

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE

REZIDENTŪRAS NODAĻA

**“ANTIDEPRESANTU LOMA AGRĪNAS REMISIJAS SASNIEGŠANĀ ALKOHOLA
ATKARĪBAS PACIENTIEM AR DEPRESĪVIEM TRAUCĒJUMIEM”**

PĒTNIECISKAIS DARBS

Autors: Jūlija Timofejeva

Studenta apliecības Nr: 21-003047

Darba vadītājs: Dr. Inga Landsmane

RĪGA

2024

Anotācija

Pētnieciskā darba tēma: Antidepresantu loma agrīnas remisijas sasniegšanā alkohola atkarības pacientiem ar depresīviem traucējumiem.

Darba mērķis: Analizēt nozīmēto antidepresantu ietekmi uz alkohola remisijas sasniegšanu pacientiem ar alkohola atkarību un depresīviem traucējumiem.

Darba hipotēze: Antidepresantu lietošana papildterapijā mazina depresīvus traucējumus, palīdz sasniegt ātrāku un ilgstošu alkohola atkarības remisiju.

Pētījuma populācija: Abu dzimumu pacienti ar diagnozi F10.2, vecumā no 18 gadiem, kopā 200 pacienti.

Darba metodika un izmantotie materiāli: Pētījums sastāv no retrospektīvas daļas un prospektīvas daļas. Dalībnieku skaits retrospektīvajā daļā ir 185, novērošanas un ārstēšanas laikā periods ir no 2020. līdz 2024. gadam. Dati par pirmās grupas pacientu terapiju, ārstēšanas gaitu un remisijas ilgumu tiek ņemti no pacientu ambulatorajiem kartēm. Pētījuma prospektīvajā daļā iekļauti pacienti, kuriem papildus F10.2 diagnozei konstatēti garastāvokļa depresīvi traucējumi pēc depresijas diagnostiskiem kritērijiem, kuri pēc depresijas testa PHQ-9 aizpildīšanas ieguva 5-27 punktus un papildterapijā saņēma SSRI grupas antidepresantus. Prospektīvas daļas dalībnieku skaits ir 15 cilvēki. Pētījuma datu analīzē tiek salīdzināts remisijas ilgums abās pacientu grupās, remisijas ilgums atkarībā no terapijas veida.

Pētījuma rezultāti: Pētījuma retrospektīvas daļas dati liecina, ka nav novērota būtiska atšķirība remisijas ilgumā starp pacientiem, kuri ārstējās tikai ar specifisku terapiju vai nesaņēma nekādu terapiju, un tiem pacientiem, kuriem papildterapijā bija nozīmēti antidepresanti. Analizējot otrās grupas pacientu remisijas ilgumu, tika secināts, ka 80% no pacientiem sasniedza remisiju no 6 mēnešiem līdz vienam gadam, un 20% no pacientiem sasniedza remisijas ilgums no viena gada un ilgāk. Nevienam no otras grupas pacientiem nebija konstatēta alkohola lietošana.

Secinājumi: Autore secināja, ka nav novērota būtiska atšķirība remisijas ilgumā starp pacientiem, kuri ārstējās tikai ar specifisku terapiju, un tiem pacientiem, kuriem papildterapijā bija nozīmēti antidepresanti. Pētījuma prospektīvas daļas pacienti, kuri saņēma antidepresantus terapijā, sasniedz relatīvi ātrāku un agrīnu remisiju. Lai iegūt labākus ārstēšanas rezultātus ir nepieciešama rūpīga pacienta novērtēšana un ārstēšanas nepieciešamības izvērtēšana tālākajā ārstēšanas gaitā.

Atslēgas vārdi: alkohola atkarība, antidepresanti, remisija.

Annotation

Title: The role of antidepressants in achieving early remission in alcohol dependent patients with depressive disorders.

The aim of the study is to analyze the impact of antidepressants on achieving remission in patients with alcohol dependence and depressive disorder.

Hypothesis: The use of antidepressants as adjunctive therapy reduces depressive symptoms and helps achieve faster and longer-lasting remission.

Material and Methods: The study consists of two parts, retrospective and prospective. The retrospective group includes 185 participants. The treatment period is from 2020 to 2024. Data on patients and the course of treatment were taken from outpatient medical records. The prospective group includes 15 participants. In addition to the diagnosis of "alcohol dependence" participants were clinically diagnosed with depressive symptoms and completed a PHQ- 9 test, with test scores ranging from 5 to 27. In the analysis of the study data, a comparison of the achieved remission in both groups was made.

Result of the study: The data of the retrospective part of the study show that no significant difference in the duration of remission was observed between patients who were treated only with specific therapy or did not receive any therapy, and those patients who were prescribed antidepressants as adjunctive therapy. Analyzing the remission duration of the second group of patients, it was concluded that 80% of patients achieved remission from 6 months to one year and 20% of patients achieved remission duration from one year and more. None of the patients in the second group was found to have consumed alcohol.

Conclusions: The author concluded that there was no significant difference in the duration of remission between patients treated solely with specific therapy and those who received adjunctive antidepressants. Patients in the prospective part of the study who received antidepressants achieved relatively quicker and earlier remission. Achieving better treatment outcomes requires careful patient assessment and evaluation of treatment necessity throughout the course of therapy.

Keywords: alcohol addiction, antidepressants, remission.

Satura radītājs

Anotācija.....	2
Satura radītājs.....	4
Ievads.....	5
1. Literatūras apskats.....	6
1.1. Alkohola atkarības definīcija, diagnostika un izplatība.....	6
1.2. Alkohola atkarības ārstēšanas iespējas.....	9
1.3. Depresīvi garastāvokļa traucējumi pacientiem ar alkohola atkarību.....	12
1.4. Depresijas un alkohola atkarības komorbidāte, diagnostika un ārstēšanas principi.....	14
1.5. Alkohola lietošana ka pašārstēšanās modelis alkohola atkarīgiem pacientiem ar depresīviem garastāvokļa traucējumiem.....	16
1.6. O.M. Lesch atkarīgo pacientu sadalījums, diagnostika un ārstēšana pēc atkarības tīpa.....	17
2. Darba metodika, izmantotie materiāli.....	22
3. Pētījuma rezultāti.....	23
4. Diskusija.....	32
5. Secinājumi.....	34
Literatūras saraksts.....	35
Pielikumi.....	38
1. pielikums. Galvojums.....	38
2. pielikums. RSU Pētījumu ētikas komitejas lēmums.....	39
3. pielikums. SIA “Daugavpils Reģionālās slimnīcas” atļauja pētījuma veikšanai.....	40
4. pielikums. VSIA “RPNC” atļauja pētījuma veikšanai	42
5. pielikums. Depresijas tests PHQ - 9.....	43

Ievads

Pārmērīga alkohola lietošanas un alkohola atkarības radītais kaitējums tiek uzskatīts par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu mūsu valstī. Alkohols ir saistīts ar nopietnām veselības problēmām un hroniskām saslimšanām, piemēram: kardiomiopātiju, sirds ritma traucējumiem, aknu cirozi un alkohola polineuropātiju. Statistikas dati liecina, ka 2021. gadā Latvijā vairāk nekā 700 cilvēki mira no saslimšanām, kas tieši saistītas ar alkohola lietošanu un nākamajos gados novēro šī skaitļa pieaugumu (1.1.1. attēls). Alkohola atkarība arī cieši saistīta ar psihiatriskiem veselības traucējumiem, pētījumos ir atklāts, ka duālo diagnožu īpatsvars sasniedz līdz vienai trešdaļai no pacientiem ar alkohola atkarību un diezgan bieži psihiatriskās diagnozes alkohola atkarības pacientiem ir saistītas ar garastāvokļa depresīviem traucējumiem. Ir zināms, ka pacienti ar alkohola atkarību kopā ar depresiju kopumā lieto vairāk alkohola salīdzinājumā ar pacientiem bez garastāvokļa traucējumiem [19]. Agrīnas remisijas sasniegšana alkohola atkarības ārstēšanā uzlabo komorbīdu pacientu dzīves kvalitāti un samazina hospitalizācijas un priekšlaicīgas nāves gadījumu biežumu.

Pētnieciskā darba uzdevums ir apskatīt pētījumus un zinātnisko literatūru par alkohola atkarības un depresīvo traucējumu ārstēšanas iespējām, noskaidrot antidepresantu lietošanas indikācijas kā papildterapijas alkohola atkarībai un to lomu alkohola atkarības remisijas sasniegšanā.

Darba mērķis ir analizēt nozīmēto antidepresantu ietekmi uz alkohola remisijas sasniegšanu pacientiem ar alkohola atkarību un depresīviem traucējumiem.

Darba hipotēze: antidepresantu lietošana alkohola atkarības papildterapijā mazina depresīvus traucējumus, palīdz sasniegt ātrāku un ilgstošu alkohola atkarības remisiju.

1. Literatūras apskats

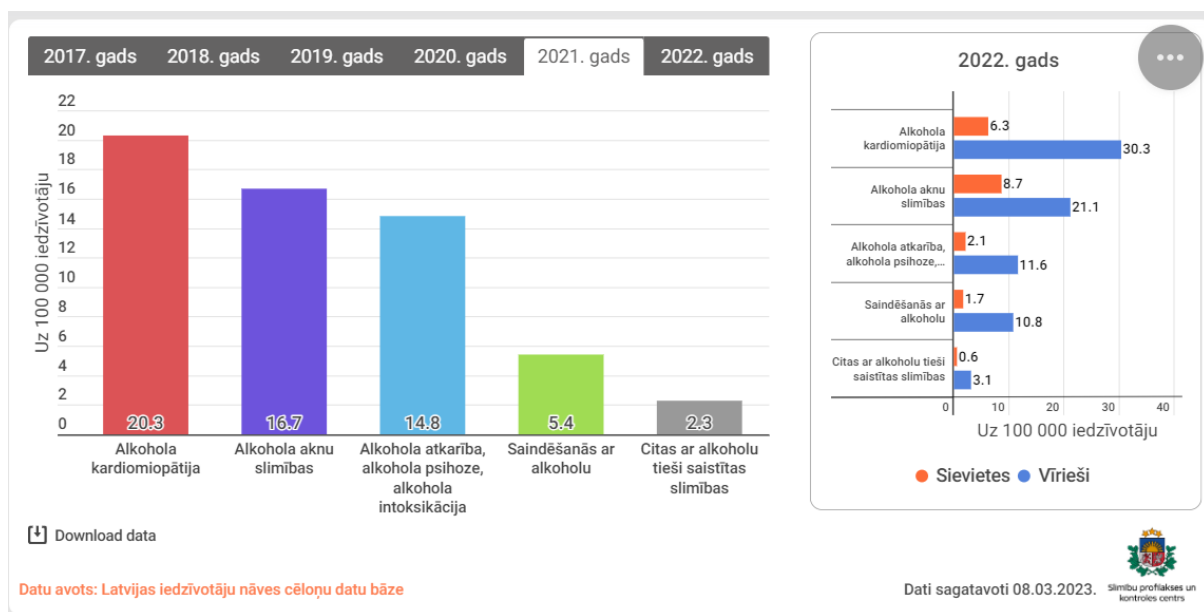
1.1. Alkohola atkarības definīcija, diagnostika un izplatība

Alkohola atkarības sindroms ir kognitīvu, somatisku, neiroloģisku un uzvedības simptomu komplekss, kas attīstās pēc alkohola atkārtotas lietošanas un izraisa nepārvaramu tieksmi pēc alkohola, grūtības kontrolēt tās lietošanu, neskatoties uz nelabvēlīgajām sekām, kas radušies lietošanas rezultātā. Pacients dod priekšroku alkohola lietošanai salīdzinājumā ar citām nodarbēm un pienākumiem, ar laiku pieaug tolerance un pārtraucot lietot, veidojas abstinences stāvoklis. Lai noteikt un apstiprināt atkarības diagnozi trijiem vai vairākiem simptomiem jābūt vienlaicīgiem, vai novērotiem viena mēneša laikā, vai simptomi atkārtojas pēdēja gada laikā.

10.starptautiskajā statistiskajā slimību klasifikācijā atkarības slimības diagnozes noteikšanai minēti sekojošie slimības simptomi:

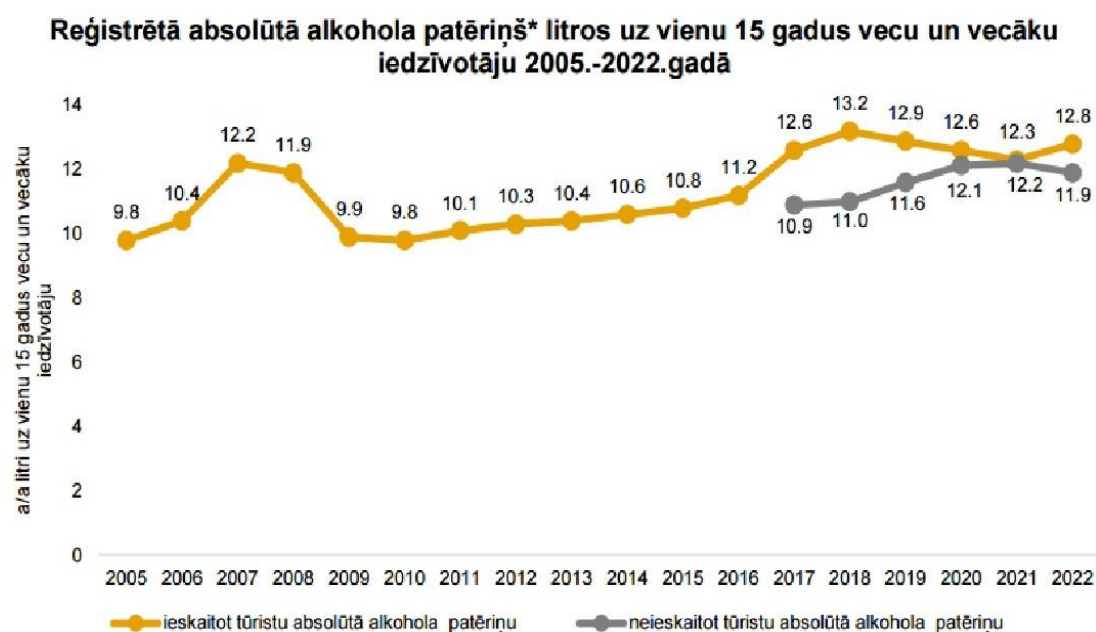
1. Stipra, nepārvarama, kompulsīva tieksme lietot alkoholu.
2. Nespēja kontrolēt alkohola lietošanas biežumu, daudzumu, grūtības beigt lietošanu.
3. Noformējies alkohola abstinences sindroms.
4. Tolerances pieaugums.
5. Izmainīts, sašaurināts interešu loks.
6. Nespēja atteikties no lietošanas neskatoties uz veselības problēmām. [1]

2021. gadā Latvijā tika konstatēti vairāk nekā 700 nāves gadījumi no saslimšanām, kas sasitīti ar alkohola lietošanu. Pārsvārā cilvēki iet bojā no kardiomiopātijas, aknu slimībām, saindēšanās ar alkoholu (1.1.1. zīmējums). [1]



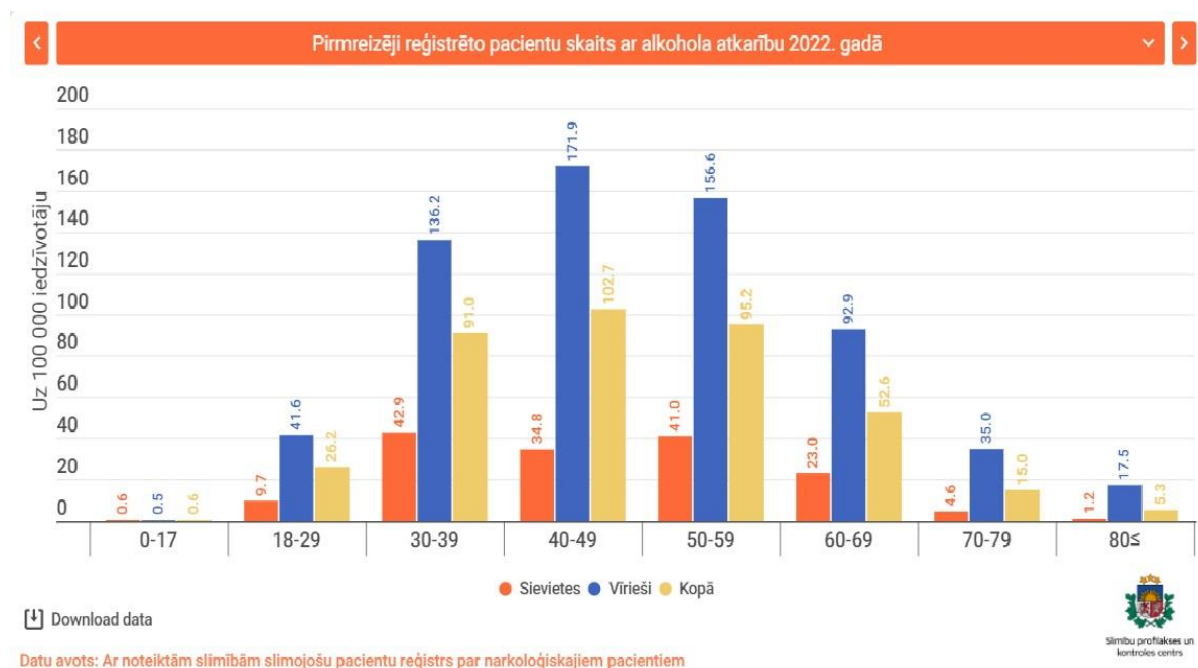
1.1.1. attēls. Dati par nāves cēloņiem, kas saistīti ar alkohola lietošanu iedzīvotājiem no 15 gadiem, uz 100 000 iedzīvotāju. [1]

Statistika liecina, ka Latvijā 2022. gadā reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš ir 12,8 absolūtā alkohola litru uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju (1.1.2. zīmējums).



1.1.2.attēls. Reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš litros uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju 2005.-2022.gadā. [1]

Reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem dati liecina, ka 2022. gadā tika reģistrēti 388 pirmreizēji pacienti ar diagnozēm F 10.2, F 10.5 un F 10.0 vecumā no 18 līdz 90 gadiem (1.1.3. zīmējums).



1.1.3. attēls. Pirmreizēji reģistrēto pacientu skaits ar diagnozēm F 10.2, F 10.5 un F 10.0 sadalījums pēc dzimuma un vecuma, 2022. gadā, uz 100 000 iedzīvotāju. [1]

1.2. Alkohola atkarības ārstēšanas iespējas

1. Specifiska alkohola atkarības medikamentozā terapija

a) Disulfirams. Disulfirams neatgriezeniski inhibē aldehīda dehidrogenāzes darbību izraisot acetaldehīda uzkrāšanos asinīs pēc alkohola lietošanas, sakarā ar ko pacientam rodas disulfirama-etanola reakcija, kura izpaužas kā subjektīvi nepatīkamās sajūtas: siltuma sajūta sejā un kakla rajonā, galvassāpes, slikta dūša, vemšana, trauksme un bailes. Disulfirama lietošana kopā ar alkoholu var izraisīt veselībai potenciāli bīstamas reakcijas, piemēram, elpošanas traucējumus, krampjus, aknu disfunkciju, sirds aritmiju un miokarda infarktu. [2]. Disulfirams uzskatāms kā preventīvs līdzeklis, kurš izraisa riebumu pret alkoholu. [3]

b) Naltreksons. Naltreksonu izmanto, lai ārstētu opioīdu un alkohola atkarību. Naltreksonam piemīt opioīdu receptoru sistēmas antagonista īpašības, medikamenta darbības mehānisms ietver sevī ar alkoholu saistīto endorfīnu μ (mju) - opioīdu receptoru bloķēšanu, kas savukārt modulē dopamīna izdalīšanos pēc alkohola lietošanas, rezultātā mazinās alkohola pozitīvie neirobioloģiskie efekti un ar alkoholu saistītas patīkamās izjūtas, tādējādi mazinot tieksmi. Naltreksons pieejams gan tablešu, gan implantāta formā ar ilgstošu darbību. [4]

Zinātnieks Petrakis un līdzstrādnieki savā darbā ziņoja, ka naltreksons un disulfirams efektīvi mazināja tieksmi pēc etanola un uzlaboja garastāvokli pacientiem ar komorbīdiem etanola lietošanas traucējumiem un depresiju.[5]

c) Akamprosāts. Akamprosāta galvenā neiroķīmiskā iedarbība ir saistīta ar glutamāta neurotransmisijas modulāciju metabotropos glutamāta receptoros. Preparāts ir efektīva naltreksona alternatīva pacientiem ar naltreksona lietošanas kontrindikācijām, piemēram, pacientiem ar progresējošu aknu slimību, vai pacientiem ar minimālu atbildi uz naltreksona lietošanu. Dažreiz ir iespējams nozīmēt akamprosātu kombinācijā ar naltreksonu vai disulfiramu, bet no tā pēc iespējas jāizvairās lai nepieļautu polifarmāciju. [6]

d) Nalmefēns. Nalmefēns ir μ un δ opioīdu receptoru antagonists, κ opioīdu receptoru parciāls agonists, kas ir apstiprināts Eiropā pacientu ar augsto alkohola lietošanas riska līmeni (alkohola patēriņš vairāk nekā 60 g dienā vīriešiem un vairāk nekā 40 g dienā sievietēm) ārstēšanai. Nalmefēna lietošanas mērķis ir samazināt alkohola patēriņu. Medikamentu tablešu veidā jālieto no vienas līdz divām stundām pirms alkohola lietošanas, kā arī katru dienu, ja pacients izjūt stipru tieksmi. [7]

Papildterapija

Antidepresanti

Alkohola atkarības pacientiem un pacientiem ar pārmērīgi kaitējošu alkohola lietošanu bieži tiek konstatēts samazināts serotonīna līmenis asinīs, sakarā ar ko parādās depresijas simptomātika. [8]

Depresija kā sindroms, nevis pamatsaslimšana, nereti pavada alkohola atkarību.

Izdala sekojošus depresijas pamatsimptomus:

- Nomākts garastāvoklis
- Samazinātas intereses
- Nespēja izjust prieku
- Enerģijas trūkums

Papildsimptomi:

- Nepamatota vainas sajūta
- Pazemināts pašvērtējums
- Psihomotorais gausums
- Atmiņas traucējumi
- Pašnāvības domas un uzvedība
- Miega traucējumi
- Apetītes izmaiņas

Lai noteikt depresijas diagnozi traucējumu ilgumam jābūt vairāk nekā divas nedēļas.

Simptomu monitorings notiek 2 - 4 nedēļas, jāizvērtē depresijas pamatsimptomi saskaņā ar SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem. Izvērtēšanai izmanto depresijas testus PHQ-9 un HAMD - 17. [9]

Depresijas ārstēšanā pielieto antidepresantus, un visbiežāk tiek nozīmēti selektīvie serotonīna atpakaļuzsūkšanas inhibitori (SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors). Pie SSRI grupas antidepresantiem pieskaita Citalopramu, Escitalopramu, Fluoksetīnu, Fluvoksamīnu, Paroksetīns un Sertalīnu. [14]

2. Psihoterapija un psihoterapeitiskas programmas

1. Kognitīvā uzvedības terapija. Palīdz apgūt jaunus pozitīvus pārvarēšanas mehānismus, lai aizstāt domas un uzvedības modeļus, kas var veicināt alkohola atkarību un depresiju, vai pasliktināt tās gaitu.
2. Dialektiskā uzvedības terapija. Terapiju izmanto, lai samazināt paškaitējuma risku un pašnāvības domas.
3. Psihodinamiskā terapija.
4. Mākslu terapija. Palīdz pārvarēt stresu un mazināt emocionālus pārdzīvojumus, veicina spēju izpaust emocijas.
5. Ģimenes terapija. Psihoterapeitisks darbs personām, kurām ir kopīga saimniecība.
6. Minesotas programma. Psihoterapeitiska īstermiņa (28 dienas) atkarības ārstēšanas metode, kurā ietver sevī grupas psihoterapiju, resocializāciju, pacienta izglītošanu par atkarības slimību.
7. Sociālas rehabilitācijas programma. Programmas ilgums līdz vienam gadam, mērķis ir apzināt slimību, pacienta reintegrācija sabiedrībā un ģimenē.
8. Pašpalīdzības grupas:
 - AA – anonīmo alkoholiķu sapulces.
 - Al-Anon ģimenes grupas – grupas atkarīgo tuviniekiem. [8]

1.3. Depresīvi garastāvokļa traucējumi pacientiem ar alkohola atkarību

Ilgstoša alkohola lietošana var radīt psihiskas traucējumus, kuras var atgādināt jebkuru psihisku traucējumu simptomātiku. Psihiskie simptomi rodas gan reibuma stāvoklī, gan abstinencē, gan pēcabstinences periodā. Psihiska slimība un alkohola atkarība var būt vienam un tam pašam pacientam vienlaicīgi.

Daudzi psihiskie simptomi izzūd vai mazinās pēc alkohola lietošanas pārtraukšanas, un pietiekami ilga atturība no alkohola palīdz diferencēt pacienta stāvokli. Pētījumu rezultāti liecina, ka alkohola atkarības pacientiem bieži konstatēti neadiktīvi psihiskie traucējumi: nomāktība, antisociāli un garastāvokļa traucējumi. Nomāktība un personības traucējumi 84% gadījumos parādījās pirms atkarības, retāk pēc tās (13% gadījumos), vai vienlaicīgi ar alkohola atkarību. 50% no vīriešiem nomāktība un personības traucējumu gadījumi parādījās pēc atkarības izveidošanas. Pētījumu rezultāti liecina, ka sievietēm depresija parasti rodas pirms atkarības no alkohola, bet vīriešiem depresija seko atkarībai. [8]

Ir pierādīts, ka alkohola lietošana pasliktina arī veselo cilvēku garastāvokli. Gandrīz visiem pacientiem ar alkohola atkarību kāda dzīves laika posmā ir bijuši depresīvie garastāvokļa traucējumi, un daļai no pacientiem tie bijuši ilgtermiņā un mazināja darbaspējas. Depresīviem pacientiem ir bijusi arī ilgāka ārstēšanās stacionārā.

Atšķirt primāros garastāvokļa traucējumus no sekundāriem palīdz alkohola lietošanas pārtraukšana. Pētījumos ir informācija par to, ka jau pēc četrus nedēļus ilgas alkohola nelietošanas krietni samazinās depresijas un nomāktības simptomātika.

Balstoties uz literatūras avotiem un pētījumu rezultātiem par adopciju un dvīņiem var secināt, ka alkohola atkarības un depresijas predispozīcija ir iedzimta un eksistē sekojošie alkohola atkarības un depresijas pārmantošanas modeļi:

1. Alkohola atkarība un depresija tiek pārmantota neatkarīgi viena no otras
2. Alkohola atkarība var radīt depresiju
3. Alkohola atkarībai un depresijai var būt kopīgs etioloģisks faktors. [8]

Vienā pētījumā ir noskaidrots, ka var būt tieša cēloņsakarība starp pārmērīgu alkohola lietošanu vai atkarību un smagiem depresīviem traucējumiem. [10]

Alkohols var izraisīt ne tikai depresijas simptomātiku, bet arī pasliktināt depresijas simptomus cilvēkiem, kuriem tie jau ir bijuši.

Gadījumos, kad depresīvu simptomātiku izraisa alkohola lietošana, tie var izzust pēc alkohola lietošanas samazināšanas vai pārtraukšanas. Tomēr pētījumi arī liecina, ka alkohola

izraisīta depresija var pāriet pastāvīgā depresijā, ja simptomi saglabājas pēc alkohola lietošanas pārtraukšanas. [11]

Alkohols var pasliktināt depresijas gaitu un terapijas efektivitāti. Literatūras avotos ir informācija, ka alkohola lietošana var traucēt atveseļošanos no depresijas. Pētījumā par depresijas ārstēšanu un alkohola lietošanu dalībniekiem, kuri lietoja daudz alkohola, depresijas ārstēšanas rezultāti bija sliktāki. Pat neliels vai mērens alkohola daudzums pasliktināja depresijas gaitu. Pacientiem, kuri lietoja mazāk nekā vienu alkohola devu dienā, arī novēroja sliktākus farmakoloģiskās ārstēšanas rezultātus. [13]

Komorbīdai depresijai ar alkohola atkarību novēro smagāku depresijas gaitu un sliktāku prognozi. Pētniekiem ir hipotēze, ka depresijai un alkohola atkarībai ir kopīga ģenētiskā izcelsme, lai gan tas nav pierādīts. Tomēr atsevišķi gēni var veicināt abu slimību attīstību. Depresija ģimenes anamnēzē tiek uzskatīta par riska faktoru depresijas attīstībai. Pirmās pakāpes radniekiem risks ir divas līdz četras reizes lielāks nekā vispārējā populācijā. [12]

Ģenētika var ietekmēt arī alkohola atkarības attīstību. Uzskata, ka gēni ir atbildīgi par aptuveni 50% risku alkohola atkarības attīstībā, bet 50% riska faktori ir saistīti ar papildus faktoru kombināciju, piemēram, vides ietekmi un cilvēka individuālo dzīves pieredzi.

Neskatoties uz to, ka alkohola lietošanas inducēta depresīva simptomātika izzūd pēc detoksikācijas un rehabilitācijas, un ne vienmēr tam seko depresijas ārstēšana, nepieciešama rūpīga pacienta novērtēšana un ārstēšanas nepieciešamības izvērtēšana tālākajā ārstēšanas gaitā. [13]

1.4. Depresijas un alkohola atkarības komorbidāte, diagnostika un ārstēšanas principi

Pacienti ar komorbīdu depresiju un alkohola atkarību raksturīgi biežākie recidīvi, rezistence pret antidepresantiem, paaugstināts pašnāvības risks, un kopumā sliktāka prognoze uz izveseļošanas [18]

Nepieciešams atšķirt primāros afektīvos traucējumus kā pastāvīgus neatkarīgus traucējumus un psihiskos simptomus, kurus izraisījusi hroniska alkohola lietošana, jo tās apgrūtina diagnostiku un prognozi, un ietekmē terapeitisko taktiku. Akūta intoksikācija un sistemātiska alkohola lietošana var izsaukt depresijas simptomu attīstību, abstinences sindroms var komplicēties ar afektīviem traucējumiem. Savukārt pacienti ar afektīviem traucējumiem var lietot alkoholu, lai mazinātu depresijas simptomus. Afektīvie traucējumi un alkohola lietošanas traucējumi var pastāvēt kā neatkarīgi traucējumi.

Literatūras avotos minēts, ka alkohola lietošanas izraisītas depresijas ārstēšana atrodas narkologa kompetencē. Ja depresīvie simptomi ilgst vairāk nekā četras nedēļas pēc alkohola lietošanas pārtraukšanas, vai pacients izmanto alkoholu kā pašārstēšanās metodi, vai pacientam ir suīdālas domas, vai uzsāktā terapija ar antidepresantiem nedod uzlabošanas, pacientu ieteicams nosūtīt pie psihiatra uz konsultāciju. Pētījumu dati liecina, ka antidepresantu terapija ciņā ar alkohola lietošanas izraisītā depresijā nav tik efektīva salīdzinājuma ar terapiju primāras depresijas gadījumos. [9]

Alkohola inducētie simptomi būs mazākā mērā izteikti, nenoturīgāki un novērotas mazāku laika periodā. Ja četru nedēļu laikā pēc alkohola lietošanas pārtraukšanas depresijas simptomi nemazinās un neizzūd, jādomā par komorbīdu depresiju. Pētījumos ir minēts, ka samazināts etanola patēriņš var veicināt depresijas simptomu mazināšanos un atturēšanās no alkohola uzlabo depresijas simptomātiku. Ir pierādīts, ka kombinētā terapija, piemēram, sertralīns ar naltreksonu un akamprosāts ar escitalopramu, uzlabo gan dzeršanas, gan garastāvokļa traucējumu rezultātus alkohola atkarības pacientiem ar depresiju. [5]

Depresijas simptomi parasti ir saistīti ar problemātisku alkohola lietošanu. Statiskas dati liecina ka ASV 15,4% pacientu ar depresiju lietoja alkoholu, lai uzlabotu savu garastāvokli, un nesaņēma atbilstošu ārstēšanu. Dānijas pētījuma dati liecina, ka katrs ceturtais pacients ar depresiju pārmērīgi lieto alkoholu. Atkarīgie no alkohola pacienti biežāk ziņo par depresijas simptomiem, grūtībām koncentrēties, enerģijas trūkumu un pašnāvības

domām. Apmēram 40% no visiem pacientiem, kas ārstējās no alkohola atkarības ziņo par vismaz vienu pašnāvības mēģinājumu. [18]

Agabio et al savā pārskatā par komorbīdo pacientu ārstēšanu ar antidepresantiem izdara secinājumus ka antidepresantu pielietojums tādiem pacientiem ir maz izpētīts. Nav pietiekami augstas klases pierādījumu par pozitīvu efektu uz pacientu veselības stāvokli, nebija salīdzinājuma starp dažādu antidepresantu iedarbības efektiem, bet autori neizslēdz, ka antidepresanti var palīdzēt uzlabot tādu pacientu veselības stāvokli, lai gan klīniskā nozīme antidepresantiem var būt neliela. [20]

1.5. Alkohola lietošana ka pašārstēšanās modelis pacientiem ar depresīviem garastāvokļa traucējumiem

Pašārstēšanās modelis ir alkohola lietošana, lai palīdzētu sev samazināt afektīvus traucējumus ar afektīvu simptomātiku. Pašārstēšanās dominējošā hipotēze apgalvo, ka pacienti vispirms piedzīvo depresiju un pēc tam attīstās alkohola problemātiska lietošana, kuru pacienti izmanto, lai atvieglotu trauksmainus vai depresīvus simptomus. [18]

Hipotēzi par pašārstēšanos izmanto, lai izskaidrot alkohola atkarības un depresijas komorbiditāti. Pētījumu rezultāti liecina, ka pašārstēšanos var palielināt pārmērīgas alkohola lietošanas risku, un izraisa alkohola atkarības attīstību, kas var turpināties pat tad, kad tiek uzlabots psihisks stāvoklis. Pacientiem, kuri lieto alkoholu depresīvu traucējumu pašārstēšanā, ir sliktāka funkcionēšana un zemāka dzīves kvalitāte, lielāks risks iegūt alkohola atkarību. [15]

Pacienti ar depresijas simptomiem pavada daudz laikā vienatnē un sociālā izolācija arī var būt iemesls pārmērīgai alkohola lietošanai, lai atvieglot vientulības sajūtu. Dzeršana vienatnē ir saistīta ar vēl lielāku sociālo diskomfortu: vientulības sajūtu, sociālu trauksmi, sociālā atbalsta trūkumu, intensīvāku alkohola lietošanu un ar alkoholu saistītām veselības problēmām. [15]

Alkohola lietošana ar mērķi samazināt depresīvo simptomātiku asociējas ar vājām problēmu risināšanas prasmēm. [18]

Vairāku pētījumu rezultāti liecina, ka pacientiem, kuri lieto alkoholu pašārstēšanās nolūkos ir dziļāka depresijas simptomātika salīdzinot ar tiem, kuri neiesaistās šādā uzvedībā. Tas liecina par to, ka šī pacientu grupa var būt neaizsargātāka, un pastāv noteikts sliekšnis depresijas simptomatikā, kas ir bīstams ar to, ka pacienti var sākt lietot alkoholu simptomātikas uzlabošanas nolūkos. Pacientiem, kuriem ir smagāki depresijas simptomi, tajā skaitā ir pašnāvības domas, biežāk iesaistās pašārstēšanās procesā un alkohola lietošana smagas depresijas epizodes laikā var būt veicinošs faktors pašnāvībai. [18]

1.6. O.M. Lesch`s alkohola atkarīgo pacientu sadalījums, diagnostika un ārstēšana pēc atkarības tipa

Lesch`s alkohola atkarīgo pacientu tipoloģija ir balstīta uz datiem no pētījuma par 436 alkohola atkarības pacientiem ar 19 gadu novērošanas periodu. Vērojot pacientus ilgtermiņā Lesch identificēja četrus alkohola atkarīgo tipus. Lesch`s tipoloģiju pielieto psihiatriskajās slimnīcās, tā palīdz ārstam noteikt pacienta tipu. Pamatojoties uz tieksmes izcelsmi un alkohola lietošanas paradumiem (1.6.1. tabula) saskaņā ar tipoloģiju var izdalīt sekojošus alkohola atkarīgo pacientu tipus:

- I. “Alerģijas modelis”
- II. “Konfliktu risināšanas un trauksmes modelis”
- III. “Depresīvais modelis”
- IV. "Kondicionēšanas modelis" [16]

Pacienta tips	Pacients cīnās ar	Neirobioloģiskais modelis
I	Abstinences simptomātiku	Neiroadaptācija
II	Trauksmi	Sociālās mācīšanas, kognitīvais modelis
III	Depresiju	Pašārstēšanas modelis
IV	Vidi	Sociokulturālais modelis, Organiskais modelis

1.6.1. tabula. Tieksmes galvenie iemesli un abstinences simptomātikas neirobioloģiskie modeļi atkarībā no pacientu tipa. [16]

I tips "Alerģijas modelis"

I tipa pacientu alkohola lietošanu nosaka organisma bioloģiskas īpatnības, respektīvi, augsts acetaldehīda līmenis asinīs abstinences laikā. Pacients lieto alkoholu, lai mazinātu abstinences simptomātiku. I tipa pacientiem pēc alkohola lietošanas pārtraukšanas attīstās smaga abstinences simptomātika. Pirmajā vai otrajā dienā pēc alkohola lietošanas samazināšanas vai lietošanas pārtraukšanas konstatētas epilepsijas lēkmes. Abstinences simptomi attīstās ātri, dažu stundu laikā un izzūd dažu dienu laikā. Abstinences stāvokli pavada rupjš tremors, spēcīga svīšana, nemiers, krampji. Bez pienācīgas ārstēšanas abstinences simptomi pieaug un var attīstīties delīrijs. Parasti pacientiem nav personības traucējumu.

Recidīvu profilakses ārstēšana:

Medikamentozā terapija

Nepieciešama narkologa novērošana dinamikā, regulāras pārbaudes. Motivētiem pacientiem nozīmē disulfirāmu. Var nozīmēt disulfirāmu kombinācijā ar akamprosātu. Naltreksons var samazināt recidīva risku. I tipa pacientiem ārstēšanas mērķis ir pilnīga atturēšanos no alkohola.

Psihosociālā terapija

I tipa pacientiem rekomendēts apmeklēt AA sapulces. [16]

II tips "Konfliktu risināšanas un trauksmes modelis"

II tipa pacienti lieto alkoholu tā anksiolītiskās un nomierinošas iedarbības dēļ, pašārstēšanās un konfliktu risināšanas nolūkos. Pacientiem no II grupas raksturīgas "ego vājuma" pazīmes, zems pašvērtējums, iezīmējas primārie personības traucējumi (atkarīga vai trauksmaina personība), bieži pacienti atrodas attiecībās ar dominējošiem partneriem. Alkohola reibums raksturīgs ar nestabilu vai samazinātu impulsu kontroli. II tipa pacientiem abstinence noris ar trauksmi vai depresiju, sāko tremoru, roku svīšanu, paaugstinātu asinsspiedienu un tahikardiju. Epilepsijas lēkmes nav raksturīgas. Abstinences simptomus var novērot līdz divām nedēļām.

Recidīvu profilakses terapija

Medikamentozā terapija

Saskaņā ar pētījuma datiem akamprosāts kombinācijā ar psihoterapiju ir efektīvāka ārstēšanas taktika. Terapijā papildus nozīmē antidepressantus ar anksiolītiskām īpašībām.

Psihosociālā terapija

Pacientiem ir ieteicamas psihoterapeitiskas metodes, kas ir orientētas uz personības traucējumu ārstēšanu. Pacientiem jāapgūst stresa mazināšanas paņēmienus un konfliktu risināšanas metodes. Rekomendētas pašpalīdzības grupas, kas orientētas uz trauksmes un stresa vadīšanu un ego stiprināšanu. AA sapulces nav lietderīgas II tipa pacientiem. [16]

III tips “Depresīvais modelis”

Trešās grupas pacienti izmanto alkoholu, lai uzlabot garastāvokli un miegu. Abstinences stāvoklī III tipa pacientiem novēro trauksmaini depresīvu simptomātiku ar dziļu vainas sajūtu, bailēm un pašnāvības domām. Līdzīgi kā II tipa pacientiem, abstinence norit ar smalku tremoru, vieglu svīšanu un stabilu, nedaudz paaugstinātu, bet stabilu asinsspiedienu un sirdsdarbības frekvenci. Epilepsijas lēkmes anamnēzē retas. [17]

Garastāvokļa traucējumi ir atrodami pacientu ģimenes anamnēzē. III tipa pacientiem bieži novēro melanoliskās personības traucējumus. Pacientiem ir neelastīgas, stingras vērtības un augstas prasības pret sevi. Šīs augstās prasības bieži netiek realizētas, kas pacientam izraisa neapmierinātības un vilšanās sajūtu. III tipa pacienti parasti nav spējīgi piedzīvot psiholoģisku baudījumu, tikai alkohola reibumā viņiem izdevās piedzīvot emocijas.

Pēc dažiem mēnešiem atturības depresīva simptomātika mazinās, bet vēlāk depresīva epizode var atkārtoties alkohola lietošanas smagā recidīva veidā. Pacienti smagi pārdzīvo savu alkohola lietošanu, attīstās spēcīga vainas sajūta. Terapeitiskais mērķis III tipa pacientiem ir samazināt depresijas epizožu biežumu un līdz ar to līdz minimumam samazināt alkohola lietošanas biežumu. [16]

Recidīvu profilakses terapija

Medikamentozā terapija

Kā prettieksmes preparātu ieteicams nozīmēt naltreksonu. Kontrindicēti dopamīna antagonisti, jo tie palielina alkohola lietošanas recidīvu risku. Depresijas epizodes ārstēšanai nozīmē antidepressantus, pacientiem ar bipolāriem traucējumiem nozīmē arī garastāvokļa stabilizatorus.

Psihosociālā terapija:

Kognitīvi biheiviorālā terapija.

Dialektiskā uzvedības terapija.

IV tips “Kondicionēšanas modelis”

IV tipa pacientiem jau no bērnības var konstatēt būtiskās veselības un attīstības novirzes. Smadzeņu bojājums, apgrūtināta ģimenes anamnēze izraisa bērna uzvedības traucējumus (piemēram, stostīšanās, nagu graušana, nakts enurēze pēc 3 gadu vecuma). Kritikas trūkuma un obsesīvi-kompulsīvas uzvedības dēļ pacienti nespēj pretoties tieksmei un “sociālām spiedienam” lietot alkoholu. Hroniskā alkohola lietošana kopā iepriekšējiem veselības traucējumiem noved pie smagas somatiskās un neiroloģiskās simptomātikas (piemēram, polineuropātija, epilepsija). Ilgtermiņā konstatēti smagi kognitīvi traucējumi ar psihopatoloģiskiem sindromiem. Abstinences stāvoklis noris gandrīz bez svīšanas, ar cerebellāru tremoru, stabilu hemodinamiku. Neatkarīgi no abstinences esamības bieži rodas epilepsijas lēkmes. Pacientiem novēro gaitas traucējumi polineuropātijas dēļ, izteikti samazinātas intelektuālas spējas un atmiņa, var konstatēt konfabulācijas. Simptomātiku galvenokārt izraisa esošie organiskie smadzeņu darbības bojājumi, bet alkohola lietošana spēlē izraisītāja lomu un vēl vairāk pasliktina pacienta stāvokli. Īpaši svarīga ir precīza citu organisko, psihisko un neiroloģisko traucējumu cēloņu diferenciāldiagnoze: insults, smadzeņu audzējs, utt. [17]

Recidīvu profilakses terapija

Medikamentozā terapija

Kā prettieksmes preparātu IV tipa pacientiem nozīmē naltreksonu. Lai uzlabotu kognitīvo darbību var nozīmēt nootropus līdzekļus. Pretepilepsijas medikamentus drīkst nozīmēt tikai tad, ja toniski-kloniski krampji nav saistīti ar alkohola lietošanu.

Polineuropātijas ārstēšanai ir nepieciešams nozīmēt lielas tiamīna devas. [17]

Psihosociālā terapija

IV tipa pacientiem ir svarīgi nodrošināt atrašanos drošā un izolētā vidē, piemēram, stacionārā vai sociālajās iestādēs. Pacienti jānodrošina strukturēts ikdienas režīms, motivācijas stiprināšanas nodarbības (ņemot vērā pacienta kognitīvas spējas), aktivizējošas un izglītojošas nodarbības, tajā skaitā regulāras fiziskas aktivitātes. Ieteicams ārstēšanas un psihoterapijas programmas vismaz viens gads. [17]

2. Darba metodika, izmantotie materiāli

Pētījumā tiek iekļauti abu dzimumu pacienti, kuru vecums ir ≥ 18 gadi, ar diagnozi F10.2. Pētījums sastāv no retrospektīvas daļas un prospektīvas daļas. Remisiju ilguma analīzei pacienti tika sadalīti divās grupās. Retrospektīvas daļas dalībnieku skaits ir 185, ārstēšanas laikā periods ir no 2020. līdz 2024. gadam. Dati par pirmās grupas pacientu ārstēšanas gaitu un remisijas ilgumu tiek ņemti no pacientu ambulatorajām kartēm.

Pētījuma prospektīvajā daļā iekļauti pacienti, kuriem papildus F10.2 diagnozei konstatēti garastāvokļa depresīvi traucējumi pēc depresijas diagnostiskiem kritērijiem, un pēc depresijas testa PHQ-9 (5. pielikums) aizpildīšanas ieguva 5-27 punktus, un papildterapijā saņēmuši antidepresantus. Prospektīvas daļas dalībnieku skaits ir 15 cilvēki. Pētījuma datu analīzē tiek salīdzināts remisiju ilgums abās pacientu grupās, remisijas ilgums atkarībā no terapijas veida.

Pētījuma izstrādes laikā otras grupas pacientu plānotais skaits bija 120 cilvēki, bet pētījuma laikā autore sastapās ar pacientu zemu atsaucību piedalīties pētījumā un lietot papildus medikamentus.

Pētījuma laikā iegūtie dati netiek personificēti. Dati tiks analizēti ar Microsoft Excel programmu, iegūto datu vizualizācijai veidotas histogrammas.

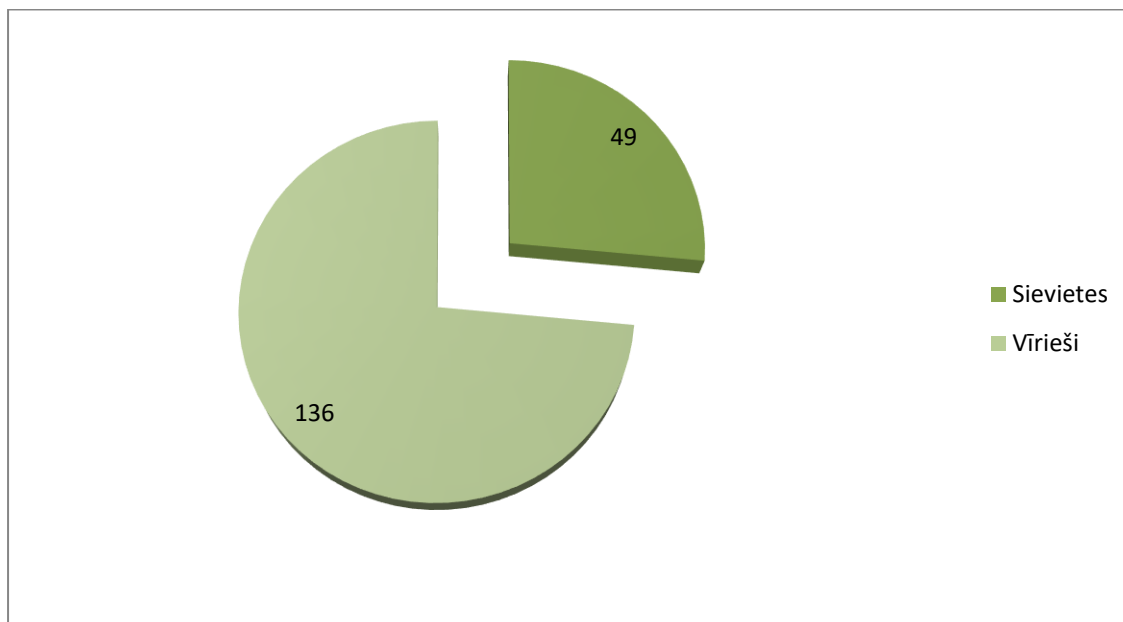
Pētījuma veikšanai bija saņemta atļauja no Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas (2. pielikums).

Pētījuma norises laiks ir no 20.04.2023. līdz 01.06.2024.

Pētījuma veikšanas vietas ir VSIA “ Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra ” Ambulatori konsultatīva nodaļa un SIA “ Daugavpils Reģionālā slimnīca ”. No ārstniecības iestādēm saņemtas atļaujas pētījuma veikšanai (3. un 4. pielikumi).

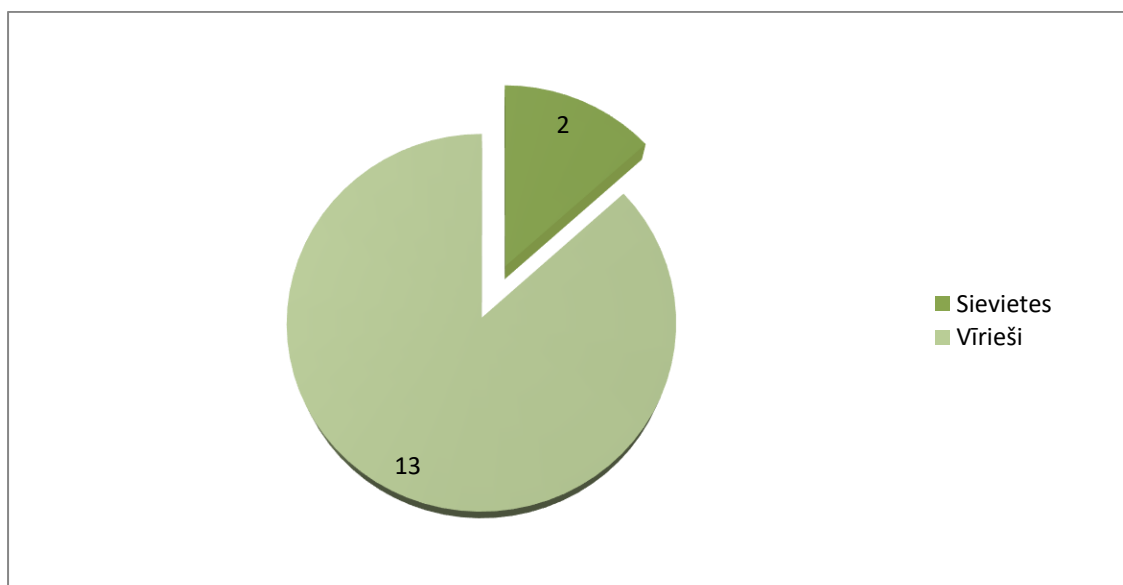
3. Pētījuma rezultāti

2.1. attēlā atspoguļots pirmās pacientu grupas (pacientu skaits 185 cilvēki) pacientu sadalījums pēc dzimuma. Pārliecinoši lielāka ir vīriešu grupa - 136 pacienti (74% no kopējā skaita), mazāka ir sieviešu grupa - 49 pacientes (26% no dalībnieku skaita).



2.1. attēls. Pacientu ($n=185$) sadalījums pēc dzimuma pirmajā grupā.

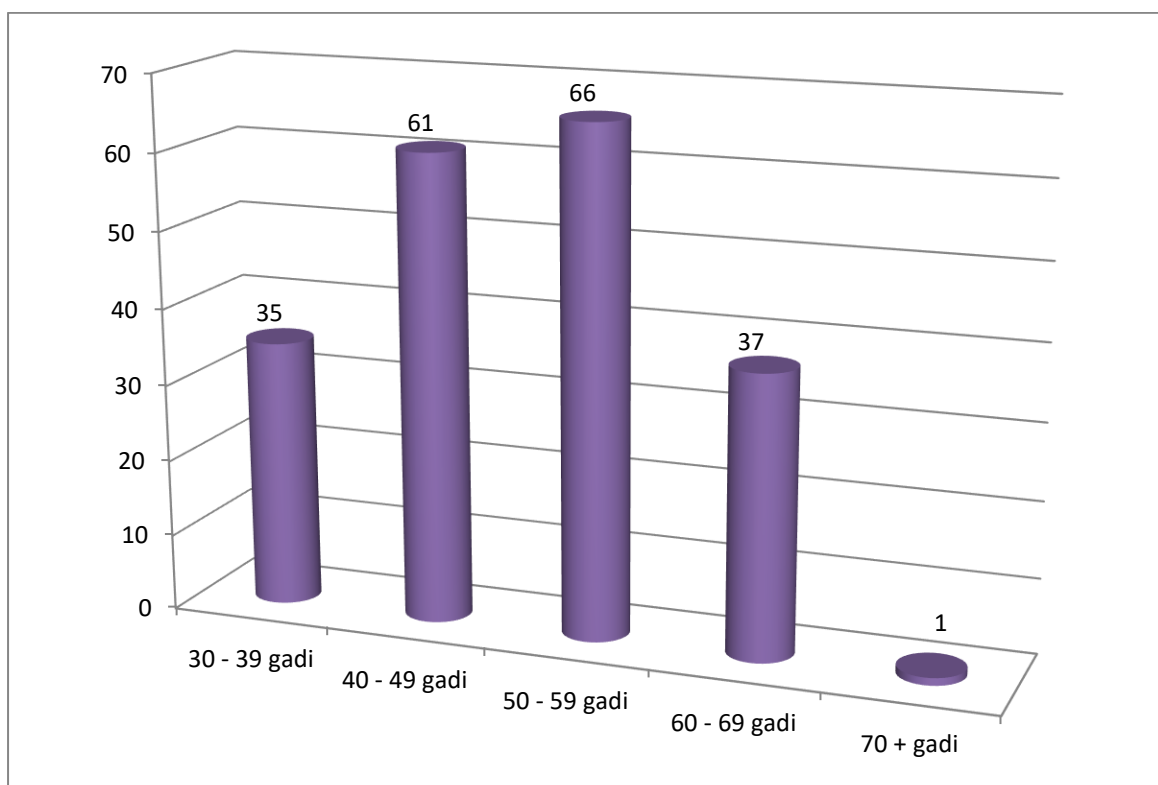
Pētījuma otrajā grupā kopā ir 15 pacienti, no kuriem 13 ir vīrieši (87% no pacientu skaita) un 2 sievietes (13%) .



2.2. attēls. Pacientu no otrās grupas ($n=15$) sadalījums pēc dzimuma.

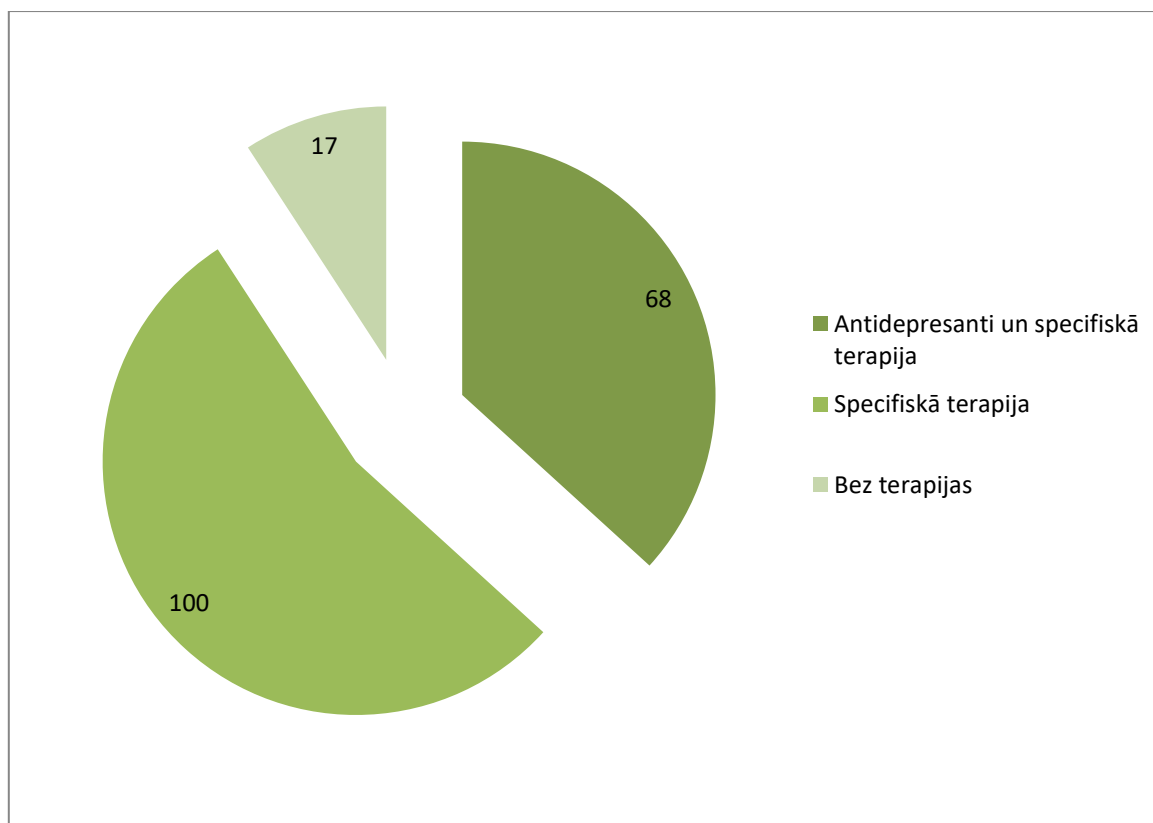
.

2.3. attēlā ir redzams abu grupu pacientu sadalījums pēc vecuma. Minimālais pacientu vecums abās grupās ir 30 gadi, maksimālais ir 76 gadi. Vecuma grupa no 30 līdz 39 gadiem ietver 35 pacientus (17.5% no pētījuma kopējā pacientu skaita). Vecuma grupa no 40 līdz 49 gadiem ietver 61 pacientu (30.5% no pētījuma kopējā pacientu skaita). Lielākā pacientu vecuma grupa ir no 50 līdz 59 gadiem un ietver 66 pacientus (33% no pētījuma kopējā dalībnieku skaita). Grupā no 60 līdz 69 gadiem ir 37 pacienti (18.5%). Vecuma grupā, kurā ir pacienti virs 70 gadiem ir viens pacients, kas sastāda 0.5% no visu pacientu skaita.



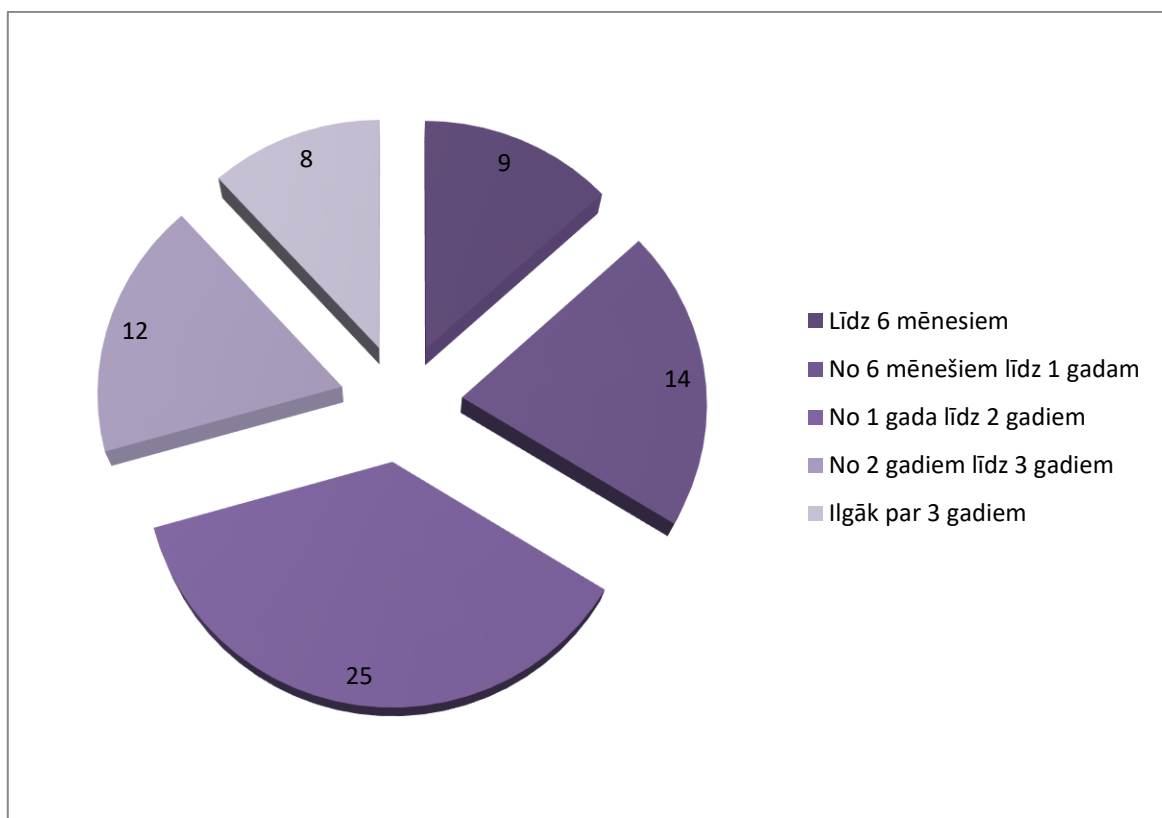
2.3. attēls. Pacientu vecuma sadalījums grupās (n=200).

Analizējot nozīmēto terapiju pirmajā pacientu grupā (kopējais dalībnieku skaits 185 cilvēki), autore konstatēja, ka ārstēšanas laikā daļa no pacientiem saņēma tikai specifisku terapiju, otrā daļa papildus specifiskai terapijai lietoja antidepresantus, un vēl viena daļa no pacientiem nesaņēma nekādus medikamentus. 2.4. attēlā ir atspoguļots pacientu sadalījums atkarībā no terapijas veida. Specifisku terapiju lietoja 100 pacienti (54% no dalībnieku skaita), 83 pacienti (37%) lietoja antidepresantus papildterapijā, un 17 (9% no kopēja dalībnieku skaita) pacienti nelietoja medikamentus.



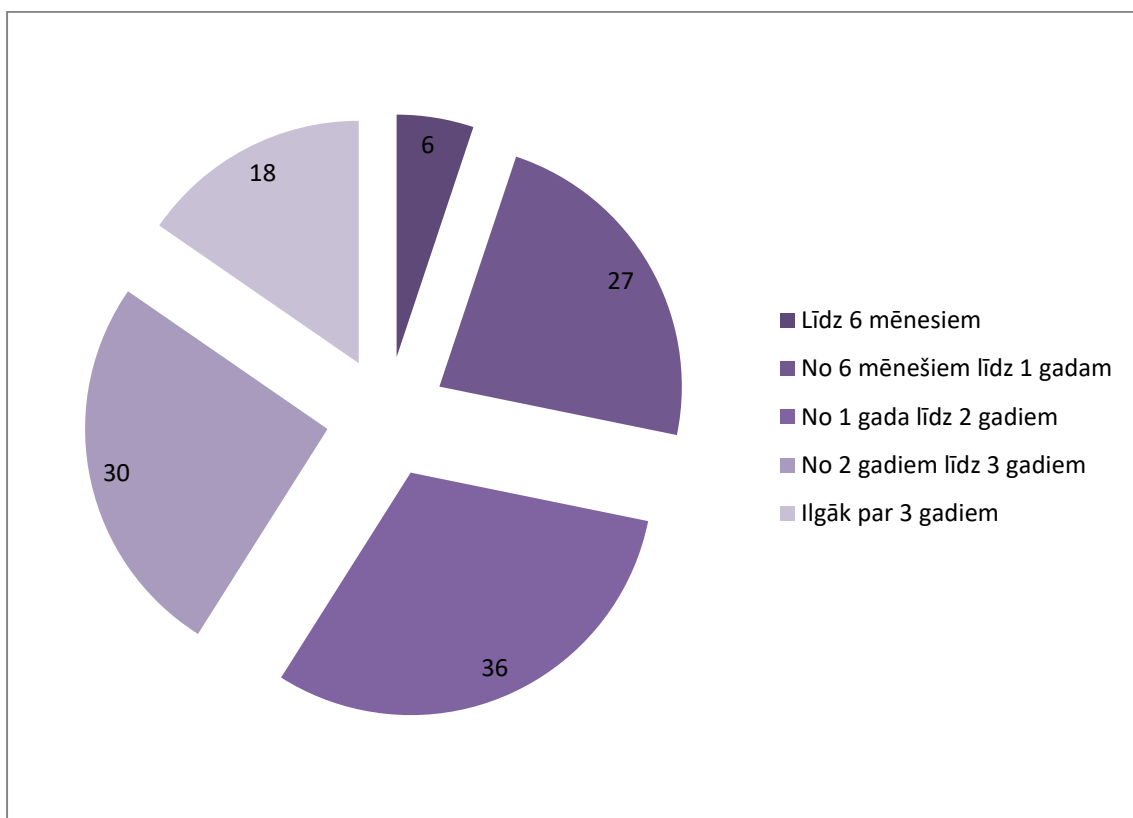
2.4. attēls. Pacientu sadalījums pēc pielietotās terapijas (n=185).

2.5. attēlā ir redzams remisijas ilguma sadalījums pacientiem, kuri ārstēšanas laikā papildus specifiskajai terapijai saņēmuši antidepresantus (pacientu skaits 68). Remisija līdz sešiem mēnešiem bija novērota deviņiem pacientiem (13% no visiem pacientiem). Remisiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam konstatēja 14 pacientiem (21% no pacientu skaita). 25 pacientiem jeb 37% no pacientu skaita novēroja remisijas ilgumu, kas ir no viena gada līdz diviem gadiem, tā arī bijusi lielākā pacientu grupa. 12 pacientiem (18% no pacientu skaita) novēroja remisijas ilgumu no diviem gadiem līdz 3 gadiem. Remisijas ilgumu ilgāk par 3 gadiem konstatēja 8 pacientiem jeb 12% no pacientu skaita.



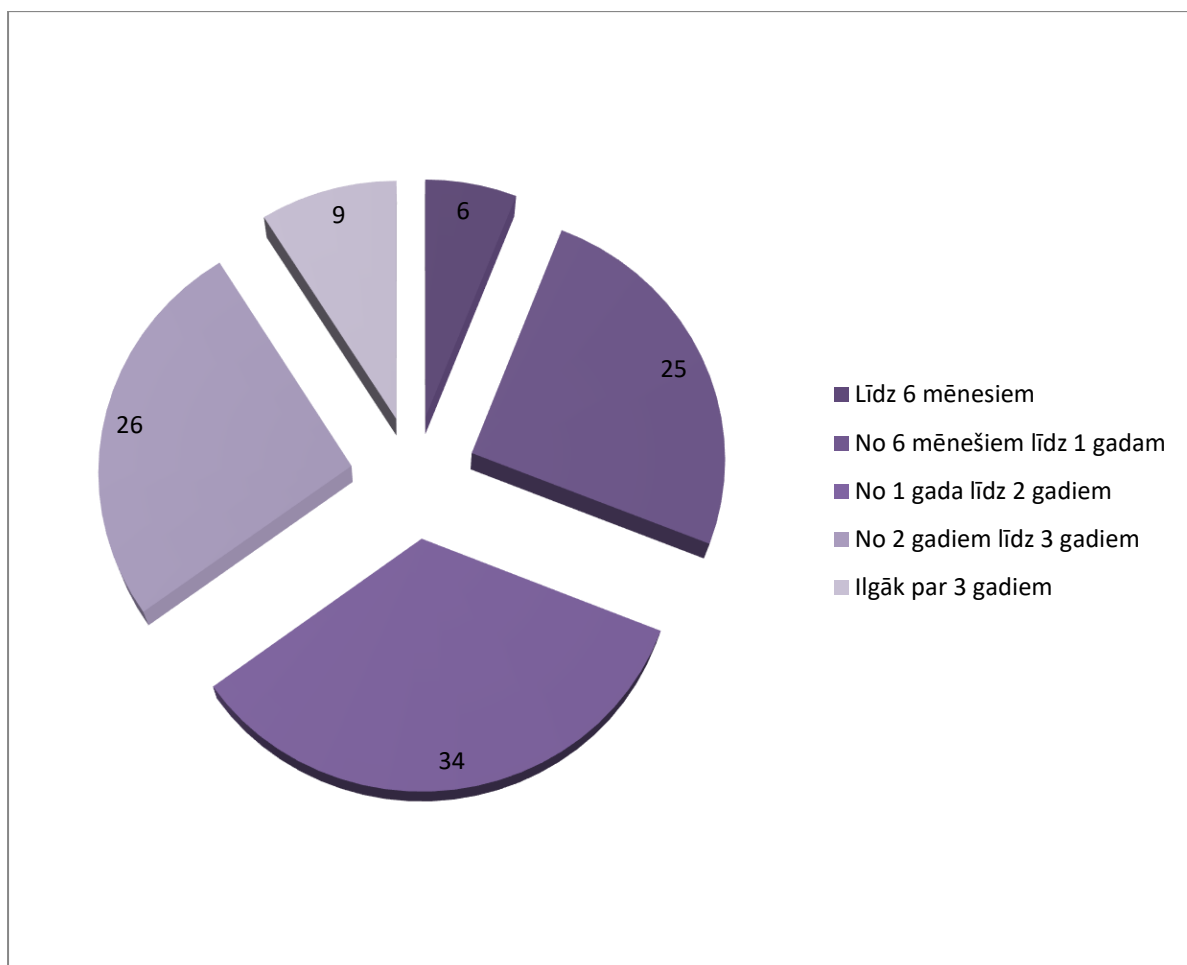
2.5. attēls. Remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuri papildterapijā saņēma antidepresantus (n=68).

2.6. attēlā atspoguļots remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuri terapijā nesaņēma antidepresantus (n=117). Remisiju līdz sešiem mēnešiem novēro sešiem pacientiem (5%). Remisiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam konstatēja 27 pacientiem jeb 23%. Lielākai pacientu grupai, 36 pacientiem (31% no pacientu skaita) remisiju novēroja no viena gada līdz diviem gadiem. 30 pētījuma dalībniekiem no šī grupas (26% no kopēja pacientu skaita) novērots remisijas ilgums no diviem gadiem līdz 3 gadiem. Remisijas periodu ilgāk par 3 gadiem konstatēja 8 pacientiem, jeb 12% no pacientu skaita.



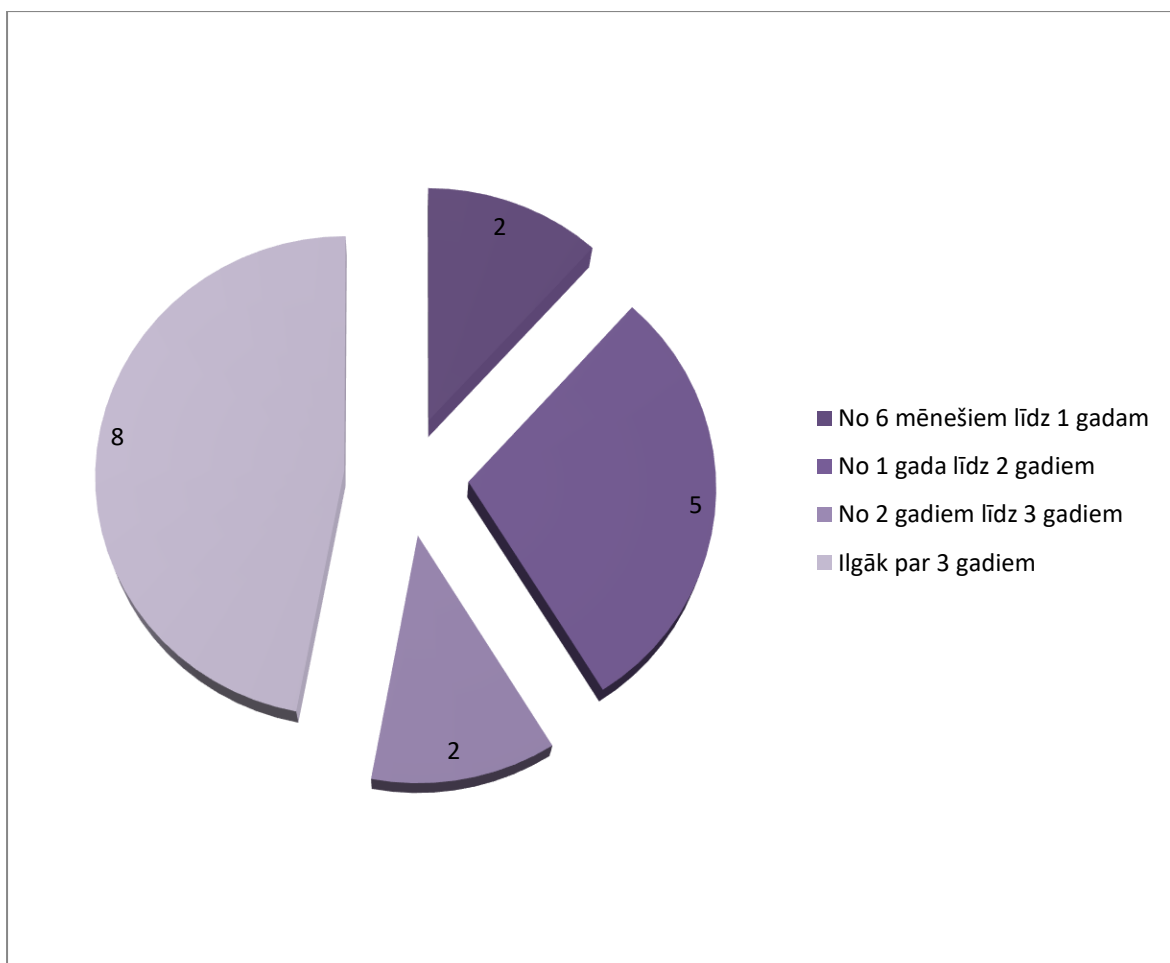
2.6. attēls. Remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuri terapijā nesaņēma antidepresantus (n=117).

2.7. attēlā atspoguļots remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuriem ordinēja specifiskās terapijas medikamentus (kopējais dalībnieku skaits 100). Remisiju līdz sešiem mēnešiem sasnieguši seši pacienti (6%) . Remisiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam konstatēja 25 pacientiem jeb 25%. Remisiju no viena gada līdz diviem gadiem novēro 34 pacientiem (34% no pacientu skaita), tā arī bija lielāka pacientu grupa. 26 pētījuma dalībniekiem no šī grupas (26% no kopēja pacientu skaita) novērots remisijas ilgums no diviem gadiem līdz 3 gadiem. Remisijas periodu ilgāk par 3 gadiem konstatēja 9 pacientiem, jeb 9% no pacientu skaita.



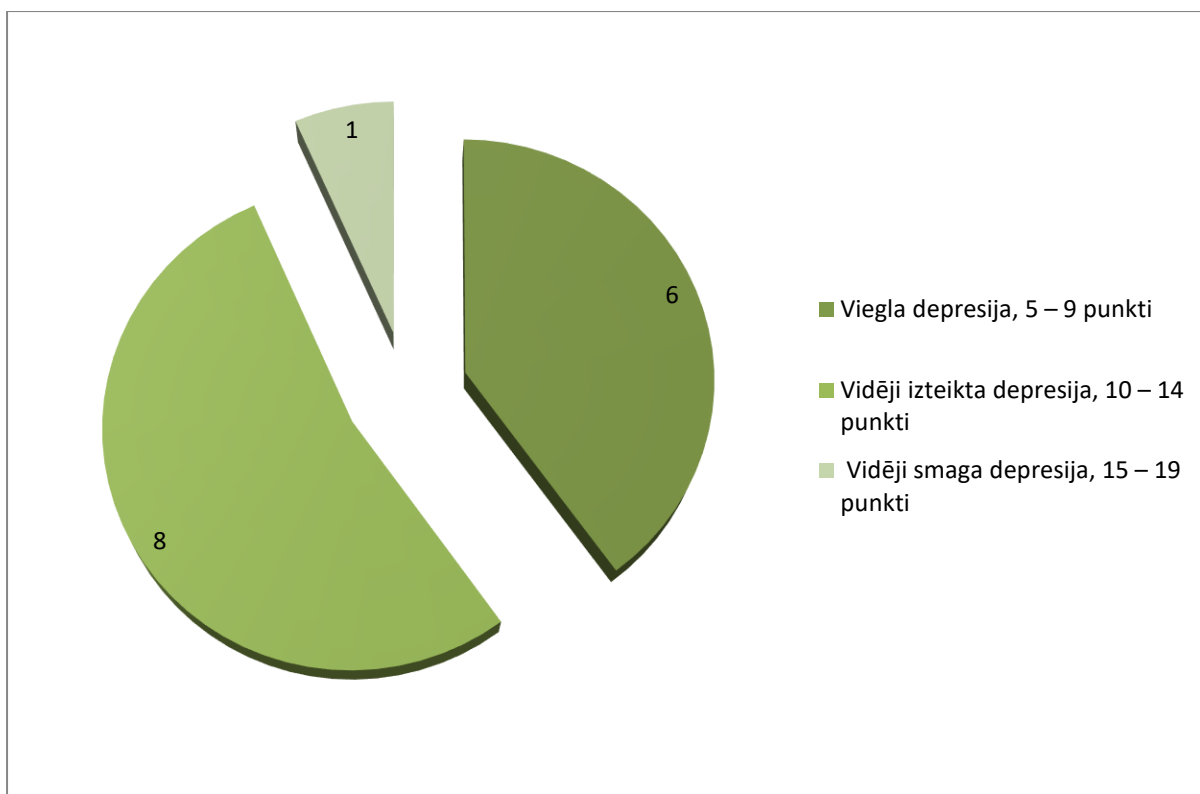
2.7. attēls. Remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuri terapijā saņēma specifisku terapiju (n=100).

Starp tiem pētījuma dalībniekiem (17 pacienti), kuri nesaņēma medikamentozu terapiju (2.8. attēls), remisiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam novēroja diviem pacientiem (12% no dalībnieku skaita), remisiju no viena gada līdz diviem gadiem konstatēja pieciem pacientiem, jeb 29%. Remisiju no diviem gadiem līdz 3 gadiem novēroja diviem dalībniekiem (12%). Remisijas periodu ilgāk par 3 gadiem konstatēja lielākai pacientu daļai, 8 pacientiem, jeb 47% no visiem dalībniekiem.

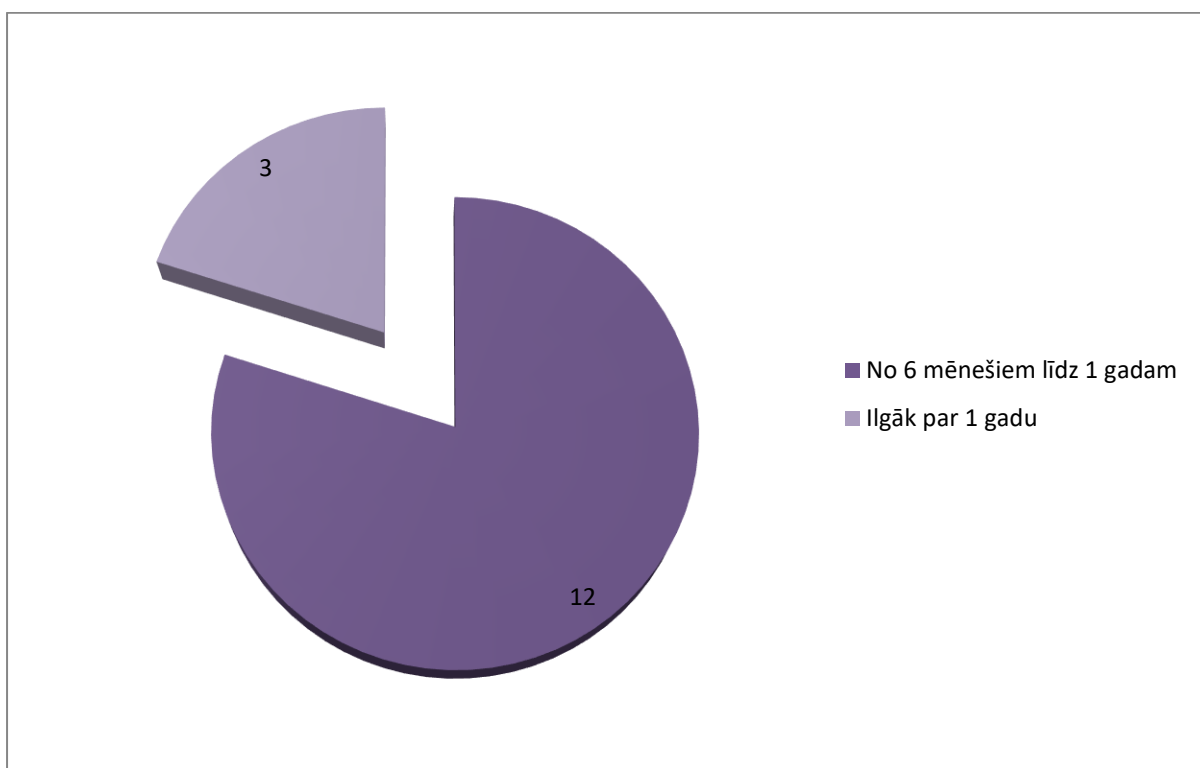


2.8. attēls. Remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem, kuri nesaņēma medikamentozu terapiju (n=17).

2.9. attēla atspoguļoti dati par otrās grupas pacientu depresijas testa PHQ - 9 aizpildīšanas rezultātiem pirms antidepresantu terapijas uzsākšanas. 6 pacientiem, jeb 40% no pacientu skaita PHQ-9 testa rezultāts bija no 5 līdz 9 punktiem. 53% no kopējā dalībnieku skaita, 8 pacientiem, rezultāts bija no 10 līdz 14 punktiem, un vienam pacientam (7% no kopējā pacientu skaita) PHQ-9 testa rezultāts bija robežās no 15 līdz 19 punktiem.



2.9. attēls. PHQ-9 testa rezultātu sadalījums starp pacientiem otrajā grupā, uzsākot terapiju ar antidepresantiem (n=15).



2.10. attēls. Remisijas ilguma sadalījums starp pacientiem otrajā grupā (n=15).

2.10. attēlā ir redzams remisijas ilgumu pacientiem pēc andepresantu lietošanas papildterapijā. Ilgumu no 6 mēnešiem līdz vienam gadam sasniedza 12 pacienti (80 % no pētījuma dalībnieku skaita). Remisijas ilgumu no viena gada līdz diviem gadiem sasniedza 3 pacienti, jeb 20% no visiem dalībniekiem.

4. Diskusija

Alkohola atkarības radītais kaitējums tiek uzskatīts par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu gan mūsu valstī, gan visā pasaulē. Statistikas dati liecina, ka 2021. gadā Latvijā tika konstatēti vairāk nekā 700 nāves gadījumi no saslimšanām, kas saistīti ar alkohola lietošanu. Alkohola atkarība arī cieši saistīta ar psihiskās veselības traucējumiem un viena no biežākajiem uzstādītajām psihiatriskām diagnozēm alkohola atkarības pacientiem ir garastāvokļa depresīvi traucējumi. Agrīnas remisijas sasniegšana alkohola atkarības ārstēšanā uzlabo komorbīdu pacientu dzīves kvalitāti un mazina hospitalizācijas un priekšlaicīgas nāves gadījumu biežumu.

Pētnieciskā darba mērķis bija analizēt nozīmēto antidepresantu ietekmi uz alkohola remisijas sasniegšanu pacientiem ar alkohola atkarību un depresīviem traucējumiem. Pētījums sastāv no retrospektīvas daļas un prospektīvas daļas. Remisijas ilguma analīzei pacienti tika sadalīti divās grupās. Retrospektīvas daļas dalībnieku skaits ir 185, novērošanas un ārstēšanas laikā periods ir no 2020. līdz 2024. gadam. Pētījuma datu analīzes procesā tiek salīdzināts remisiju ilgums abās pacientu grupās, remisijas ilgums atkarībā no terapijas veida, iegūtie dati tiek salīdzināti ar iepriekš veikto pētījumu publicētiem rezultātiem. Pētījuma prospektīvajā daļā iekļauti pacienti, kuriem papildus F10.2 diagnozei konstatēti garastāvokļa depresīvi traucējumi pēc depresijas diagnostiskiem kritērijiem, kuri pēc depresijas testa PHQ-9 aizpildīšanas ieguva 5-27 punktus un papildterapijā saņēmuši antidepresantus. Prospektīvas daļas dalībnieku skaits - 15 cilvēki. Pētījuma datu analīzes procesā tiek salīdzināts remisiju ilgums abās pacientu grupās, remisijas ilgums atkarībā no terapijas veida.

Analizējot dzimuma sadalījumu starp pacientiem, tika secināts, ka lielāka daļa no alkohola atkarības pacientiem abās grupās ir vīrieši, un lielākā pacientu vecuma grupa ir no 50 līdz 59 gadiem.

Analizējot remisijas ilguma atšķirības, tika secināts, ka starp pacientiem, kuri terapijā nesaņēma antidepresantus, remisiju novēroja lielākai pacientu grupai (31%), un šī remisiju tika novērota no viena gada līdz diviem gadiem. Otrai lielākajai grupai no šiem pacientiem (26%) novērota remisija no 2 gadiem līdz 3 gadiem. Remisija no 6 mēnešiem līdz 1 gadam tika konstatēta 23% no pacientu skaita.

Tika noskaidrots, ka starp tiem pacientiem, kuri ārstēšanas laikā papildus specifiskajai terapijai saņēma antidepresantus, lielākai pacientu daļai (37%) novērots remisijas ilgums no viena gada līdz diviem gadiem, un 18% no visiem pacientiem novērots remisijas ilgums no 2 gadiem līdz 3 gadiem. Remisiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam konstatēja 21% no

pacientu skaita. Analizējot nozīmēto terapiju pirmajā pacientu grupā, autore konstatēja, ka daļa no pirmās grupas pacientiem saņēma tikai specifiskus medikamentus alkohola atkarības ārstēšanai (Disulfiramu, Naltreksonu), ar vai bez komplementārās ārstēšanas metodes pielietošanas. Daļa no pacientiem kopā ar specifisku terapiju saņēma antidepresantus (pārsvārā SSRI grupas medikamentus), un daļa no pacientiem nesaņēma nekādus medikamentus. Svarīgi atzīmēt, ka starp visiem pirmās grupas pacientiem, kuri papildterapijā lietoja antidepresantus, PHQ-9 tests tika veikts tikai vienam pacientam, antidepresantus nozīmēja, pamatojoties uz pacienta sūdzībām. Otrās grupas pacientiem, pirms antidepresantu terapijas uzsākšanas, 40% no pacientu skaita PHQ-9 testa rezultāts bija no 5 līdz 9 punktiem, kas varētu liecināt par vieglu depresiju. 53% no kopējā dalībnieku skaita rezultāts bija no 10 līdz 14 punktiem, kas norāda uz vidēji izteiktu depresijas varbūtību, un 7% no kopējā pacientu skaita PHQ-9 testa rezultāts bija robežās no 15 līdz 19 punktiem, kas liecina par smagas depresijas varbūtību. Visiem pacientiem atkārtotās testēšanas laikā pēc divu mēnešu antidepresantu terapijas punktu testa rezultāts bija zem 5 punktiem, kas norāda uz iespējamu subklīnisku depresiju. Analizējot otrās grupas pacientu remisijas ilgumu, tika secināts, ka 80% no pacientiem sasniedza remisiju no 6 mēnešiem līdz vienam gadam, un 20% no pacientiem sasniedza remisijas ilgums no viena gada un ilgāk. Nevienam no otras grupas pacientiem nebija konstatēta alkohola lietošana. Ņemot vērā pētījuma ilgumu (1 gads un 3 mēneši), nebija iespējams novērot ilgāku remisiju. Jāpiebilst, kā 15 pacientu izvērtējumam nav pietiekoša statistiskā jauda un tas iegūtos datus ļauj izvērtēt ar piesardzību. Nav pieejamu datu iegūto pētījuma rezultātu salīdzināšanai, un līdz ar to pētnieciskā darba rezultāti sniedz ieskatu kvalitatīvāku un labāku ārstēšanas rezultātu iegūšanai, respektīvi, alkohola atkarības remisijas sasniegšanā, individualizējot ārstēšanas iespēju, pielietojot praksē gan PHQ - 9 depresijas skalu, gan O.M. Lesch`'s tipoloģiju.

Pētnieciskā darba hipotēze bija, ka antidepresantu lietošana alkohola atkarības papildterapijā mazina depresīvus traucējumus, palīdz sasniegt ātrāku un ilgstošāku alkohola atkarības remisiju. Veicot datu analīzi starp pirmās grupas pacientu datiem, autore secināja, ka nav novērota būtiska atšķirība remisijas ilgumā starp pacientiem, kuri ārstējās tikai ar specifisku terapiju vai nesaņēma nekādu terapiju, un tiem pacientiem, kuriem papildterapijā bija nozīmēti antidepresanti. Pētot remisijas ilgumu pirmās un otras grupas pacientiem, kuriem terapijā bija nozīmēti antidepresanti, autore konstatēja, agrīnas remisijas sasniegšanu otrās grupas lielākai pacientu daļai. Darba autore uzskata, ka pētījuma mērķis ir sasniegts un pētījuma rezultāti daļēji apstiprina izvirzīto pētnieciskā darba hipotēzi.

5. Secinājumi

- Starp pacientiem ar depresīviem traucējumiem, kuri ārstēšanas laikā saņēma antidepresantus papildus terapijā remisiju līdz 6 mēnešiem sasniedza 13% no kopējā pacientu skaita. Remisiju no 6 mēnešiem līdz 1 gadam sasniedza 21%, remisiju no viena gada līdz diviem gadiem - 37% no grupas, un remisijas ilgumu no diviem gadiem līdz 3 gadiem novēroja 12% no pacientiem. Veicot salīdzinājumu ar pacientu grupu, kurā pacienti alkohola atkarības ārstēšanā saņēma tikai specifisku terapiju, remisiju līdz 6 mēnešiem sasniedza 5% no pacientiem, remisiju no 6 mēnešiem līdz vienam gadam konstatēja 23%, remisiju no viena gada līdz diviem gadiem novēroja 31%, un remisijas ilgumu no diviem gadiem līdz 3 gadiem novēroja 26%. Autore secināja, ka nav novērota būtiska atšķirība remisijas ilgumā starp pacientiem, kuri ārstējās tikai ar specifisku terapiju, un tiem pacientiem, kuriem papildterapijā bija nozīmēti antidepresanti.
- Pacientu grupā no pētījuma prospektīvas daļas, kurā visi pacienti saņēma antidepresantus terapijā, pacienti sasniedz relatīvi ātrāku un agrīnu remisiju. Nevienam pacientam no šīs grupas nebija konstatēta alkohola lietošana, kā arī visiem pacientiem atkārtotās testēšanas laikā pēc divu mēnešu antidepresantu terapijas punktu PHQ - 9 testa rezultāts bija zem 5 punktiem
- Ņemot vērā, ka alkohola atkarības pacientiem var būt gan primārie afektīvie traucējumi un pacients izmanto alkoholu kā pašārstēšanās metodi, gan alkohola lietošanas izraisīta depresija, ir nepieciešama rūpīga pacienta novērtēšana un ārstēšanas nepieciešamības izvērtēšana tālākajā ārstēšanas gaitā, lai iegūtu labākus ārstēšanas rezultātus.