთქვამს შეშფოთება თქვენი სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
4. შეგიძლიათ ადვილად შეწყვიტოთ სმა 1-2 ჭიქის შემდეგ?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
5. როდესმე თავი დამნაშავედ ხომ არ გიგრძენიათ სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
6. როდესმე დასწრებისართ თუ არა ალკოჰოლიკების ანონიმურ შეხვედრას?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
7. როდესმე გინახებიათ ნასვამ მდგომარეობაში?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
8. როდესმე პრობლემა ხომ არ შეგქმნიათ სმის გამო ახლო ნათესავებთან ან მეგობრებთან?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
9. თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს ან ახლო მეგობარს ვინმესთვის ხომ არ მიუძმართავს დახმარებისთვის თქვენი სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**
10. როდესმე მეგობრები ხომ არ დაგიკარგავთ სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ** **არა**

11. როდესმე სამსახურში პრობლემები ხომ არ შეგქმნიათ სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
12. როდესმე სამსახური ხომ არ დაგიკარგავთ სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
13. როდესმე ხომ არ მიგიტოვებიათ თქვენი ვალდებულებები, ოჯახი ან სამსახური ორი ან მეტი დღით, სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
14. შუადღემდე ხშირად სვამთ ხოლმე?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
15. როდესმე ვინმეს ხომ არ უთქვამს თქვენთვის, რომ ღვიძლის პრობლემა მაგ.: ციროზი გაქვთ?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
16. როდესმე, დიდი რაოდენობით დაღვევის შემდეგ, თუ გქონიათ თეთრი ცხელება, ძლიერი კანკალი, მხედველობითი ან სმენითი პალუცინაციები?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
17. როდესმე ვინმესთვის ხომ მიგიმართავთ დახმარებისთვის სმის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
18. როდესმე საავადმყოფოში თუ მოხვედრილხართ დაღვევის გამო?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
19. როდესმე სმის გამო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში თუ მოხვედრილხართ?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
20. როდესმე თუ მიგიმართავთ ექიმისთვის, სოც. მუშაკისთვის, ღვთისმსახურისთვის ან ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრისთვის ემოციური პრობლემების გამო, რომელთა ნაწილის მიზეზიც სმა ყოფილა?
შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**
21. ერთ ჯერზე მეტად თუ ყოფილხართ დაკავებული ნასვამ მდგომარეობაში საჭესთან?

შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**

22. როდესმე, რამოდენიმე საათით მაინც თუ ყოფილხართ დაკავებული ნასვამ მდგომარეობაში სხვა საქციელის გამო (თუ დიახ, რამდენჯერ -----)?

შემოხაზეთ პასუხი: **დიახ არა**

Mast-ტესტის შეფასება:

დაიწერეთ ერთი ქულა, თუ თქვენი პასუხებია:

- 1. არა
- 2. დიახ
- 3. დიახ
- 4. არა
- 5. დიახ
- 6. დიახ
- 7-22. დიახ

შეპრიბეთ ქულები და შეადარეთ შედეგები:

0-2	როგორც ჩანს, პრობლემა არ გაქვთ		
3-5	ადრეული ან შუალედური დაკავშირებული პრობლემა გაქვთ	სტადიის	სმასთან
6 ან მეტი	პრობლემური მსმელი		

**მიჩიბანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგის მოკლე ტესტი –
ბერიატორული ვერსია (SMAS-T-G)**

	დიახ (1)	არა (0)
1. სხეუბთან ლაპარაკში ხომ არ ამბობთ ხოლმე, რომ იმაზე ნაკლებს სვამთ, ვიდრე სინამდვილეში?		
2. ხომ არ სვამთ ხოლმე რამდენიმე ჭიქას საჭმლის გარეშე, ან შემდეგ ხომ არ ტოვებთ კეებას, იმის გამო, რომ აღარ გშიათ?		
3. რამდენიმე ჭიქა სასმელი ხომ არ გიმცირებთ ტრემორს ან კანკაღს?		
4. ალკოჰოლის მიღების გამო, ზოგჯერ ხომ არ გაგჭირვებიათ დღის ან ღამის მოვლენების გარკვეული ნაწილის გახსენება?		
5. ჩვეულებრივ სასმელს რელაქსაციისთვის ან ნერვების დასამშვიდებლად ხომ არ დებულობთ?		
6. პრობლემების დასაგვიწყებლად ხომ არ სვამთ ხოლმე?		
7. ცხოვრებაში განცდილი წარუმატებლობების დროს, სმა ხომ არ მოგიმატებიათ?		
8. როდესმე თქვენს ექიმს ან ექთანს ხომ არ უთქვამთ, რომ შემფოთებულნი არიან თქვენი სმის გამო?		
9. დალევასთან დაკავშირებით, როდესმე რაიმე წესები ხომ არ დაგიდგენიათ?		
10. როდესაც თავს მარტოდ გრძნობთ, დალევა თუ გშველით?		

ქულათა საერთო რაოდენობა (0-10) -----

შეფასება: ორი ან მეტი დადებითი პასუხი არის ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების ინდიკატორი.

დანართი 5. ცვლილებისთვის მზაობის კითხვარი

წაიკითხეთ წინადადებები გულისყურით. თითოეული მათგანისთვის მონიშნეთ გრაფა, რომელიც საუკეთესოდ ასახავს თქვენს შეგრძნებებს. თქვენი პასუხი იქნება პრივატული და კონფიდენციალური.

	მკაცრად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვარ დარწმუნებული	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები
1 ჩემი სმა ნორმალურია ისეთი, როგორც არის					
2 მე ვცდილობ დავლიონ ნაკლები, ვიდრე ვსვამდი					
3 მე მსიამოვნებს/ვაკონტროლებ დაღევას, მაგრამ ხანდახან ზედმეტი მომდის					
4 სასურველია დაგუკლო სმას					
5 დროის კარგვან ვიფიქრო ჩემს დაღვეაზე					
6 სწორედ ახლახანს შევცვალე ჩემი დაღვევის ჩვევა					
7 ზოგი ამბობს, რომ აქვს სურვილი შეცვალოს რაიმე სმასთან დაკავშირებით, მაგრამ მე ვაკეთებ რაღაცას ამისთვის					
8 მე იმ საფეხურზე ვარ, როცა ჯობია ვიფიქრო დაღვევის შემცირებაზე					
9 ჩემი დაღვევა პრობლემაა					
10 ჩემთვის მისაღებია შევინარჩუნო ჩემი სმის ახლანდელი დონე					
11 მე სწორედ ახლა ვცვლი ჩემი სმის ჩვევას					
12 ჩემი ცხოვრება ისეთივე იქნება, მშვიდი					

ცვლილებისთვის მზაობის კითხვარის შეფასება

გაანალიზების წინა სტადიის პუნქტებია 1, 5, 10 და 12. გაანალიზების საფეხურის პუნქტებია 3, 4, 8 და 9. მოქმედების ამსახველი პუნქტებია 2, 6, 7 და 11. ყველა პუნქტი ფასდება 5 პუნქტიანი სკალით შემდეგ დიაპაზონში:

- მკაცრად არ ვეთანხმები -2
- არ ვეთანხმები -1
- არ ვარ დარწმუნებული 0
- ვეთანხმები +1
- სრულიად ვეთანხმები +2

თითოეული სკალისთვის ქულების გამოთვლისთვის მარტივად ემატება ამ სკალის შეკითხვებიდან თითოეული პუნქტის ქულები ერთმანეთს.

დიაპაზონი თითოეული სკალისა არის -8 დან 0-ის ჩათვლით +8-მდე. უარყოფითი ქულა ასახავს მთლიან არ დათანხმებას პუნქტთან, როცა პოზიტიური ქულა წარმოადგენს მთლიან თანხმობას.

ყველაზე მაღალი ქულა ასახავს ცვლილების საფეხურს.

შენიშვნა: თუ ორი სკალის ქულები ტოლია, მაშინ უფრო წინ მდგომი (მომდევნო) სკალა ცვლილების დონის ამსახველ დიაპაზონში გამოხატავს პირის ცვლილების დონეს. მაგ. თუ სუბიექტის ჯამური ქულა გაანალიზების წინა სტადიისთვის არის 6, და ასევე გაანალიზების სტადიისთვისაც არის 6 და მოქმედების ფაზისთვის არის -2, მაშინ ცვლილების მზაობის საფეხური არის გაანალიზების სტადია.

გაითვალისწინეთ, რომ დადებითი ქულები გაანალიზების წინა სტადიის სკალაზე გამოხატავს ცვლილებებისთვის მზაობის ნაკლოვანებას.

იმისთვის, რომ მიიღოთ ქულა გაანალიზების წინარე სტადიისთვის, რომელიც ამსახველი იქნება ცვლილებისთვის მზაობისა, რომლის შედარებაც შეიძლება გაანალიზების სტადიისა და მოქმედების სტადიების ქულებთან, მარტივად შეაბრუნეთ მიღებული ქულის ნიშანი საწინააღმდეგო ნიშნით (იხილეთ ქვემოთ)

თუ ერთი პუნქტი 4-იდან რომელიმე სკალაზე იქნება გამოტოვებული, პირის ქულა ამ სკალაზე უნდა შესწორდეს, ანუ გამრავლდეს 1.33-ზე. თუ 2 ან მეტი პუნქტი იქნება გამოტოვებული, სკალის ქულა ვერ გამოითვლება.

ამ შემთხვევაში ცვლილების საფეხურის შეფასება ინვალიდური იქნება.

სკალის საფეხური	ქულა	ცვლილებისთვის მზაობა	ქულა
გაანალიზების წინა სტადია		გაანალიზების წინა სტადია (შებრუნებული ქულა)	
გაანალიზების სტადია		გაანალიზების სტადია (იგივე ქულა)	
მოქმედების სტადია		მოქმედების სტადია (იგივე ქულა)	
ცვლილების საფეხური- (გაანალიზების წინა სტადია, გაანალიზების სტადია, მოქმედების სტადია)			

რა გააკეთო და როდის?

ცვლილების საფეხური	კლინიციისტი ამოცანა
გაცნობიერების წინა სტადია	ექვსის გადრმავება- გააძლიერე პაციენტის პერცეპცია რისკების და პრობლემების მიმართ, რომლებიც დაკავშირებულია მის ქცევასთან
გაცნობირება	დააბალანსე- გამოიკვლიე მიზეზები ცვლილებებისთვის და რისკები, ცვლილებების არ განხორციელების შემთხვევაში, გააძლიერე პაციენტის თვით-ინიციატივა ქცევის ცვლილებისთვის
გადაწყვეტილება	დაეხმარე პაციენტს შეარჩიოს მოქმედების საუკეთესო გზა ცვლილებისკენ
მოქმედება	დაეხმარე პაციენტს ნაბიჯების გაკეთებაში ცვლილებისთვის
შენარჩუნება	დაეხმარე პაციენტს მოახდინოს რეციდივის პრევენციის სტრატეგიების იდენტიფიცირება/გამოყენება
რეციდივი	დაეხმარე პაციენტს საფეხურის განახლებაში განსჯის და საყვედურების გარეშე რეციდივის გამო

ღანართი 6. ალკვეთის სიმპტომატიკა

ალკვეთის სიმპტომატიკა		
ნივთიერება	ალკვეთის სტადია, სიმძიმის ხარისხი	სიმპტომები
ალკოჰოლი და ჰიპნოზურ/სედატიური აგენტები	1 (მცირე)	მოუსვენრობა, შფოთვა, ძილის პრობლემები, აუიტაცია, ტრემორი, ტაქიკარდია, სუბფებრილიტეტი, ოფლიანობა, სისხლის წნევის მომატება
	2 (დიდი)	პირველი საფეხურის სიმპტომატიკას დამატებული ვიზუალური ან აუდიალური ჰსლუცინაციები, მთელი სხეულის კანკალი, პულსი აღემატება 100-ს წუთში, დიასტოლური წნევა აღემატება 100 მმ ჰგ-ს, პროფუზული ოფლიანობა, პირღებინება
	3 (კრიტიკული მდგომარეობა-სიკვდილიანობა 2-5%)	თეთრი ცხელება, $t > 37.8^{\circ}\text{C}$ (100°F), დეზორიენტაცია დროში, ადგილში, პიროვნებაში, ზოგადი აბნევა, ოჯახის წევრების და სხვა პირების შეუცნობლობა
	შენიშვნები:	<ul style="list-style-type: none"> • განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო, თუ უცვარი ალკვეთა სიცოცხლისათვის სახიფათო შეიძლება იყოს • ალკოჰოლის მიზეზით გულყრები შეიძლება განვითარდეს 12-48 საათში ბოლო დაღვევიდან; ბარბიტურატებით გამოწვეული გულყრები ჩვეულებრივ, ბოლო მიღებიდან 72 საათში ვითარდება • ბენზოდიაზეპინების ალკვეთას მანიფესტაციისთვის 1 კვირა ან მეტი შეიძლება დასჭირდეს.
ოპიატები	0	ლტოლვა ნარკოტიკის მიმართ, შფოთვა, ნარკოტიკის მოპოვების ინტენსიური ქმედებები
	1	მოქნარება, ოფლიანობა, ცრემლდენა, სურდო
	2	მიდრიაზი, ბატის კანი, კუნთების კრთომა, უმადობა
	3	ინსომნია; პულსის, სისხლის წნევის და სუნთქვის სიხშირის მომატება; მუცლის კოლიკა, პირღებინება, ფაღარათი, სისუსტე
სტიმულატორები (კოკაინი, მეტამფეტამინი და სხვ.)	დეპრესია, ჰიპერსომნია, დაღლილობა, თავის ტკივილი, გაღიზიანებულობა, კონცენტრაციის დაქვეითება, მოუსვენრობა, სუიციდის მცდელობა მიიმე შემთხვევებში. ნარკოტიკის მიმართ ლტოლვა გახანგრძლივებული და ინტენსიურია; პარანოია და მწვავე ფსიქოზები	

დანართი 7. ალკოჰოლური აღკვეთის შეფასების სკალა
Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)

პაციენტი: _____ თარიღი: _____

დრო: _____

პულსი ან გულის რიტმი წუთში: _____ სისხლის
წნევა: _____

გულისრევა და პირღებინება – შეეკითხეთ: “გაქვთ გულისრევის შეგრძნება?
პირღებინება?” დაკვირვების შედეგები:

0 გულისრევა და პირღებინება არ აღენიშნება

1 საშუალოდ გამოსატული გულისრევა პირღებინების გარეშე

2

3

4 პერიოდული გულისრევა მშრალი პირღებინებით რეფლექსური
მოძრაობებით

5

6

7 მუდმივი გულისრევა, ხშირი პირღებინებით მოძრაობებით, ზიდებით
და პირღებინებით

ტრემორი – პაციენტის ხელები წინაა გამოწეული და თითები გაშლილი.
დაკვირვების შედეგები:

0 ტრემორი არ არის

1 არ არის შესამჩნევი ნიშნები, მაგრამ შეიძლება შეიგრძნობოდეს თითის
წვერებზე

3

4 ზომიერი, პაციენტის მიერ ხელების გაშლის დროს

5

6

7 ძლიერი, ხელების გაშლის გარეშეც

პაროქსიზმული ოფლი – დაკვირვების შედეგები:

0 არ არის გამოსატული

1 ოდნავ შესამჩნევი ოფლი, ხელის გულების სისველე

2

3

4 ოფლით დაცვარული შუბლი

5

6

7 ძლიერი ოფლიანობა

შფოთვა – შეეკითხეთ: “აღელვებული ხართ?” დაკვირვების შედეგები:

0 შფოთვა არ არის გამოსატული

1 სუსტი შფოთვა

2

3

4 ზომიერი შფოთვა ან დაძაბულობა, რაც შფოთვას შეიძლება ნიშნავდეს

5

6

7 მწვავე პანიკური მდგომარეობის ექვივალენტი, როგორსაც ადგილი აქვს მძიმე დელირიუმის ან მწვავე შიზოფრენიული რეაქციის დროს

აგზნება – დაკვირვების შედეგები:

0 ნორმალური აქტივობა

1 გარკვეულწილად აღემატება ნორმალურ აქტივობას

2

3

4 საშუალო შფოთვა და მოუსვენრობა

5

6

7 წინ და უკან სიარული საუბრისას ან მკვეთრი მოძრაობების კეთება, ბორგვა

ტაქტილური დარღვევები- შეეკითხეთ: “გაქვთ ქავილი, ნემსების ჩხვლეტის, წვის, დაბუყების შეგრძნება? ან ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება კანზე ან კანქვეშ? დაკვირვების შედეგები:

0 არა

1 ძალიან სუსტი ქავილი, ნემსების ჩხვლეტის შეგრძნება, წვა ან დაბუყება

2 მსუბუქი ქავილი, ნემსების ჩხვლეტის შეგრძნება, წვა ან დაბუყება

3 ზომიერი ქავილი, ნემსების ჩხვლეტის შეგრძნება, წვა ან დაბუყება

4 საშუალო ინტენსივობის ჰალუცინაციები

5 ძლიერი ჰალუცინაციები

6 განსაკუთრებით ძლიერი ჰალუცინაციები

7 მუდმივი ჰალუცინაციები

აუდილური დარღვევები— შეეკითხეთ: “გაწუხებთ რაიმე ხმები თქვენს გარშემო? ისინი უსიამოვნოა? გაშინებენ ისინი? გესმით ისეთი რამ, რაც თქვენ განერვიულებთ? გესმით ისეთი რამ, რაც თქვენ იცით, რომ არ არსებობს?” დაკვირვების შედეგები:

0 არა

1 ძალიან სუსტი ინტენსივობის ან შემაშინებელი

2 სუსტი ინტენსივობის ან შემაშინებელი

3 ზომიერი ინტენსივობის ან შემაშინებელი

4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები

5 ძლიერი ჰალუცინაციები

6 განსაკუთრებით ძლიერი ჰალუცინაციები

7 მუდმივი ჰალუცინაციები

ვიზუალური დარღვევები – შეეკითხეთ: “გეჩვენებათ, რომ შუქი ძალიან მკვეთრია? არის ეს ფერი უჩვეულო? ის ცუდად მოქმედებს თვალებზე? ხედავთ ისეთ რამეს, რაც თქვენ გაშფოთებთ? ხედავთ ისეთ რამეს, რაც თქვენ იცით, რომ არ არის?” დაკვირვების შედეგები:

0 არა

1 ძალიან მსუბუქი აღქმადობა

2 მსუბუქი აღქმადობა

3 ზომიერი აღქმადობა

- 4 საშუალო სიმძიმის ჰალუცინაციები
- 5 ძლიერი ჰალუცინაციები
- 6 განსაკუთრებით ძლიერი ჰალუცინაციები
- 7 მუდმივი ჰალუცინაციები

თავის ტკივილი, სიმძიმე თავში—შეეკითხეთ: “რაიმე უცნაური შეგრძნება ხომ არ გაქვთ თავში? ხომ არა გაქვთ შეგრძნება, რომ თავზე საღტე გაქვთ შემორტყმული?” თავბრუსხვევა და გონებრივი დაზიანება არ შეაფასოთ. შეაფასეთ სიმძიმე. დაკვირვების შედეგები:

- 0 არ აღნიშნავს
- 1 ძალიან მსუბუქი შეგრძნებები
- 2 მსუბუქი
- 3 ზომიერი
- 4 საშუალო სიმძიმის
- 5 მძიმე
- 6 ძალიან მძიმე
- 7 განსაკუთრებით მძიმე

ორიენტაცია და ცნობიერების დაბინდვა – შეეკითხეთ: “რა დღეა დღეს? სად იმყოფებით? მე ვინ ვარ?”

- 0 ორიენტირებულია და შეუძლია სწორი ქმედებები, კითხვებზე პასუხის გაცემა
- 1 არ შეუძლია კითხვებზე პასუხის სწორად გაცემა ან არ არის დარწმუნებული თარიღში
- 2 დეზორიენტირებულია თარიღში არა უმეტეს 2 კალენდარული დღისა
- 3 დეზორიენტაცია თარიღში აღემატება 2 კალენდარულ დღეს
- 4 დეზორიენტირებულია ადგილში/ან საკუთარ თავში

ტოტალური **CIWA-Ar** ქულა _____

ინტერვიუერის ხელმოწერა _____

ქულების მაქსიმალური შესაძლო ოდენობა 67

აღკვეთის სიმპტომების შეფასების ეს ტესტი მოითხოვს საშუალოდ 5 წუთს. პაციენტები, რომელთა მდგომარეობის შეფასებისას ჯამური ქულა არ აღემატება 10-ს, არ საჭიროებენ დამატებით მედიკამენტოზურ მკურნალობას აღკვეთის სიმპტომების გამო.

The CIWA-Ar is not copyrighted and may be reproduced freely.

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M.

Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal

Assessment for Alcohol scale (**CIWA-Ar**). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357,

1989

დანართი 8. ალკოჰოლისაგან დეტოქსიკაციის რეჟიმები

ალკოჰოლისაგან დეტოქსიკაციის რეჟიმები
<p>ყველა პაციენტისთვის:</p> <ul style="list-style-type: none"> • თიამინი: 100მგ ი/მ • პრომეტაზინი: 50მგ ი/მ ნსთ-ში ერთხელ საჭიროებისას გულისრევის დროს <p>მიეცით ერთერთი მედიკამენტი დეტოქსის რეჟიმისთვის:</p> <p><u>დიაზეპამის რეჟიმი</u> მოწოდებული დოზირება: 10-20მგ/სთ (ნელა) ი/ვ ან დასალევად (სიმპტომების შემსუბუქებამდე) დამატებით: 10 მგ დასალევად (აჟიტაციის, ტაქიკარდიის და სხვ. გამო) 24 სთ-ში მაქს.: 60 მგ შემდგომი კლება: 0-10 მგ 4 დღე (სიმპტომზე დამოკიდებული) შემცირება 10 მგ-ით დღეში</p> <p><u>ლორაზეპამის რეჟიმი</u> მოწოდებული დოზები: 2-4მგ/სთ (ნელა) ი/ვ, ი/მ ან დასალევად (სიმპტომების შემსუბუქებამდე) დამატებით: 2მგ დასალევად 3X(აგზნების, ტაქიკარდიის და სხვ. გამო) 24 სთ-ში მაქს.: 12 მგ შემდგომი კლება: 0-2 მგ 4 დღე (სიმპტომზე დამოკიდებული) შემცირება 2 მგ-ით დღეში.</p>

დანართი 9. ალკოჰოლური ალკვითის მკურნალობა ქლორდიანაპროქსილით

მუშაობის რეჟიმი	დღე 1	დღე 2	დღე 3	დღე 4
ფიქსირებული	50-100 მგ 4X დღეში	50-100 მგ 3X დღეში	50-100 მგ 2X დღეში	50-100 მგ ძილის წინ
თავისუფალი	50-100 მგ 4-6 სთ-ში საჭიროებისას სიმპტომების მიხედვით *	50-100 მგ 6-8 სთ-ში საჭიროების მიხედვით	50-100 მგ 12 სთ-ში 1X საჭიროების მიხედვით	50-100 მგ ძილის წინ საჭიროებისას
თავდაპირველი დატვირთვა**	100-200 მგ ყოველ 2-4 სთ-ში სედაციის მიღწევამდე; შემდეგ 50-100 მგ 4-6 სთ-ში საჭიროების მიხედვით	50-100 მგ 4-6 სთ-ში საჭიროების მიხედვით	50-100 მგ 4-6 სთ-ში საჭიროების მიხედვით	არა

* --ეს სიმპტომები მოიცავს პულსს 90-ზე მეტს წუთში, სისხლის დიასტოლურ წნევას 90 მმ Hg-ზე მეტს ანალკეუთის ნიშნებს.

** --უფრო ხშირად, ძალიან მცირე დამატებითი მედიკაცია არის საჭირო თავდაპირველი დატვირთვის შემდეგ.

დანართი 10. ადრეული (<72 სთ) გულყრის შემდგომი ნიშნები და სიმპტომები, გამოწვეული ეპილეფსიითა და ალკოჰოლური ალკვითით

	ეპილეფსია	ადრეული ალკოჰოლური ალკვითა
ცნობიერების დონე	გულყრის შემდგომი ძილი/თვლექმა	უძილობა
გუნებ-განწყობა	მშვიდი	შფოთვა, ღამის კოშმარები
ტრემორი	არა	კი
ოფლიანობა	არა	კი
სისხლის წნევა	ნორმალური	მომატებული
პულსი	ნორმალური	მომატებული (>90)
ტემპერატურა	ნორმა/სუბფებრილიტეტი	ცხელება
არტერიული სისხლი	ნორმალური	რესპირატორული ალკალოზი ¹
მეზ	პათოლოგიური ²	ნორმალური, დაბალი ამპლიტუდის
კითხვარები	ნორმალური ქულები	ნორმალური ან მომატებული ქულები

1.რესპირატორული ალკალოზი შეიძლება მასკირებული იყოს გულყრით გამოწვეული მეტაბოლური აციდოზით, მაგრამ ის ისევ გამოვლინდება 2 საათის განმავლობაში კრუნჩხვების სერიის შემდეგ.

2.ინიციალური გულყრის შემდგომი მეზ-ს შენელება უმრავლეს პაციენტებში. გულყრის დროს ეპილეფსიური განმუხტვები დაახლოვებით 50%-შია. (1993 წ.).

დანართი 11. უარმაკოლოგიური ინტერვენციები ალკოჰოლიზმის სამედიცინო მენეჯმენტის დასახმარებლად

	ნალტრექსონი	გახანგრძლივებული მოქმედების საინექციო ნალტრექსონი	აკამპროზატი	დისულფირამი	ტოპირამატი
მოქმედება	ახდენს ოპოიდური რეცეპტორების ბლოკირებას, რაც იწვევს მოთხოვნის და დაჯილდოების რეაქციის (სიამოვნების) შემცირებას სასმელის მიღების საპასუხოდ.	იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში 30 დღის განმავლობაში	გავლენას ახდენს გლუტამატის და GABA ნეიროტრანსმისიის სისტემებზე, მაგრამ მისი ალკოჰოლთან დაკავშირებული მოქმედება გაურკვეველია	ახდენს ალკოჰოლის შუალედური მეტაბოლიზმის ინჰიბირებას, რაც იწვევს აცეტალდეჰიდის დაგროვებას და ალკოჰოლის მიღებისას საპასუხო რეაქციის განვითარებას: წამოწითლება, ოფლიანობა, გულისრევა, ტაქიკარდია	ითვლება, რომ ზრდის მაინჰიბირებელ (GABA) ნეიროტრანსმისიას და ამცირებს მასტიმულირებელ (გლუტამატის) ნეიროტრანსმისიას
წინააღმდეგ ჩვენებები	ოპოიდების მიმდინარე მოხმარება ან ოპოიდური მწვავე ალკუთის სინდრომი, ოპოიდური ანალგეტიკების მიღების საჭიროება, მწვავე ჰეპატიტი ან ღვიძლის უკმარისობა	იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში, გარდა ამისა კუნთის არასაკმარისი მასა ღრმა ინექციისთვის (განღვევა); ინექციის ადგილებზე გამონაყარი და დაინფიცირება	თირკმლის მძიმე დაზიანება (კრეატინინის კლირენსი ≤ 30 მლ/წთ).	ალკოჰოლის შემცველი ნაერთების ან მეტრონიდაზოლის მიღება, გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის სერიოზული დაზიანება	მომატებული მგრძნობელობა ტოპირამატის მიმართ
გაფრთხილება	ღვიძლის სხვა	იგივე, რაც	თირკმლის ზომიერი	ღვიძლის ციროზი ან	დახურულკუთხოვანი

<p>(სიფრთხილვა საჭირო შემდეგი მდგომარეობების დროს)</p>	<p>დაავადებები, თირკმლის დაზიანება, დეპრესია და თვითმკვლელობის მცდელობა ანამნეზში. თუ ოპოიდური ანალგეზია საჭიროა, მაშინ მაღალი დოზები გამოიყენება, ამან კი შესაძლოა გამოიწვიოს სუნთქვის უფრო დრმა და ხანგრძლივი დათრგუნვა. ორსულებში მიეკუთვნება C კატეგორიის მედიკამენტებს. ურჩიეთ პაციენტებს თან ატარონ საბუთი შესაბამისი ინფორმაციით სამედიცინო პერსონალის გასაფრთხილებლად საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში. საბუთის ფორმა მოიძიეთ საიტზე: www.niaaa.nih.gov/guide</p>	<p>პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში, გარდა ამისა ჰემოფილია და სისხლის შედედების სხვა პრობლემები</p>	<p>დაზიანება (დოზა უნდა შეირჩეს ისე, რომ კრეატინინის კლირენსი იყოს 30 და 50 მლ/წთ-ს შორის); დეპრესია ან სუიციდალური აზრები და ქცევა; ორსულებში მიეკუთვნება C კატეგორიის მედიკამენტებს</p>	<p>უკმარისობა, ცერებროვასკულარული დაავადება ან დაზიანება, ფსიქოზი (მიმდინარე ან წარსულში), შაქრიანი დიაბეტი, ეპილეფსია, ჰიპოთირეოზი, თირკმლის დაზიანებები, ორსულებში მიეკუთვნება C კატეგორიის მედიკამენტებს ურჩიეთ პაციენტებს თან ატარონ საბუთი შესაბამისი ინფორმაციით სამედიცინო პერსონალის გასაფრთხილებლად საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში. საბუთის ფორმა მოიძიეთ საიტზე: www.niaaa.nih.gov/guide</p>	<p>გლაუკომა, თირკმლის კენჭოვანი დაავადება, ღვიძლის ან თირკმლების დაზიანება, ძალიან დაბალი წონა, ცნს-ის დეპრესანტების გამოყენება, ორსულობა</p>
<p>მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები</p>	<p>გამოიწვევს მწვავე ალკვეთის სინდრომს თუ პაციენტს ოპოიდური დამოკიდებულება აქვს; ჰეპატოტოქსიურობა (თუმცა რეკომენდებულ დოზებში არ</p>	<p>იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში, გარდა ამისა ინექციის ადგილების დაინფიცირება,</p>	<p>იშვიათად სუიციდალური იდეაცია და ქცევები.</p>	<p>დისულფირამ-ალკოჰოლური რეაქცია, ჰეპატოტოქსიურობა, მხედველობის ნერვის ნევრიტი, პერიფერიული</p>	<p>მეტაბოლური აციდოზი, მწვავე მყოპია და მეორადი დახურულ კუთხოვანი გლაუკომა, ოლიგოჰიდროზი და ჰიპერთერმია</p>

	აღინიშნება).	დეპრესია; იშვიათად, ალერგიული პნევმონია, სუიციდალური იდეაცია და ქცევები.		ნეიროპათია, ფსიქოტური რეაქციები	
ხშირი გვერდითი მოვლენები	გულისრევა, ღებინება, მადის დაქვეითება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, დაღლილობა და შფოთვა	იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში, გარდა ამისა ინექციის ადგილზე ადგილობრივი რეაქცია, სახსრების ტკივილი, კუნთების ტკივილი და სპაზმი	ღიარება, ძილიანობა.	ლითონის გემო პირში, დერმატიტი, მსუბუქი მოთენთილობა	პარესთეზია, გემოს გაუკუღმართება, ანორექსია, წონის დაკლება, ძილიანობა, კოგნიტიური დისფუნქცია
წამალთაშორისი ურთიერთქმედებები	ოპოიდები (ახდენს მოქმედების ბლოკირებას)	იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში	კლინიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედებები ცნობილი არ არის	ანტიკოაგულანტები, მაგ.: ვარფარინი, იზონიაზიდი, მეტრონიდაზოლი, ფენიტონი, რეცეპტის გარეშე გასაცემი მედიკამენტები (რომლებიც ალკოჰოლს შეიცავს)	სხვა ანტიკონვულსანტები, კარბონაჰიდრაზას სხვა ინჰიბიტორები, ჰიდროქლოროთიაზიდი, მეტფორმინი, პიოგლიტაზონი, ლითიუმი, ამიტრიპტილინი
მოზრდილთა დოზები	Per os დოზა: 50 მგ დღეში <i>მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე:</i> პაციენტები არ უნდა იღებდნენ ოპოიდებს სულ ცოტა 7-10 დღის განმავლობაში. თუ ფიქრობთ რომ არსებობს ოპოიდური ადკვეთის სინდრომის	IM დოზა: 280 მგ დუნდულოს კუნთში ღრმად, თვეში ერთხელ. <i>მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე:</i> იგივე, რაც პერორალური ნალტრექსონის შემთხვევაში, გარდა ამისა შეამოწმეთ,	Per os დოზა: 666 მგ (ორი 333 მგ-იანი ტაბლეტი) 3-ჯერ დღეში; პაციენტებს თირკმლის ზომიერი დაზიანებით (კრეატინინის კლირენსი 30 და 50 მლ/წთ-ს შორის) დოზა შეუმცირეთ: 333 მგ ერთი ტაბლეტი 3-	250 დღეში (შესაძლოა 125მგ- 500 მგ ფარგლებში). <i>მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე:</i> შეამოწმეთ ღვიძლის ფუნქცია, გააფრთხილეთ პაციენტი (1) არ მიიღოს	Per os: საწყისი დოზა 25 მგ ძილის წინ, ყოველკვირეულად გაზარდეთ დღიური დოზა 25-50 მგ-ით, გაყავით დღეში ორ მიღებაზე დილით და ძილის წინ; უფრო სწრაფმა ტიტრაციამ შეიძლება გვერდითი მოვლენები

	<p>განვითარების რისკი, ნაატარეთ ნალოქსონის ტესტი, შეაფასეთ ღვიძლის ფუნქცია</p> <p>შემდგომი ლაბორატორიული დაკვირვება: ღვიძლის ფუნქციის მონიტორინგი</p>	<p>ინექსიის ადგილზე კანის მდგომარეობა და არის თუ არა კუნთის საკმარისი მასა ინექციისთვის.</p> <p>შემდგომი ლაბორატორიული დაკვირვება: ღვიძლის ფუნქციის მონიტორინგი</p>	<p>ჯერ დღეში</p> <p>მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე: შეამოწმეთ თირკმლის ფუნქცია, უზრუნველყავით ალკოჰოლის მიღებისგან თავშეკავება</p>	<p>დისულფირამი ალკოჰოლის მიღებიდან 12 საათის განმავლობაში; ალკოჰოლ-დისულფირამის რეაქცია შეიძლება განვითარდეს მედიკამენტის უკანასკნელი დოზის მიღებიდან 2 კვირის განმავლობაში; (2) არ მიიღოს ალკოჰოლის შემცველი საკვებიც (ძმარი), მედიკამენტები, რომლებიც შეიცავენ ალკოჰოლს, (მაგ.: სპირტსნარები) და არ იხმაროს კოსმეტიკური საშუალებები, ოდეკოლონი, პირში საფლებები</p> <p>შემდგომი ლაბორატორიული დაკვირვება: ღვიძლის ფუნქციის მონიტორინგი</p>	<p>გამოიწვიოს. სამიზნე დოზა არის 200 მგ დღეში, მაგრამ პაციენტები რომლებიც ვერ აიტანენ ამ დოზას შეიძლება უფრო მცირე დოზებზე დარჩნენ.</p> <p>მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე: შეამოწმეთ თირკმლის ფუნქცია, შრატში ელექტროლიტების და ბიკარბონატების შემცველობა</p> <p>შემდგომი ლაბორატორიული დაკვირვება: თირკმლის ფუნქციის და ელექტროლიტების და ბიკარბონატების შემცველობის მონიტორინგი</p>
--	--	--	--	---	--

დანართი 12. ალკოჰოლური ალკჰემიის ასისტირება (სქემა)

