ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров’я України
_____ № ____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

2025

Загальна частина

Діагноз: Розлади психіки та поведінки, внаслідок вживання алкоголю

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

F10 – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю

Розробники:

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

Кузін Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я – головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
Думчев Костянтин Вікторович	головний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Іванчук Ірина Олександрівна	начальник відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Пташенко Андрій Вікторович	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Гриценко Валерія Вікторівна	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
Шемет Анна Миколаївна	головний спеціаліст відділу з питань профілактики неінфекційних захворювань та обігу наркотичних засобів Департаменту громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України;
Шульц Олег Євгенович	спеціаліст з питань психічного здоров'я Бюро ВООЗ в Україні (за згодою);
Злиденний Тарас Володимирович	директор комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань» (за згодою);

Кабанчик Мирослава Орестівна	директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень» (за згодою);
Шипунов Олександр Миколайович	лікар-нарколог, завідувач наркологічного відділення комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія» Виконавчого органу Київської міської ради (за згодою);
Климчук Віталій Володимирович	віце-президент Національної психологічної асоціації України, експерт проекту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);
Горбунова Вікторія Валеріївна	психотерапевт, Голова Національного комітету EuroPsy (за згодою);
Карачевський Андрій Борисович	офіцер відділу підтримки та відновлення Управління психологічного забезпечення Міністерства оборони України, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, керівник Центру психічного здоров'я і травматерапії «Інтеграція», лікар-психіатр, нарколог, психотерапевт, віце-президент Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії» (за згодою);
Суховій Олексій Олексійович	начальник відділу координації надання допомоги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, первинної медичної допомоги та реабілітації державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
Волошина Олена Борисівна	завідувач кафедри загальної практики Одеського національного медичного університету імені М.І.Пирогова;
Мінко Олександр Іванович	завідувач відділу клінічної та соціальної наркології державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Скіпальський Андрій Петрович	технічний спеціаліст з питань факторів ризику неінфекційних захворювань Бюро ВООЗ в Україні (за згодою);

Смагін Антон Олегович	лікар-нарколог, завідувач амбулаторним відділенням № 3 комунального підприємства «Полтавський обласний центр залежностей Полтавської обласної ради» (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я

Рецензенти:

Дворяк Сергій Васильович	доктор медичних наук, професор, голова Правління, в. о. директора Українського інституту політики громадського здоров'я
Гончарова Олена Юріївна	кандидат медичних наук, доцент, лікар-нарколог вищої категорії, завідувачка кафедри психіатрії та наркології Харківського національного медичного університету

Перегляд стандарту медичної допомоги заплановано на: 2030 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

APQ	Опитувальник щодо проблем з алкоголем
AUDIT	Тест для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю
CIWA-AR	Шкала оцінки синдрому відміни алкоголю Клінічного інституту
LDQ	Лідський опитувальник для оцінки залежності
SADQ	Опитувальник важкості алкогольної залежності
АА	Анонімні алкоголіки
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЗТ	Заохочувальна терапія
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛЗ	Лікарський засіб
МІ	Мотиваційне інтерв'ю
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ПСВ	Психосоціальні втручання
ПАР	Психоактивні речовини
СВ	Синдром відміни
СМД	Стандарт медичної допомоги
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СТ	Сімейна терапія
ТБ	Туберкульоз

Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2016 № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 027/о	форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 682/20995

Вступ

Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» (далі - СМД) розроблено з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає методи профілактики, діагностики та лікування. СМД розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

На момент розробки СМД через відсутність реєстрації в Україні лікарських засобів акампросат та налтрексон, які є найбільш ефективними при лікуванні психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, існують певні обмеження у їх застосуванні при лікуванні синдрому залежності від алкоголю. Відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» незареєстровані лікарські засоби (далі – ЛЗ), можуть використовуватися в інтересах лікування особи тільки за умови отримання письмової згоди та інформування хворого або його законного представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування.

Детальна інформація щодо використання зазначених ЛЗ, ефективних схем лікування викладена в клінічній настанові, заснованій на доказах «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю». Ознайомитися з клінічною настановою можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Розділ І. Охорона громадського здоров’я

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю, основним підходам щодо раннього скринінгу та коротких втручань, спрямованих на скорочення або відмову від вживання алкоголю у осіб, які вживають алкоголь проте не мають залежності.

2. Обґрунтування

Вживання алкоголю несе значні ризики для громадського здоров’я. Окрім синдрому залежності вживання алкоголю пов’язано з онкологічними, серцево-судинними захворюваннями, когнітивними порушеннями, психічними розладами, порушеннями у роботі печінки, кишково-шлункового тракту тощо та призводить до значної фізичної та психічної коморбідності. Окрім безпосередньої шкоди для здоров’я, вживання алкоголю пов’язано з підвищеними ризиками самогубства та шкодою для інших (насильство, аварії на дорогах), виробничими травмами, втратою працездатності та соціального функціонування.

Значна кількість пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, не виявляється, якщо лікарі покладаються виключно на власні клінічні судження щодо вживання. Дані свідчать про те, що скринінг та застосування

інтервенцій на ранньому етапі в умовах первинної медичної допомоги є ефективними для зниження рівня вживання алкоголю та економічно вигідними. Оцінка, ведення та подальший супровід пацієнтів з розладами вживання алкоголю на первинному рівні медичної допомоги відбуваються за допомогою керівництва mhGAP (модуль «Розлади, пов’язані зі вживанням психоактивних речовин») після проходження навчання із ведення та лікування пацієнтів із психічними розладами згідно з оновленими вимогами щодо контрактування за пакетом медичних гарантій з первинної медичної допомоги. Тому заходи з виявлення та застосування коротких інтервенцій слід заохочувати в загальній та спеціалізованій медичній практиці.

З огляду на високу поширеність шкоди, пов'язаної з алкоголем, скринінг та впровадження коротких інтервенцій слід також заохочувати у відділеннях невідкладної допомоги.

Зважаючи на те, що будь-яке вживання алкоголю несе шкоду для здоров’я та має внесок в збільшення загального тягаря захворювань, для всіх осіб, які вживають алкоголь, медичним працівником має бути надана рекомендація, спрямована на скорочення його вживання. В свою чергу, для вагітних жінок рекомендованим є повне утримання від вживання алкоголю. Для підлітків рекомендованим є відтермінування вживання алкоголю до досягнення 18 років.

Короткі інтервенції засновані на застосуванні цифрових технологій слід пропонувати, коли час на надання послуг обмежений, як перший крок до більш тривалої та/або інтенсивної інтервенції, для важкодоступних груп населення, коли інші інтервенції не можуть бути запропоновані та/або коли пацієнт віддає перевагу саме їм, або в поєднанні з очною короткою інтервенцією.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов’язкові:

1) скринінг щодо вживання алкоголю проводиться не рідше одного разу на рік у закладах охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу всім пацієнтам, у відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги – при зверненні/госпіталізації;

2) скринінг щодо вживання алкоголю проводиться всім жінкам, які планують вагітність та вагітним при кожній вагітності, а також всім водіям, яким проводиться експертиза на визначення стану сп'яніння;

3) у закладах охорони здоров’я (далі – ЗОЗ), які надають спеціалізовану медичну допомогу (за виключенням ЗОЗ, які надають наркологічну, психіатричну допомогу) скринінг проводиться у випадку наявності підозри щодо вживання алкоголю з шкідливими наслідками, про що можуть свідчити ознаки наведені відповідно до додатку 1 до цього Стандарту;

4) скринінг щодо наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю включає:

опитування щодо частоти та кількості алкоголю, що вживається із використанням тесту для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю (далі – AUDIT) та рекомендацій щодо його проведення згідно з додатком 2 до цього Стандарту;

фізикальне обстеження особи щодо сп'яніння або ознаках шкідливого вживання алкоголю, спостереження за біологічними маркерами надмірного

вживання алкоголю здійснюється відповідно до додатку 1 до цього Стандарту;

при здійсненні огляду приймається до уваги, що відсутність клінічних ознак щодо вживання алкоголю не є свідченням відсутності його вживання та відсутності розладів, пов’язаних із вживанням;

5) результати, отримані за опитувальником AUDIT, інтерпретуються відповідно до додатку 3 до цього Стандарту;

у разі використання AUDIT для дітей від 10 років та підлітків до 18 років значення 4 бали і вище інтерпретуються як ймовірність залежності, а 2 бали як проблемне вживання алкоголю;

6) скринінг щодо вживання алкоголю проводиться в межах загальної оцінки поведінкових факторів, які впливають на розвиток захворювань, зокрема, куріння, харчування, фізичної активності;

при проведенні опитування використовується підхід «зверху-вниз», тобто задається питання про рівень вживання алкоголю, вищий за очікуваний, для того, щоб пацієнт відчував себе комфортно, визнавши реальний рівень вживання алкоголю, знизивши оцінку до правильного рівня;

7) алгоритм подальших дій та надання послуг визначається відповідно до кількості позитивних балів, отриманих за результатами проходження опитувальника AUDIT, та відповідно до додатку 3 до цього Стандарту;

8) всім пацієнтам незалежно від кількості набраних балів, а також тим, які відмовились від проходження опитувальника AUDIT надається інформація, що вживання алкоголю не має позитивного впливу на здоров’я, а також про те, що не існує чіткого безризикового порогу для вживання алкоголю – безпечна доза для вживання алкоголю залежить від багатьох факторів, таких як стан печінки, наявність інших коморбідностей, віку та статі тощо;

пацієнтам надається інформація щодо короткострокових та довгострокових наслідків вживання алкоголю відповідно до додатку 4 цього Стандарту;

у випадку підозри щодо наявності проблем пов'язаних із вживанням алкоголю надається інформація згідно з додатком 5 до цього Стандарту;

9) вагітним жінкам та їх партнерам надається інформація згідно з додатком 6 до цього Стандарту про те, що будь-яке вживання алкоголю під час вагітності пов'язане з ризиками для здоров’я плоду та рекомендовано повне утримання від вживання будь-яких порцій алкоголю;

10) жінкам дітородного віку, які вживають алкоголь, надається консультація щодо використання контрацепції та, за можливості, здійснюється призначення або направлення для отримання призначення на застосування довготривалих оборотних контрацептивів;

11) підліткам рекомендується відтермінування вживання алкоголю до 18 років; батьки інформуються, що надання ними алкоголю підліткам є фактором ризику більш раннього початку вживання алкоголю, частішого вживання алкоголю та/або виникнення проблем, пов'язаних із алкоголем.

Бажані:

12) за неможливості проведення очної консультації спеціаліста, послуги надаються з використанням засобів телемедицини;

13) медичний персонал, який надає послуги або під час надання медичних

послуг, може мати контакт з особами, які мають розлади вживання алкоголю, має бути обізнаний щодо методів протидії стигмі та спільного прийняття рішень;

14) скринінг щодо вживання алкоголю рекомендовано проводити:

при наданні соціальних послуг для осіб у складних життєвих обставинах, які належним чином не виконують батьківські функції;

для військовослужбовців;

на робочих місцях для працівників, які мають проблеми з продуктивністю праці, часто відсутні на роботі або постраждалі у разі нещасного випадку.

Розділ ІІ. Діагностика синдрому відміни алкоголю

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностика синдрому відміни алкоголю (далі – СВ) здійснюється на основі критеріїв Міжнародної класифікації хвороб (далі – МКХ-10). При діагностиці СВ алкоголю здійснюється оцінка його тяжкості зокрема, з використанням спеціального опитувальника – шкали оцінки синдрому відміни алкоголю Клінічного інституту (далі – CIWA-Ar). Ризик виникнення тяжкого СВ, або вірогідність збільшення його важкості оцінюється на основі предикторів тяжкого СВ. Частота моніторингу стану пацієнта визначається залежно від тяжкості СВ.

2. Обґрунтування

Ознаки та симптоми СВ внаслідок вживання алкоголю, які зазвичай починаються між 6 та 24 годинами після останнього вживання алкоголю, можна згрупувати в три основні класи – вегетативна гіперактивність, шлунково-кишкові та когнітивні й перцептивні зміни – і розділити на неускладнений та ускладнений СВ.

Для оцінки тяжкості СВ та планування тактики лікування використовуються шкали визначення тяжкості СВ, такі як CIWA-Ar. Пацієнти з показниками CIWA-Ar понад 10 балів мають високий ризик розвитку ускладнень СВ, якщо вони не отримують медикаментозного лікування.

Вживання інших психоактивних речовин (далі – ПАР), медичні та психіатричні стани можуть впливати на початок, тяжкість і тривалість СВ, відтак мають братись до уваги при оцінці та визначенні тактики лікування. Ускладнення СВ виникають у меншості випадків і включають напади судом, делірій та галюцинації.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов’язкові:

1) наявність синдрому відміни алкоголю визначається на основі оцінки ознак вегетативної гіперактивності, шлунково-кишкових симптомів та когнітивних змін відповідно до додатку 7 цього Стандарту та на основі критеріїв МКХ-10 згідно з додатком 8 до цього Стандарту;

2) при плануванні лікування СВ, здійснюється оцінка його наявної та прогнозованої тяжкості;

3) для оцінки тяжкості наявного СВ використовується шкала Клінічного інституту оцінки СВ (CIWA-Ar) відповідно до додатку 9 цього Стандарту;

бали за шкалою CIWA-Ar нижче 10 свідчать про легку форму СВ; від 10 до 20 – помірною формою СВ, а вище 20 – тяжкою формою СВ;

4) ризик виникнення тяжкого СВ, або вірогідність збільшення його тяжкості оцінюється на основі предикторів тяжкого СВ, наведених у додатку 10 до цього Стандарту, зокрема:

кількості алкоголю, що вживається;

минулого досвіду СВ та його ускладнень;

супутнього вживання психоактивних речовин;

супутніх медичних або психіатричних станів.

5) частота моніторингу стану пацієнта визначається залежно від тяжкості СВ:

пацієнтам з показниками CIWA-Ar більше 10 балів моніторинг проводиться щонайменше кожні 4 години;

пацієнтам з тяжким СВ та показниками CIWA-Ar більше 20 балів моніторинг проводиться кожні 1-2 години;

6) шкали для визначення тяжкості СВ не використовуються для осіб, які одночасно припиняють вживання інших психоактивних речовин, які потенційно можуть викликати або посилити СВ, та/або для пацієнтів, які мають значну медичну чи психіатричну коморбідність;

7) при оцінці СВ алкоголю до уваги приймаються наступні фактори та стани:

ймовірність СВ від інших ЛЗ, особливо бензодіазепінів, що може імітувати або супроводжувати СВ алкоголю;

інтоксикація стимуляторами;

внутрішньочерепні розлади, включаючи енцефаліт, менінгіт, черепно-мозкову травму та внутрішньочерепний крововилив;

метаболічні розлади, такі як гіпоглікемія та електролітні розлади;

психічні розлади, включаючи шизофренію;

шлунково-кишкові кровотечі;

панкреатит;

печінкова недостатність;

наявність синдрому Верніке-Корсакова;

наявність когнітивних порушень.

Розділ ІІІ. Лікування синдрому відміни алкоголю

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікувальна тактика СВ алкоголю визначається на основі тяжкості СВ, наявності супутніх розладів, попереднього досвіду СВ, включаючи наявність його ускладнень, та здійснюється в амбулаторних або стаціонарних умовах із забезпеченням належного моніторингу та контролю за прийомом доз лікарських засобів (далі – ЛЗ). Обов'язковою складовою послуг із лікування СВ є попередження енцефалопатії Верніке, контроль інших соматичних станів таких як гіпертензія, забезпечення доступу до послуг, пов'язаних із психічним здоров'ям та надання подальших послуг, спрямованих на лікування залежності від алкоголю.

Метою лікування СВ алкоголю є:

зупинка або переривання небезпечного патерну вживання алкоголю;

полегшення симптомів, що виникли в результаті СВ;

запобігання або лікування потенційно небезпечних для життя ускладнень, таких як судомні напади, делірій та енцефалопатія Верніке;

попередження погіршення психічних розладів та інших соматичних станів;

створення умов для лікування інших хронічних станів.

2. Обґрунтування

Раннє лікування легких симптомів СВ може запобігти його прогресуванню та виникненню ускладнень.

Керована зупинка вживання алкоголю під час лікування СВ дає можливість планувати та отримувати подальші послуги з лікування. Це також може сприяти лікуванню супутніх медичних розладів, таких як погано контрольована гіпертензія, відхилення в показниках печінкових проб, поганий контроль глікемії у хворих на цукровий діабет, психічні розлади, а також сприяти дослідженню когнітивного зниження/ранньої деменції. Реалістичні цілі лікування СВ можуть перебувати в діапазоні від тимчасового переривання патерну регулярного вживання алкоголю у великих кількостях до досягнення повної відмови від вживання алкоголю.

Успішне завершення лікування СВ не запобігає повторному вживанню алкоголю, і для досягнення довготривалого зниження або зупинки споживання алкоголю необхідні додаткові інтервенції, зокрема, психосоціальні втручання (далі – ПСВ) та медикаментозне лікування.

Для лікування СВ препаратами першої лінії є бензодіазепіни тривалої дії. Бензодіазепіни короткої дії призначаються у випадках, коли лікарі занепокоєні тривалим седативним ефектом, наприклад, у людей похилого віку, які нещодавно перенесли травму голови, мають печінкову недостатність або інші серйозні захворювання. У випадку, коли необхідно швидко контролювати збудження, здійснюється внутрішньовенне введення бензодіазепінів, в інших випадках, перевага надається пероральному призначенню ЛЗ.

Враховуючи значний потенціал щодо зловживання бензодіазепінами здійснюється контроль щодо їх вживання.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) завданням медикаментозного лікування СВ є досягнення і підтримання легкої седації (сонливості), при якій пацієнт не спить, але має тенденцію засинати, якщо його не стимулювати, або спить і його легко розбудити;

2) лікування СВ алкоголю здійснюється відповідно до алгоритму наведеному у додатку 11 до цього Стандарту;

3) рішення щодо формату лікування – амбулаторного або стаціонарного здійснюється з урахуванням критеріїв наведених у додатку 12 до цього Стандарту;

4) під час амбулаторного лікування СВ, ЛЗ видаються та приймаються пацієнтам в ЗОЗ під наглядом медичного працівника; у випадку видачі ЛЗ для самостійного прийому поза межами ЗОЗ – видається не більше двох добових доз ЛЗ;

у випадку наявності члена близького оточення, який готовий здійснювати видачу та контроль приймання ЛЗ для лікування СВ, може здійснюватися видача більшої кількості ЛЗ для їх самостійного прийому поза межами ЗОЗ;

члену близького оточення надається інформація щодо можливих ускладнень та несприятливих наслідків під час лікування СВ та реагування у випадку їх настання;

5) для зменшення тривожності, особливо серед осіб, у яких спостерігаються делірій або галюцинації внаслідок СВ, застосовуються такі підходи:

чітке пояснення всіх інтервенцій;

повільне і чітке спілкування в доброзичливій манері;

збереження зорового контакту під час розмови;

уникнення конфронтації та суперечок;

неодноразова перевірка реальності та орієнтації пацієнта і, за потреби, повторне ознайомлення пацієнта з оточенням;

пояснення пацієнту, що нереальний характер ілюзій і галюцинацій може викликати тривогу і, ймовірно, є частиною СВ алкоголю;

рекомендація використання нічника для зменшення ймовірності помилок сприйняття та загострення тривожно-психотичних явищ у нічний час доби;

6) під час лікування СВ здійснюється моніторинг стану пацієнта, який включає:

визначення рівня алкоголю в крові або диханні для прийняття рішення щодо початку прийому бензодіазепінів (не починати прийом, доки концентрація алкоголю в крові не знизиться до 0,5% (0,05% або приблизно 10 ммоль/л);

оцінку клінічних показників, таких як: рівень гідратації, частота пульсу, артеріальний тиск, температура тіла, частота дихання (дихальних рухів), сатурація, психічний стан і рівень свідомості (особливо, якщо пацієнт перебуває під впливом лікарських засобів);

визначення тяжкості СВ;

оцінку мотивації до подальшого лікування та утримання або скорочення вживання алкоголю;

оцінку харчового статусу пацієнта;

перевірку рівня магнію (для пацієнтів з важким СВ, які отримують лікування в рамках стаціонарної медичної допомоги);

7) для пацієнтів з тяжким зневодненням та/або тих, хто не переносить пероральну рідину і яким здійснюється внутрішньовенне заміщення рідини, проводиться 24-годинний моніторинг рівня рідини в організмі;

8) вагітним жінкам з СВ призначається фолієва кислота, проводиться оцінка та коригування нутритивного статусу;

9) препаратом першої лінії для лікування СВ алкоголю є бензодіазепіни тривалої дії;

10) бензодіазепіни короткої дії (лоразепам, оксазепам, мідазолам) призначаються у випадках, коли є фактори, що призводять до надмірної седативної дії бензодіазепінів тривалої дії (діазепаму), зокрема для людей похилого віку, у разі тяжких захворювань печінки, нещодавньої травми голови, дихальної недостатності, у пацієнтів з ожирінням;

12) внутрішньовенне введення бензодіазепінів тривалої дії (діазепаму) здійснюється у випадках, коли необхідно швидко контролювати збудження;

13) призначення бензодіазепінів здійснюється в рамках однієї зі схем:

лікування на основі наявних симптомів;

лікування навантажувальними дозами;

лікування за схемою;

індивідуальне лікування із використанням різних підходів;

14) лікування на основі наявних симптомів здійснюється відповідно до додатку 13 до цього Стандарту:

коли у пацієнта розвиваються помірні симптоми СВ, відповідно до їх інтенсивності, які наведено у додатку 7 до цього Стандарту, відсутні судомні напади в анамнезі, для лікування в умовах стаціонару з можливістю ретельного моніторингу симптомів СВ та контролю за прийомом ЛЗ;

лікування на основі наявних симптомів не призначається для пацієнтів з інтенсивним вживанням інших наркотичних засобів або значними супутніми медичними чи психіатричними станами, які унеможливлюють використання шкал для оцінки тяжкості СВ;

15) лікування навантажувальними дозами показані:

пацієнтам з ускладненнями СВ в анамнезі (напади, делірій);

пацієнтам з тяжким алкогольним СВ та/або ускладненнями тяжкого СВ (делірій, галюцинації, судоми);

16) лікування навантажувальними дозами включає пероральний прийом протягом першого дня 10-20 мг діазепаму кожні 1-2 години (наприклад, 10 мг щогодини або 20 мг кожні дві години) до досягнення дози 60-80 мг або до настання седативного ефекту;

якщо пацієнт залишається збудженим після прийому 80 мг ЛЗ або через 4 години лікування – проводиться медичний огляд, під час якого виключаються інші причини збудження, та призначається продовження лікування;

дози вище 120 мг призначаються лише після ретельного огляду та відсутності інших варіантів лікування;

17) протягом наступних днів, за потреби, для полегшення симптомів СВ, діазепам призначається у вигляді фіксованої дози, що поступово зменшується – 10 мг чотири рази на день на 2-й день, 10 мг двічі на день на 3-й день, 5 мг двічі на день на 4-й день або за потребою – від 5 до 10 мг кожні 6 годин за потребою, виходячи з клінічних спостережень або балів за шкалою СВ;

18) лікування з фіксованою схемою здійснюється відповідно до додатку 14 цього Стандарту в рамках амбулаторного та стаціонарного лікування під щоденним моніторингом з боку медичного персоналу;

у випадку недостатньої ефективності фіксованих доз – додаються додаткові дози ЛЗ відповідно до наявних симптомів;

19) діазепам не призначається, якщо пацієнт:

продовжує вживати алкоголь;

прийом діазепаму викликає парадоксальні реакції (наприклад, насильство, збудження) або серйозні зміни психічного стану (наприклад, сплутаність свідомості, делірій); у цьому випадку розглядаються альтернативні варіанти лікування;

20) для лікування дітей, молоді, осіб похилого віку та осіб із печінковою недостатністю може бути потрібним зменшення доз бензодіазепінів;

21) якщо бензодіазепіни застосовуються для лікування осіб із печінковою недостатністю, призначаються ЛЗ з обмеженим метаболізмом у печінці (наприклад, лоразепам). Лікування починається з меншої дози та з контролем функцій печінки;

22) у разі лікування СВ алкоголю за наявності супутньої залежності від бензодіазепінів, доза ЛЗ групи бензодіазепінів, що застосовується для лікування СВ алкоголю, збільшується; до початкової дози ЛЗ, яка використовується для лікування СВ алкоголю, додається еквівалентна добова доза бензодіазепіну, яку пацієнт регулярно вживає;

перевага надається призначенню одного, а не декількох ЛЗ групи бензодіазепінів; лікування здійснюється в умовах стаціонару; тривалість - 2-3 тижні або більше, залежно від тяжкості супутньої бензодіазепінової залежності;

23) в якості альтернативи бензодіазепінам призначається карбамазепін;

24) пацієнтам, які регулярно приймають антиконвульсанти (наприклад, від епілепсії, не пов'язаної з СВ), рекомендується продовження їх прийому; в інших випадках антиконвульсанти не призначаються у доповнення до прийому бензодіазепінів;

25) у випадку дефіциту магнію забезпечується призначення препаратів магнію для його відновлення;

26) у випадку зневоднення, пацієнтам надається рекомендація щодо перорального вживання рідини у кількості 2 літри і більше на добу; у випадку, якщо пацієнт страждає на діарею, нудоту або рясне потовиділення - рекомендується споживання до 5 літрів рідини на добу;

27) у випадку тяжкого зневоднення та/або в осіб, які не переносять пероральну рідину, здійснюється її внутрішньовенне введення;

28) під час лікування СВ, особливо для пацієнтів, які відчувають нудоту та/або діарею, рекомендується часте та рідке харчування;

29) у випадку значної гіпертензії, яка супроводжує СВ, та яка не реагує на призначення діазепаму, призначаються антигіпертензивні засоби, з наданням переваги призначенню бета-блокаторів;

30) в якості симптоматичного лікування під час СВ, призначаються додаткові лікарські засоби – протиблювотні, протидіарейні, знеболювальні тощо з урахуванням міжлікарської взаємодії;

31) для пацієнтів, які відчувають під час СВ тривожність, дратівливість, панічні атаки, рекомендуються поведінкові методи та релаксація з обмеженням призначення додаткових седативних ЛЗ;

32) під час лікування СВ проводиться консультування щодо протидії потягу до алкоголю із використанням методу трьох В – відкласти, відволіктися і відмовитися відповідно до додатку 15 цього Стандарту;

33) після лікування СВ здійснюється діагностика залежності від алкоголю відповідно до Розділу VI цього Стандарту;

34) під час лікування СВ, пацієнтам та членам їх близького оточення надається інформація про:

ймовірний характер і перебіг СВ та стратегії подолання поширених симптомів і потягу до алкоголю, роль ЛЗ;

інформація надається усно та у вигляді інформаційного буклету, який наведено у додатку 16 до цього Стандарту з урахуванням когнітивних функцій пацієнта відповідно до додатку 17 цього Стандарту;

35) після лікування СВ пацієнтам надається інформаційний лист для осіб, які мають проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю відповідно до додатку 5 цього Стандарту.

Бажані:

36) пацієнтам з недостатнім харчуванням призначаються протягом декількох днів пероральні полівітамінні ЛЗ, у складі яких є вітаміни групи В, вітамін С, цинк та магній.

Розділ IV. Діагностика та лікування ускладнень СВ: судомних нападів, галюцинацій, делірію

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ускладнення СВ алкоголю, такі як судомні напади, галюцінаці, делірій лікуються в умовах стаціонару. При проведені діагностики здійснюється диференційна діагностика щодо зв’язку судом з іншими причинами. Для запобігання подальшим судомам призначаються бензодіазепінів. Початковою метою лікування пацієнтів з алкогольним делірієм є контроль збудження для зниження частоти подальших небажаних явищ; за наявності галюцинацій, викликаних СВ, які не піддаються лікуванню бензодіазепінів, у доповнення до лікування бензодіазепінами призначаються антипсихотичні ЛЗ.

2. Обгрунтування

Судоми під час СВ алкоголю зазвичай виникають через 6-48 годин після останнього вживання алкоголю. Поширеність судом під час синдрому відміни алкоголю становить від двох до дев’яти відсотків серед людей, залежних від алкоголю. Судоми виникають під час зниження рівня алкоголю в крові, а у деяких людей з тяжкою алкогольною залежністю судоми можуть виникати, навіть якщо рівень алкоголю в крові все ще високий (наприклад, понад 20 ммоль/л), і зазвичай у формі генералізованих (тоніко-клонічних) судом. Судоми під час СВ алкоголю, особливо у людей похилого віку або з когнітивними порушеннями, можуть супроводжуватися виникненням делірію. Ризик повторення судом впродовж 6-12 годин після судомного нападу оцінюється приблизно у 25 відсотків. Особи, які пережили судоми під час СВ алкоголю, більш схильні до повторних судом під час наступних епізодів СВ алкоголю, що має бути враховано при наданні медичної допомоги.

Бензодіазепіни суттєво знижують ризик виникнення судом під час СВ алкоголю, а також ризик повторних (подальших) судом під час СВ алкоголю. Лікування антипсихотичними ЛЗ рекомендується, якщо симптоми галюцинацій, викликаних СВ алкоголю є нестерпними, до досягнення тривалого утримання від вживання алкоголю та покращення стану.

Характерними ознаками алкогольного делірію є порушення свідомості та зміни когнітивних функцій або розлади сприйняття. Алкогольний делірій

зазвичай починається через два-три дні після вживання алкоголю і зазвичай триває ще два-три дні, хоча у тяжких випадках може тривати кілька тижнів.

Супутні медичні стани є поширеними при ускладненнях СВ і можуть включати: зневоднення, порушення електролітного балансу, ниркову недостатність, нерозпізнану травму голови, інфекції (включаючи менінгіт), кровотечі з вен стравоходу, шлунково-кишкові кровотечі, панкреатит та печінкову недостатність, важку полінейропатію.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) діагностика судом, викликаних вживанням алкоголю, здійснюється шляхом диференціальної діагностики та виключення інших можливих причин виникнення судом; не слід припускати наявність судом, що виникають внаслідок СВ алкоголю, якщо наявна будь-яка з наступних ознак:

клінічні ознаки або підозра на інші причини судом (такі, як травма голови, метаболічні, інфекційні, неопластичні, цереброваскулярні розлади);

відсутність судом в анамнезі;

два або більше напади судом поспіль;

парціальні (фокальні) судоми;

судоми, що виникли через більше, ніж 48 годин після останнього вживання алкоголю;

відсутність нещодавнього вживання великої кількості алкоголю або інших ознак СВ алкоголю;

2) за наявності судом здійснюється госпіталізація пацієнта щонайменше на 24 години для визначення того, чи пов'язані судоми з СВ алкоголю та визначення подальшої тактики лікування;

3) у випадку підтвердження, що судоми викликані СВ алкоголю:

пацієнт госпіталізується не менше ніж на добу (залежно від стану) для постійного перебування під наглядом;

під час госпіталізації здійснюється моніторинг життєво важливих показників (пульс, артеріальний тиск, температура оксиметрія), інтенсивності СВ та неврологічного статусу;

проводиться оцінка ризику заподіяння шкоди собі та оточуючим;

здійснюється визначення біохімічних показників, електрокардіографія та, за потреби, – нейровізуалізація;

призначається тіамін парентерально, за можливості до введення глюкози;

забезпечується належна регідратація;

обмежується надмірна сенсорна стимуляція;

призначаються бензодіазепіни;

4) для запобігання подальшим судомам призначаються бензодіазепіни:

за необхідності лікування в умовах невідкладної допомоги призначається 2-10 мг мідазоламу шляхом внутрішньовенної інфузії з ретельним моніторингом реакції, дихання та сатурації;

для стабільних пацієнтів призначається діазепам перорально – щонайменше 60-80 мг на добу;

у випадку проблем з дихальною системою та неврологічним статусом призначається 1-2 мг лоразепаму перорально;

5) за наявності галюцинацій, викликаних СВ, які не піддаються лікуванню відповідними дозами бензодіазепінів, додатково призначаються антипсихотичні ЛЗ, наприклад, один з наступних ЛЗ на розсуд лікаря:

галоперидол від 2,5 до 10 мг перорально або внутрішньом'язово, повторювати за потреби;

оланзапін від 5 до 10 мг перорально або буккально, повторювати до 30 мг на добу за потреби;

рисперидон від 1 до 5 мг, перорально або внутрішньом'язово, двічі на день, повторювати за потреби;

6) антипсихотичні ЛЗ призначаються тільки разом з бензодіазепінами;

7) для зменшення нервово-м'язової активності та збудження призначаються препарати магнію;

8) для лікування делірію, якщо пацієнт не реагує на лікування бензодіазепінами, у відділеннях інтенсивної терапії призначається дексмедетомідин.

Розділ V. Профілактика та лікування синдрому Верніке-Корсакова

1. Положення стандарту медичної допомоги

Всі пацієнти, які проходять лікування СВ алкоголю, мають отримувати тіамін для профілактики синдрому Верніке-Корсакова

2. Обгрунтування

У осіб, які мають залежність від алкоголю, може виникати гостре пошкодження головного мозку, спричинена нестачею тіаміну (вітаміну B_1) – синдром Верніке-Корсакова, який виникає через недостатнє споживання їжі та/або кишкову мальабсорбцію. Енцефалопатія Верніке є важливою коморбідністю, а не ускладненням СВ; її зазвичай виявляють під час гострих госпіталізацій, зокрема у пацієнтів з алкогольною інтоксикацією або СВ алкоголю. Вона може співіснувати з гострим СВ алкоголю, печінковою енцефалопатією та іншими причинами сплутаності свідомості, і її слід відрізняти від них.

Енцефалопатія Верніке на ранніх стадіях може бути вилікувана повністю, але якщо її не лікувати або лікувати неналежним чином, вона може призвести до синдрому Корсакова, хронічного та інвалідизуючого стану, що характеризується тяжкою втратою короткочасної пам'яті та порушенням здатності до засвоєння нової інформації, що часто супроводжується компенсаторними вигадками, конфабуляцією. Приблизно чверть пацієнтів з енцефалопатією Верніке повністю одужують за умови належного лікування, чверть демонструють значне покращення, чверть одужують лише частково, а у чверті не спостерігається жодного покращення з часом. Вкрай важливо розпочати лікування якнайшвидше, затримка з лікуванням може погіршити прогноз пацієнта. Діагностика енцефалопатії Верніке вимагає високого рівня медичної настороженості щодо осіб, які вживають алкоголь у великих кількостях або хронічно, особливо якщо є будь-які клінічні ознаки (наприклад, погіршення пам'яті), що узгоджуються з енцефалопатією Верніке або синдромом Корсакова. Пацієнти з підозрою на енцефалопатію Верніке або синдром Корсакова мають

бути обстежені на наявність інших форм алкогольного ураження головного мозку, таких як деменція.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) для всіх пацієнтів під час лікування СВ призначається тіамін як профілактичних засіб:

перед будь-яким вуглеводним навантаженням (наприклад, введенням глюкози внутрішньовенно);

для пацієнтів з повноцінним харчуванням призначаються пероральні комбіновані ЛЗ - препарати вітаміну B_1 у розрахунку 300 мг тіаміну на добу протягом 3-5 днів, з подальшим лозуванням протягом наступних 4-9 днів у розрахунку 100 мг тіаміну на добу (загалом 1-2 тижні прийому тіаміну);

для пацієнтів з тяжким ступенем залежності, поганим харчуванням і загальним поганим харчовим станом призначається парентеральне (в/в або в/м) введення тіаміну в дозі 300 мг на добу протягом декількох днів, з подальшим пероральним прийомом ЛЗ - комбінованих препаратів вітаміну B_1 у розрахунку 300 мг тіаміну на добу протягом декількох тижнів; внутрішньом'язове введення не застосовується для пацієнтів з коагулопатією;

для осіб, які продовжують вживати алкоголь та мають залежність від алкоголю, рекомендованим є постійний прийом тіаміну (у розрахунку 100 мг на день);

2) пацієнтів, які зловживають алкоголем і проявляють будь-які ознаки енцефалопатії Верніке (такі, як сплутаність свідомості, атаксія, очні симптоми, кома, погіршення пам'яті, гіпотермія з гіпотензією або біла гарячка), слід лікувати так, ніби встановлено діагноз енцефалопатії Верніке;

3) при підозрі або встановленні діагнозу енцефалопатія Верніке лікування починається з парентеральних доз тіаміну не менше 500 мг на добу (внутрішньом'язово або внутрішньовенно, розведені у фізіологічному розчині протягом 30 хвилин) протягом щонайменше 3-5 днів, а наступні дози – не менше 300 мг (перорально або парентерально) і до 1000 мг на добу протягом 1-2 тижнів. Внутрішньом'язове введення не застосовується для пацієнтів з коагулопатією.

Розділ VI. Діагностика синдрому залежності внаслідок вживання алкоголю, оцінка стану пацієнта

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностика синдрому залежності внаслідок вживання алкоголю здійснюється відповідно до визначених в МКХ-10 клінічних критеріїв із використанням опитувальника AUDIT та включає оцінку тяжкості залежності, наявності супутніх проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, оцінку ризиків, психічної коморбідності та загальних соматичних проблем, що пов'язані із вживанням алкоголю. Лікарі, які беруть участь в оцінці та лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, мають бути обізнані з оцінкою важливих медичних коморбідностей та володіти відповідними методиками для їх діагностики.

Оцінка стану пацієнта відбувається у формі відкритого

напівструктурованого інтерв'ю, під час якого пацієнт і лікар складають наративний анамнез, використовуючи відповідні опитувальники.

Основні етапи і послідовність діагностики та лікування залежності від алкоголю наведено у додатку 18 до цього Стандарту.

2. Обґрунтування

Переважна більшість пацієнтів з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, мають значні фізичні та психічні коморбідності та потребують оцінки цих коморбідностей, незалежно від причини їх виникнення. Для визначення подальшої тактики лікування, окрім визначення синдрому залежності, необхідним є оцінка ступеня її тяжкості та комплексна оцінка стану пацієнта, яка, в свою чергу, включає оцінку соматичного стану, оцінки соціальної ситуації, оцінку ризиків заподіяння шкоди собі або оточуючим тощо. Оцінка має бути зосереджена на визначенні найбільш нагальних потреб людини, зокрема тих, що мають безпосередній вплив на її виживання та якість життя. Особлива увага має бути спрямована на оцінку психічної коморбідності. Відтак, наприклад, діагностика ризику суїциду, який становить значну загрозу для життя пацієнта, є більш важливим, ніж диференціальна діагностики великого депресивного розладу; діагностика ризику домашнього насильства є більш важливою, ніж оцінка посттравматичного стресового розладу; оцінка втоми і зниження мотивації є більш важливою, ніж оцінка розладу сну; оцінка контролю імпульсів є пріоритетною ніж оцінка розладу дефіциту уваги і гіперактивності. Проведення диференційної діагностики щодо наявності психічної коморбідності здійснюється через 4-6 тижнів утримання від вживання алкоголю.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов’язкові:

1) наявність синдрому залежності внаслідок вживання алкоголю встановлюється відповідно до визначених в МКХ-10 клінічних критеріїв, згідно з додатком 19 до цього Стандарту;

2) після встановлення діагнозу синдрому залежності внаслідок вживання алкоголю здійснюється комплексна оцінка, яка проводиться у формі відкритого напівструктурованого інтерв'ю та включає оцінку:

анамнезу вживання алкоголю;

тяжкості алкогольної залежності із використанням опитувальника для оцінки тяжкості алкогольної залежності (далі – SADQ) або Лідського опитувальника для оцінки залежності (далі – LDQ) відповідно до додатків 20 та 21 до цього Стандарту;

характеру і ступеня проблем, пов'язаних зі зловживанням алкоголю, із використанням опитувальника для оцінки проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю (далі – APQ) відповідно до додатку 22 цього Стандарту;

мотивації до зміни поведінки щодо вживання алкоголю із використанням опитувальника для оцінки готовності до змін – версія для лікування (RCQ-TV) або через запитання, наведені у додатку 23 до цього Стандарту;

ризику заподіяння собі шкоди або іншим;

попереднього досвіду лікування;

фізичного стану (загальний огляд, наявність ознак інтоксикації або синдрому відміни алкоголю, оцінка харчування, неврологічна, шлунково-

кишкова, оцінка серцево-судинної системи);

стану психічного здоров'я та наявності супутніх психічних розладів;

вживання інших психоактивних речовин та наявності розладів, пов'язаних з їх вживанням із використанням опитувальника ASSIST;

соціальної та сімейної ситуації;

3) у підлітків збирається психосоціальний анамнез відповідно до додатку 24 до цього Стандарту;

4) оцінка ризиків заподіяння шкоди собі або іншим здійснюється у наступних напрямках:

ризик самоушкодження або самогубства із використанням Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїцидальності (C-SSRS);

ризик заподіяння шкоди іншим (включаючи ризик заподіяння шкоди дітям та іншого домашнього насильства, шкоди медичному персоналу та ризик керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння або ризик виконання робіт, що потребують особливої уваги);

ризик отримання ушкодження з боку інших (включаючи ризик стати жертвою домашнього насильства) відповідно до додатку 25 до цього Стандарту;

ризик самозанедбаності;

5) пацієнти, які мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, направляються на проходження комплексного медичного обстеження незалежно від їх рішення щодо лікування розладу, пов’язаного із вживанням алкоголю, зокрема для оцінки довготривалих наслідків вживання алкоголю відповідно до додатку 4 цього Стандарту;

6) оцінка коморбідних психічних розладів здійснюється: для всіх пацієнтів під час першого звернення, повторно на прохання пацієнта, коли пацієнт припинив або може припинити лікування, коли прогрес не відповідає очікуванням, у разі несподіваної або різкої зміни стану пацієнта, повторно у випадку призначення лікування коморбідного розладу;

7) при проведенні оцінки щодо наявності психічної коморбідності здійснюється диференційна діагностика та визначається початок виникнення симптомів психічного розладу – до або під час активного вживання алкоголю або настання синдрому відміни алкоголю;

8) проводиться скринінг на наявність таких психічних розладів та станів:

депресія,

тривожний розлад,

посттравматичний стресовий розлад,

розлади харчової поведінки,

розлад дефіциту уваги з гіперактивністю

розлади сну

суїцидальна поведінка

розлади особистості

для проведення скринінгу та діагностики психічної коморбідності використовуються інструменти, наведені у додатку 26 до цього Стандарту;

9) в рамках оцінки психічного статусу проводиться оцінка наявності досвіду психічної травми, насильства (включаючи сексуальне) в минулому та, особливо, в дитинстві;

10) аналіз сечі або дихальний тест для визначення наявності під час лікування та/або оцінки зловживання алкоголем використовується лише для оцінки правдивості загальної оцінки, але не як діагностичний маркер;

11) збір анамнезу вживання алкоголю включає збір інформації щодо:

історії вживання алкоголю пацієнтом, у тому числі про те, як змінювався, коливався та/або прогресував характер вживання алкоголю з плином часу;

середнього денного споживання (грамів або стандартних порцій в день) алкоголю;

кількості днів вживання алкоголю за тиждень (або місяць);

типового дня, коли відбувається вживання і подій, які йому передують і до яких призводить вживання;

патерну вживання, зокрема щоденного або майже щоденного вживання, або запійного вживання;

12) оцінка соціальної та сімейної ситуації включає збір та оцінку інформації щодо:

наявності та ризиків стосовно домашнього насильства по відношенню до пацієнта, так і з його сторони;

ролі сім'ї та оточення у прийнятті рішення щодо лікування та оцінки проблеми;

наявності системи підтримки;

статусу працевлаштування;

виконання та розподілу сімейних функцій;

спільного проживання з неповнолітніми дітьми та здійснення догляду щодо них.

Бажані:

13) в рамках проведення оцінки з метою уточнення соціальної та сімейної ситуації, наявності фактів домашнього насильства та фактів або ризиків заподіяння шкоди собі або іншим (включаючи керування автотранспортом перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння або виконання робіт, які потребують особливої уваги), виявлення можливостей залучення членів близького оточення в якості підтримки в процесі лікування, проводиться інтерв'ю з членами родини або близького оточення пацієнта;

14) для визначення тяжкості алкогольної залежності у дітей віком від 10 років та підлітків до 18 років використовується індекс вживання алкоголю підлітками (ADI);

15) у випадку наявності підозр щодо ризику заподіяння шкоди іншим використовується інструмент – HCR-20 Оцінка ризику насильства;

16) з метою комплексної оцінки стану пацієнта та оцінки функціонування у різних сферах використовується інструмент Шкала оцінки якості життя, коротка форма.

Розділ VII. Лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю

1. Положення стандарту медичної допомоги

Основним підходом до лікування осіб з синдромом залежності від

алкоголю є комбінація фармакологічного та нефармакогологічного лікування, де в якості нефармакологічного лікування використовуються доказові психосоціальні інтервенції різної інтенсивності. Рекомендованими до застосування є ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою дисульфірам.

Лікувальна тактика визначається для кожного пацієнта індивідуально з урахуванням тяжкості залежності, супутніх розладів, наявності психічної коморбідності та іншої інформації, отриманої за результатами комплексної оцінки стану пацієнта.

2. Обґрунтування

Для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, можуть застосовуватись нефармакологічні методи, які включають психосоціальні втручання (короткі інтервенції на основі мотиваційного інтерв'ю (далі – МІ), когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ), заохочувальна терапія (далі – ЗТ), поведінкова терапія пар) та фармакологічні методи лікування. Психосоціальні втручання можуть використовуватися, як самостійний інструмент лікування, так і в комбінації з фармакологічними методами лікування залежності з огляду на оцінку тяжкості стану пацієнта. Поєднання фармакологічних та нефармакологічних методів лікування забезпечує кращий результат Для більшості пацієнтів. Використання лише психосоціальних інтервенцій можливе для пацієнтів з легким ступенем залежності.

При фармакологічній терапії призначаються лікарський засіб дисульфірам.

При виборі психосоціальних інтервенцій застосовується підхід поетапної інтенсивності – коли спочатку надаються послуги, які відповідають ступеню залежності, і у випадку, якщо вони виявляються недостатньо ефективними, відбувається збільшення їх інтенсивності.

Існують переконливі докази ефективності КПТ як самостійного методу лікування. Її слід застосовувати як психосоціальну інтервенцію першої лінії для лікування алкогольної залежності. Ефективним є також МІ, проте воно є таким переважно в короткостроковій перспективі та для менш важких форм залежності. Через свою коротку тривалість, МІ зазвичай використовується як вступ до КПТ, щоб створити амбівалентність щодо вживання та посилити мотивацію до змін. Окремі когнітивно-поведінкові інтервенції, якщо їх проводити ізольовано, мають різну ефективність, а результати, зазвичай, кращі, коли вони проводяться в комплексі (наприклад, тренінг навичок подолання труднощів у поєднанні з профілактикою рецидивів).

Для пацієнтів, які не бажають зупинити вживання алкоголю, навчання поведінковому самоконтролю (контрольоване вживання алкоголю) є більш ефективним, ніж відсутність лікування, і може бути запропоноване пацієнтам, яких лікар вважає придатними для досягнення помірної мети.

Метою лікування для більшості пацієнтів є стійке тривале утримання від вживання алкоголю, проте, для пацієнтів з легким ступенем залежності можливою реалістичною метою може бути значне скорочення частоти та кількості вживання алкоголю.

Особам з коморбідною патологією (внаслідок вживанням алкоголю та іншими психічними розладами) слід пропонувати лікування обох розладів відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги. Інтервенції мають бути

більш інтенсивними, оскільки ця група населення, зазвичай, має більш складний перебіг і гірший прогноз, ніж особи з поодинокими розладами. Слід подбати про координацію інтервенцій, щоб вони були інтегрованими і доповнювали одна одну.

При організації допомоги враховується висока поширеність реакцій на тяжкий стрес та розлади адаптації у пацієнтів, відтак політики та простір для надання послуг мають бути організовані таким чином, щоб уникнути ретравматизації людей, які пережили травму.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) перед початком лікування для кожного пацієнта складається індивідуальний план відповідно до додатку 27 цього Стандарту;

2) індивідуальний план розробляється на основі комплексної оцінки стану пацієнта, яка здійснюється відповідно до пунктів 2 та 3 розділу VI цього Стандарту;

3) перед початком лікування пацієнтам надається Інформаційний лист для людей, які мають проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, відповідно до додатку 4 до цього Стандарту;

4) члени родини та близького оточення, за можливості, залучаються до лікування та догляду за пацієнтом, зокрема, їм надається інформація як вони можуть допомогти пацієнту зберегти позитивні зміни, отримані під час лікування;

членам родини та близького оточення надається інформація щодо самодопомоги та можливостей отримання, за потреби, професійної допомоги, а також контакти груп самодопомоги для близького оточення осіб, які мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю;

5) при розробці індивідуального плану лікування з пацієнтом узгоджується мета лікування;

для пацієнтів, які мають середній або тяжкий ступінь залежності та пацієнтів, які мають серйозні супутні психічні або соматичні захворювання (наприклад, депресію або пов'язане з алкоголем захворювання печінки) метою лікування є утримання від вживання алкоголю;

для пацієнтів, які зловживають алкоголем, або мають легку залежність без серйозної супутньої патології, метою лікування може бути помірний рівень вживання алкоголю (за наявності адекватної підтримки оточення);

6) у випадку, якщо пацієнт, якому рекомендовано утримання від вживання алкоголю, не погоджується із зазначеною метою лікування і віддає перевагу меті у вигляді досягнення помірного вживання – лікування продовжується за принципом зменшення шкоди з постійною, наполегливою рекомендацією утримуватися від вживання алкоголю;

в такому випадку в якості мети розглядається:

утримання від вживання на певний час (наприклад, від 1 до 3 місяців) під час якого лікування фокусується на формуванні навичок контрольованого вживання;

поступове зменшення вживання алкоголю для досягнення повного утримання шляхом постановки поступових, реалістичних, проміжних цілей;

7) тактика лікування залежить від ступеня тяжкості розладу та здійснюється за принципом поетапної підтримки, який передбачає, що в першу чергу надаються найменш інтенсивні психологічні втручання, які рекомендовані відповідно до ступеня розладу, а у випадку їх неефективності – інтенсивність інтервенцій збільшується відповідно до додатку 28 цього Стандарту;

8) всім пацієнтам надається інформація та рекомендації щодо відвідування груп самодопомоги «рівний-рівному», зокрема груп Товариства Анонімних осіб з розладами вживання алкоголю (далі – АА);

9) пацієнтам, які зловживають алкоголем і мають легкий ступінь алкогольної залежності пропонується психологічне втручання – мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова терапія або терапія, що спирається на соціальні зв’язки й оточення; у випадку наявності постійного партнера – пропонується поведінкова терапія пар;

у випадку неефективності психологічних втручань, а також у випадку бажання пацієнта пропонується фармакотерапія.

10) пацієнтам, які мають зловживання або легку залежність і які не орієнтовані на повну відмову від вживання алкоголю, проводиться навчання поведінковому самоконтролю відповідно до додатку 28 до цього Стандарту;

11) пацієнтам, які мають середній або тяжкий ступінь залежності: пропонується когнітивно-поведінкова терапія та фармакотерапія; як доповнення проводиться мотиваційне інтерв'ю; розглядається можливість стаціонарного лікування на початковому етапі лікування;

12) мотиваційне інтерв’ювання проводиться:

для пацієнтів з легким ступенем залежності як самостійний метод;

для пацієнтів з середнім та тяжким ступенем залежності як метод роботи з амбівалентністю пацієнта щодо вживання алкоголю;

для пацієнтів з будь-яким ступенем залежності у комбінації з іншими психологічними методами;

13) когнітивно-поведінкова терапія надається протягом щонайменше 12 щотижневих сесій;

14) для всіх пацієнтів, незалежно від обраного психологічного методу лікування під час та після завершення фармакотерапії надається послуга з профілактики рецидивів;

15) поведінкова терапія для пар використовується як доповнення до індивідуального психологічного втручання та для пацієнтів, чий партнер не має розладу, пов’язаного з вживанням алкоголю або психоактивних речовин;

16) лікування дітей та підлітків віком від 10 до 17 років здійснюється із використанням індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії та сімейної (далі – СТ) або мультисистемної терапії;

17) фармакотерапія призначається після завершення лікування СВ або зникнення гострих симптомів СВ;

18) при прийнятті рішення щодо фармакотерапії до уваги приймаються переваги та недоліки лікування, особливості застосування та ризики, які з цим пов'язані;

19) дисульфірам призначається пацієнтам, які виражають намір повної зупинки вживання алкоголю (утримання); для більшості пацієнтів строк

лікування становить від 3 до 6 місяців, проте, за потреби, може бути продовжений до 12 місяців і довше;

20) лікування дисульфірамом здійснюється відповідно до таких принципів:

проводиться визначення початкового рівня сечовини та електролітів, функціональних проб печінки, включно з гамма-глутамілтрансферазою;

пацієнту та членам його близького оточення надається інформація щодо ризиків для здоров'я та життя, які можуть виникнути у випадку одночасного вживання дисульфіраму та алкоголю, з акцентом на ризики токсичного ураження печінки;

надаються рекомендації: уникати вживання будь-яких ЛЗ та продуктів харчування, які можуть містити у своєму складі алкоголь; зупинити прийом дисульфіраму у випадку вживання алкоголю з відновленням прийому лікарського засобу через 48 годин після останнього прийому алкоголю; у разі погіршення самопочуття або появи лихоманки чи жовтяниці припинити приймати дисульфірам і звернутися по невідкладну медичну допомогу;

21) для контролю прийому дисульфіраму та оцінки прихильності доцільно залучати члена близького оточення пацієнта, якому рекомендується самостійно надавати ЛЗ пацієнту;

22) під час прийому дисульфіраму здійснюється моніторинг рівня сечовини й електролітів, функціональних проб печінки, включно з гамма-глутамілтрансферазою щонайменше кожні два тижні протягом перших двох місяців лікування; починаючи з третього місяця лікування - щомісяця протягом наступних чотирьох місяців; починаючи з сьомого місяця лікування – один раз на шість місяців;

23) з метою підвищення прихильності до лікування необхідно з'ясувати ставлення пацієнта до прийому ЛЗ, зокрема наявності упереджень щодо прийому; надати розгорнуту інформацію про дію ЛЗ, очікувані побічні реакції, ризики, пов'язані з прийомом, та заходи з їх мінімізації; використовувати метод мотиваційного інтерв’ювання, щоб допомогти пацієнту визначити його особисті переваги, пов’язані з прийомом ЛЗ; залучати членів близького оточення до контролю щодо прийому ліків; застосовувати додаткові інструменти контролю прийому ЛЗ, такі як щоденники прийому, спеціальні контейнери; виявляти пацієнтів, які пропускають зустрічі з лікарем, та нагадувати пацієнтам про запланований візит до лікаря;

24) під час лікування всім пацієнтам надається інформація та рекомендації щодо відвідування груп взаємопідтримки;

25) якщо особа зловживає алкоголем і має супутню депресію або тривожний розлад, спочатку слід лікувати зловживання алкоголем, оскільки воно може призвести до значного поліпшення стану депресії і тривоги; якщо депресія або тривога спостерігаються після 3–4 тижнів утримання від алкоголю, необхідно оцінити наявність депресивного або тривожного розладу та розглянути варіанти лікування;

26) у разі зловживання алкоголем і супутнього зловживання опіоїдами, стимуляторами, канабісом або бензодіазепінами, здійснюється одночасне лікування обох станів;

27) за наявності супутньої нікотинової залежності пацієнт заохочується до

того, щоб кинути курити.

Бажані:

28) лікуванням розладу, пов’язаного з вживанням алкоголю, та коморбідних психічних розладів має займатися один і той самий фахівець;

29) для пацієнтів, які мають обмежений територіальний доступ до послуг охорони здоров’я, зокрема, отримання коротких інтервенцій, такі послуги надають із використанням інформаційних технологій та доступних у регіоні методів дистанційного зв’язку;

30) залучення до надання медичної допомоги особам, які мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, працівників або волонтерів, які працюють за принципом «рівний-рівному»;

31) інформація щодо особливостей призначеного ЛЗ надається у друкованому або іншому вигляді для самостійного повторного ознайомлення вдома;

32) для підвищення ефективності лікування до його надання залучається мультидисциплінарна команда;

33) у випадку неефективності фармакотерапії першої лінії, за згодою пацієнта та відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» на додачу до доказових психосоціальних інтервенції різної інтенсивності може призначатись лікарський засіб баклофен та топірамат.

Розділ VIII. Оцінка та лікування пацієнтів з когнітивними порушеннями

1. Положення стандарту медичної допомоги

Оцінка когнітивних функцій є частиною оцінки на початку лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, та під час лікування. Це включає початковий скринінг та лікування гострих причин когнітивних порушень.

2. Обґрунтування

Поширеність когнітивних порушень серед людей, які звертаються за лікування є високою (до двох третин мають ту чи іншу форму порушень). Порушення когнітивних функцій пов’язані з гіршою прихильністю до лікування та підвищеним ризиком рецидиву. Тому рання оцінка та постійний моніторинг когнітивного статусу є важливими для належного планування лікування та підвищення ймовірності його успіху.

Враховуючи низку потенційних причин когнітивних порушень у людей з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, оцінка поточного когнітивного статусу має включати збір анамнезу щодо інших факторів ризику когнітивних порушень (наприклад, черепно-мозкова травма, психічні розлади) на додаток до фізичного стану здоров’я пацієнта. Слід також оцінити історію розвитку та освіти (наприклад, порушення навчання або інтелектуальні розлади, обмежена освіта) оскільки когнітивні порушення можуть бути неправильно діагностовані, якщо не врахувати преморбідний рівень здібностей (наприклад, грамотність). Лікарі мають бути особливо пильними щодо пацієнтів з високим ризиком виявлення когнітивних порушень – особи віком від 50 років і , які тривалий час

зловживали алкоголем та/або мають патологію центральної нервової системи, наприклад, черепно-мозкову травму або епілепсію.

Когнітивні порушення можуть впливати на мотивацію, концентрацію уваги, здатність критично оцінювати ситуації та набувати нових навичок, але вони можуть покращуватися після періоду відмови від вживання алкоголю. Тому лікарі мають враховувати можливість покращення когнітивних функцій, даючи пацієнтові достатньо часу для відновлення від алкоголю перед тим, як остаточно планувати лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) на початку лікування всім пацієнтам з розладами вживання алкоголю проводиться оцінка наявності когнітивних порушень із використанням Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (МоСА) та визначається, чи є вони гострими (делірій) або хронічними;

2) при проведенні оцінки здійснюється аналіз наявності факторів виникнення когнітивних порушень: перенесена черепно-мозкова травма, психічні розлади (великий депресивний розлад, тривожний розлад, психоз), сепсис, зневоднення, метаболічні порушення, субдуральна гематома, постіктальна сплутаність свідомості, інтоксикація, ішемія/інфаркт, печінкова енцефалопатія, загальний рівень освіти і грамотності;

у випадку підозри на зазначені стани – проводиться диференційна діагностика та направлення для подальшого лікування до відповідних фахівців;

3) якщо пацієнт перебуває в гострому стані сплутаної свідомості – забезпечується його госпіталізація;

4) якщо когнітивні порушення зберігаються більше, ніж один або два місяці після лікування СВ алкоголю або зупинки вживання алкоголю – проводиться комплексна нейропсихологічна оцінка;

5) у разі виявлення когнітивних порушень, пацієнту рекомендується пройти когнітивну корекцію;

6) лікування пацієнтів з когнітивними порушеннями здійснюється з дотриманням рекомендацій, наведених у додатку 17 до цього Стандарту.

Розділ IX. Лікування інших ускладнень, пов'язаних із вживанням алкоголю

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, передбачає скринінг основних проблем із фізичним здоров'ям, зокрема, печінки та підшлункової залози, серцево-судинних захворювань, раку.

2. Обґрунтування

Вживання алкоголю пов'язане з низкою інших супутніх захворювань, таких, як серцево-судинні захворювання, периферична нейропатія, алкогольний гепатит та цироз, алкогольний гострий панкреатит, неврологічні порушення, онкологія тощо. Ризик коморбідності, пов'язаної з вживанням алкоголю, зростає залежно від кількості стандартних порцій та частоти вживання алкоголю.

Пацієнти з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, можуть розглядати медичні ускладнення зловживання алкоголем, як поштовх до змін, замість того, щоб звертатися за безпосередньою допомогою з приводу проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) при плануванні та наданні послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, медичні працівники мають бути обізнані щодо наслідків вживання алкоголю відповідно до додатку 4 цього Стандарту;

2) для пацієнтів, які мають гіпертензію та вживають алкоголь, рекомендується зупинка або зменшення його вживання як частина стратегії лікування гіпертензії;

3) утримання від вживання алкоголю, знеболення, високі дози тіаміну та збалансована дієта, збагачена тіаміном та іншими вітамінами групи В, рекомендуються особам з алкогольною нейропатією;

4) у випадку алкогольного гепатиту єдиною стратегією лікування є відмова від вживання алкоголю;

5) у разі гострого алкогольного панкреатиту лікування зосереджено на спостереженні за ускладненнями, такими як панкреонекроз, підтримці балансу рідини та ентеральному харчуванні.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю

Зв’язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує наявність клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з психічними та поведінковими розладами поведінки внаслідок вживання алкоголю у закладах охорони здоров’я, які надають екстрену (невідкладну), первинну та спеціалізовану медичну допомогу на території обслуговування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

організація (заклад охорони здоров’я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій;

дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою;

метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки;

знаменник індикатора: кількість ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу на території обслуговування, станом на звітну дату;

джерелом інформації є: звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам, зареєстрованих на території обслуговування;

чисельник індикатора: кількість ЗОЗ, які надіслали до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій розроблені КМП з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю;

джерелом інформації є: надіслані КМП з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, наданий лікарями ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам;

значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів, яким проведено скринінг щодо наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, з використанням інструменту AUDIT

Зв’язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює доступність скринінгу на вживання алкоголю, зокрема, для оцінки ефективності системи охорони здоров’я за напрямом раннього виявлення та попередження прогресу розвитку розладів, пов’язаних з вживанням алкоголю.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають екстрену (невідкладну) медичну допомогу, первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу (за виключенням ЗОЗ, які надають наркологічну, психіатричну допомогу), розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким проведено скринінг щодо наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 025/о

«Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - форма № 025/о); форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2016 № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975 (далі – форма № 003/о); форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 682/20995 (далі – форма № 027/о).

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів, які пройшли скринінг щодо наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю з використанням опитувальника AUDIT протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Кількість (відсоток) пацієнтів, які пройшли лікування СВ та яким було призначено тіамін як профілактичний засіб

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість надання медичної допомоги, зокрема, застосування профілактичних заходів для попередження розвитку енцефалопатії Верніке, особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, під час проходження лікування СВ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, які пройшли лікування СВ

впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, які пройшли лікування СВ та яким було призначено тіамін як профілактичний засіб, протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Кількість (відсоток) пацієнтів, яким після встановлення діагнозу синдрому залежності було проведено комплексну оцінку стану

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість надання медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, зокрема як доповнення до процедури встановлення діагнозу синдром залежності від алкоголю та на етапі визначення лікувальної тактики та складання індивідуального плану лікування пацієнта.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, яким у звітному періоді було встановлено діагноз синдром залежності від алкоголю та/або призначено лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів, яким у звітному періоді було встановлено діагноз синдром залежності від алкоголю та/або призначено лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, та яким було проведено комплексне обстеження відповідно до цього Стандарту.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Кількість (відсоток) пацієнтів із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, яким надавались психосоціальні втручання

Зв’язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю відповідно до цього Стандарту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, які отримували лікування внаслідок синдрому залежності від алкоголю у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів, які отримували лікування внаслідок синдрому залежності від алкоголю у звітному періоді та яким надавались психосоціальні втручання як нефармакологічні методи лікування синдрому залежності від алкоголю передбачені цим Стандартом.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

6. Кількість (відсоток) пацієнтів, які пройшли скринінг щодо вживання алкоголю за допомогою опитувальника AUDIT та яким було надано рекомендовані втручання на основі балів AUDIT

Зв’язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює доступність коротких втручань для зменшення ризику шкоди, пов'язаної із вживанням алкоголю, для пацієнтів, у яких було виявлено

відповідні бали AUDIT.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску. Бажаний рівень значення індикатора: всім пацієнтам, яким було проведено тест AUDIT необхідно застосовувати рекомендовані втручання на основі балів AUDIT.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, яким було проведено тест AUDIT у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів, яким було проведено тест AUDIT у звітному періоді та надано рекомендовані втручання на основі балів AUDIT.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

7. Кількість (відсоток) пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, які отримали лікування та яким було складено індивідуальний план лікування

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю відповідно до цього Стандарту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, яким встановлено діагноз синдром залежності від алкоголю та які отримували відповідне лікування у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів з діагнозом синдром залежності від алкоголю, які отримували відповідне лікування у звітному періоді та яким було складено індивідуальний план лікування.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

8. Кількість (відсоток) пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, яким було призначено фармакологічні методи лікування (лікування дисульфірамом), передбачені цим Стандартом.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю відповідно до цього Стандарту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, яким встановлено

діагноз синдром залежності від алкоголю та які отримували відповідне лікування у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів з діагнозом синдром залежності від алкоголю, які отримували відповідне лікування у звітному періоді та яким було складено індивідуальний план лікування.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

9. Кількість (відсоток) пацієнтів, яким встановлено діагноз синдром залежності від алкоголю та яким проведено оцінку когнітивних порушень перед призначенням лікування.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор оцінює якість лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю відповідно до цього Стандарту.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора:

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, розташованими на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.;

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: загальна кількість пацієнтів, яким встановлено діагноз синдром залежності від алкоголю та які отримували відповідне лікування у звітному періоді.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів з діагнозом синдром залежності від алкоголю, які отримували відповідне лікування у звітному періоді та яким проведено оцінку когнітивних порушень перед призначенням лікування.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 003/о; форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю. Клінічна настанова, заснована на доказах», 2025 рік https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. AUDIT. Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю. Керівництво для використання в закладах первинної медико-санітарної допомоги. Друге видання. Всесвітня організація охорони здоров'я. Департамент з питань психічного здоров'я та залежності від психоактивних речовин, 2001 року.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2008 року № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3 липня 2008 року за № 577/15268.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 998/23522.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 листопада 2015 року за № 1400/27845.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2017 року № 1504 «Про затвердження форми звітності щодо надання психіатричної допомоги населенню», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 10 квітня 2018 року за № 426/31878 (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 218 від 03 лютого 2022 року).

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2017 року № 992 «Про затвердження Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 листопада 2017 року за № 1408/31276.

10. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 689

«Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні».

11. Керівництво mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро; 2020 року, Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695 «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 року за № 1155/38491.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 р. за № 126/41471.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

В.о. директора Департаменту
медичних послуг **Андрій ГАВРИЛЮК**

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання алкоголю »
(підпункт 3 пункту 3 розділу I)

Клінічні ознаки, які можуть свідчити про інтоксикацію, проблемне вживання алкоголю або синдром відміни

Загальні ознаки, помітні під час огляду

запах алкоголю у видихуваному повітрі;

почервоніння обличчя, капілярна сітка на обличчі та шиї; "гусяча шкіра" на шиї і жовтуваті плями на шкірі;

набряк навколо очей, привушний набряк;

недостатнє самообслуговування, недостатнє харчування, авітаміноз;

блідість, лихоманка, почервоніння верхньої частини тіла;

гіпертензія;

синці різної давнини (якщо немає достовірних причин їх виникнення, зокрема, прийому антикоагулянтів або проведення медичних процедур тощо);

ін’єктованість склер;

капілярний застій і жовтушність склер;

надмірне потовиділення (синдром відміни);

тремор (синдром відміни);

жовтяниця (захворювання печінки, пов’язане з алкоголем);

гепатомегалія.

Захворювання:

цироз печінки;

панкреатит.

Біологічні маркери надмірного вживання алкоголю (низька чутливість)

Відхилення таких лабораторних показників: аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, гамма-глутамілтрансфераза, карбогідрат-дефіцитний трансферин (CDT), фосфатидилетанол (PEth), середній об'єм еритроцитів.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 4 пункту 3 розділу I)

Тест AUDIT

Тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: версія для інтерв'ю

Зачитуйте запитання саме так, як вони сформульовані. Ретельно записуйте відповіді. Розпочніть тест AUDIT словами: «Зараз я поставлю Вам кілька запитань про вживання Вами алкогольних напоїв протягом останніх 12 місяців». Поясніть, що мається на увазі під «алкогольними напоями», використовуючи місцеві приклади, напр., пиво, вино, горілку тощо. Відповіді кодуйте в «стандартних порціях алкоголю» (СП). Вказуйте номер відповіді у комірці праворуч.

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?
(0) Ніколи [пропустіть запитання 2–8]
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) 2–4 рази на місяць
(3) 2–3 рази на тиждень
(4) 4 рази на тиждень або частіше

☐

2. Скільки алкоголю Ви зазвичай вживаєте в той день, коли випиваєте? *

Запишіть відповідь клієнта:
_____

Визначте кількість стандартних порцій (СП) на основі відповіді клієнта, використовуючи подані нижче значення для переведення мілілітрів алкогольних напоїв у СП. Якщо клієнт зазвичай вживає кілька різних алкогольних напоїв, підсумовуйте число СП.

Приклади 1 СП:

250 мл пива (~5%)
30 мл міцного алкоголю (горілка, віскі тощо, ~40%)
100 мл вина (~12%)

(0) 1–2 СП
(1) 3–4 СП
(2) 5–6 СП
(3) 7–9 СП
(4) 10 СП і більше

☐

3. Якщо запитуєте чоловіка: Як часто Ви вживаєте принаймні півтора літра пива, або принаймні 180 мл міцного алкоголю, або принаймні пляшку вина чи шампанського (750 мл) впродовж 24 годин?

6. Як часто за останні 12 місяців Ви мали потребу випити вранці, щоб прийти в себе після надмірного вживання алкоголю напередодні (похмелитися)?
(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

7. Як часто за останні 12 місяців після вживання алкоголю Ви відчували провину або дорікали собі?
(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

8. Як часто за останні 12 місяців Ви не могли пригадати, що було напередодні, через вживання алкоголю?
(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше

Якщо запитуєте жінку: Як часто Ви вживаєте принаймні один літр пива, або принаймні 120 мл міцного алкоголю, або принаймні 400 мл вина чи шампанського впродовж 24 годин? ** (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня *Перейдіть до запитань 9–10, якщо сума балів за запитання 2 і 3 дорівнює 0.* ☐	(2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐
4. Як часто за останні 12 місяців Ви помічали, що не могли зупинитись після того, як почали випивати? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐	**9. Чи траплялося, що внаслідок вживання Вами алкоголю Ви чи хтось інший зазнавали травм?** (0) Ні (2) Так, більше ніж 12 місяців тому (4) Так, упродовж останніх 12 місяців ☐
5. Як часто за останні 12 місяців через вживання алкоголю Ви не робили те, що зазвичай від Вас очікувалось? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐	**10. Чи висловлював хтось із родичів, знайомих або медичних працівників стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив менше випивати?** (0) Ні (2) Так, більше 12 місяців тому (4) Так, упродовж останніх 12 місяців ☐
Запишіть загальний бал тут	
Якщо загальний бал більший за рекомендоване порогове значення, знайдіть відповідну інформацію в Посібнику користувача. ☐	

Примітки:

*З метою контекстуалізації опитувальника додана таблиця з поясненнями щодо вмісту однієї стандартної порції алкоголю в різних напоях

**З метою забезпечення ґендерної чутливості тесту додане питання щодо різних кількостей алкогольних напоїв, які є надмірним вживанням алкоголю для чоловіків та жінок

Тест AUDIT

Тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: версія для самостійного заповнення

Оскільки алкоголь може впливати на здоров'я та ефективність втручань, а також взаємодіяти з певними лікарськими засобами, ми маємо поставити Вам кілька запитань про вживання Вами алкогольних напоїв. Під алкогольними напоями маються на увазі будь-які напої, що містять алкоголь: алкогольні коктейлі, слабоалкогольні напої (пиво, сидр), вино, шампанське, міцні алкогольні напої. Відповідаючи на питання, будь ласка, пригадуйте лише останні 12 місяців. Ваші відповіді є

конфіденційними, тому просимо Вас відповідати чесно. Позначте хрестиком [X] комірку з варіантом відповіді, який максимально точно характеризує вживання Вами алкоголю. Абревіатура «СП» позначає стандартні порції алкоголю.

1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) 2–4 рази на місяць
(3) 2–3 рази на тиждень
(4) 4 рази на тиждень або частіше

☐

2. Скільки алкоголю Ви зазвичай вживаєте в той день, коли випиваєте? *

Приклади 1 СП:

 250 мл пива (~5%)	 30 мл міцного алкоголю (горілка, віскі, тощо, ~40%)	 100 мл вина (~12%)

(0) 1–2 СП
(1) 3–4 СП
(2) 5–6 СП
(3) 7–9 СП
(4) 10 СП і більше

☐

3. Якщо Ви – чоловік, то як часто Ви вживаєте принаймні півтора літра пива, або принаймні 180 мл міцного алкоголю, або принаймні пляшку вина чи шампанського (750 мл) впродовж 24 годин?

Якщо Ви – жінка, то як часто Ви вживаєте принаймні один літр пива, або принаймні 120 мл міцного алкоголю, або принаймні 400 мл вина чи шампанського впродовж 24 годин? **

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

4. Як часто за останні 12 місяців Ви помічали, що не могли зупинитись після того, як почали випивати?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

6. Як часто за останні 12 місяців Ви мали потребу випити вранці, щоб прийти в себе після надмірного вживання алкоголю напередодні (похмелитися)?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

7. Як часто за останні 12 місяців після вживання алкоголю Ви відчували провину або дорікали собі?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

8. Як часто за останні 12 місяців Ви не могли пригадати, що було напередодні, через вживання алкоголю?

(0) Ніколи
(1) Один раз на місяць або рідше
(2) Щомісяця
(3) Щотижня
(4) Щодня або майже щодня

☐

9. Чи траплялося, що внаслідок вживання Вами алкоголю Ви чи хтось інший зазнавали травм?

(0) Ні
(2) Так, більше ніж 12 місяців тому
(4) Так, упродовж останніх 12 місяців

Продовження додатка 2

☐	☐
5. Як часто за останні 12 місяців через вживання алкоголю Ви не робили те, що зазвичай від Вас очікувалось? (0) Ніколи (1) Один раз на місяць або рідше (2) Щомісяця (3) Щотижня (4) Щодня або майже щодня ☐	**10. Чи висловлював хтось із родичів, знайомих або медичних працівників стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив менше випивати?** (0) Ні (2) Так, більше ніж 12 місяців тому (4) Так, упродовж останніх 12 місяців ☐
Загальний бал ☐	

Примітки:

*З метою контекстуалізації опитувальника додана таблиця з поясненнями щодо вмісту однієї стандартної порції алкоголю в різних напоях

**З метою забезпечення ґендерної чутливості тесту додане питання щодо різних кількостей алкогольних напоїв, які є надмірним вживанням алкоголю для чоловіків та жінок.

Рекомендації, щодо проведення тесту AUDIT

1. Особа, яка проводить тестування, повинна бути дружно налаштована.

2. Тестування проводиться лише коли пацієнт перебуває в тверезому стані та не потребує невідкладної медичної допомоги.

3. Перед проведенням тестування зазначається мета тестування та надається наступне пояснення:

«Я поставлю вам декілька запитань про споживання вами алкогольних напоїв протягом минулого року. Оскільки споживання алкоголю може вплинути на багато аспектів вашого здоров'я (і змінювати ефект певних ліків), нам необхідно знати, скільки алкоголю ви зазвичай вживаєте і чи відчували ви раніше проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю. Спробуйте відповісти на всі запитання наскільки можливо чесно і точно».

4. Пацієнту надається інформація, що його результати є конфіденційними.

5. Перед проведенням тестування пацієнту надається інформація, що означає “стандартна порція” алкоголю. При наданні роз'яснень необхідно врахувати когнітивні можливості пацієнта та здатність запам'ятати визначення “стандартної порції” алкоголю.

6. Тест AUDIT може виконуватись у вигляді усного інтерв'ю або анкетування за методикою самозаповнення.

7. Для пацієнтів, які повідомляють, що споживають алкоголь рідко, в невеликих обсягах або не вживають алкоголь взагалі, можливим є скорочення тесту відповідно до наступних правил:

якщо, відповідаючи на перше запитання, пацієнт повідомляє, що протягом минулого року він взагалі не вживав алкоголь, можна відразу перейти до питань

9-10, відповіді на які можуть вказувати на проблеми, пов'язані зі споживанням алкоголю в минулому;

пацієнти, які набрали певні бали, відповідаючи на запитання 9-10, можуть вважатися такими, що належать до групи ризику при поновленні споживання алкоголю, і їм слід рекомендувати уникати споживання алкоголю взагалі.

Якщо пацієнт набрав 0 балів, відповідаючи на запитання 2 і 3, інтерв'юер може перейти до запитань 9 і 10, оскільки споживання алкоголю пацієнтом не перевищувало встановлених меж споживання, які вважаються низько ризиковими.

8. У випадку, якщо пацієнт чинить опір проведенню тестування, відмовляється відповідати на питання або виявився нездатним дати відповіді на запитання тесту для визначення хронічного споживання алкоголю зі шкідливими наслідками, проводиться процедура клінічного скринінгу, яка включає оцінку наявності **Клінічних ознак, які можуть свідчити про інтоксикацію, проблемне вживання алкоголю або синдром відміни, що наведені** у додатку 1 до цього Стандарту.

Оцінка результатів тесту AUDIT

1. Отримані 8 і більше балів свідчать про небезпечне та шкідливе споживання алкоголю та можливу алкогольну залежність. Для всіх чоловіків і жінок старше 65 років граничний показник встановлюється на один бал нижче (7 балів).

2. При оцінці результатів та визначенні подальшої потреби у втручаннях, окрім загальної кількості набраних балів, оцінюються відповіді на окремі питання:

два і більше балів при відповіді на питання 4, 5, 6 і чотири бали при відповіді на питання 9 і 10, рекомендується наступний більш високий рівень втручання ніж передбачений загальною кількістю набраних балів;

один і більше балів при відповіді на запитання 2 і 3 вказує на шкідливу модель споживання;

один і більше балів при відповіді на запитання 4, 5, 6 (особливо якщо пацієнт вказав, що відчуває симптоми щотижня або щодня), можуть свідчити про наявність або початкову стадію алкогольної залежності;

набрані бали за питання 7, 8, 9, 10 свідчать про наявність шкідливих наслідків, викликаних алкоголем.

При оцінці необхідно враховувати останні два питання для визначення існування проблеми в минулому (наприклад, «так, але не минулого року»). В такому випадку з пацієнтом обговорюється необхідність збереження контролю щодо вживання алкоголю.

У випадках, коли сума балів, набраних пацієнтом в ході тестування, не збігається з іншими клінічними даними, а також, якщо пацієнт має алкогольну залежність в анамнезі – проводиться клінічна оцінка.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 5 пункту 3 розділу I)

Рекомендовані втручання на основі балів AUDIT

Рівень ризику	Втручання	Бал AUDIT
I	Просвіта щодо шкоди алкоголю	0-7
II	Прості поради	8-15
III	Прості поради плюс коротке консультування та подальшій моніторинг	16-19
IV	Спрямування до спеціаліста для проведення подальшої діагностики та лікування за потреби	20-40

Джерело: Thomas F. Babor, John C Higgins-Biddle "Короткострокове втручання при небезпечному і шкідливому споживанні алкоголю. Керівництво із застосування в системі первинної медико-санітарної допомоги" ВООЗ, 2001

Опис втручань

Просвіта щодо шкоди алкоголю надається пацієнтам, які за результатами оцінки на основі балів AUDIT отримали I рівень ризику незалежно від причин (утримуються від вживання або є споживачами алкоголю на низькому рівні). Таким пацієнтам важливо надати зворотній зв'язок щодо результатів скринінгу та підтримати таку практику вживання алкоголю. Необхідно поінформувати пацієнта щодо стандартних порцій алкоголю, а також ризиків у разі надмірного вживання алкоголю, що може призвести до небезпечного чи шкідливого вживання алкоголю. Медичний працівник також може надати пацієнту інформаційний буклет щодо вживання алкоголю, а також додаткову інформацію щодо наявних можливостей спеціалізованого лікування. До просвітницької роботи щодо шкоди алкоголю також можна залучати членів родини або близького оточення пацієнта.

Проста порада надається пацієнтам, які за результатами оцінки на основі балів AUDIT отримали II рівень ризику та споживають більше 60 грамів чистого алкоголю за раз один або більше разів протягом останнього року. Надання

простої поради розпочинається з оголошення результатів проведеного тесту та акценту на шкоді для здоров’я пацієнта з урахуванням його характеру вживання алкоголю. Під час надання простої поради пацієнту необхідно надати інформаційний матеріал/листівку, яка міститиме основні розділи про наслідки споживання алкогольних напоїв для здоров'я та зниження ризику при споживанні алкогольних напоїв.



Основна мета надання простої поради: встановлення цілей спільно з пацієнтом для зміни поведінки щодо споживання алкоголю та заохочення щодо зменшення рівня споживання алкоголю. З цією метою необхідно демонструвати пацієнту “Піраміду споживання алкоголю”, яку наведено вище та, відповідно, міститься в інформаційному матеріалі для пацієнта, та використовувати інформацію щодо наслідків вживання алкоголю з високим ризиком.

Під час надання простої поради медичному працівнику важливо виявити осіб, для яких ціллю має бути повне утримання від споживання алкоголю. Це

такі категорії осіб: вагітні жінки, особи, у яких в анамнезі була залежність від ПАР або ураження печінки; особи з попереднім чи поточним серйозним психічним захворюванням; пацієнти із захворюваннями або які приймають ліки, що вимагають повної абстиненції. Для пацієнтів, які чинять опір при постановці цілей або демонструють невизначеність при їх постановці, необхідно проводити короткі консультації або передбачити проведення інших мотиваційних заходів.

При постановці цілей медичному працівнику необхідно обговорити з пацієнтом стратегії обмеження або припинення споживання алкоголю та визначити граничні норми споживання алкоголю з використанням стратегій спільного прийняття рішень. З цією метою необхідно також надати інформацію щодо стандартної порції алкоголю, визначеної цим Стандартом, а також мотивувати пацієнта розпочати зміну поведінки якомога швидше. При наданні простої поради медичний працівник має уникати засуджуючих тверджень в комунікації з пацієнтом.

Медичний працівник має застосовувати періодичне спостереження за пацієнтом для відслідковування прогресу виконання встановлених цілей ефективності простої поради. У разі відсутності прогресу медичному працівнику необхідно переглянути тактику ведення такого пацієнта, зокрема, передбачити проведення коротких консультацій з пацієнтом або проведення діагностичної оцінки його стану.

Коротке консультування надається пацієнтам, які за результатами оцінки на основі балів AUDIT отримали III рівень ризику та мали протягом останнього року випадки травм або нещасних випадків, спричинених споживанням алкоголю.

Коротке консультування також застосовується для окремих категорій пацієнтів, яким необхідно утриматися від вживання алкоголю, наприклад, вагітних жінок, жінок, які годують груддю або пацієнтів, які приймають ліки, разом з якими вживання алкоголю протипоказане. Основна мета коротких консультацій – зменшення ризику шкоди через вживання надмірних порцій алкоголю та надання пацієнту конкретних інструментів поведінкових змін. Для застосування коротких консультацій медичному працівнику бажано оволодіти навичками мотиваційного інтерв'ю.

Коротке консультування базується на чотирьох компонентах:

надання короткої поради;

оцінка та адаптація поради етапу готовності до змін. Коротке консультування та, зокрема, постановка цілей спільно з пацієнтом, має в тому числі базуватися на відповідності пацієнта певному етапу змін. Для такої оцінки медичний працівник може застосовувати додаткову діагностичну оцінку стану пацієнта у разі потреби, а також додаткове опитування пацієнта щодо мотивації до змін. Таке опитування може включати оцінку етапів змін у відповідності до додатку 23 цього Стандарту. При роботі зі змінами та побудові плану короткого консультування важливо зважати на п’ять етапів, які проходить пацієнт.

Етапи готовності до змін та відповідні компоненти короткого втручання

Етап	**Визначення**	**Компоненти короткого втручання, на яких слід зробити наголос**
Передусвідомлення (відсутність усвідомлення)	Особа з небезпечним або шкідливим споживанням алкоголю не розглядає зміни в найближчому майбутньому і може не знати про реальні чи потенційні наслідки для здоров'я у разі продовження вживання алкоголю на цьому рівні	Зворотній зв’язок щодо результатів скринінгу та інформація про небезпеку вживання алкоголю
Усвідомлення (обдумування)	Той, хто п'є, може знати про наслідки, пов'язані з алкоголем, але неоднозначно ставиться до зміни своїх звичок	Підкресліть переваги змін, надайте інформацію про проблеми, пов’язані з алкоголем, ризики затримки та обговоріть, як вибрати ціль
Підготовка (намір)	Споживач вже вирішив змінитися і планує вживати заходів	Обговоріть, як вибрати ціль, і надайте поради та заохочення
Дія	Споживач почав скорочувати або припиняти вживання алкоголю, але зміни ще не набули постійного характеру	Перегляньте поради, надайте заохочення
Підтримка / збереження змін	Споживач досяг помірного вживання алкоголю або утримання на відносно постійній основі	Заохочуйте пацієнта продовжувати

навчання навичкам самодопомоги. Для реалізації цього компоненту варто використовувати інформацію, наявну в буклеті «Як запобігти проблемам, пов'язаним із алкоголем». З огляду на оцінку медичного персоналу варто пройти кожен розділ буклету спільно з пацієнтом.

подальше спостереження. Стратегії подальшого спостереження мають бути частиною плану проведення короткої консультації. Основна мета проведення подальшого спостереження: надання підтримки, зворотного зв'язку, допомога у визначенні прогресу досягнення цілей спільно з пацієнтом та періодичний моніторинг стану пацієнту у відповідності до досягнення пацієнтом встановлених цілей.

У разі якщо під час подальшого спостереження медичний працівник фіксує труднощі з досягнення встановлених цілей щодо скорочення рівня споживання алкоголю протягом одного-двох місяців необхідно розглянути стратегію направлення пацієнта для подальшої діагностики та призначення спеціалізованого лікування. Для медичного персоналу, який надає послуги пацієнту на базі неспеціалізованого закладу, зокрема, первинної медико-санітарної допомоги, важливо оцінити доступність такого лікування та можливості пацієнта його проходити.

Залучення пацієнта до діагностики та спеціалізованого лікування

Залучення пацієнта до додаткової діагностики та подальшого спеціалізованого лікування направлена на осіб, які під час скринінгу за допомогою тесту AUDIT отримали IV рівень ризику. Тактика направлення пацієнта на додаткову діагностику та залучення пацієнта до спеціалізованого лікування також застосовується до пацієнтів, чий результат скринінгу був менше 20 балів, однак в анамнезі було отримано інформацію, яка може свідчити про:

ймовірну наявність синдрому алкогольної залежності;

наявність алкогольної чи наркотичної залежності в анамнезі або ураженням печінки;

психічні захворювання в анамнезі попереднім чи поточним серйозним психічним захворюванням;

відсутність ефективності досягнення попередньо встановлених цілей із застосування коротких консультацій.

Для підвищення ефективності заходів на даному етапі медичному персоналу важливо здійснити підготовку пацієнта до можливих змін, використавши техніки надання простих порад, заохочення, забезпечення зворотного зв'язку та проведення подальшого спостереження.

У разі перескерування пацієнта до медичних спеціалістів або закладів для проходження додаткових діагностичних процедур та, можливо, спеціалізованого лікування, якщо лікар не може самостійно реалізувати обраний вид медичної допомоги, медичному персоналу важливо організувати процес перескерування таким чином, щоб можна було отримати зворотній зв'язок щодо відповідного звернення пацієнта до спеціаліста або закладу.

При наданні порад медичний працівник повинен повідомити пацієнта про всі медичні та соціальні ризики, пов'язані з поточним рівнем споживання алкоголю, проаналізувати зв'язок споживання алкоголю з іншими медичними станами пацієнта.

Медичному персоналу важливо закликати пацієнта до відповідальності за власне життя та пройти відповідну діагностику з можливим призначенням подальшого лікування або відвідати відповідного фахівці. У разі демонстрації опору пацієнта необхідно запропонувати прийти на повторно консультацію для обговорення подальших кроків. Під час консультування пацієнта медичному персоналу необхідно заохочувати пацієнта та демонструвати доброзичливість.

Для пацієнтів, які раніше не зверталися за лікуванням може знадобиться більше часу для прийняття рішення, відповідно, необхідно надати достатньо інформації щодо процесу лікування.

Після проходження пацієнтом лікування медичному персоналу необхідно організувати подальше спостереження за його станом. Ця частина планування роботи з пацієнтом є обов'язковою з метою попередження рецидиву або надання своєчасної допомоги у разі рецидиву.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 8 пункту 3 розділу I)

Короткострокові та довгострокові наслідки вживання алкоголю

Ризики внаслідок вживання алкоголю
Нещасні випадки.
Навмисні та ненавмисні травми.
Отруєння.

Вживання алкоголю підвищує ризик розвитку наступних станів:
серцево-судинні захворювання (наприклад, гіпертензія, серцеві аритмії та алкогольна кардіоміопатія);
шлунково-кишкові розлади (наприклад, алкогольний гепатит, цирозпечінки, панкреатит та шлунково-кишкові кровотечі);
розлади опорно-рухового апарату, такі як остеопороз;
неврологічні розлади, зокрема синдром Верніке-Корсакова, дегенерація мозочка, черепно-мозкова травма, пов'язана з алкоголем, міопатія та периферична нейропатія);
інфекції (наприклад, позалікарняна пневмонія, туберкульоз (далі – ТБ), інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД);
порушення харчування (наприклад, дефіцит тіаміну);
метаболічні порушення (наприклад, гіпоглікемія та цукровий діабет);
ендокринна недостатність (наприклад, зниження фертильності, гіпогонадизм, остеопороз);
шкірні захворювання (наприклад, порфірія, псоріаз, екзема);
рак, включаючи рак печінки, ротової порожнини, гортані, глотки, стравоходу, кишечника, молочної залози, шкіри.

_____

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 8 пункту 3 розділу I)

Інформаційний лист для людей, які мають проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю

Цей інформаційний бюлетень є керівництвом для людей, які занепокоєні тим, що у них можуть бути проблеми з вживанням алкоголю, і думають про те, щоб отримати допомогу, щоб краще контролювати або припинити вживання алкоголю. Він містить огляд доступних варіантів лікування, а також інформацію про те, як отримати доступ до цих послуг. Поговоріть зі своїм медичним працівником про будь-які питання, розглянуті тут, і про те, як отримати допомогу, що відповідає вашим потребам.

Деякі моменти, про які варто подумати стосовно лікування.

Для людей, які мають проблеми із вживанням алкоголю, існує цілий ряд різних варіантів лікування. Розглядаючи можливі варіанти лікування, слід пам’ятати:

Не існує «найкращого методу» лікування, який би працював для всіх. Можливо, вам доведеться спробувати кілька варіантів, перш ніж знайти той, що найкраще підходить саме вам. Крім того, певний вид лікування може підходити людині на одному етапі її життя, але не бути корисним в інший час.

Важливість оцінки. Лікування буде найкращим, якщо воно буде відповідати Вашим власним обставинам і потребам. Всі люди різні, й оцінка медичного працівника, такого як лікар, спеціаліст з питань наркотичної та алкогольної залежності або консультант, допоможе визначити типи лікування та послуг, які найкраще відповідають вашим потребам.

Як алкоголь впливає на вас і на тих, хто вас оточує?

Алкоголь може впливати на наше життя по-різному. Він часто асоціюється зі святкуваннями та соціальними подіями, і багатьом людям подобається ефект від його вживання. Але алкоголь, як і всі наркотичні речовини, може мати негативні наслідки. Зазвичай саме тоді, коли негативні наслідки переважають над позитивними, люди замислюються над тим, щоб зменшити вживання алкоголю.

Деякі з найбільш поширених негативних наслідків вживання алкоголю наведені нижче.

Соціальні проблеми	Фізичне здоров'я	Психічне здоров'я
Фінансові проблеми	Захворювання печінки	Погана пам'ять
Проблеми у стосунках	Проблеми зі шлунком (виразка, рефлюкс)	Тривожність
Проблеми з законом	М'язова слабкість	Депресія
Насильство	Проблеми сексуального здоров'я	Суїцидальні думки
Втрата друзів	Проблеми з серцем	Судоми
Проблеми з працевлаштуванням	Погане харчування	Провали в пам'яті
Водіння в нетверезому стані	Зниження імунітету до інфекцій	Галюцинації
Проблеми з акомодацією	Шкода для плоду під час вагітності	Труднощі з концентрацією уваги

Подумайте про те, як алкоголь може впливати на вас і на тих, хто вас оточує. Поговоріть про це зі своїм медичним працівником, оскільки це допоможе визначити найкращий для вас підхід до лікування.

Чи залежні Ви від алкоголю?

Багато людей стикаються з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, але не обов'язково є залежними від нього. Алкогольна залежність стосується людей, які тривалий час вживають алкоголь у великих кількостях і яким важко зменшити або припинити його вживання, незважаючи на постійну фізичну, психологічну та/або соціальну шкоду.

Один з аспектів залежності полягає в тому, що організм адаптується до регулярного вживання алкоголю у великих кількостях – він стає «толерантним» до дії алкоголю, і Ви помічаєте, що Вам потрібно випити набагато більше, щоб сп'яніти. Після тривалого періоду вживання алкоголю у великих кількостях організм пристосовується до того, що він працює «нормально» лише тоді, коли в ньому є алкоголь, а життя без нього може призвести до симптомів синдрому відміни (таких як тривожність, пітливість, тремор, нудота, шлункові спазми).

Особи, які мають сформовану залежність, зазвичай потребують більш інтенсивного лікування, ніж особи без залежності: їм може знадобитися програма детоксикації, яка допоможе їм припинити пити, а після цього – постійне лікування (наприклад, консультування, медикаментозне лікування, програми самодопомоги).

Якщо Ви не впевнені, чи є у Вас проблема з алкоголем, або Ви залежні від алкоголю, Ви можете заповнити опитувальник AUDIT і обговорити це зі своїм лікарем.

Контрольоване вживання алкоголю або повне утримання від вживання: наскільки це реалістична мета?

Деякі люди хотіли б продовжувати вживати алкоголь на «низькому рівні» або відновити «помірне» вживання алкоголю після короткої перерви.

Загалом, більшість людей, залежних від алкоголю, які намагаються це зробити, стикаються з великими труднощами, і більшість з них повертаються до вживання алкоголю у великих кількостях. Тому лікарі наполегливо рекомендують особам, залежним від алкоголю, прагнути відмовитися від вживання алкоголю принаймні на кілька місяців, а краще – на довший термін. Існують програми консультування з конкретною метою «контрольованого вживання алкоголю», але, зазвичай, вони не рекомендуються до тих пір, поки пацієнт не досягне принаймні 3-6 місяців повного утримання від вживання алкоголю.

Контрольоване вживання алкоголю може підійти людям без залежності або з низьким рівнем залежності.

Які є варіанти лікування?

Існує багато варіантів лікування: короткострокові програми консультування, програми для подолання синдрому відміни, психологічне консультування, психотерапія, медикаментозне лікування, реабілітаційні програми в стаціонарі та програми самодопомоги. Поговоріть зі своїм лікарем про проблеми, з якими вам може знадобитися допомога, або про те, що вас турбує; з'ясуйте, які кроки ви можете зробити для їх вирішення і які служби можуть Вам допомогти.

Припинення або зменшення вживання алкоголю часто є важливим кроком до вирішення цих проблем.

Короткі програми консультування призначені для оцінки рівня вживання алкоголю і того, як це може вплинути на ваше життя (включаючи здоров'я, стосунки, роботу, фінанси). Ці програми допоможуть вам поставити реалістичні цілі та вивчити шляхи зменшення будь-яких проблем, пов'язаних із алкоголем, а також підтримуватимуть з вами зв'язок, щоб дізнатися, як у вас справи. Короткі програми консультування зазвичай складаються лише з 1-4 сесій, і їх можна проводити з будь-яким кваліфікованим медичним працівником, наприклад, лікарем загальної практики або фахівцем з лікування алкогольної та наркотичної залежності. Вони найкраще підходять для людей, які не є залежними від алкоголю, тобто не мають проявів фізичної залежності, запоїв чи тривалого постійного вживання алкоголю.

Програми для подолання синдрому відміни (також відомі як детоксикація або детокс) – це програми тривалістю від 1 до 2 тижнів, спрямовані на те, щоб допомогти людям, які зловживають алкоголем протягом тривалого часу, припинити вживання алкоголю. Іноді ви можете проходити синдром відміни вдома (якщо у вас є хороша підтримка і Ваш синдром відміни не має бути важким), але якщо у вас серйозні проблеми зі здоров'ям, безпечніше проходити лікування синдрому відміни в лікарні. Програми для подолання

синдрому відміни включають підтримуюче консультування, а іноді й медикаментозне лікування.

Більшість людей, які зловживають алкоголем у великих кількостях, повертаються до вживання алкоголю після програми детоксикації, якщо вони не беруть участі в якійсь формі постійного лікування.

Послуги з консультування щодо проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, є численними та різноманітними. Програми можуть бути індивідуальними або груповими, де Ви також зможете дізнатися про досвід інших людей. Багато програм консультування ґрунтуються на «профілактиці рецидивів», яка має на меті допомогти Вам утриматися від вживання алкоголю шляхом:

визначення ймовірних ризиків і «тригерів» для вживання алкоголю (наприклад, місця, люди, звички, емоції);

допомоги у пошуку інших способів подолання цих ризиків;

визначення способів запобігти зриву, який може призвести до повноцінного рецидиву вживання алкоголю.

Вам також може бути корисною консультація з інших питань, таких як проблеми з настроєм або тривожністю, проблеми у стосунках, невирішене горе або стрес, управління гнівом, проблеми зі сном або домашнє насильство. Поговоріть зі своїм лікарем про те, що Вас турбує, і про те, які послуги можуть Вам найкраще підійти.

Лікарські засоби можуть допомогти зменшити або зупинити вживання алкоголю після подолання синдрому відміни.

Дисульфірам діє, викликаючи важку реакцію (нудоту, головний біль, дискомфорт у животі), якщо Ви вживаєте алкоголь. Він підходить лише для людей, які дуже мотивовані повністю припинити вживати алкоголь, і зазвичай найкраще працює, якщо член сім'ї або опікун допомагає забезпечити щоденний прийом лікарських засобів.

Поговоріть зі своїм лікарем про ці лікарські засоби, оскільки вони можуть мати побічні реакції і не рекомендуються деяким пацієнтам, які мають інші проблеми зі здоров'ям. Якщо призначені лікарські засоби допомагають, їх зазвичай слід приймати щонайменше 6 місяців.

Психологічне консультування чи психотерапія може допомогти навчитися утримуватися від алкоголю та долати потяг до алкоголю, навіть коли він стає нестерпним, вміти наповнювати своє життя іншими альтернативними способами отримання задоволення від життя та навчитися краще комунікувати зі своїми близькими.

Існують докази ефективності допомоги людям з алкогольною залежністю когнітивно-поведінкової терапії; мотиваційного консультування, поведінкової терапії для пар; терапії, побудованої на програмі 12 кроків та інших.

Програми стаціонарної реабілітації (також відомі як терапевтичні спільноти) – це, зазвичай, довгострокові програми, за якими люди живуть і працюють у спільноті інших осіб, які раніше вживали алкоголь, та професійного персоналу. Програми можуть тривати від одного до 12 місяців (або більше). Реабілітаційні програми спрямовані на те, щоб допомогти Вам розвинути

навички та ставлення, необхідні для позитивних, довгострокових змін у напрямку до життя без алкоголю та наркотичних речовин. Зазвичай програми включають такі заходи, як працевлаштування, навчання та тренінги, консультування, групову роботу, профілактику рецидивів, а також частину «реінтеграції», де вам допомагають повернутися у вашу спільноту.

Програми самодопомоги для людей з алкогольною залежністю складаються з людей, які допомагають один одному залишатися незалежними від алкоголю, і, зазвичай, є груповими програмами, які проводяться самими учасниками, а не професіоналами. Основними програмами самодопомоги є 12-крокова програма Анонімних Алкоголіків та Smart Recovery®. Чим довше люди відвідують ці програми, тим кращі довгострокові результати. Зустрічі Smart Recovery® також доступні онлайн.

Інтернет-програми лікування залежності від алкоголю довели свою ефективність у зниженні споживання алкоголю як серед осіб, які мають залежність, так і серед молодих людей з групи ризику розвитку розладів вживання алкоголю. Мобільні технології можуть бути потенційним шляхом для поширення інтервенцій, але на цей момент науково обґрунтованих інтервенцій недостатньо, і необхідні більш систематичні оцінки, щоб переконатися, що застосунки для смартфонів є клінічно корисними.

Вирішення фізичних, психічних та соціальних проблем.

Ви можете мати низку фізичних (наприклад, гіпертензія, гастрит, захворювання печінки) та/або психічних (наприклад, тривожність, депресія) проблем, пов’язаних із вживанням алкоголю. Часто ці проблеми зі здоров’ям можуть покращитися після періоду утримання від вживання алкоголю, але це може зайняти кілька тижнів (а в деяких випадках і місяців), перш ніж настане значне поліпшення.

Вам також може знадобитися соціальна підтримка та допомога у вирішенні фінансових, юридичних, житлових проблем, питань, пов’язаних із підтримкою дітей або працевлаштуванням. Ваш лікар може направити Вас до відповідної служби підтримки (див. також «Контактні дані для отримання подальшої допомоги та послуг» нижче).

Які види діяльності не пов’язані з алкоголем?

Для деяких людей вживання алкоголю могло стати значною частиною їхнього життя, але існує низка видів діяльності, які можуть приносити задоволення і не пов’язані з алкоголем. Подумайте про те, чим Ви раніше займалися, але це не пов’язано з алкоголем, і що Вам подобається, або подумайте про те, що Ви хотіли б спробувати.

Зрештою, Ви маєте спробувати займатися тими видами діяльності, які Вам подобаються і які Вам підходять. Нижче наведені деякі види діяльності, які, за словами інших людей, добре допомагають їм:

Прогулянка	Читання книги	Похід до музею
Перегляд фільму або телепередачі	Малювання	Розгадування кросвордів
Проходження онлайн-курсу	Спів	В’язання
Слухання музики	Колекціонування речей	Складання списку завдань
Приготування їжі	Фарбування	Відвідування цікавих місць
Садівництво	Гра на музичному інструменті	Відвідування видовищних спортивних заходів
Прийняття ванни	Декоративно-прикладне мистецтво	Риболовля
Дзвінок другу або члену сім’ї	Читання журналів або газет	Організація спільного дозвілля з другом

Підтримка сім'ї, друзів та опікунів

Члени сім’ї, друзі або опікуни людей, які вживають алкоголь у великих кількостях, відчувають цілу низку емоцій, живучи з такими людьми і намагаючись їх підтримати. Багатьом допомагає підтримка і можливість обговорити, як вони справляються з проблемою. Існують групи самодопомоги (наприклад, «Ал-Анон») та професійні послуги для сімей та опікунів.

Контакти для подальшого отримання допомоги та послуг

Анонімні Алкоголіки (АА) https://aa.org.ua/

Ал-Анон (для друзів та родичів) https://www.al-anon.org.ua/

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 9 пункту 3 розділу I)

Інформаційний лист щодо рекомендацій стосовно вживання алкоголю під час вагітності та після пологів

Вплив алкоголю на плід може призвести до небажаних явищ, які варіюються від легких до тяжких і впливають на когнітивний, поведінковий та фізичний розвиток дитини. Крім того, вплив алкоголю є сильним предиктором передчасних пологів та народження дитини з низькою вагою для гестаційного віку. Результатом вживання алкоголю під час вагітності також можуть бути: зневоднення, гестаційний діабет, надмірна блювання, підвищення артеріального тиску, зниження функції імунної системи, випадкові травми, мертвонародження, фетальні розлади алкогольного спектру.

Немовлята, які мають фетальні розлади алкогольного спектру, можуть мати низку серйозних проблем зі здоров'ям і розвитком, зокрема:

значні труднощі з навчанням;
розумова відсталість;
поганий зір і слух;
погана координація та моторика;
дефекти обличчя та кісток;
вади серця, печінки та нирок;
повільний фізичний розвиток після народження.

Відмова від вживання алкоголю – найбезпечніший варіант.

Ризик шкоди для плода є найвищим, коли мати часто вживає алкоголь у великих кількостях.

Ризик шкоди для плода, ймовірно, буде низьким, якщо жінка вживала лише невелику кількість алкоголю до того, як дізналася про свою вагітність, або під час вагітності.

Рівень ризику для конкретного плоду залежить від особливостей матері та плоду, і його важко передбачити.

Грудне вигодовування

Існуючі дані свідчать про те, що вживання двох і більше стандартних порцій алкоголю на день може негативно впливати на лактацію, поведінку немовляти (наприклад, годування, цикл сну і пробудження) та психомоторний розвиток дитини на грудному вигодовуванні.

Відмова від вживання алкоголю – найбезпечніший варіант.

Жінкам слід уникати вживання алкоголю в перший місяць після пологів, поки грудне вигодовування не налагодиться.

Після цього:

споживання алкоголю слід обмежити до не більше двох стандартних порцій на день;

жінкам слід уникати вживання алкоголю безпосередньо перед годуванням груддю;

жінкам, які бажають вживати алкоголь, слід заздалегідь подбати про зціджування молока.

У середньому жінці потрібно приблизно дві-три години для метаболізму однієї стандартної порції алкоголю, щоб вміст алкоголю в грудному молоці знизився до нуля. Однак цей час може змінюватися залежно від ряду факторів, таких як вага тіла, метаболізм, споживання їжі та води.

Важливо зазначити, що ризик випадкової травми та/або шкоди для матері та дитини, якщо мати перебуває в стані алкогольного сп’яніння під час грудного вигодовування, є високим. Наприклад, вона може стати сонливою і випадково впустити або задушити дитину. Мати, яка годує грудьми, повинна мати «план безпеки» на випадок, якщо вона все ж таки буде вживати алкоголь. Цей план має включати поради щодо того, щоб не спати в одному ліжку (тобто спільного сну).

_____

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

Симптоми синдрому відміни алкоголю

	Вегетативна гіперактивність	**Шлунково-кишкові порушення**	**Когнітивні порушення**
Неускладнений синдром відміни	Потовиділення Тахікардія Гіпертензія Тремор Лихоманка (зазвичай <38°C)	Анорексія Нудота Блювання Диспепсія Діарея	Погана концентрація уваги Тривожність Психомоторне збудження Порушення сну, яскраві сновидіння
Ускладнений та тяжкий синдром відміни	Зневоднення та електролітні порушення		Судомні напади Галюцинації або порушення сприйняття (зорові, тактильні, слухові) Делірій

_____

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ
синдрому відміни алкоголю

А. Повинні виконуватися загальні критерії стану відміни.

Мають бути чіткі дані про нещодавнє припинення прийому або зниження доз речовини після періодичного вживання цієї речовини звичайно протягом тривалого часу та (або) у високих дозах.

Симптоми й ознаки відповідають відомим характеристикам стану відміни конкретної речовини або речовин (пункт Б нижче).

Симптоми й ознаки не обумовлені медичним розладом, що не має відношення до вживання даної речовини, і не можуть бути краще пояснені іншим психічним або поведінковим розладом.

Б. Повинні бути будь-які три ознаки з наступних:

1) тремор язика, повік або витягнутих рук;
2) пітливість;
3) нудота або блювота;
4) тахікардія або гіпертензія;
5) психомоторна ажитація;
6) головний біль;
7) безсоння;
8) почуття нездужання або слабкості;
9) транзиторні зорові, тактильні або слухові галюцинації або ілюзії;
10) великі судомні напади.

Діагноз стану відміни можна додатково уточнити за допомогою наступних п'ятисимвольних кодів: F1x.30 Неускладнений; F1x.31 Із судомами.

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

Шкала оцінки синдрому відміни алкоголю (CIWA-AR)

Пацієнт:

Дата: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Час:*

* 24-годинний годинник, північ = 00:00

Пульс або частота серцевих скорочень, вимірюється протягом однієї хвилини:

Кров'яний тиск: ____ / ___

НУДОТА ТА БЛЮВАННЯ: Запитайте: «У вас є нудота? Чи було блювання?»	
Спостереження	0. Немає нудоти та блювання 1. Легка нудота без блювоти 2. 3. 4. Періодична нудота з позивами на блювоту 5. 6. 7. Постійна нудота, часті позиви на блювоту та блювання
ТАКТИЛЬНІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви свербіж, поколювання, печіння, оніміння, чи відчуваєте ви, що ніби мурашки повзають по вашій шкірі або під нею?»	
Спостереження	0. Відсутнє 1. Дуже легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння 2. Легкий свербіж, поколювання, печіння або оніміння 3. Помірний свербіж, поколювання, печіння або оніміння 4. Помірно тяжкі галюцинації 5. Тяжкі галюцинації

	6. Надзвичайно тяжкі галюцинації 7. Тривалі галюцинації
ТРЕМОР: Руки витягнуті та пальці розведені в сторони	
Спостереження	0. Відсутність тремору 1. Не видно, але можна відчути від кінчика пальця до кінчика пальця 2. 3. 4. Помірний, при витягнутих руках пацієнта 5. 6. 7. Тяжкий, навіть якщо руки не витягнуті
СЛУХОВІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи стали ви краще розрізняти звуки навколо себе? Чи вони різкі? Чи лякають вони вас? Чи чуєте ви щось, що вас турбує? Чи чуєте ви речі, яких, як ви знаєте, там немає?»	
Спостереження	0. Не спостерігаються 1. Дуже легка різкість або здатність налякати 2. Легка різкість або здатність налякати 3. Помірна різкість або здатність налякати 4. Помірно тяжкі галюцинації 5. Тяжкі галюцинації 6. Надзвичайно тяжкі галюцинації 7. Тривалі галюцинації
ПАРОКСИЗМАЛЬНЕ ПОТОВИДІЛЕННЯ: Спостереження	
Спостереження	0. Поту не спостерігається 1. Ледь помітне потовиділення, долоні вологі 2. 3. 4. На лобі помітні крапельки поту 5. 6. 7. Проливний піт
ЗОРОВІ ПОРУШЕННЯ: Запитайте: «Чи не здається світло занадто яскравим? Чи відрізняється його колір? Чи не ріже воно очі? Чи бачите ви щось, що вас турбує? Чи бачите ви речі, яких, як ви знаєте, там немає?»	

Спостереження	0. Не спостерігаються 1. Дуже легка чутливість 2. Легка чутливість 3. Помірна чутливість 4. Помірно тяжкі галюцинації 5. Тяжкі галюцинації 6. Надзвичайно тяжкі галюцинації 7. Тривалі галюцинації
ТРИВОЖНІСТЬ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви нервозність?»	
Спостереження	0. Відсутність тривожності, відчуття спокою 1. Легка тривожність 2. 3. 4. Помірна тривожність, або настороженість, так що можна припустити наявність тривожності 5. 6. 7. Еквівалентно гострому панічному стану, що спостерігається при тяжкому делірії або гострих шизофренічних реакціях
ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ВАЖКІСТЬ У ГОЛОВІ: Запитайте: «Чи відчуваєте ви щось інакше в голові? Чи не здається, що навколо голови є пов'язка?» Не оцінюйте наявність запаморочення або легкого головокружіння. В іншому випадку оцініть ступінь тяжкості.	
Спостереження	0. Не спостерігається 1. Дуже легкий 2. Легкий 3. Помірний 4. Помірно тяжкий 5. Тяжкий 6. Дуже тяжкий 7. Вкрай тяжкий
ЗБУДЖЕННЯ: Спостереження	

Спостереження	0. Нормальна активність 1. Дещо більше, ніж нормальна активність 2. 3. 4. Помірно непосидючий і неспокійний 5. 6. 7. Протягом більшої частини інтерв'ю ходить туди-сюди або постійно кидається в різні сторони
ОРІЄНТАЦІЯ ТА ЗМІНА СВІДОМОСТІ: Запитайте: «Який сьогодні день? Де ви знаходитесь? Хто я?»	
Спостереження	0. Орієнтується і може робити послідовні додавання 1. Не може робити послідовні додавання або не впевнений щодо дати 2. Дезорієнтований щодо дати не більше ніж на 2 календарні дні 3. Дезорієнтований щодо дати більш ніж на 2 календарні дні 4. Дезорієнтований щодо місця/людини
Загальний бал за CIWA-Ar	Максимально можливий бал 67

Опитувальник CIWA-Ar не захищений авторським правом і може вільно відтворюватися. Ця оцінка для моніторингу симптомів СВ займає приблизно 5 хвилин. Максимальний бал – 67. Пацієнти, які набрали менше 10 балів, зазвичай не потребують лікування СВ.

Джерело: Sullivan, JT, Sykora, K, Schneiderman, J, Naranjo, CA & Sellers, EM 1989, 'Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar)', British Journal of Addiction, vol. 84, pp. 1353–57.

_____

Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

Предиктори тяжкості СВ

1. Кількість алкоголю, що вживається.

Наразі відсутні дані, які б визначали мінімальну кількість алкоголю, споживання якого призводить до розвитку залежності. Таким чином, кількість спожитого алкоголю лише частково може спрогнозувати виникнення СВ. Загалом, вищий рівень споживання (наприклад, 150 грамів чистого етанолу на день) асоціюється з більшою тяжкістю СВ, ніж нижчий рівень споживання, хоча особи з нижчим рівнем вживання алкоголю (наприклад, 80-100 грамів на день) можуть відчувати важкий СВ та ускладнення СВ алкоголю.

2. Поява симптомів СВ (таких як тремор, нудота, тривога) після пробудження, які зазвичай зникають після вживання алкоголю рано вранці.

Особи, які вживають алкоголь у великих кількостях, але нерегулярно (наприклад, 2-3 дні на тиждень), що іноді називають «запійним» вживанням алкоголю, зазвичай не відчувають сильного СВ, хоча інші стани (наприклад, епілепсія, тривога) можуть «вийти назовні» в період після вживання алкоголю.

3. Минулий досвід СВ зазвичай є найкращим предиктором щодо його повторного виникнення. Пацієнти з важким СВ алкоголю в анамнезі (наприклад, сильна тривога, судомні напади, делірій, галюцинації) з більшою ймовірністю зазнають таких ускладнень під час майбутніх епізодів СВ.

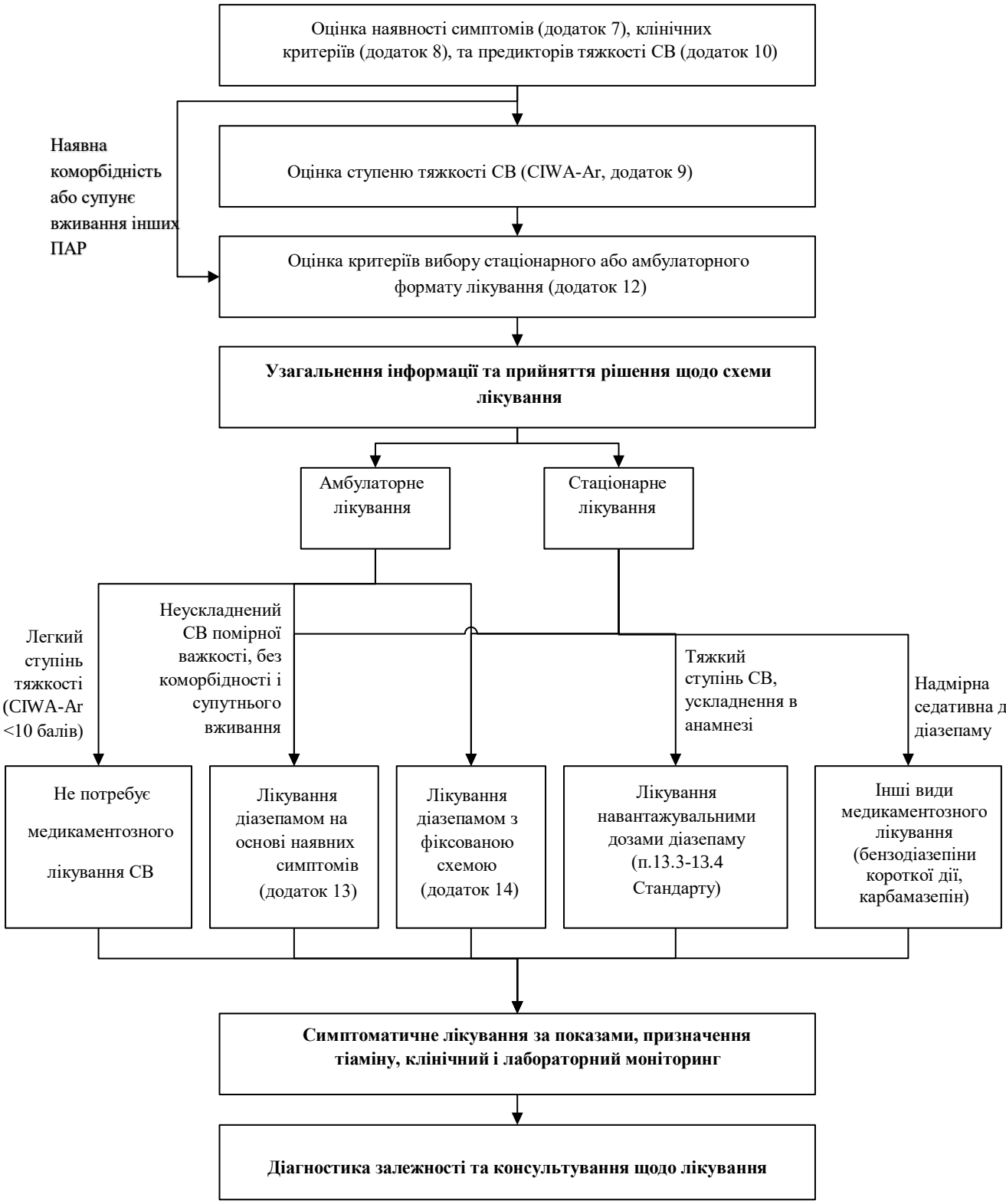
4. Супутнє вживання психоактивних речовин. Особи, які активно або регулярно вживають інші психоактивні речовини (наприклад, бензодіазепіни, стимулятори, опіати), можуть відчувати більш тяжкий СВ. Зокрема, СВ як від алкоголю, так і від бензодіазепінів може підвищити ризик ускладнень.

5. Супутні захворювання. Пацієнти з супутніми медичними станами (такими як сепсис, епілепсія, тяжкі захворювання печінки, травми голови, біль, виснаження організму) або психіатричними захворюваннями (такими як тривога, психоз або депресія) мають більшу ймовірність виникнення тяжких ускладнень СВ.

_____

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Діагностика та лікування синдрому відміни алкоголю



Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 4 пункту 3 розділу III)

Критерії вибору форми лікування СВ (стаціонарне або амбулаторне)

Лікування СВ в умовах стаціонару здійснюється у таких випадках, коли пацієнт:

уживає понад 30 порцій алкоголю на день;

АБО

отримав понад 30 балів за опитувальником SADQ, який наведено у додатку 20 до цього Стандарту або понад 21 бал за опитувальником LDQ;

АБО

має в анамнезі епілепсію або випадки судомних нападів чи білої гарячки, пов'язаних із СВ, під час попереднього лікування СВ;

АБО

одночасно потребує лікування СВ і відмови від бензодіазепінів або наявний досвід зловживання бензодіазепінами під час попередніх спроб лікування;

АБО

має залежність або регулярно вживає інші ПАР у великих кількостях;

АБО

регулярно вживає від 15 до 30 порцій алкоголю на день ТА має:

серйозні супутні психіатричні або фізичні захворювання (наприклад, важку форму хронічної депресії, психоз, недоїдання, застійну серцеву недостатність, нестабільну стенокардію, хронічні захворювання печінки)

АБО

значну нездатність до навчання або когнітивні порушення.

Амбулаторне лікування СВ здійснюється у таких випадках:

відсутність в анамнезі ускладнень тяжкого СВ (судомних нападів, делірію, галюцинацій) або значних медичних чи психіатричних коморбідностей;

безпечне, вільне від алкоголю середовище;

надійна підтримка з числа близького оточення, які можуть регулярно контролювати прийом ЛЗ (принаймні щодня протягом перших 3 або 4 днів) і підтримувати пацієнта;

контроль з боку медичного персоналу (особистий, телефонний) протягом перших 3 або 4 днів прийому ЛЗ;

припинення прийому бензодіазепінів, якщо пацієнт відновить вживання алкоголю;

доступ пацієнта до цілодобової телефонної підтримки в кризових ситуаціях.

При прийнятті рішення щодо стаціонарного або амбулаторного лікування до уваги приймається домашнє оточення, зокрема його стабільність, наявність підтримки, відсутність зловживання алкоголем серед близького оточення.

_____

Додаток 13
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 14 пункту 3 розділу III)

Лікування СВ на основі симптомів

Інтенсивність СВ	**CIWA-AR**	**Частота моніторингу**	**Пероральна доза діазепаму за схемою, заснованою на симптомах***
Легкий	< 10	Кожні 6 годин	Застосування діазепаму не показане
Помірний	10 - 20	Кожні 4 години	5 - 10 мг
Тяжкий	> 20	Кожні 1 - 2 години	20 мг

Примітка:
* Деякі пацієнти мають низьку переносимість симптомів СВ і можуть потребувати додаткових доз діазепаму (наприклад, від 5 до 10 мг) або інших симптоматичних ЛЗ у разі потреби. CIWA-Ar – шкала Клінічного інституту оцінки СВ алкоголю.

_____

Додаток 14
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 18 пункту 3 розділу III)

Лікування СВ із використанням схем з фіксованим графіком

Прогнозується помірний або тяжкий СВ
Пероральна доза діазепаму*
День 1 – 20 мг чотири рази на день
День 2 – 10 мг чотири рази на день
День 3 – 10 мг двічі на день
День 4 – 5 мг двічі на день
День 5 – 5 мг кожні 12 годин, за потребою

Прогнозується легкий СВ (також підходить для амбулаторного лікування СВ)
Пероральна доза діазепаму*
День 1 – 10 мг чотири рази на день
День 2 – 10 мг три рази на день
День 3 – 10 мг двічі на день
День 4 – 5 мг двічі на день
День 5 – 5 мг вночі, за потребою

Примітка:
* На практиці можна рекомендувати гібридний підхід з фіксованим графіком плюс додаткова доза діазепаму (наприклад, 5 мг кожні 6-12 годин, залежно від потреби, на основі клінічних спостережень або балів за шкалою СВ алкоголю).
Для пацієнтів з низькою переносимістю дискомфорту СВ схеми з фіксованим графіком можуть бути доповнені додатковою дозою діазепаму (наприклад, 5 мг кожні 6 годин за потребою, на основі клінічного спостереження або балів за шкалою СВ алкоголю).

_____

Додаток 15
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 32 пункту 3 розділу III)

Консультування щодо протидії потягу до алкоголю з використанням методу трьох В

«Потяг» – це бажання вживати алкоголь. Це нормальна частина будь-якої залежності та СВ. Інтенсивність потягу змінюється з часом, і він буває сильним лише протягом коротких періодів (наприклад, менше однієї години). Потяг до алкоголю часто викликається можливістю вжити алкоголь, фізичним або психологічним дискомфортом. Зазвичай з потягом легше впоратися, чим довше людина не вживає алкоголь.

Важливо, щоб пацієнти були готові до потягу до алкоголю. Мета полягає в тому, щоб пережити короткий період сильного потягу до алкоголю. Метод Три-В виявився успішним для багатьох людей, особливо коли вони відчувають сильний потяг до алкоголю:

відкладіть рішення про те, чи будете Ви пити, на одну годину. Ви можете пити, а можете і не пити, але це буде вирішено пізніше (коли тяжкість потягу до алкоголю зменшиться);

протягом цієї години відволікайтеся на якусь діяльність, яка допоможе вам уникнути думок про те, чи будете ви пити, чи ні;

відмовтеся: після закінчення години скажіть собі: «Чому я не хочу пити» і «Що я втрачаю?».

Додаток 16
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 34 пункту 3 розділу III)

Інформаційна довідка для пацієнта та осіб з числа близького оточення – «Як пережити синдром відміни і як може допомогти лікування»

Синдром відміни алкоголю – це процес пристосування організму до відсутності алкоголю в організмі після тривалого періоду інтенсивного вживання алкоголю.

«Детоксикація» або «детокс» – це загальновживаний термін для опису синдрому відміни. Термін «детоксикація» передбачає, що виведення певних «токсинів» відновить здоров'я. Зараз ми розуміємо, що це не так.

Багато людей зможуть успішно припинити пити без будь-яких несприятливих наслідків. Це більш ймовірно, якщо попередні періоди без алкоголю протягом одного-двох днів не викликали проблем.

Реакція або симптоми синдрому відміни алкоголю можуть бути більш імовірними, якщо ви раніше стикалися з подібними проблемами під час припинення вживання алкоголю або якщо споживання алкоголю було особливо інтенсивним протягом тривалого періоду.

Які симптоми виникають під час синдрому відміни алкоголю?

Найпоширенішими симптомами є тремор (тремтіння), пітливість, припливи жару і холоду, тривожність, поганий сон, перепади настрою, потяг до алкоголю, нудота і блювота, діарея і шлункові спазми.

У деяких людей під час синдрому відміни виникають серйозні проблеми (ускладнення), такі як сильна тривожність і збудження, судомний напад, психотичний розлад у вигляді делірію, який характеризується сплутаністю свідомості, дезорієнтацією у місці та часі, справжніми слуховими, зоровими, психомоторними та іншими галюцинаціями (бачить, чує або відчуває те, чого не існує) та маячними розладами (ідеї переслідування, ревнощів, відношення, які не мають об'єктивного підґрунтя).

Як довго триває синдром відміни?

Зазвичай синдром відміни починається через 6-24 години після останнього вживання алкоголю, досягає піку тяжкості на 2-3 день і, зазвичай, заспокоюється протягом тижня. Деякі симптоми, такі як поганий сон, перепади настрою і потяг до алкоголю, можуть тривати кілька тижнів.

Метою лікування синдрому відміни алкоголю є:

запобігти або зменшити вираженість неприємних симптомів і ускладнень;

підвищити ймовірність успішного проходження синдрому відміни не повертаючись до вживання алкоголю;

налагодити контакт з постійною допомогою для контролю над вживанням алкоголю в майбутньому, а також зі службами, які допоможуть вирішити будь-які інші соціальні проблеми або проблеми зі здоров'ям.

Як пережити синдром відміни алкоголю?

Частиною успішного проходження синдрому відміни є підготовка. Вам слід поговорити зі своїм медичним працівником:

про те, чого очікувати під час синдрому відміни;

попередній досвід синдрому відміни;

про поточні медичні та соціальні обставини, а також

про те, що може допомогти безпечно пережити синдром відміни.

Деякі речі, які потрібно врахувати, включають перебування в безпечному середовищі, наявність людей, які вас підтримують, і, можливо, прийом відповідних лікарських засобів і вітамінів. Крім того, потрібно зосередитися на поліпшенні свого раціону та харчування, достатній кількості сну та відпочинку.

Безпечне середовище: Багато людей можуть безпечно проходити синдром відміни вдома, якщо:

в їхньому домі немає алкоголю, інших наркотичних речовин та сильних стресових факторів;

не очікується, що синдром відміни буде надто тяжким, і

є люди, які можуть надати підтримку в перші кілька днів.

Якщо ні, то краще звернутися на кілька днів до стаціонару, спеціалізованого відділення детоксикації або лікарні.

Підтримка: Ідеальним варіантом є наявність людини, яка може допомогти пройти через стан відміни. Ця людина може допомогти:

стежити за тим, наскільки тяжкі симптоми СВ;

наскільки добре вдається з ними справлятись;

допомагати з базовими речами, такими як приготування їжі, покупки тощо.

Лікарські засоби: Не всім потрібні лікарські засоби для подолання синдрому відміни, але для деяких вони є необхідними та значно підвищують ефективність лікування.

Найчастіше використовується діазепам (лікарський засіб групи бензодіазепінів).

Діазепам зазвичай застосовують до 5 днів, щоб запобігти або лікувати тривожність, судоми та галюцинації.

Зазвичай діазепам не слід приймати довше цього періоду або в поєднанні з алкоголем.

Запитайте свого лікаря про роль ліків і про те, чи підходять вони саме вам.

Вітаміни: У багатьох людей, які вживають алкоголь у великих кількостях, спостерігається дефіцит тіаміну (вітаміну B_1), який у тяжких випадках може спричинити сплутаність свідомості та нестійкість (частина стану, який називається енцефалопатія Верніке).

Лікар може порекомендувати приймати добавки з тіаміном під час синдрому відміни.

Якщо було хороше харчування протягом кількох тижнів, що передували синдрому відміни, можна приймати тіамін перорально у вигляді таблеток.

Якщо ж не було належного харчування, ефективніше буде отримувати тіамін ін'єкційно протягом певного часу.

Пийте багато рідини: Важливо випивати щонайменше два літри рідини на день, або більше у випадку діареї, блювоти або інтенсивного потовиділення. Пийте воду, фруктові соки і негазовані напої протягом дня.

Уникайте великих прийомів їжі на початку синдрому відміни: їжте невеликі порції легких страв або перекуси (наприклад, тости, салати, супи, йогурти, овочі, фрукти) протягом дня і уникайте смаженої та жирної їжі. Якщо нудота, блювання або діарея сильні, на деякий час припиніть їсти тверду їжу і вживайте лише рідку. Якщо можете втримати рідину протягом кількох годин, спробуйте з'їсти невелику кількість легкої їжі (наприклад, шматочок тосту).

Якщо проблема не зникне, поговоріть з лікарем про прийом лікарських засобів для контролю симптомів.

Висипайтеся: у більшості людей під час синдрому відміни порушується сон. Такі лікарські засоби як діазепам, можуть допомогти протягом перших кількох днів, але вони лише затримують повернення нормального сну, інші немедикаментозні підходи є більш важливими в довгостроковій перспективі. Порадьтеся з лікарем або фармацевтом щодо покращення сну.

Розслаблення: тривожність і дратівливість є поширеним явищем під час синдрому відміни, тому важливо робити речі, які допоможуть розслабитися. У кожного є прості способи розслабитися – перегляд телевізора, відео, прослуховування музики, теплі ванни, легкі фізичні вправи, читання – робіть те, що підходить вам. Попросіть свого консультанта або медичного працівника надати інформацію про більш серйозні методи релаксації, такі як релаксаційні стрічки, м'язова релаксація та дихальні вправи.

Як впоратися з потягом до алкоголю

Багато людей відчувають бажання вживати алкоголь під час синдрому відміни. Але потяг до алкоголю приходить і йде, і, зазвичай, є сильним лише протягом коротких періодів (зазвичай менше однієї години), а потім знижується до рівня, з яким легше впоратися. Ваша мета – пережити цей тяжкий період. Корисним підходом до боротьби з потягом може бути такий:

відкладіть на одну годину прийняття рішення про вживання алкоголю;

протягом цієї години відволічіться на якусь діяльність;

через годину запитайте себе – "Що я втрачу, якщо знову почну вживати алкоголь?" На початковому етапі утримання від вживання алкоголю складіть список цих причин і тримайте його під рукою, щоб нагадувати собі, чому ви намагаєтеся припинити вживати алкоголь.

Керування тригерами, що спонукають до вживання алкоголю

У кожної людини є тригери, які спонукають її до вживання алкоголю. Вони часто пов'язані з попередніми патернами вживання алкоголю (люди, яких Ви знаєте і з якими раніше випивали, місця, де ви зазвичай випивали, і певний час доби) або емоційними станами (після сварки з членом сім'ї або другом).

Нездатність впоратися з цими тригерами є поширеною причиною того, що люди знову починають вживати алкоголь, тому будьте готові та подумайте про свої ситуації підвищеного ризику та тригери, а також про те, як найкраще з ними впоратися. Це може включати:

уникнення ситуації, де це можливо: уникайте певних людей, місць або подій, що провокують вживання алкоголю;

наявність готового плану на випадок, якщо ви все ж потрапите в ситуацію підвищеного ризику, щоб знати, що ви будете говорити або робити. У вразливі періоди може допомогти наявність людей, які вас підтримують;

згадування стратегій подолання, які ви використовували раніше, щоб впоратися з потягом, як розслабитися.

Подолання надзвичайних ситуацій

Під час утримання від вживання алкоголю багато чого може піти не так, і важливо бути готовим до цього. Ваша готовність може включати в себе:

наявність когось, з ким можна поговорити, якщо ви відчуваєте, що не справляєтесь. Це можуть бути люди, які надають підтримку, медичні працівники або цілодобова телефонна консультація чи кризова лінія;

наявність контактних номерів медичних працівників, лікаря або служби екстреної допомоги, якими ви можете негайно скористатися;

подолання зриву. Багато людей, які приймають рішення щодо зупинки вживання алкоголю, зриваються і випивають. Це не означає, що все лікування та утримання від вживання алкоголю було марною тратою часу, і більшість людей можуть повернутися на правильний шлях. Поговоріть зі своїми близькими та медичними працівниками.

Після завершення синдрому відміни: що далі?

На жаль, більшість людей повертаються до вживання алкоголю, якщо вони не продовжують лікування. Найпоширеніші варіанти, які варто розглянути:

отримання індивідуального психологічного консультування чи психотерапії;

участь у групах самодопомоги (Анонімні Алкоголіки, Smart Recovery);

медикаментозне лікування (дисульфірам);

програми стаціонарної реабілітації.

Поговоріть зі своїм медичним працівником про варіанти, які найкраще вам підходять.

_____

Додаток 17
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 34 пункту 3 розділу III)

Рекомендації щодо ведення пацієнтів з когнітивними порушеннями

Надайте пацієнту письмову інформацію про лікування та розкажіть йому про процес лікування – пацієнт може з більшою ймовірністю розпочати лікування, якщо він розумітиме, в чому воно полягатиме, як проходитиме, і що від нього вимагатиметься робити.

Майте на увазі, що обговорення різних варіантів лікування з пацієнтом може бути представлено таким чином, щоб врахувати його тип когнітивних порушень (наприклад, допомогти пацієнту записати варіанти лікування, якщо він погано запам'ятовує). Якщо лікар вважає, що пацієнт здатний прийняти рішення, він має бути залучений до прийняття рішення про те, в якому лікуванні брати участь.

Встановіть позитивні стосунки з пацієнтом з когнітивним порушеннями шляхом:

максимально простого та структурованого надання інформації;
застосування емпатійного, неупередженого, неавторитарного підходу;
уважного вислуховування того, що говорить пацієнт;
планування достатнього часу для консультацій.

Підтримуйте контакт з пацієнтами з когнітивними порушеннями. Для підвищення ймовірності того, що пацієнт прийде на прийом, лікарі мають:

зателефонувати та/або надіслати текстове повідомлення перед консультацією, щоб нагадати пацієнтові, що у нього призначена зустріч;

призначати прийом на один і той самий час в один і той самий день, щоб зменшити ймовірність забути про нього;

заохочувати мережі підтримки супроводжувати пацієнта, якщо це доречно;

якщо пацієнт забув про зустріч, зателефонувати йому та домовитися про інший час;

організувати направлення на подальший догляд до завершення лікування, щоб не допустити прогалин у безперервному лікуванні; часто саме ця прогалина призводить до рецидиву.

Когнітивний дефіцит також може впливати на лікування, обмежуючи здатність пацієнта ефективно висловлювати свої думки та почуття, а також розуміти комунікацію з лікарем. Лікар має максимально спростити спілкування, а за потреби повторити інформацію кілька разів. Він має використовувати мультимодальну презентацію матеріалу, де це можливо (наприклад, вербально, візуально, експериментально/«виконуючи»). Лікар може регулярно перевіряти, чи розуміє пацієнт те, що він говорить, шляхом прохання підсумувати своїми

словами, а не просто запитувати, чи він зрозумів. Пацієнтам з проблемами пам'яті слід заохочувати записувати свої думки та запитання у щоденник і рекомендувати їм звертатися до своїх записів, щоб переконатися, що проблеми з пам'яттю не впливають на потенційні результати лікування. Планування лікування також має здійснюватися у співпраці з пацієнтом, його близькими (наприклад, сім'єю та друзями), а також відповідними медичними працівниками (наприклад, лікарем загальної практики, фахівцем з медицини залежностей).

Ведення пацієнта з когнітивними порушеннями, пов'язаними з алкоголем

За наявності когнітивних порушень визначте, чи є вони гострими (делірій), чи хронічними, чи гострими при хронічному перебігу (тобто гостре погіршення хронічного стану).

Якщо пацієнт перебуває в гострому стані сплутаності свідомості:

госпіталізуйте, якщо це доречно;

розгляньте можливість наявності енцефалопатії Верніке;

невідкладно призначте парентеральне введення тіаміну;

виключіть та лікуйте інші можливі причини сплутаності свідомості, такі як сепсис, зневоднення, метаболічні порушення, субдуральна гематома, постіктальна сплутаність свідомості, інтоксикація, ішемія/інфаркт, печінкова енцефалопатія;

за необхідності призначаються відповідні лабораторні та інструментальні дослідження;

зорієнтуйте пацієнта щодо знайомого персоналу та родичів, використання календаря та годинника, яскравого світла вночі;

використовуйте бензодіазепіни з антипсихотичними ЛЗ або без них у разі гострих поведінкових розладів; однак враховуйте, що ці ЛЗ також можуть спричиняти гострі когнітивні порушення, які можуть затьмарити результати будь-якого когнітивного скринінгу.

Якщо когнітивні розлади не є гострими або повільно проходять, розгляньте наявність пов'язаних із алкоголем когнітивних розладів/пошкодження головного мозку, синдрому Верніке-Корсакова:

проведіть більш детальні тести когнітивних функцій;

за можливості, бажано направити пацієнта до лікаря-психолога з метою проведення нейрокогнітивної оцінки; час проведення оцінки буде залежати від причини направлення (наприклад, у разі направлення на стаціонарне лікування може виникнути потреба в оцінці здатності приймати рішення на ранній стадії лікування); якщо існує ймовірність дотримання відмови від вживання алкоголю, бажано провести комплексне тестування після початкового гострого періоду (1-2 місяці), однак це необхідно збалансувати з ризиком потенційного рецидиву;

дослідіть і, за можливості, пролікуйте інші потенційні причини когнітивних порушень, такі як хвороба Альцгеймера або інші форми деменції, дефіцит вітаміну B_{12}, прийом холінергічних ЛЗ, новоутворення, ішемія/інфаркт, черепно-мозкова травма, епілепсія або інші розлади ЦНС;

виключіть психіатричну коморбідність, яка може проявлятися когнітивними змінами (наприклад, великий депресивний розлад, сильна тривога, психоз);

підкресліть важливість відмови від вживання алкоголю для відновлення мозку для пацієнта та їхніх мереж підтримки; впроваджуйте інтервенції в навколишньому середовищі для оптимізації відновлення мозку та мінімізації ризику рецидиву (наприклад, вільне від алкоголю середовище, низький рівень стресу, структуроване середовище з акцентом на харчуванні);

розгляньте можливість залучення до структурованої щоденної діяльності (наприклад, групи спільнот, волонтерська робота) як спосіб сприяння формуванню розпорядку та структури; розгляньте можливість участі в соціальних групах, які не є надмірно когнітивно складними, але сприяють соціальному залученню; АА або подібні групи лікування, які роблять акцент на структурі та розпорядку, також можуть бути доречними для деяких людей з когнітивними порушеннями;

проведіть оцінку ризиків щодо безпеки пацієнта для самостійного життя в спільноті, за потреби залучіть до процесу оцінки соціального працівника та ерготерапевта;

розгляньте варіанти організації проживання пацієнта: зустріньтеся з родиною, щоб обговорити обмеження пацієнта та його потреби в повсякденному житті, розгляньте варіанти проживання з наданням підтримки, якщо це доречно, розгляньте потребу в опіці, якщо пацієнт має значні порушення, йому небезпечно жити самостійно, але він має обмежене уявлення про потреби в догляді;

обмеження доступу до ресурсів (наприклад, управління фінансами, обмеження доступу до місць, де можна придбати алкоголь) може бути доречною інтервенцією, якщо пацієнт не здатний приймати поінформовані рішення щодо вживання алкоголю або ведення фінансів;

розгляньте окремі варіанти реабілітації, якщо когнітивні порушення мінімальні та є певна здатність до засвоєння нового матеріалу та навичок; використовуйте зазначені стратегії для залучення пацієнта до лікування та підтримки контакту;

за можливості, зосередьтеся на навчанні належному управлінню поведінкою та профілактиці рецидивів у повторюваний, відносно конкретизованій формі;

розгляньте можливість покращення когнітивних функцій після тривалого періоду утримання від вживання алкоголю та скоригуйте план лікування відповідно до цього.

Можливі адаптації лікування для осіб з когнітивними порушеннями

Продовження додатка 17

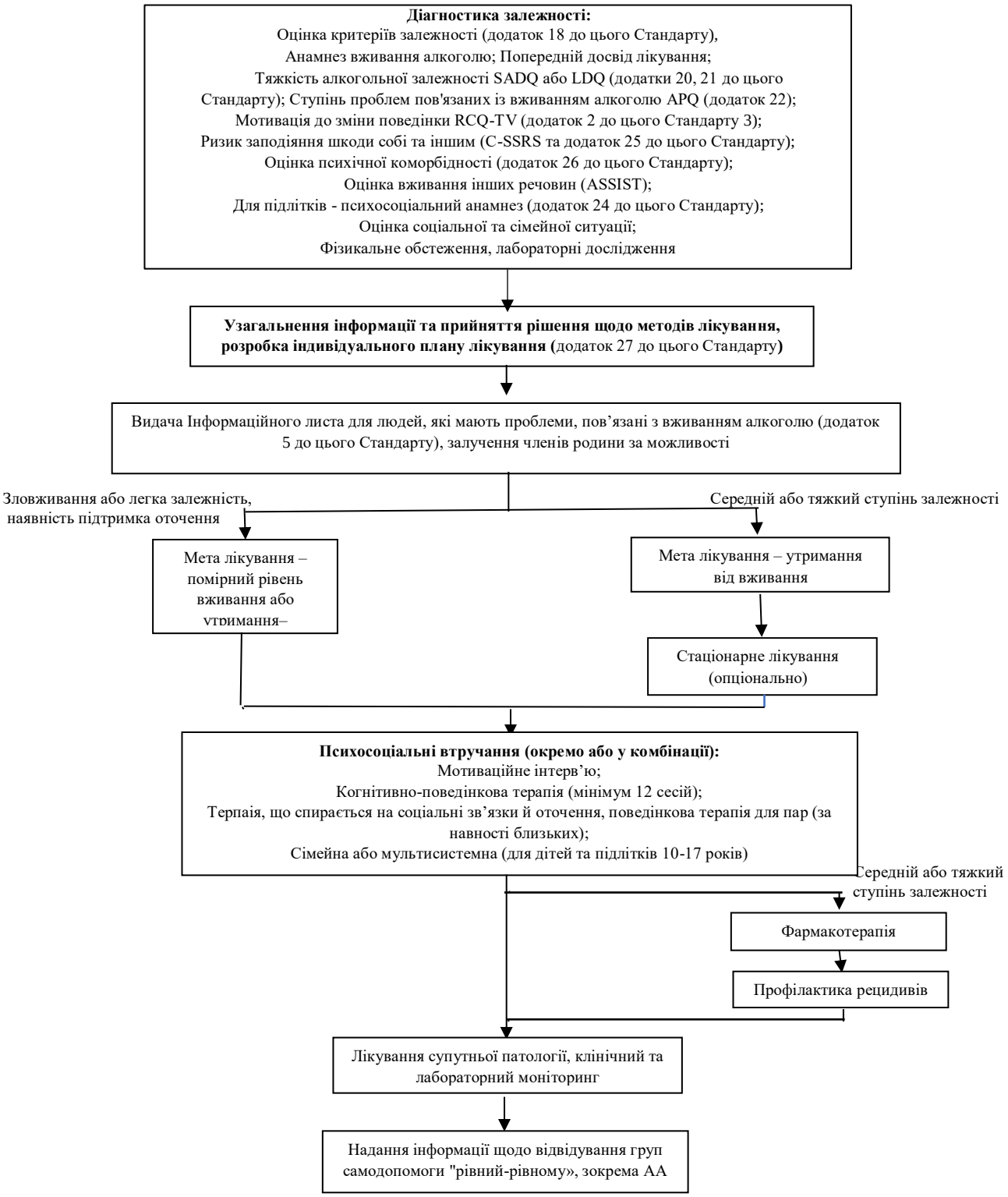
Когнітивна слабкість	**Потенційний повсякденний вплив**	**Потенційні стратегії**
Увага	- короткий проміжок концентрації уваги; - легко відволікається; - проблеми під час розмов/довгих інструктажів; - легко втомлюється;	- обмежте відволікаючі фактори навколишнього середовища (наприклад, відведіть в окрему, тиху кімнату); - спростіть і скоротіть обговорення – зосередьтеся на одному або двох основних питаннях; розбивайте завдання на етапи (наприклад, використовуйте список і працюйте з під етапами); - слідкуйте за втомою, робіть часті перерви; - скорочуйте тривалість сесій;
Швидкість обробки інформації	- може знадобитися більше часу, щоб відповісти на запитання або виконати завдання; - труднощі зі сприйняттям довгої, швидкої або складної інформації; - може повільно реагувати на ситуації;	- повільне надання інформації у темпі, що відповідає швидкості людини; - дайте пацієнтові достатньо часу, щоб відповісти і виконати завдання. Будьте терплячими; - розбивайте інформацію на невеликі компоненти і розглядайте по одному питанню за раз; - очікуйте, що людині знадобиться більше часу, щоб отримати користь від інтервенцій; - навчіть пацієнтів стратегіям, які дають їм більше часу на прийняття рішень (наприклад, робити перерви)
Навчання та пам’ять (легкі порушення)	- труднощі із засвоєнням та запам’ятовуванням нової інформації; - проблеми із запам’ятовуванням того, що обговорювалося раніше; - пропуски призначених зустрічей;	- складайте план на кожній зустрічі (наприклад, пункти) і звертайтеся до нього під час сесії; - подавайте інформацію різними способами – вербально, за допомогою наочних матеріалів, разом із пацієнтом; - повторіть інформацію і попросіть пацієнта висловитися своїми словами, щоб перевірити розуміння; - закінчуйте сеанс усним та письмовим підсумком;

Когнітивна слабкість	**Потенційний повсякденний вплив**	**Потенційні стратегії**
		- забезпечте структуру та розпорядок (наприклад, призначення на той самий час у той самий день); - заохочуйте використання щоденника/календаря на телефоні/будильника на телефоні; - надсилайте нагадування про майбутні зустрічі (наприклад, через SMS або телефонний дзвінок напередодні); - використовуйте іменні бейджики для персоналу
Навчання та пам’ять (значні порушення)	- непослідовність у розповідях про поведінку (наприклад, про останнє вживання алкоголю); - труднощі з наданням важливих деталей, зокрема особистої історії, історії хвороби, патернів вживання психоактивних речовин; - конфабуляція;	- використовуйте зовнішню підтримку для полегшення залучення (наприклад, транспортування на прийом); - розгляньте варіанти лікування з високим ступенем структурованості (наприклад, групи АА, стаціонарне лікування); - уникайте методів лікування, що залежать від нового навчання когнітивних навичок (наприклад, КПТ); - розгляньте можливість участі в соціальних заходах, які мінімізують пам’ять (наприклад, групи вільного відвідування); - підтримуйте планування за допомогою розкладів, щотижневиків, нагадувань про зустрічі; - за згодою пацієнта, спробуйте отримати інформацію від джерела інформації (наприклад, сімейних спогадів або опікуна), щоб підтвердити та доповнити ключові історичні деталі
Виконавча дисфункція	- повторюваність у словах і діях; - проблеми з багатозадачністю;	- використовуйте конкретні приклади та рольові ігри, а не абстрактні поняття;

Когнітивна слабкість	**Потенційний повсякденний вплив**	**Потенційні стратегії**
	- труднощі з виконанням складного завдання з декількома етапами; - конкретність у мисленні; - труднощі з генеруванням альтернативних рішень проблем; - труднощі із застосуванням вивченої інформації в інших ситуаціях; - труднощі з мисленням з точки зору інших; - поганий контроль імпульсів та/або емоцій; - зниження розуміння своєї поведінки;	- заохочуйте попереднє планування кроків, пов’язаних із завданням; - проводьте мозковий штурм потенційних проблем заздалегідь; - забезпечте чіткі та послідовні межі та наслідки для поведінки; - підкріплюйте позитивну поведінку (наприклад, словесне схвалення, винагороди); - заохочуйте поведінкові стратегії (наприклад, дихальні вправи); - тренування стратегій самоконтролю також може допомогти керувати поведінкою (наприклад, «зупинись, подумай, зроби»); - може знадобитися допомога та підтримка для розуміння та заповнення складних форм; - розгляньте роль опіки, фінансового менеджменту, примусового лікування; - зменшіть вплив поведінкових тригерів (наприклад, доступ до алкоголю); - перевірте інформацію, де це важливо, у надійного джерела інформації

Додаток 18
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(пункту 2 розділу VI)

Діагностика та лікування залежності від алкоголю



Додаток 19
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 1 пункту 3 розділу VI)

Клінічні критерії синдрому залежності від алкоголю

А. Поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних проявів, при яких вживання алкоголю займає в системі цінностей пацієнта провідне місце.

Б. Повинні бути будь-які три або більше ознак з наступних:

1) непереборний потяг до вживання алкоголю;

2) неможливість контролювати тривалість і дозування вживаного алкоголю;

3) фізіологічний стан відміни (F10.3 або F10.4), у разі припинення чи суттєвого зниження вживаного дозування алкоголю;

4) пошук альтернативних етаноловмісних речовин для подолання чи запобігання виникненню синдрому відміни;

5) ознаки толерантності, такі як підвищення дозування для досягнення ефекту, який раніше досягався вживанням меншого дозування;

6) прогресуюче забуття інших цінностей і інтересів, окрім вживання алкоголю; все більше часу приділяється пошуку, прийому та відновленню після вживання алкоголю;

7) продовження вживання алкоголю, незважаючи на негативні наслідки (при усвідомленні зв’язку між прийомом і наслідками).

Додаток 20
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 2 пункту 3 розділу VI)

Опитувальник для визначення ступеня тяжкості алкогольної залежності ФОРМА-С (SADQ-C)

Опитувальник SADQ-C акцентує увагу на толерантності та симптомах синдрому відміни, а також на фізичній залежності в цілому. Пункти щодо порушеного контролю є новим включенням, але вони не фігурують у поточному підрахунку балів залежності, та не мають використовуватися для отримання загального балу за SADQ-C.

Ім'я:	Стать: Ч/Ж	
Дата народження:	Вік:	
Чи вживали ви алкоголь протягом останніх шести місяців?	Так*	Ні
* Якщо ТАК, будь ласка, дайте відповідь на всі наведені нижче запитання, обвівши найбільш підходящу відповідь кружечком.		
Розділ А – Шкала порушення контролю (ШПК) **Протягом останніх ШЕСТИ МІСЯЦІВ**		
Відповіді на кожне запитання оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:		
Ніколи або майже ніколи	**Іноді**	**Часто**	**Майже завжди**
0	**1**	**2**	**3**
1. Після однієї-двох стандартних порцій алкоголю мені хотілося випити ще		
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
2. Після двох-трьох стандартних порцій алкоголю я міг припинити вживати алкоголь, якщо у мене були інші справи		
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
3. Коли я починав вживати алкоголь, мені було важко зупинитися, поки я не напивався		
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
4. Коли я йшов пити, я планував випити щонайменше шість стандартних порцій алкоголю		

Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
5. Коли я йшов пити, я планував випити не більше двох-трьох стандартних порцій алкоголю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
Розділ В – SADQ, Форма-С **Протягом останніх ШЕСТИ МІСЯЦІВ**			
1. Наступного дня після вживання алкоголю я прокинувся спітнілим			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
2. Наступного дня після вживання алкоголю зранку в мене тремтіли руки.			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
3. Наступного дня після вживання алкоголю я прокинувся весь в поту			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
4. Наступного дня після вживання алкоголю вранці, якщо я не пив, у мене сильно тремтіло все тіло			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
5. Наступного дня після вживання алкоголю я боявся прокидатися вранці			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
6. Наступного дня після вживання алкоголю я боявся зустрічатися з людьми зранку			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
7. Наступного дня після вживання алкоголю, прокинувшись, я відчував себе на межі відчаю			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
8. Наступного дня після вживання алкоголю я відчував сильний страх, коли прокидався			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
9. Наступного дня після вживання алкоголю я любив випити вранці			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди

10. Наступного дня після вживання алкоголю вранці я завжди швидко випивав перші кілька алкогольних напоїв			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
11. Наступного дня після вживання алкоголю я випивав більше алкоголю вранці, щоб позбутися трясіння			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
12. Наступного дня після вживання алкоголю, коли я прокидався, мені дуже сильно хотілося випити алкогольний напій			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
13. Я випивав більше чверті пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 1 пляшку вина чи 7 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
14. Я випивав більше половини пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 2 пляшки вина, або 15 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
15. Я випивав більше однієї пляшки міцних алкогольних напоїв за день (або 4 пляшки вина чи 30 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
16. Я випивав більше двох пляшок міцних алкогольних напоїв за день (або 8 пляшок вина чи 60 середніх бокалів пива)			
Ніколи або майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
Розділ С – SADQ, Форма-С **Уявіть собі такі ситуації**			
А. Ви ВЖЕ МАЙЖЕ НЕ ВЖИВАЄТЕ АЛКОГОЛЬ протягом кількох днів. **В. Потім ви вживаєте алкоголь У ВЕЛИКИХ КІЛЬКОСТЯХ протягом ДВОХ ДНІВ.** **С. Як ви почуватиметеся НАСТУПНОГО РАНКУ ПІСЛЯ цих двох днів надмірного вживання алкоголю?**			
1. Я почну пітніти			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
2. У мене б тремтіли руки			

Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
3. Моє тіло б тремтіло			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато
4. Мені б хотілося випити			
Зовсім ні	Злегка	Помірно	Досить багато

Керівництво з підрахунку балів для SADQ-C:

Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:

0 = Ніколи або майже ніколи (Розділи А і В)/ Зовсім ні (Розділ С)
1 = Іноді (Розділи А і В)/ Трохи (Розділ С)
2 = Часто (Розділи А і В)/ Помірно (Розділ С)
3 = Майже завжди (Розділи А і В)/ Досить часто (Розділ С)

Розділ А: Згідно з керівництвом з підрахунку балів, сума балів за цей розділ вважається низьким (0-5), середнім (6-10) або високим (11-15) рівнем порушеного контролю.

Розділ В та Розділ С: Згідно з керівництвом з підрахунку балів для цих двох розділів, сума балів для залежності вважається низькою (0-20), помірною (20-30) або високою (30-60).

_____

Додаток 21
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 2 пункту 3 розділу VI)

Опитувальник залежності LEEDS (LDQ)

Опитувальник LDQ подібний за форматом до SADD та SADQ-C і оцінює залежність. Автори SADD також розробили опитувальник LDQ.
Цей опитувальник ставить запитання про важливість алкоголю та/або інших наркотичних речовин у вашому житті.
Подумайте про те, як ви вживали алкоголь/інші наркотичні речовини протягом останнього тижня, і дайте відповідь на кожне запитання, позначивши ту відповідь, яка вам найбільше підходить.

	Ніколи	**Іноді**	**Часто**	**Майже завжди**
1. Чи замислюєтеся ви над тим, коли наступного разу зможете знову випити або вжити наркотичні речовини?				
2. Чи є вживання алкоголю або наркотичних речовин більш важливим, ніж будь-що інше, що ви можете зробити протягом дня?				
3. Чи відчуваєте ви, що ваша потреба в алкоголі або наркотичних речовинах занадто сильна, щоб її контролювати?				
4. Чи плануєте ви свій день так, щоб придбати та вжити алкоголь або наркотичні речовини?				
5. Чи вживаєте ви алкоголь або наркотичні речовини особливим чином, щоб посилити ефект, який вони дають?				
6. Чи вживаєте ви алкоголь або наркотичні речовини вранці, вдень і ввечері?				

7. Чи відчуваєте ви, що маєте продовжувати вживати алкоголь або наркотичні речовини після того, як почали їх вживати?				
8. Чи є отримання бажаного ефекту важливішим за конкретний напій або наркотичну речовину, яку ви вживаєте?				
9. Чи хочете ви вжити більше алкоголю або наркотичних речовин, коли ефект від них починає слабшати?				
10. Чи важко вам впоратися з життям без алкоголю або наркотичних речовин?				

Керівництво з підрахунку балів для LDQ:

Відповіді на кожне запитання для кожного розділу оцінюються за чотирибальною шкалою таким чином:

0 = Ніколи
1 = Іноді
2 = Часто
3 = Майже завжди

Запитання оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів, максимальна кількість балів – 30. Не існує конкретних точок завершення збору даних для низького, помірного або тяжкого ступенів залежності. Замість цього, користувачам шкали рекомендується розглядати її як безперервний процес. Однак, оцінка 20 або більше балів наближається до оцінки тяжкої залежності.

Джерело: Райстрік, Д.С., Бредшоу, Д., Тобер, Г., Вайнер, Д., Еллісон, Д. та Хілі, К. (1994). Розробка опитувальника залежності Leeds. Залежність, 89, 563-572.

Додаток 22
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 2 пункту 3 розділу VI)

Опитувальник щодо проблем з алкоголем (APQ)/Загальний (APQ-C)

Опитувальник щодо проблем з алкоголем (APQ) – це шкала з 44 пунктів, яка досліджує вживання алкоголю та проблеми, пов'язані з ним у людини, а також (якщо це можливо) у її чоловіка/дружини, дітей та у сферах, пов'язаних із роботою. APQ-C (Загальний), який включає питання 1-23 опитувальника APQ, часто використовується як коротка версія або у випадках, коли інші сфери не вважаються важливими для пацієнта.

Питання стосуються останніх шести місяців. Кожна позитивна відповідь («Так») оцінюється в 1 бал, при цьому вищий підсумковий бал вказує на вищий/серйозніший рівень алкогольних проблем. Цей опитувальник ідеально підходить для повторного тестування для визначення змін, що відбулися з часом у пацієнтів. Для APQ-C необхідно відповісти лише на запитання 1-23

Загальні питання	**Так (1)**	**Ні (0)**
1. Чи стали ви вживати більше алкоголю наодинці, ніж раніше?		
2. Чи хвилювалися ви, що наступного дня після вживання алкоголю знову зустрінетесь з друзями?		
3. Чи проводили ви більше часу з друзями, які вживають алкоголь, ніж з іншими друзями?		
4. Чи критикували вас друзі за те, що ви вживаєте забагато алкоголю?		
5. Чи були у вас борги?		
6. Чи закладали ви щось із свого майна, щоб купити алкоголь?		
7. Чи доводилося вам шукати виправдання через гроші?		
8. Чи ловили вас на брехні про гроші?		
9. Чи були у вас проблеми з поліцією через вживання алкоголю?		
10. Чи позбавляли вас водійських прав за водіння в нетверезому стані?		
11. Чи сиділи ви у в'язниці?		
12. Чи відчували ви фізичне нездужання після вживання алкоголю?		

13. Чи була у вас діарея після вживання алкоголю?		
14. Чи були у вас болі в животі після вживання алкоголю?		
15. Чи відчували ви «мурашки» в пальцях рук або ніг?		
16. Чи траплялися з вами після вживання алкоголю нещасні випадки, які потребували стаціонарного лікування?		
17. Ви схудли?		
18. Чи занедбували ви себе фізично?		
19. Чи не милися ви кілька днів поспіль?		
20. Чи відчували ви депресію більше тижня?		
21. Чи відчували ви себе настільки пригніченим, що хотіли накласти на себе руки?		
22. Чи доводилося вам через вживання алкоголю відмовлятися від будь-яких захоплень, які вам подобалися раніше?		
23. Чи важко вам стало отримувати задоволення від ваших звичних інтересів?		

ПИТАННЯ ПРО ПОДРУЖЖЯ	**Так (1)**	**Ні (0)**
24. Чи скаржився ваш чоловік/дружина на те, що ви вживаєте алкоголь?		
25. Чи намагався ваш чоловік/дружина зупинити вас від вживання алкоголю?		
26. Чи відмовлявся він/вона розмовляти з вами через те, що ви вживаєте алкоголь?		
27. Чи погрожував він/вона покинути вас через те, що ви вживаєте алкоголь?		
28. Чи доводилося йому/їй укладати вас у ліжко після того, як ви вживали алкоголь?		
29. Чи кричали ви на нього/неї після того, як вживали алкоголь?		
30. Чи завдавали ви йому/їй тілесних ушкоджень після того, як вживали алкоголь?		
31. Чи розлучалися ви з чоловіком/дружиною на законних підставах?		
32. Чи відмовлявся він/вона займатися з вами сексом через ваше вживання алкоголю?		

ПИТАННЯ ПРО ДІТЕЙ	**Так (1)**	**Ні (0)**
33. Чи критикували ваші діти ваше вживання алкоголю?		
34. Чи сварилися ви з дітьми через те, що ви вживаєте алкоголь?		
35. Чи уникають вас діти, коли ви вживаєте алкоголь?		
36. Чи намагалися ваші діти зупинити вас від вживання алкоголю?		
ПИТАННЯ ПРО РОБОТУ	**ТАК (1)**	**НІ (0)**
37. Чи стала ваша робота менш цікавою, ніж раніше?		
38. Чи траплялося, що ви не могли вчасно прийти на роботу через те, що вживали алкоголь?		
39. Чи траплялося, що ви пропускали цілий день на роботі через вживання алкоголю?		
40. Чи були ви менш здатні виконувати свою роботу через вживання алкоголю?		
41. Чи скаржився хтось на роботі на те, що ви запізнюєтеся або не з'являєтеся на роботі?		
42. Чи були у вас офіційні попередження від роботодавця?		
43. Чи відсторонювали вас від роботи або звільняли з роботи?		
44. Чи траплялися з вами нещасні випадки на роботі через ваше вживання алкоголю?		

Джерела: Драммонд, Д. К. (1990). Взаємозв'язок між алкогольною залежністю та проблемами, пов'язаними з алкоголем, у клінічній групі. Британський журнал залежності, 85(3), 357-366.

Вільямс, Б. і Драммонд, Д. К. (1994) Опитувальник щодо проблем, пов'язаних з алкоголем: надійність і валідність. Наркотична та алкогольна залежність, 35, 239-243.

_____

Додаток 23
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 2 пункту 3 розділу VI)

Анкета щодо готовності до змін (версія для лікування) RCQ-TV
Переглянута редакція 2007 року

За допомогою наступних запитань ми з'ясуємо, як Ви особисто ставитесь до вживання алкоголю зараз. Будь ласка, обміркуйте свою поточну ситуацію і звички щодо споживання алкоголю, навіть якщо ви повністю відмовилися від його вживання. Уважно прочитайте кожне запитання нижче, а потім вирішіть, наскільки Ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь з наведеними твердженнями. Будь ласка, дайте відповідь на кожне запитання. Якщо у Вас виникли питання, будь ласка, зверніться до адміністратора анкети

Ваші відповіді залишаться повністю приватними та конфіденційними

Скорочення: **SD** = Абсолютно не погоджуюсь, **D** = Не погоджуюсь, **U** = Не впевнений(а), **A** = Погоджуюсь, **SA** = Абсолютно погоджуюсь

	SD	**D**	**U**	**A**	**SA**	***Для відміток***
1. Це марна трата часу - обмірковувати мої звички щодо вживання алкоголю, тому що у мене немає проблеми						PC
2. Мені подобається вживати алкоголь, але іноді я п’ю занадто багато						C
3. У мене все гаразд з алкоголем						PC
4. Іноді я думаю про те, щоб покинути або принаймні скоротити вживання алкоголю						C
5. Будь-хто може розповідати, що хоче щось змінити стосовно вживання алкоголю, але, на відміну від них, я хоча б роблю щось у цьому напрямку						A
6. Я вживаю алкоголь в помірній кількості						PC

7. У мене іноді є проблеми з вживанням алкоголю						С
8. Саме зараз я намагаюсь змінити свої звички						А
9. Я почав(ла) виконувати план щодо скорочення або припинення споживання алкоголю						А
10. Мені не потрібно нічого змінювати в своїх звичках щодо вживання алкоголю						**РС**
11. Іноді я думаю про те, що вже не контролюю споживання алкоголю						**С**
12. Я активно працюю над вирішенням своїх проблем зі споживанням алкоголю						**А**

Будь ласка, введіть бали досліджуваної особи нижче:

	Бали
РС	
С	
А	

Підрахунок балів за анкетою щодо готовності до змін (версія для лікування)

Коди балів за шкалою відповідають кожному з етапів змін: РС = Стадія відсутності усвідомлення проблеми; С = Стадія усвідомлення проблеми; А = Стадія дій.

Запитання 1, 3, 6, 10 = *Стадія відсутності усвідомлення проблеми,* запитання 2, 4, 7, 11 = *Стадія усвідомлення проблеми,* запитання 5, 8, 9, 12 = *Стадія дій.* Відповіді на всі запитання оцінюються за 5-бальною шкалою в наступному діапазоні:

Абсолютно не погоджуюсь	-2
Не погоджуюсь	-1
Не впевнений(а)	0
Погоджуюсь	+1

Абсолютно не погоджуюсь	+2

Щоб підрахувати бал за кожною шкалою, просто додайте бали за відповіді на запитання за відповідною шкалою. Діапазон кожної шкали становить від -8 до +8. Негативна оцінка за шкалою відображає загальну незгоду з твердженнями, що вимірюють стадію змін, тоді як позитивна оцінка відображає загальну згоду. Найвищий бал за шкалою відповідає стадії змін.

Примітка:
Якщо кількість балів за двома або більше шкалами однакова, то шкала, яка знаходиться далі вздовж континууму змін (Відсутність усвідомлення проблеми - Усвідомлення проблеми - Дії), є тією стадією змін, на якій перебуває досліджувана особа. Наприклад, якщо досліджувана особа набрала 6 балів за шкалою«Відсутність усвідомлення проблеми», 6 балів за шкалою «Усвідомлення проблеми» і -2 бали за шкалою «Дії», то її відносять до стадії «Усвідомлення проблеми».

Якщо відповідь на одне з чотирьох запитань шкали відсутня, бал досліджуваної особи за цією шкалою слід перерахувати пропорційно (тобто помножити на 4/3 або на 1,33). Якщо відсутні дві або більше відповідей на запитання за школою, бал за цією шкалою не підраховується та у такому випадку визначення стадії змін буде недійсним.

Окремі питання для оцінки готовності до змін

1. Наскільки ви зацікавлені в тому, щоб змінити своє вживання алкоголю зараз?
2. Чи відчуваєте ви, що повинні припинити вживати алкоголь? або Чи хочете ви припинити вживати алкоголь зараз?
3. Що ви готові зробити, щоб вирішити проблему вживання алкоголю?
4. Наскільки ви впевнені, що зможете цього досягти?

Додаток 24
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 3 пункту 3 розділу VI)

Оцінка за системою HEADSS

Мнемоніка HEADSS є основою для оцінки, яка забезпечує «психосоціальну біопсію», можливість налагодити контакт, оцінити ризики та надати рекомендації щодо необхідних інтервенцій	
H	**Домашнє середовище**
	Де ви живете? Хто живе з вами? Як кожен член сім'ї ладнає з іншими? До кого ви можете звернутися, якщо вам потрібна допомога у вирішенні проблеми?
	Робота батьків? Нещодавні переїзди? Чи хотіли ви втекти? Чи з'явилися нові люди вдома?
E	**Освіта/робота**
	Що вам подобається/не подобається у школі/на роботі?
	Що ви вмієте робити добре/що хотіли б покращити? Як ви ладнаєте з учителями/іншими учнями?
	Які ваші оцінки, чи були відсторонення від занять? Зміни?
	Багато молодих людей стикаються зі знущаннями в школі – чи доводилося вам коли-небудь терпіти це?
E	**Їжа/фізичні вправи***
	Чи їсте ви разом із сім'єю? Хто готує вдома?
	Чи турбуєтеся ви про свою вагу? Ви вважаєте себе занадто худим чи занадто товстим?
	Іноді, коли люди перебувають у стані стресу, вони можуть переїдати/недоїдати. Чи траплялося з вами таке? Загалом, який ваш раціон харчування?
	**під час скринінгу на розлади харчової поведінки ви можете запитати про образ тіла, використання проносних, діуретиків, блювання, надмірні фізичні навантаження та жорсткі обмеження в харчуванні для контролю ваги.*
A	**Діяльність та стосунки з однолітками**
	Які ваші стосунки з однолітками? (Як ви розважаєтесь? Де? Коли?) З сім'єю?
	Спорт – регулярні вправи? Хобі? Розкажіть про вечірки, які ви відвідуєте. Чи належите ви до якихось груп? Скільки часу ви дивитеся телебачення за вечір? Улюблена музика?

	Неприємні події? Злочини? Арешти?
D	**Наркотики/сигарети/алкоголь**
	Багато людей у вашому віці починають експериментувати з сигаретами/алкоголем. Чи пробував хтось із ваших друзів ці або, можливо, інші речовини, такі як марихуана, наркотики, які вдихаються, ін'єкційні наркотики тощо? Як щодо вас, чи пробували ви щось із цього? Які наслідки ви відчули? Чи шкодуєте ви про це? Скільки ви вживаєте, як часто і чи збільшилася частота вживання останнім часом?
S	**Сексуальний досвід**
	Чи був у вас сексуальний досвід з хлопцем або дівчиною, або з обома?
	Ступінь і типи сексуального досвіду? Кількість партнерів? Мастурбація/контрацепція? Знання про ІПСШ.
	Чи хтось коли-небудь торкався вас у такий спосіб, що ви почувалися некомфортно або примушував до сексуальних стосунків? (історія сексуального або фізичного насильства). Як ви ставитеся до стосунків загалом/до власної сексуальності?
S	**Суїцид/депресія/перевірка настрою**
	Як ви відчуваєте себе зараз за шкалою від 1 до 10? Що ви робите, коли вам сумно/зле/боляче?
	Чи є хтось, з ким ви можете поговорити? Чи часто ви себе так почуваєте?
	Деякі особи, які почуваються дуже пригніченими, часто відчувають бажання завдати собі болю або навіть вбити себе. Ви коли-небудь відчували себе так?
	Чи намагалися ви коли-небудь заподіяти собі шкоду або накласти на себе руки? Що ви намагалися зробити?
	Що вам завадило це зробити? Чи відчуваєте ви те саме зараз? Чи маєте ви план тощо?
S	**Безпека**
	Захист від сонця, імунізація, носіння зброї; наприклад, чи доводилося вам коли-небудь носити зброю для самозахисту?
	Чи доводилося вам коли-небудь водити машину або їхати з кимось, хто знаходився під впливом будь-яких наркотичних речовин?
S	**Духовність**
	Вірування, релігія, музика, що допомагає розслабитися тощо. Що у вас найкраще виходить?
	Чи вірите ви в інші вищі сили? Чи має ваша сім'я якісь релігійні переконання? Чи згодні ви з ними?

Додаток 25
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 4 пункту 3 розділу VI)

Оцінка ризику домашнього насильства

1. Протягом останнього року ваш партнер або колишній партнер бив вас, давав ляпаси або завдавав вам іншої шкоди?
2. Чи боїтеся ви свого поточного або колишнього партнера?
   - *якщо жінка відповіла «НІ» на обидва питання, надайте інформаційну картку і скажіть: «Це інформація, яку ми надаємо всім жінкам про домашнє насильство».*
   - *якщо жінка відповість ТАК на одне або обидва вищезазначених питання, перейдіть до питань 3 і 4.*
3. Чи безпечно вам буде повертатися додому, коли ви підете звідси?
4. Чи потрібна вам якась допомога?

Додаток 26
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 8 пункту 3 розділу VI)

Перелік інструментів для діагностики психічної коморбідності

Стан	Інструмент	Джерело
Порушення сну	Пітсбурзький опитувальник якості сну PSQI	Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації, що затверджений наказом МОЗ України від 19.07.2024 № 1265
Депресія	PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я	Додаток 8 до Стандарту медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів", що затверджений наказом МОЗ України від 09.11.2020 № 2555
Когнітивні порушення	Монреальський тест (MoCA)	Додаток 2 до Стандарту медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту» затверджений наказом МОЗ України від 27.06.2023 № 1163
Тривожний розлад	Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) Опитувальник генералізованого тривожного розладу GAD-7	Додаток 8 до Стандарту медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів", що затверджений наказом МОЗ України від 09.11.2020 № 2555

Ризик самопошкодження або самогубства	Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності (C-SSRS)	Додаток 9 до Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», що затверджений наказом МОЗ України від 09.11.2020 № 2555
ПТСР	Клінічна шкала ПТСР за DSM-V	Додаток 3 до Уніфікованого клінічного протоколк первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації, що затвердженого наказом МОЗ України від 19.07.2024 № 1265
	Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР, PCL-5	Додаток 8 до Стандарту медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів", що затверджений наказом МОЗ України від 09.11.2020 № 2555

_____

Додаток 27
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 1 пункту 3 розділу VII)

Складання плану лікування синдрому залежності від алкоголю

План лікування включає:

1) цілі лікування та показники оцінки прогресу;
2) оцінка та опис поточних проблем, які стоять перед пацієнтом;
3) опис запланованих заходів/інтервенцій для вирішення поточних проблем;
4) стратегії спостереження за пацієнтом.

При розробці плану лікування заохочується активна роль пацієнта у його формуванні та виборі методів лікування із застосуванням принципу спільного прийняття рішень.

За згоди пацієнта – до розробки плану лікування залучаються члени його близького оточення.

Для осіб, які проживають спільно з дітьми до 16 років при складанні плану лікування необхідно враховувати оцінку виконання батьківських функцій догляду за дітьми та, у разі потреби, передбачати відповідні заходи, направлені на підтримку сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах шляхом перенаправлення/залучення соціальних служб або відповідних громадських організацій.

План лікування передбачає розробку стратегій управління рецидивами та заходи зі швидкого реагування у разі, якщо рецидив все ж стався.

План лікування передбачає направлення пацієнта до медичних спеціалістів або закладів, якщо лікар не може самостійно реалізувати обраний вид лікування або діагностики, з метою лікування супутніх захворювань пацієнта.

Для пацієнтів, які мають коморбідні розлади, пов’язані із вживання інших психоактивних речовин, план лікування має передбачати заходи, направлені на лікування обох розладів з урахуванням взаємодії лікарських засобів та типу психоактивної речовини. У разі, якщо лікар не може самостійно реалізувати обраний вид лікування важливо передбачити тісну взаємодію з іншими медичним фахівцем для спільного ведення пацієнта.

Розроблений лікувальний план регулярно переглядається для оцінки прогресу лікування, досягнення поставлених цілей.

Частота оглядів та перегляду плану лікування лікарем визначається залежно від стану, потреб пацієнта та обраної лікувальної тактики.

Додаток 28
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю»
(підпункт 7 пункту 3 розділу VII)

Психосоціальні інтервенції, спрямовані на зменшення вживання алкоголю

Психосоціальні інтервенції, спрямовані на зменшення вживання алкоголю розташовані в порядку збільшення їх інтенсивності.

1. Мотиваційне інтерв'ю (МІ)

МІ використовується як перша лінія лікування для подолання амбівалентності пацієнта щодо зменшення вживання алкоголю або як доповнення до інших методів лікування алкогольної залежності. МІ відрізняється від традиційного консультування тим, що:

орієнтоване на співпрацю, а не на примус або пряму директиву;

допомагає пацієнту самостійно сформулювати аргументи на користь змін;

уникає конфронтації, натомість спрямоване на створення атмосфери довіри та підтримки.

МІ може застосовуватися як самостійне втручання для пацієнтів із легкою або помірною алкогольної залежністю, а також як підготовчий етап перед початком КПТ або медикаментозного лікування.

Основні компоненти МІ включають:

вираження емпатії – лікар вислуховує без осуду, демонструє прийняття та розуміння, що допомагає знизити напругу та оборонну реакцію пацієнта;

усунення розбіжностей – передбачає допомогу пацієнту в усвідомленні суперечності між його теперішньою поведінкою (вживанням алкоголю) та його власними життєвими цілями, цінностями чи бажаннями; чим більш чітко пацієнт бачить цей конфлікт, тим сильніша його мотивація до змін;

подолання опору – лікар уникає конфронтації та не намагається переконати пацієнта суперечками, натомість використовується стратегія «пливти за течією» – терапевт підтримує відкритий діалог і пропонує альтернативні погляди, не нав'язуючи їх, що поступово знижує опір і сприяє формуванню мотивації до змін;

підтримка самоефективності – пацієнтові пропонуються невеликі, реалістичні кроки до змін, які він здатний виконати, що допомагає уникнути відчуття безсилля перед проблемою. Чим сильніше пацієнт вірить у свою здатність контролювати вживання алкоголю, тим вища ймовірність успішного результату.

2. Навчання поведінковому самоконтролю з метою зменшення вживання алкоголю

Метод навчання поведінковому самоконтролю спрямований на зменшення

вживання алкоголю і підходить лише для пацієнтів з нижчим ступенем залежності.

Інструмент рекомендовано застосовувати коли пацієнт і лікар згодні з тим, що зменшення вживання алкоголю (а не повна відмова від вживання) є поточною метою лікування.

Стратегії	**Компоненти**
Постановка цілей	визначення кількості напоїв, які можна вживати за тиждень
	визначення обставин, за яких буде відбуватися вживання алкоголю;
Самоконтроль щоденного вживання алкоголю	час, місце та люди, з якими вживається алкоголь
	кількість спожитих напоїв
	самопочуття під час вживання алкоголю
Контроль темпів вживання алкоголю	визначення часу вживання кожного напою та інтервалів між ними
	чергування вживання алкогольних та безалкогольних напоїв
	чи відбувається прийом їжі під час вживання алкоголю
Визначення проблемних ситуацій, пов’язаних із вживанням алкоголю, та причин, що спонукають до вживання алкоголю	

3. Поведінкова терапія для пар (ПТП)

ПТП є ефективним доповненням до індивідуального лікування алкогольної залежності. Вона спрямована на залучення партнера пацієнта до процесу лікування, зміцнення підтримки та покращення сімейних відносин.

Основні принципи ПТП:

спільна робота з парою: пацієнт і його партнер залучаються до терапії разом, що дозволяє ефективніше коригувати проблемну поведінку;

навчання навичкам комунікації: підвищується рівень відкритості та взаєморозуміння між партнерами;

контроль тригерних ситуацій: партнери вчаться ідентифікувати та мінімізувати ризики рецидиву;

підтримка тверезості: партнер пацієнта отримує навички емоційної та поведінкової підтримки у процесі відмови від алкоголю.

Терапія проводиться у форматі 12–20 парних сесій (90 хвилин кожна). Важливим є попередній аналіз доцільності терапії – вона підходить лише парам, що перебувають у стабільних стосунках, без залежності у партнера.

4. Профілактика рецидиву

Профілактика рецидивів є невід'ємною складовою комплексного підходу до лікування розладів вживання алкоголю та реалізується в межах КПТ. Основною метою профілактичних заходів є навчання пацієнтів розпізнаванню ситуацій, що можуть призвести до повернення до вживання алкоголю та застосуванню когнітивних і поведінкових стратегій для їх подолання.

Фактори, які сприяють виникненню рецидивів:

негативні емоційні стани: стрес, депресія, тривога;

міжособистісні конфлікти: проблеми у роботі, стосунках, сім'ї;

прямий або опосередкований соціальний тиск, який впливає на вживання алкоголю.

Стратегії КПТ, які допомагають запобігти рецидивам:

розпізнавання ризикових ситуацій та застосування когнітивних і поведінкових стратегій для їх подолання;

конструктивна оцінка зривів, що знижує рівень провини, сорому та безнадії, запобігаючи переростанню зриву у рецидив;

розвиток навичок самомоніторингу та формування альтернативних способів подолання стресу.

5. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ – це психосоціальний підхід, спрямований на зміну поведінкових та когнітивних механізмів, що підтримують вживання алкоголю. КПТ є одним ефективним методом лікування алкогольної залежності та рекомендована як терапія першої лінії.

Основні принципи КПТ:

виявлення та корекція дисфункціональних переконань щодо алкоголю (наприклад, хибні очікування про його позитивний ефект);

навчання ефективним стратегіям подолання стресу та високоризикових ситуацій, що можуть провокувати вживання;

формування навичок контролю поведінки та саморегуляції;

збільшення кількості альтернативних активностей, не пов'язаних із вживанням алкоголю;

підвищення самомотивації до змін шляхом роботи з амбівалентністю пацієнта.

КПТ проводиться у форматі індивідуальних або групових сесій, зазвичай тривалістю 12 тижнів. У поєднанні з фармакотерапією ефективність лікування значно зростає.