

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Круглова Татьяна Викторовна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Майборода Алина Андреевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Лузикова Яна Сергеевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Енко Борис Олегович

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Метько Елизавета Евгеньевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Бондаревич Анна Владимировна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Данкевич Ольга Александровна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Алкоголизм – хроническое психическое прогрессирующее заболевание, являющееся разновидностью токсикомании, характеризуется пристрастием к этиловому спирту с психической и физической зависимостью от него.

Синдром алкогольной зависимости включает в себя:

- сильную тягу к алкоголю;
- регулярное употребление спиртного;
- нарастающую резистентности к ранее употребляемым дозам и, как следствие, их повышение;
- абстинентный синдром.

Лечение синдрома зависимости от алкоголя включает в себя подавление влечения и стабилизацию состояния трезвости. Достигаются поставленные цели путём психотерапии и медикаментозного лечения. Как правило, терапия проводится в течение 6 месяцев. В психотерапевтическом лечении алкоголизма используются поведенческая терапия (помогает пациенту побороть свои поведенческие недостатки и выработать полезные навыки поведения), когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, гипносуггестивные

методы, телесно-ориентированная терапия, а также их сочетание, в том числе, в групповой форме. Основными направлениями при проведении индивидуальной психотерапии являются сдерживание агрессии, психическая релаксация, методы управления стрессом. Основная задача психотерапии – помочь осознать пациенту проблему алкоголизма и его участие в ней. Одним из важных компонентов лечения является посещение групп самопомощи, например, общества «Анонимные алкоголики». Основу программы этого общества составляют так называемые «Двенадцать шагов» (программа духовного переориентирования для зависимых от алкоголя). На ранней стадии выздоровления пациентам рекомендуется избегать не только неприятных ситуаций, учиться справляться с негативными эмоциями, но и резких жизненных перемен.

Препараты для лечения алкоголизма бывают снижающие влечение к алкоголю и те, после которых возникает отвращение к алкоголю.

Налтрексон – препарат, уменьшающий тягу к этиловому спирту за счёт снижения выраженности эйфории при алкогольном опьянении. Препарат назначается в инъекционной форме длительного действия для внутримышечного введения. Длительность лечения - не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте налтрексона лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Основными противопоказаниями к приему налтрексона являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АЛТ или АСТ более чем в 3 раза, приём опиоидов, беременность и детский возраст.

Дисульфирам – препарат, вызывающий аверсивный эффект на приём алкоголя (в том числе слабоалкогольных напитков), но он не снижает влечения к алкоголю. Аверсивный эффект проявляется слабостью, недомоганием, чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения, возможно развитие острой сердечной недостаточности, судорог, комы, остановки дыхания. Средняя суточная доза - 0,5 г. Перед первым приёмом дисульфирама должно пройти не менее 12 ч с момента последнего «глотка» алкоголя. Во время лечения дисульфирамом нельзя употреблять внутрь и наружно любые вещества, которые содержат этиловый спирт (в том числе кефир, безалкогольное пиво, соусы, уксус, духи, дезодоранты). При развитии вышеуказанной реакции непереносимости необходимо введение 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно для остановки реакции превращения этанола в ацетальдегид, что способствует выведению неизмененного этанола; антигистаминные лекарственные средства (дифенгидрамин 25-50 мг) внутривенно, с детоксикационной целью – унитиол. Дисульфирам изменяет метаболизм многих лекарственных средств. Противопоказаниями являются: полинейропатия, цирроз печени, психические расстройства, беременность и кормление грудью, суицидальные наклонности, депрессия, детям до 18 лет. Таблетки на основе дисульфирама - Тетурам, Эспераль, Лидевин. Препарат «Лидевин» помимо дисульфирама содержит еще витамины группы В. Препараты для подкожной имплантации (таблетки и гель «Эспераль», инъекции «Торпедо», таблетки или суспензия «Тетлонг-250»).

Цианамида – вещество, так же обладающее аверсивным эффектом. На его основе препарат «Колме». Цианамид действует на организм мягче за счёт более позднего и плавного наступления эффекта. Само вещество не вызывает побочных эффектов.

Вышеуказанные препараты категорически запрещается принимать без ведома пациента, так как это может привести к непоправимым последствиям!

Эффект снижения влечения к алкоголю замечен и за *противосудорожными* препаратами (карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин), *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (сертралин, пароксетин, эсциталопрам и др). Так же возможно дополнительное использование таких препаратов, как:

1) *Пропротен-100* - модифицирует активность мозгоспецифического белка S-100, обеспечивающего сопряжение функциональных и метаболических процессов мозга, нормализует деятельность ЦНС, уравнивает эмоциональную сферу, уменьшает психопатологические и соматовегетативные симптомы алкогольного абстинентного синдрома.

2) *Метадоксил* – гепатопротектор, обеспечивающий повышение устойчивости гепатоцитов к действию перекисного окисления липидов, активация ферментов печени, участвующих в метаболизме этанола, как следствие быстрое выведение этанола и ацетальдегида из организма, замедление процесса формирования цирроза печени, снижение психических и соматических проявлений, уменьшает время купирования абстинентного синдрома, улучшение функции мышления и короткой памяти, препятствие возникновению двигательного возбуждения, неспецифическое антидепрессивное и анксиолитическое действие, снижает влечение к алкоголю.

Безусловно в настоящее время медикаментозная терапия занимает лидирующее место в лечении соматических заболеваний, однако в психиатрической практике предпочтение стоит отдать психотерапии. Важно помнить, что лечение алкоголизма не приведёт к успеху без приверженности пациента, поэтому большую часть времени в работе нарколога с пациентом надо отдать на различные методы психотерапии, психологическое консультирование членов его семьи. Не смотря на возникновение вследствие продолжительного алкогольного стажа деградации личности, потери логических связей, жизненных, общечеловеческих ценностей, насильственных действий над пациентом, пусть и во благо, совершать нельзя. Таким образом успех терапии стоит на «трёх китах»: психотерапия, медикаменты и согласие пациента!

Список литературы:

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 31 декабря 2010 г. № 1387. // Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». – 2011г.- 374 с.
2. Наркология [Текст] : нац. рук. / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винни-ковой; АСМОК, Национальное наркологическое о-во. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с.
3. Алкоголизм, наркомании, токсикомании [Текст] : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 64 с.