



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool

Protocol clinic național

PCN- 20

Chișinău 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 29.12.2016,
proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.75 din 06.02.2017
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tulburări mentale și de
comportament legate de consumul de alcool”**

Elaborat de colectivul de autori:

| | |
|----------------------------|---|
| Mihail Oprea | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Ghenadie Zaporojan | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Anatol Nacu | USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Mircea Revenco | USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Valentin Oprea | USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Mihail Moroșanu | USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Anatol Marandici | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Eudochia Paciu | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Tudor Vasiliev | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Petru Oprea | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Aliona Ovcearenco | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Serghei Cuznețov | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Alexandru Marandici | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Valentina Grosu | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Victor Iasnovski | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Silvia Pancenco | IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |

Recenzenți oficiali:

| | |
|----------------------------|--|
| Victor Ghicavii | Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică |
| Valentin Gudumac | Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator |
| Ghenadie Curocichin | Comisia de specialitate a MS în medicina de familie |
| Vladislav Zara | Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale |
| Diana Grosu -Axenti | Compania Națională de Asigurări în Medicină |
| Maria Cumpănă | Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate |

CUPRINS

| | |
|--|-----------|
| ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT | 4 |
| PREFAȚĂ..... | 4 |
| A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ | 4 |
| A.1. Diagnosticul | 4 |
| A.2. Codul bolii (CIM 10) | 4 |
| A.3. Utilizatorii | 4 |
| A.4. Scopurile protocolului | 5 |
| A.5. Data elaborării protocolului | 5 |
| A.6. Data următoarei revizuirii | 5 |
| A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la revizuirea protocolului | 5 |
| A.8. Definițiile folosite în document | 6 |
| A.9. Informația epidemiologică | 6 |
| B. PARTEA GENERALĂ | 8 |
| B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară | 8 |
| B.2. Nivelul consultativ specializat (medic psihiatru-narcolog) | 9 |
| B.3. Nivelul de staționar | 10 |
| C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ | 12 |
| C.1.1. Algoritmul general de conduiță a pacientului cu dependență de alcool | 12 |
| C.1.2. Algoritmul de intervenții în funcție de gradul dependenței de alcool | 14 |
| C.1.3. Algoritmul terapiei medicamentoase în alcoolism cronic | 14 |
| C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR | 15 |
| C.2.1. Clasificarea alcoolismului (după Ivanet) | 15 |
| C.2.2. <i>Screening-ul</i> dependenței față de alcool | 16 |
| C.2.3. Conduita pacientului | 16 |
| C.2.3.1. <i>Anamneza</i> | 17 |
| C.2.3.2. <i>Examenul clinic</i> | 17 |
| C.2.3.3. <i>Investigații paraclinice</i> | 19 |
| C.2.3.4. <i>Diagnosticul diferențial</i> | 19 |
| C.2.3.5. <i>Criteriile de spitalizare</i> | 20 |
| C.2.3.6. <i>Tratamentul alcoolismului</i> | 21 |
| C.2.3.6.1. <i>Modificări ale stilului de viață</i> | 21 |
| C.2.3.6.2. <i>Tratamentul staționar în dependență de manifestarea sindromului acut de sevraj</i> | 22 |
| C.2.3.6.3. <i>Remediile specific administrate în tratamentul complex al dependenței față de alcool</i> .. | 24 |
| C.2.3.6.4. <i>Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială</i> | 24 |
| C.2.3.7. <i>Supravegherea pacienților cu alcoolism cronic</i> | 26 |
| C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate) | 26 |
| C.2.5. Stările de urgență | 26 |
| D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI | 27 |
| D.1. Instituțiile de asistență medicală primară | 27 |
| D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice | 27 |
| D.3. Secțiile de narcologie ale spitalelor raionale. Spitale narcologice republicane | 28 |
| E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI | 29 |
| Anexa 1. Test AUDIT | 31 |
| Anexa 2. Chidul pacientului cu dependență față de alcool | 33 |
| BIBLIOGRAFIE | 36 |

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

| | |
|--------|---|
| AMP | Asistență medicală primară |
| CIM 10 | Clasificarea Internațională a Maladiilor 10 |
| IMSP | Instituția medico-sanitară publică |
| USMF | Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie |

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, constituit din reprezentanții IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală și Școala de Management în Sănătatea Publică a USMF „Nicolae Testemițeanu”.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind alcoolismul cronic la persoanele adulte și poate servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, reieșind din posibilitățile reale ale fiecărei instituții. La recomandarea Ministerului Sănătății pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Alcoolism cronic

Exemple de diagnostic clinic:

1. Alcoolism cronic gradul I, evoluție latentă, consum sistematic. Sindrom de sevraj acut cu dereglări somato-vegetative;
2. Alcoolism cronic gradul II, evoluție medie, consum sistematic. Sindrom de sevraj acut cu dereglări somato-vegetative și neurologice. Componenta convulsivă;
3. Alcoolism cronic gradul III, evoluție avansată: Sindrom de sevraj acut cu dereglări psihoorganice. Delirium tremens;

A.2. Codul bolii (CIM 10) F10.0 – F10.9;

F10.0 - Tulburari mentale si de comportament datorite folosirii alcoolului . Intoxicație acuta;
F10.3 - Starea de sevraj;
F10.4 - Starea de sevraj cu delir;
F10.5- Tulburare psihotica;
F10.6 - Sindromul amnesic;
F10.7 - Tulburarea psihotica reziduala si cu debut tardiv;
F10.8 - Alte tulburari mentale si de comportament;
F10.9 - Tulburari nespecificate mentale si de comportament;

A.3. Utilizatorii:

- Centrele de Sănătate autonome (medicii de familie);
- Centrele medicilor de Familie (medicii de familie);
- Oficiile medicilor de Familie, (medicii de familie);
- Asociațiile Medical Teritoriale (AMT) (medicii de familie);
- IMSP Dispensarul Republican de Narcologie;
- IMSP Spitale Raionale, Municipale și Republicane (medicii psihiatri-narcologi);

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii dependenței față de alcool la persoanele cu risc sporit ;
2. A depista persoane dependente în stadiile timpurii ale alcoolismului ;
3. A spori numărul pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool;
4. A spori numărul pacienților care au beneficiat de tratament antirecidivant în condiții de ambulator;
5. A spori numărul pacienților încadrați în reabilitarea psihosocială pentru schimbarea comportamentului dependent, crearea motivației negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale;
6. A spori eficacitatea tratamentului pacienților cu dependență alcoolică.

A.5. Data elaborării protocolului: 2016

A.6. Data revizuirii următoare: 2018

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la revizuirea protocolului:

| Numele | Funcția |
|-------------------------|--|
| Dr. Mihail Oprea | Director, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, Președintele Comisiei de specialitate în Narcologie |
| Dr. Ghenadie Zaporojan | Vicedirector medical, programe și dezvoltare, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Anatol Nacu | d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră, Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Dr. Mircea Revenco | d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Dr. Valentin Oprea | d.m., conferențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Dr. Mihail Moroșanu | d.m., conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemițanu” |
| Dr. Anatol Marandici | Medic psihiatru-narcolog superior , IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Eudochia Paciu | Șef secție statistică și informatică medicală, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Tudor Vasiliev | Șef secție evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Petru Oprea | Șef secție dispensar, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Aliona Ovcearenco | Șef Centru de Reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Serghei Cuznețov | Șef secție IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Alexandru Marandici | Șef secție IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Dr. Valentina Grosu | Medic neurolog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Victor Iasnovschi | Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |
| Silvia Pancenco | Psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie |

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

| Denumirea/instituția | Numele și semnătura |
|---|---|
| Comisia Științifico-Metodică de profil Psihiatrie și Narcologie |  |
| Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale |  |
| Compania Națională de Asigurări în Medicină |  |
| Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate |  |
| Catedra medicină de familie |  |
| Consiliul de experți al Ministerului Sănătății |  |

A.8. Definițiile folosite în document

Alcoolismul este o maladie progredientă determinată de atracția patologică pentru băuturile spirtoase (dependența psihică și fizică) cu formarea unei stări disfuncționale și a sindromului de sevraj (abstinență) la întreruperea consumului de alcool, iar în cazurile de lungă durată cu dezvoltarea tulburărilor somato-neurologice și dereglărilor psihice ale personalității [5].

Delirium tremens - dezvoltarea bruscă a stării psihotice cu halucinații vizuale abundente, dezorientare temporo-spațială, agitație psihomotorie, cu durată de la 2 până la 5 zile cu păstrarea în memorie a retrăirilor suportate la ieșirea din psihoză [4,12].

Gelozia obsesivă - este obsesia adesea incorijabilă, că partenera "merge" cu altul. Se manifestă de regulă zgomotos și cu un vocabular ordinar. Originea se găsește în relația tensionată a cuplului, datorată consumului de alcool, precum și în atitudinea evidentă de refuz din partea partenerii. Se adaugă problema impotenței, sentimentele de vinovăție din cauza abuzului de alcool, sentimentul de umilire și, nu în ultimul rând, frica de a-și pierde partenerul de viață [4,12].

Halucinoza alcoolică - se aud voci vorbind între ele, precum și voci comentatoare care judecă persoana consumatoare. Halucinațiile complexe de situații includ scene de urmărire și asediu și se asociază cu anxietate maximă [13,14].

Starea de ebrietate gravă sau severă, intoxicație acută – o stare gravă survenită în urma consumului de alcool și/sau de alte substanțe ce provoacă ebrietate și care are drept urmare dereglarea psiho-funcțională a organismului, confuzie mentală, diminuarea bruscă a funcțiilor psihice, tulburări ale sistemului cardiovascular, respirator, neurologic [2,11].

Encefalopatia Wernicke este o inflamație acută a creierului ce poate pune viața în pericol (include somnolență, paralizia globilor oculari și ataxia, tulburarea coordonării mișcărilor).

Sindromul Korsakov - tulburări grave ale memoriei, pacientul confabulează mult.

A.9. Informația epidemiologică

O problemă alarmantă pentru sănătatea publică o prezintă consumul abuziv de alcool. Consecințele negative cauzate de el nu se limitează numai cu problema alcoolismului, dar și favorizează răspândirea maladiilor cardio-vasculare, neoplazmatice, gastro-duodenale, genetice și dereglările mintale. Problemele medicale și sociale care sunt cauzate de abuzul băuturilor spirtoase se găsesc într-o corelație directă cu frecvența și cantitatea consumului acestora. Povara consecințelor consumului o poartă în mare măsură așa sisteme statale ca ocrotirea sănătății, asistența socială, ordinea publică și circulația rutieră. După datele OMS, până la 10% din mortalitatea generală a populației de la 16 până la 74 de ani este condiționată de alcool. Mai mult de o treime din accidente se întâmplă în stare de ebrietate la volan. Abuzul alcoolului este cauza ruinării familiilor, agresivității și criminalității. Un studiu efectuat recent de către experții OMS evidențiază alcoolul ca factorul nociv numărul unu pentru sănătatea populației din Republica Moldova.

Este cunoscut faptul că viticultura și vinificația alcătuiesc o parte considerabilă a procesului de producție și a venitului național care este acumulat de la exportul băuturilor spirtoase. Cererea și oferta pe piața internă se cere a fi echilibrată. Măsurile întreprinse întru majorarea veniturilor de la realizarea băuturilor spirtoase, și minimizarea consecințelor negative cauzate de abuzul nociv, impun realizarea principiilor de bază în politica față de alcool cu introducerea sistemului optimal la formarea prețurilor, accizelor și impozitelor, interzicerea publicității băuturilor spirtoase, anumite limitări cum ar fi cele vârstnice de până la 18 ani întru interzicerea consumului băuturilor spirtoase sau interzicerea realizării băuturilor spirtoase în preajma instituțiilor de învățământ, de-a lungul traseelor și în cadrul stațiilor de alimentare auto.

Alcoolul este un produs specific, ce provoacă dependență. Cu cât mai devreme este inițiat procesul consumului de alcool, cu atât mai devreme apare dependența față de el însoțită de dereglări psihice, neurologice și somatice. Specialiștii denotă faptul că vârsta medie a inițierii consumului de alcool este în micșorare continuă și constituie la moment 13-14 ani. În mare măsura aceste momente sunt condiționate de publicitatea alcoolului, mai ales a berii, care creează o impresie falsă că alcoolul este o normă zilnică a vieții. Adesea publicitatea este indirectă sau ascunsă, mai ales cea ce ține de băuturile alcoolice slabe. Din așa considerente se cere definitivarea noțiunii de „băutură alcoolică”, care din punct de vedere medical și alimentar se consideră cea ce conține 1% și mai mult de "alcool pur", deoarece consumul zilnic a 2-3 sticle de bere, ce se consideră pentru tineret o normă, depășește de 3-4 ori cantitatea limită de alcool ce nu aduce prejudiciu sănătății individului.

Potrivit datelor statistice, către 01.07.2016 pe teritoriul Republicii Moldova sub supravegherea medicală la medicul narcolog se aflau 46626 persoane bolnavi de alcoolism cronic, dintre care 7146 femei.

Totodată din ei către 01.07.2016 pe teritoriul mun. Chișinău sub supravegherea medicală la medicul narcolog se aflau 9895 persoane bolnavi de alcoolism cronic, din ei 1162 femei.

Prevalența prin alcoolism și prin psihoze alcoolice către 01.07.2016 a constituit 1311,9(2015-1303,8). Incidența alcoolismului și psihozelor alcoolice pe perioada 6luni 2016 constituie - 48,9(2015-48,8). Majoritatea psihozelor se depistează tardiv cu afecțiuni somatoneurologice grave.

În mai 2010 la cea de-a 63-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății a fost adoptată Strategia Globală de reducere a consumului nociv de alcool. În rezoluția WHA63.13 se propune colaborarea între statele membre și oferirea suportului întru implementarea strategiei globale de reducere a consumului nociv de alcool, precum și fortificarea măsurilor naționale ce țin de dauna ce o aduce alcoolul sănătății publice. Un rol aparte revine sistemului național de sănătate publică care trebuie să asigure un spectru larg de tratament a persoanelor dependente de alcool.

B. PARTEA GENERALĂ

| Des | Motivele | Pașii |
|---|--|---|
| B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară | | |
| 1. Profilaxia | | |
| 1.1. Profilaxia primară a alcoolismului cronic la persoanele cu consum abuziv de alcool | <p>Consilierea privind modul sănătos de viață. Diminuarea motivației inițierii consumului de băuturi alcoolice prin mesaje adecvate și vectori eficienți, credibili.</p> <p>Identificarea grupurilor de risc și asigurarea consultației la medicul specialist.</p> <p>Promovarea companiilor educaționale și informaționale printre grupurile de risc</p> | <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> recomandări cu privire la modificarea modului de viață excluderea consumului de alcool abandonarea fumatului, în caz că pacientul fumează; alimentație sănătoasă exerciții fizice zilnic, nu mai puțin de 30 minute (<i>caseta 21</i>) |
| 2. Screening-ul | <p>Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate la abuzul de alcool.</p> <p>Chestionar-screening pentru identificarea abuzului de alcool (AUDIT).</p> <p>Depistarea precoce a persoanelor cu dependență de alcool permite realizarea măsurilor de profilaxie, medicație și reabilitarea psihosocială [2,15].</p> | <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> identificarea grupului de risc îndeplinirea chestionarului-screening pentru a identifica abuzul de alcool (AUDIT) aplicarea intervențiilor de scurtă durată, la necesitate (<i>caseta 7</i>) |
| 3. Diagnostic | | |
| 3.1. Suspectarea dependenței față de alcool | <p>Anamneza narcologică și test-AUDIT ne permite suspectarea dependenței față de alcool [13,14].</p> <p>Necesitatea confirmării diagnosticului.</p> <p>Necesitatea inițierii medicației de obținere a abstenenței.</p> | <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamneza narcologică (<i>caseta 11</i>) |
| 3.2. Deciderea necesității consultului specialistului și/sau spitalizării | <p>Medicul specialist va identifica simptomele și sindroamele dependenței [2,13,14].</p> | <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Persoanele suspectate în dependență de alcool necesită consultația medicului narcolog Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 20</i>) |
| 4. Tratamentul | | |
| 4.1. Modificări ale stilului de viață | <p>Excluderea consumului de alcool, un mod de viață sănătos, dezvoltarea performanțelor intelectuale.</p> <p>Creșterea aportului de recuperare psihosocială, reîncadrarea în serviciu, ameliorarea relațiilor interpersonale, familiale.</p> <p>Corecția psihologică cu scopul prevenirii recăderilor, terapia cognitiv-comportamentală, crearea motivațiilor negative față de alcool.</p> <p>Menținerea remisiunii și controlul factorilor de risc. [8,15].</p> | <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Excluderea consumului de alcool Respectarea modului sănătos de viață, frecventarea cluburilor după interese, dezvoltarea performanțelor intelectuale etc. |
| 5. Supravegherea | | |

| | | |
|---|--|--|
| 5.1. Supravegherea medicală cu evaluarea riscului de recădere | Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de remisiune depinde de severitatea patologiei la fiecare pacient în parte. Supravegherea medicală contribuie la prevenirea recăderilor, recuperarea psihosocială și fortificarea sănătății [10,14]. | <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea medicală se va efectua în comun cu medicul narcolog și conform recomandărilor acestuia (caseta 30) |
|---|--|--|

B.2. Nivelul consultativ specializat (medic psihiatru-narcolog)

| Des | Motivele | Pașii |
|---|--|---|
| 1. Profilaxia | | |
| 1.1. Profilaxia primară a alcoolismului cronic la persoanele cu consum abuziv de alcool | Chestionar-screening pentru identificarea abuzului de alcool (AUDIT). Consilierea privind modul sănătos de viață. Identificarea grupului de risc în plan narcologic. Schimbarea și respectarea modului de viață sănătos este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin maladii narcologice și noninfecțioase [2]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> recomandări cu privire la modificarea modului de viață excluderea consumului de alcool abandonarea fumatului, în caz că pacientul fumează; alimentație sănătoasă exerciții fizice zilnic, nu mai puțin de 30 minute (caseta 21) |
| 2. Screening-ul | Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate la abuzul de alcool. Chestionar-screening pentru identificarea abuzului de alcool (AUDIT). Depistarea precoce a persoanelor cu dependență de alcool permite realizarea măsurilor de profilaxie, medicație și reabilitarea psihosocială [2,15]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> identificarea grupului de risc îndeplinirea chestionarului-screening pentru a identifica abuzul de alcool (AUDIT) (anexa 1), (casetele 7,8) |
| 3. Diagnostic | | |
| 3.1. Confirmarea dependenței față de alcool | Anamneza narcologică, test-AUDIT și examenul clinic permite stabilirea diagnozei de dependență de alcool [13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza narcologică (caseta 11) Examenul clinic (casetele 12-18) Investigațiile paraclinice obligatorii și consultațiile specialiștilor (caseta 19) |
| 3.2. Deciderea necesității de medicație în condiții de staționar | Sindrom de sevraj acut cu dereglări asteno-vegetative, somato- neurologice, dereglări psihice etc. [4,12,13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 20) |
| 4. Tratamentul | | |
| 4.1. Modificări ale stilului de viață | Modificarea stilului de viață contribuie la ameliorarea sănătății și micșorarea riscului de îmbolnăvire prin alcoolism cronic și recădere [8,15]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Excluderea consumului de alcool. Respectarea modului sănătos de viață, frecventarea cluburilor după interese, dezvoltarea performanțelor intelectuale etc. |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| 4.2. Tratamentul medicamentos | Volumul tratamentului medicamentos va contribui la formarea și stabilizarea remisiei și la prevenirea recăderilor | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Terapie de detoxifiere • Terapie de dehidratare • Vitaminoterapie • Nootrope • Neuroleptice • Antidepresante • Medicație anxiolitică • Medicație antiepileptică • Administrarea medicatiei adjuvante |
| 4.3. Tratamentul nemedicamentos | Medicația va contribui la diminuarea dependenței fizice și psihice, formarea criticii bolnavului față de problema lui de sănătate, reabilitarea psihosocială, recuperarea și reintegrarea în societate [2,13,14]. | Recomandat: <ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapia motivațională • Psihoterapia sugestivă • Psihoterapia cognitiv - comportamentală (<i>figura 2</i>) • Reabilitarea psihosocială (<i>caseta 28</i>) • Recuperare și adaptare • Reabilitarea psihosocială și reintegrarea • Reflexoterapia • Laseropunctura • Profilaxia și stabilizarea remisiei |
| 5. Supravegherea | Supravegherea medicală va contribui la prevenirea recăderilor, recuperarea psihosocială și fortificarea sănătății [10,14]. Supravegherea se va efectua în comun cu medicul de familie [7]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea medicală pacienților se va efectua conform actelor normative în vigoare (<i>Ordinul MS nr.20 din 31.01.2003</i>), (<i>caseta 30</i>) |

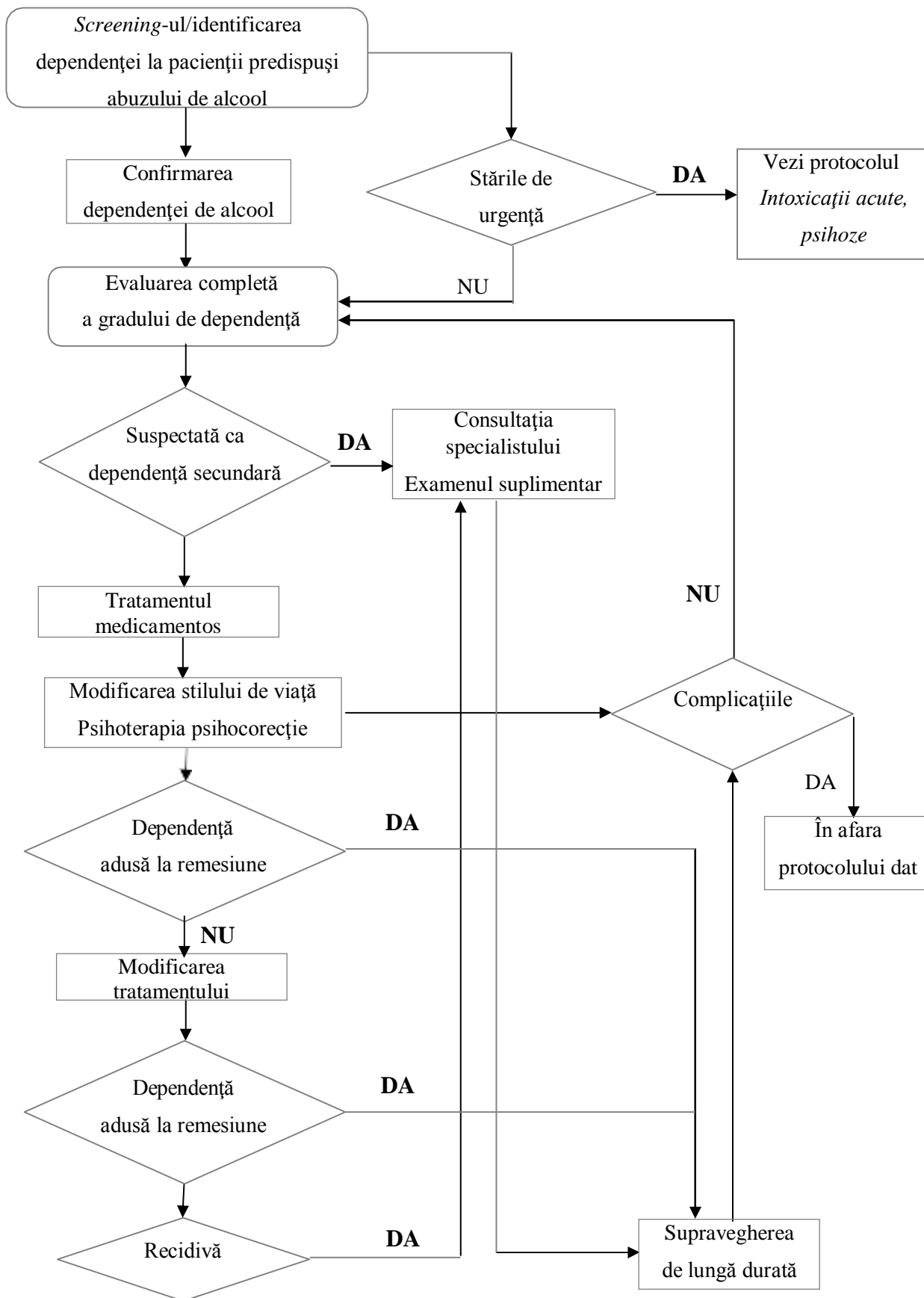
B.3. Nivelul de staționar

| D | Motivele | Pașii |
|--|---|---|
| 1. Spitalizarea | Sindrom de sevraj acut cu dereglări asteno-vegetative, somato- neurologice, dereglări psihice etc. se efectuează în condiții de staționar [4,12,13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 20</i>) |
| 2. Diagnostic | | |
| 2.1. Confirmarea dependenței de alcool și gradul | Anamneza narcologică, examenul medical clinic și paraclinic permite aprecierea dependenței și gradul acesteia, față de alcool [13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza narcologică (<i>caseta 11</i>) • Examenul clinic (<i>caselele 12-18</i>) • Investigațiile paraclinice obligatorii și consultațiile specialiștilor (<i>caseta 19</i>) |
| 3. Tratamentul | | |
| 3.1. Tratamentul medicamentos | Volumul medicației va depinde de manifestările clinice ale sindromului de sevraj [4,6,13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul complex (<i>caselele 22-26</i>) |

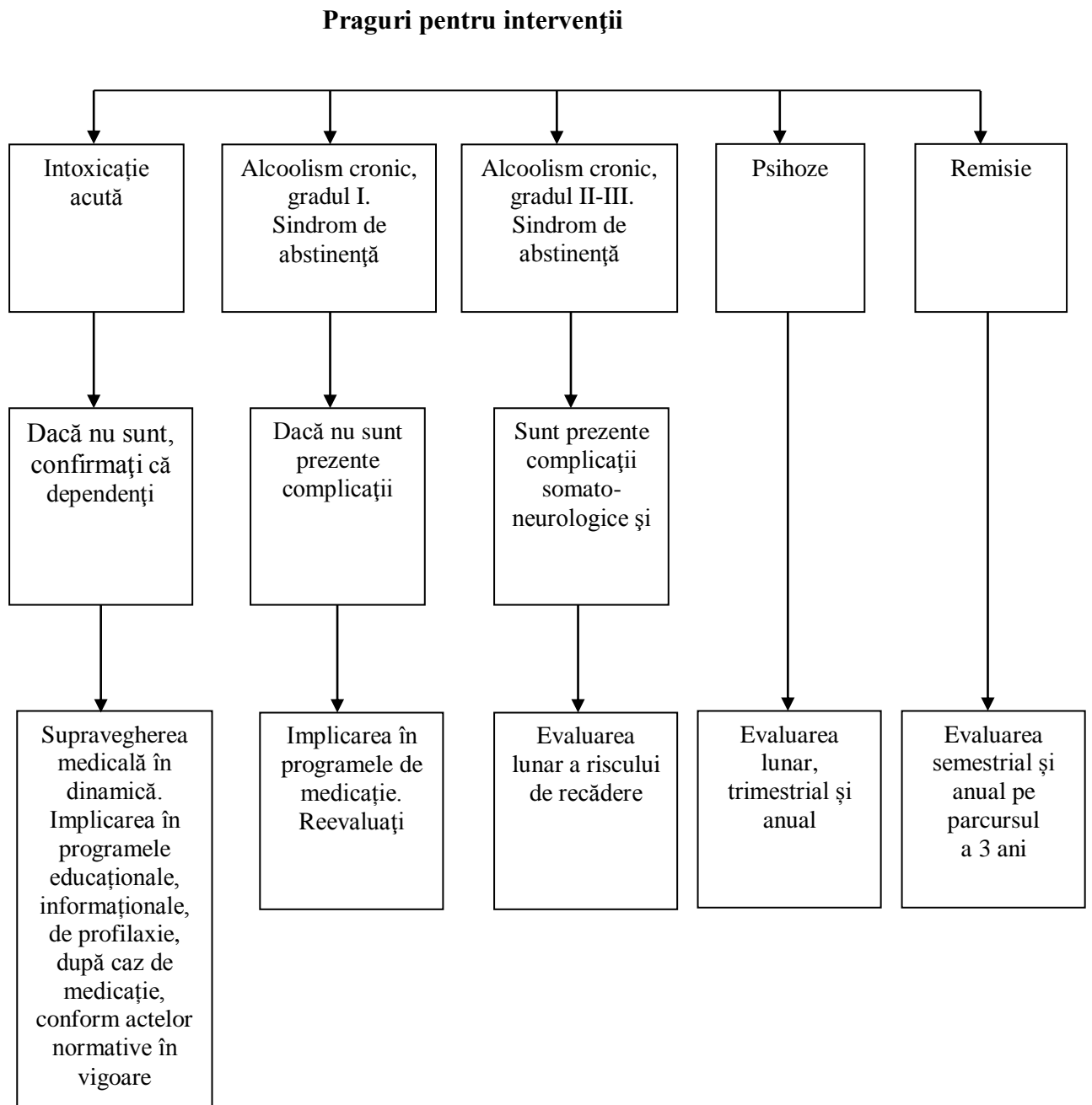
| | | |
|--------------------------------|---|--|
| 3.2.Tratamentul nemedicamentos | Medicația contribuie la diminuarea dependenței fizice și psihice, formarea criticii bolnavului față de problema lui de sănătate, reabilitarea psihosocială, recuperarea și reintegrarea în societate [2,13,14]. | Recomandat: <ul style="list-style-type: none"> • Regim de staționar • Excluderea consumului alcoolului • Tratamentul psihoterapeutic (<i>figura 2, caseta 27, 28</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapia motivațională • Psihoterapia sugestivă |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapia cognitiv - comportamentală (<i>figura 2</i>) • Reabilitarea psihosocială (<i>caseta 28</i>) • Recuperare și adaptare • Reabilitarea psihosocială și reintegrarea • Reflexoterapia • Laseropunctura • Profilaxia și stabilizarea • Remisiunii • Somn electric • Electroforeză |
| 4. Externarea | Externarea pacientului se recomandă după însănătoșire și/sau ameliorarea sănătății și formarea motivațiilor social adecvate precum și respectarea modului sănătos de viață [8,13,14]. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 29</i>) • Eliberarea extrasului cu: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul clinic definitiv • Rezultatele investigațiilor efectuate • Tratamentul efectuat • Recomandări explicite pentru pacient • Recomandări pentru medicul de familie și medicul specialist psihiatru-narcolog |

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu dependență de alcool



C. 1.2. Algoritmul de intervenții în funcție de gradul dependenței de alcool



C.1.3 Algoritmul medicației în alcoolism cronic

- Pasul I** – medicația stărilor acute și subacute apărute în urma intoxicației cu alcool.
- Pasul II** – tratamentul medicamentos de recuperare – normalizarea funcțiilor organelor și sistemelor, diminuarea dependenței fizice și psihice.
- Pasul III** – formarea și stabilizarea remisiei – terapia pentru menținerea remisiei și preîntâmpinarea recăderilor.
- Pasul IV** – schimbarea comportamentului dependent și crearea motivațiilor negative față de consumul de alcool. Recuperarea psihosocială, familială și profesională

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea alcoolismului [13,14] (Иванец Н.Н., 1975; 2002)

Caseta 1. Clasificarea alcoolismului conform evoluției maladiei

- Latentă (mai mult de 8 ani)
- Medie (de la 5 la 8 ani)
- Avansată (până la 5ani)

Caseta 2. Clasificarea alcoolismului conform gradului maladiei

- Gradul I (prealcoolic) intermediar 1-2
- Gradul II (prodromal) intermediar 2-3
- Gradul III (finală cronică)

Caseta 3. Clasificarea consumului de alcool

- Consumul excesiv episodic
- Consumul sistematic cu toleranță în creștere
- Consumul sistematic cu pierderea toleranței la alcool
- Dipsomanii

Caseta 4. Clasificarea alcoolismului în dependență de consecințele somato-neurologice

- Hipertensiune arterială
- Boli cardiovasculare
- Boli hepatice
- Boli nutriționale ale sistemului nervos
- Neuropatie periferică

Caseta 5. Clasificarea alcoolismului în dependență de consecințele sociale

- Disfuncționalități în viața de familie
- Retrogradarea profesională
- Încălcări administrative, comportament antisocial
- Probleme cu aspect economic

Caseta6. Clasificarea alcoolismului conform remisiei

- Remisie deplină
- Durata remisiei:
 - ✓ până la 6 luni
 - ✓ până la 9 luni
 - ✓ până la 12 luni etc.
- Remisie incompletă cu indicarea epizoadelor de consum de alcool (anual, semestrial, trimestrial, lunar, săptămînal)

C.2.2. Screening-ul dependenței față de alcool [2]

Caseta7. Obiectivele screening-ului

- Intervenții timpurii , scurte, privind rata consumului, concentrația și doza
- Intervenții privind disfuncționalitățile în viața de familie și retrogradarea profesională
- Intervenții privind dependența fizică și psihică

Caseta8. Screening-ul dependenței față de alcool

- Identificarea grupului de risc prin culegerea anamnezei la toate persoanele care consumă alcool, la fiecare vizită, examen medical profilactic, etc.;
- La persoanele depistate cu dependență față de alcool (grupul de risc) trimestrial se va efectua screening-ul conform chestionarului “testul AUDIT” (anexa 1) la medicul de familie sau medicul specialist narcolog.

C.2.3. Conduita pacientului

Caseta9. Obiectivele procedurilor de diagnostic

- Stabilirea nivelurilor dependenței și gradului maladiei
- Stabilirea tipului de sevraj și consecințelor
- Evaluarea recidivelor cu identificarea cauzelor

Caseta10. Procedurile de diagnostic

- Anamneza
- Examenul clinic
- Investigațiile de laborator și paraclinice
- Testările psihologice

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 11. Întrebările ce trebuie examinate la suspjecția dependenței față de alcool

- Ereditatea și anamneza familiei, prezența în familie a bolilor psihice, alcoolismului, traume în familie, divorțuri, partener alcoolic;
- Studiile, însușirea materiei, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea bolnavului față de viața în familie;
- Conflictetele la serviciu, sancțiuni administrative, antecedente penale legate de consumul alcoolului;
- Vârsta consumului primar al alcoolului, primele cazuri de ebrietate, particularitățile stării de după beție;
- Durata de timp a abuzului de alcool până la apariția primelor simptome de dependență.
- Tratamentul precedent, evaluarea remisiunii;
- Antecedente personale, boli somatice și neurologice, traume cranio-cerebrale, traume psihice, tentative de sinucidere.

C.2.3.2. Examenul clinic

Examenul clinic trebuie orientat spre depistarea simptomelor și sindroamelor principale ale afecțiunilor de profil narcologic, în rezultatul totalizării datelor anamnezei și examenului somatic, neurologic și psihic.

Caseta 12. Sindromul de dependență față de alcool

- Dependența fizică și psihică;
- Pierderea controlului cantității;
- Sindromul acut de sevraj;
- Sindromul reactivității transformate;
- Modificarea personalității;
- Degradarea personalității.

Caseta 13. Dependența fizică și psihică

- Folosirea unei cantități mai mari sau a unui timp mai îndelungat pentru uzul de alcool;
- Concedii, aniversari, perioada vacanței, planuri de întâlnire cu prietenii etc.;
- Necesitatea de consum în timpul perioadelor de stres la serviciu, probleme familiale, relaționale etc.;
- Reluarea uzului în pofida consecințelor organice sau psihologice adverse;
- Manifestări de preocupare sporită pentru anticiparea consumului de alcool;
- Consumul recurent legate cu probleme legale și situații primejdioase;
- Continuarea consumului de alcool în pofida problemelor sociale sau interpersonale, abandonarea activităților sociale, ocupaționale sau recreaționale importante;
- Încercări repetate lipsite de succes de a controla consumul de alcool.

Caseta 14. Pierderea controlului față de alcool

- Imposibilitatea de a se limita la o oarecare doză de alcool și ajunge astfel la un grad avansat de ebrietate;
- Achiziționarea alcoolului în cantități mai mari indiferent de calitate (băuturi contrafăcute etc.) cu uz masiv continuu;
- Protejarea rezervei;
- Trecerea la uzul băuturilor "mai tari";
- Consumul pe ascuns la serviciu, în familie.

Caseta 15. Sindromul acut de sevraj

- Tremor generalizat;
- Transpirație profuză;
- Cefalee, vertijuri;
- Excitație psihomotorie, accese convulsive;
- Greață, vomă, hipertensiune arterială, tahicardie;
- Tulburări de somn, anxietate, predelir.

Caseta 16. Sindromul reactivității transformate

- Modificarea toleranței față de alcool;
- Modificarea formei de ebrietate;
- Modificarea consumului de alcool.

Caseta 17. Modificarea personalității

- **Tipul astenic** - este frecvent și se caracterizează prin hiperfatigabilitate, irascibilitate, excitabilitate ușoară, susceptibilitate, prin epuizare, dispoziție scăzută.
- **Tipul isteric** - se caracterizează prin comportament demonstrativ, teatralism, supraestimarea fizicului, sfidare. Bolnavii isterici sunt mincinoși, ușuratici, reacționează isteric, dureros.
- **Tipul exploziv** - se caracterizează prin manifestări de emotivitate variabilă, explozivitate, furie. Bolnavii sunt egoiști, cinici, cruzi.
- **Tipul apatic** - se caracterizează prin indolență, lipsă de inițiativă, reducerea bruscă a orizontului de interes. Bolnavii manifestă indiferență față de soarta lor, nu-și programează scopuri de perspectivă, manifestă pasivitate în procesul muncii.
- **Tipul sinton** - se caracterizează prin dispoziție ridicată, bucurie de trăi, autosatisfacție. Bolnavii sunt sociabili, excesivi de sinceri.
- **Tipul distimic** - se caracterizează prin labilitate emoțională evidentă, prin alternarea afectelor opuse.
- **Tipul schizoid** - se caracterizează prin caracter retras, inerție și fire posacă.

Caseta18. Degradarea personalității

- **Psihopatiformă** - se caracterizează prin cinism brutal, excitabilitatea nereținută, agresivitate, lipsă de tact.
- **Organic-vasculară** - se caracterizează prin euforie cronică, nepăsare, generozitate, reducerea bruscă a simțului.
- **Mixtă** - se caracterizează prin lipsa de spontaneitate, astenie, pasivitate, stimulare redusă, lipsa de interese și inițiativă.

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Caseta19. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Constantele biochimice:
 - glucoza în serul sanguin
 - proteina totală în serul sanguin
 - bilirubina totală: directă și indirectă
- Fermenții hepatici:
 - alaninaminotransferaza
 - asparataminotransferaza
- Reacția de micropicitație la sifilis
- Radiografia organelor cutiei toracice (sau microradiofotografia)
- Electrocardiograma
- Consultația specialiștilor:
 - neurolog
 - internist
 - ginecolog (la necesitate)

Investigații recomandate

- Ecoencefalografia
- Electroencefalografia
- Tomografia computerizată
- Ionograma (Na; K)

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 1. Diagnosticul diferențial al halucinozei alcoolice cu delir și psihoze schizofrenice asociate cu alcoolism

| <i>Criteriile</i> | <i>Halucinoza alcoolică cu delir</i> | <i>Psihoza la bolnavii cu schizofrenie asociată cu alcoolism</i> |
|-------------------|--|--|
| <i>Anamneza</i> | Anamneza alcoolică cu prezența simptomelor și sindroamelor specifice | Simptomo-complexul alcoolismului fragmentar, neevidențiat. La sindromul de sevraj predomină |

| | | |
|--|--|---|
| | | componentele psihice asupra celor somato-vegetative, etc. |
| Psihoza | Psihoza apare după 5-7 ani de consum excesiv de alcool și formarea dependenței față de alcool | Psihoza poate apărea până la formarea dependenței față de alcool |
| Durata consumului excesiv de alcool | Consumul excesiv de alcool de lungă durată până la apariția psihozei | Consumul excesiv de scurtă durată, până la 3-5 zile |
| Depresiile | Prezența depresiei în perioada de remisiune nu este specifică | Stările de depresie și subdepresie în faza remisiunii sunt de diversă longevitate |
| Halucinațiile | Halucinațiile auditive, voci ostile, insulte, amenințări etc., sunt „alături”, în limita auditivă (după perete, ușă, fereastră etc.) | Halucinațiile auditive sunt localizate în diverse părți ale corpului uman, nu se includ în limita auditivă, sunt separate |
| Dereglările catatonice | Dereglările catatonice nu sunt caracteristice | Dereglările catatonice sunt prezente |
| Comportamentul pacientului | Comportamentul pacientului este specific retrăirilor halucinatorii | Comportamentul pacientului este divers, nu corespund retrăirile halucinatorii |
| Dereglări de personalitate | Sînt caracteristice dereglări de personalitate de tip alcoolic cu sindromul psiho-organic | Dereglări de personalitate specifice, deficite |
| Gândirea | Gândirea la general este integrală, incoerentă | Dereglări de gândire specifice |

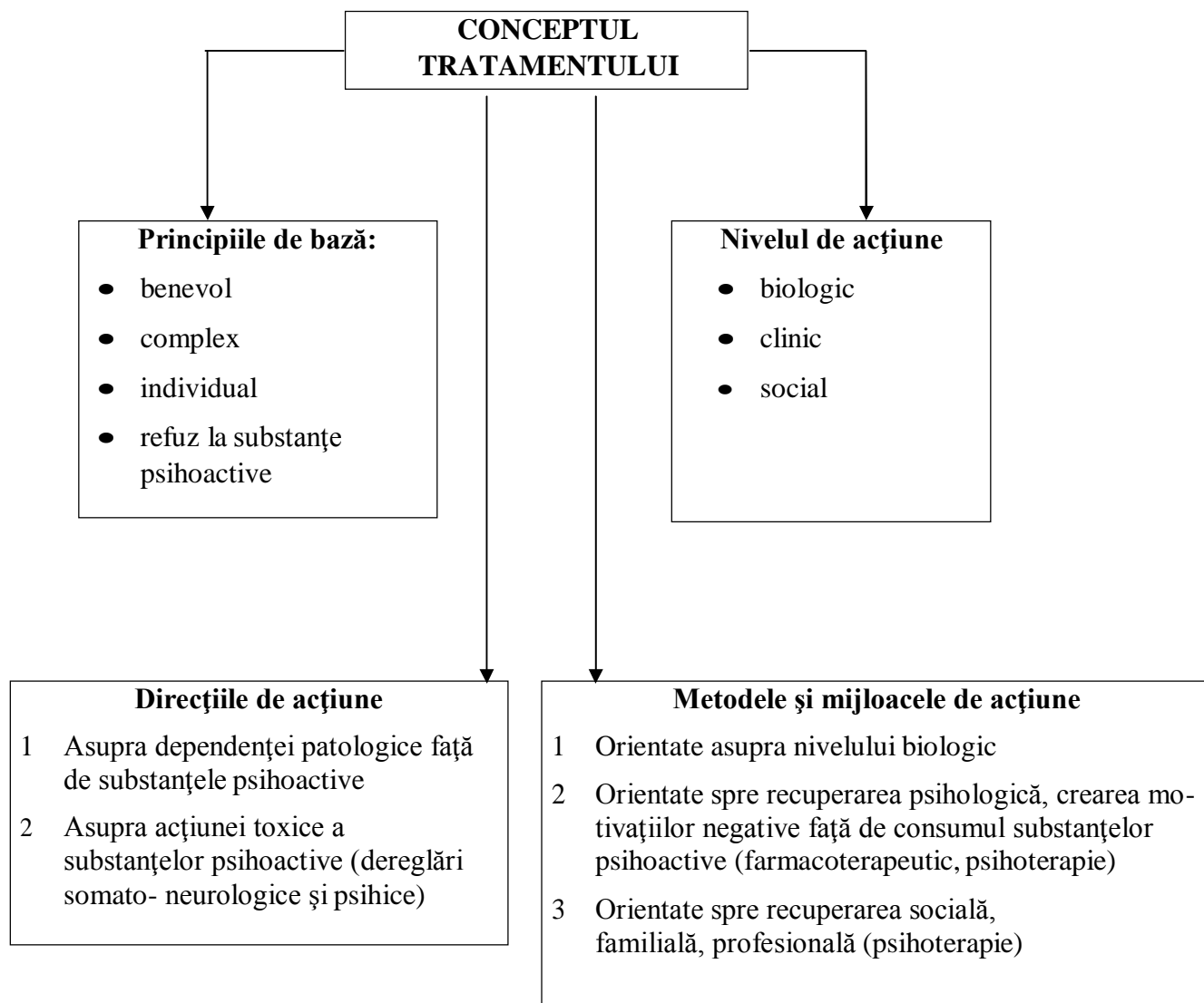
C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Caseta20. Criterii de spitalizare

- starea de ebrietate severă, intoxicație acută;
- sindromul de sevraj cu dereglări somato-neurologice;
- halucinoza alcoolică acută;
- gelozia obsesivă;
- delirul alcoolic (toate formele),
- sindrom convulsiv și comportament agresiv,
- comportament suicidal la alcoolici,
- agitație psihomotorie și sindroame confuzionale.

C.2.3.6. Tratamentul alcoolismului

Figura 1. Conceptul tratamentului



C.2.3.6.1. Modificări ale stilului de viață

Caseta 21. Modificări ale stilului de viață

- Excluderea consumului de alcool, un mod de viață sănătos, dezvoltarea performanțelor intelectuale;
- Creșterea aportului de recuperare psihosocială, reîncadrarea în serviciu, ameliorare relațiilor interpersonale, familiale;
- Corecția psihologică cu scopul prevenirii recăderilor, terapia cognitiv-comportamentală, tratament sensibilizant, crearea motivațiilor negative față de alcool;
- Menținerea remisiunii și controlul factorilor de risc;

C.2.3.6.2. *Tratamentul staționar în dependență de manifestarea sindromului acut de sevraj*

Caseta 22. *Tratamentul dereglărilor asteno-vegetative*

Durata tratamentului până la 24-28 zile

- Terapie de dezintoxicare - 5-7 zile:
 - ✓ Povidoni iodidum - 400 ml, *sau* Dextranum - 400 ml + Natrii chloridum, *sau* Sol.Glucosum 5% - 500 ml; Natrii chloridum 0,9% - 400ml perfuzii i/v;
 - ✓ Sol. Natrii thiosulfas 30% - 10ml; Sol.Magnesii sulfas 25% - 5 ml; Sol.Furosemidum 1% - 2ml; (**Kalii aspartas + Magnesii aspartas**); infuzii i/v;
- Vitaminoterapia - 15-20 zile:
 - ✓ Sol.Acidum ascorbicum 10% - 5 ml; Sol.Acidum nicotinicum 1% - 1 ml; Sol.Cyanocobalaminum 0,05% - 1 ml; Sol.Clorhidrat de piridoxină 5% - 1 ml; Sol.Thiamini hydrochloridum 5% - 1ml i/m;
- Tranchilizante -10-15 zile:
 - ✓ Phenazepamum 1-2 mg/zi *per os*; Tofisopamum 100-150 mg/zi *per os*;
- Sensibilizante:
 - ✓ Disulfiramum - 0,5 mg/zi 15 zile, apoi 0,25 mg/zi 15 zile *per os*; Metronidazolium 250mg (conform schemei)
- Neuroleptice:
 - ✓ Olanzapinum 10 mg (la necesitate)
 - ✓ Risperidonum 0,25 mg (la necesitate)
 - ✓ Chlorpromazinum 50-75mg/zi *sau* Haloperidolum 10-15 mg/zi (*la necesitate*).
- Antideprisante:
 - ✓ Escitalopramum 10 mg (la necesitate)
 - ✓ Venlafaxinum 37,5 mg (la necesitate)
- Tratamentul nemedicamentos:
 - ✓ Somn electric 5-7 ședințe;
 - ✓ Laseropunctură, acupunctură 5-10 ședințe;
 - ✓ Psihoterapie individuală – 5 ședințe; în grup – 5 ședințe;
 - ✓ Psihoterapie familială.

Caseta 23. *Tratamentul dereglărilor somato-vegetative și neurologice*

Durata tratamentului până la 24 -28 zile Terapie de dezintoxicare: perfuzii i/v intensive (conform casetei 22) durata 7-10 zile.

- Vitaminoterapia: (conform casetei 22) doze maximale durata 15- 20 zile
- Tranchilizante -10-15 zile:
 - ✓ Diazepamum până la 20 mg i/v sau i/m; Phenazepamum 1-2 mg/zi; Tofisopamum 50-100 mg/zi.
- Nootrope -10-15 zile
 - ✓ Piracetamum 800-1600 mg/zi *sau* Sol. Piracetamum 20% până la 40ml infuzii
- Neuroleptice:
 - ✓ Olanzapinum 10 mg (la necesitate)
 - ✓ Risperidonum 0,25 mg (la necesitate)
 - ✓ Chlorpromazinum 50-75mg/zi *sau* Haloperidolum 10-15 mg/zi (*la necesitate*).
- Antideprisante:
 - ✓ Escitalopramum 10 mg (la necesitate)
 - ✓ Venlafaxinum 37,5 mg (la necesitate)
 - ✓ Chlorpromazinum 50-75mg/zi *sau* Haloperidolum 10-15 mg/zi (*la necesitate*).

- Preparate cardio-vasculare, terapia simptomatică (*conform indicațiilor medicilor consultanți*)
- Sensibilizante (conform casetei 22).
- Tratament nemedicamentos (conform casetei 22).

Caseta 24. Tratamentul dereglărilor psihice – Halucinoză alcoolică acută

Durata tratamentului până la 28-30 zile

- Terapia de dezintoxicare: perfuzii i/v intensive (dozele conform casetei 23)
- Neuroleptice în combinație cu sedative
 - ✓ Chlorpromazinum 25 mg, *sau* Levomepromazină 25 mg;
 - ✓ Haloperidolum 5 mg (*la necesitate* doze mici la stări paranoid și anxietate);
 - ✓ Olanzapinum 10 mg;
 - ✓ Risperidonum 0,25 mg;
 - ✓ Sol.Diazepamum 0,5% 2ml.
- Vitaminoterapia: (dozele conform casetei 23)
- Antideprisanțe:
 - ✓ Escitalopramum 10 mg (*la necesitate*)
 - ✓ Venlafaxinum 37,5 mg (*la necessitate*)
- Nootrope:
 - ✓ Piracetamum 800-1600 mg/zi;
 - ✓ Sol.Piracetamum 40ml - 20% - i/v infuzii 10 zile.
- Terapia simptomatică:
 - ✓ Preparate cardio-vasculare,
 - ✓ Hepatoprotectore – (Hepafil, Fosfolipide etc.)
 - ✓ Holinolitice – (Combinație Allohol)
- Sensibilizante (dozele conform casetei 22)
- Tratament nemedicamentos (conform casetei 22).

Caseta 25. Tratamentul sindromului de abstinență cu component convulsiv

Durata tratamentului până la 24- 28 zile

- Terapia de dezintoxicare: (dozele conform casetei 22)
- Preparatele de Magneziu (Kalii aspartas + Magnesii aspartas - 175mg+175mg)
- Preparatele de Kalii (Kalii orotas □)
- Preparatele de Calciu (Calciu gluconas)
- Vitaminoterapia: (dozele conform casetei 23)
- Neuroleptice:
 - ✓ Olanzepina 10mg;
 - ✓ Risperidoni 0,25 mg;
 - ✓ Chlorpromazinum 25 mg, *sau* Levomepromazină 25 mg;
 - ✓ Haloperidolum - 5 mg (*la necesitate* doze mici la stări paranoid și anxietate)
- Tranchilizante - 10-15 zile:
 - ✓ Diazepamum până la 20 mg i/v sau i/m;
 - ✓ Phenazepamum -1-2 mg/zi;
 - ✓ Anticonvulsivante (antiepileptice):
 - ✓ Carbamazepină 200 mg (*doza preparatului individuală*).

- Terapie simptomatică: (conform indicațiilor medicilor consultanți).
- Sensibilizante (dozele vezi caseta 22).
- Tratament nemedicamentos (conform caseta 22).

Caseta 26. Tratamentul dereglărilor psihoorganice. Delirium tremens.

Durata tratamentului până la 28-30 zile

I etapă – în condiții de staționar:

- Terapie de dezintoxicare: (preparatele și dozele conform casetei 23)
- Preparatele de Magneziu, Kaliu, Calciu (conform casetei 25)
- Neuroleptice (preparatele și dozele conform casetei 24).
- Vitaminoterapie în doze maxime: (preparatele și dozele conform casetei 23).
- Terapie simptomatică: Preparate cardio-vasculare, hepatoprotectoare, anticonvulsivante (conform indicațiilor specialiștilor).

II etapă – în condiții de ambulatoriu:

- Vitaminoterapie de lungă durată – 2-3 luni:
 - ✓ Acidum ascorbicum 50 mg
 - ✓ Acidum folicum 1 mg
 - ✓ Tocoferol acetat 200 mg
 - ✓ Undevit drajeuri
- Nootrope:
 - ✓ Piracetamum 800-1600 mg/zi 3-4 luni.
- Doze mici de tranchilizante:
 - ✓ Diazepamum 5 mg;
 - ✓ Tofisopamum 50 mg
- Tratament simptomatic;
- Sensibilizante;
- Disulfiramum, metronidazolium, individual în dependență de starea psiho-somatică a pacientului;
- Tratament psihoterapeutic și reabilitare psihosocială.

C.2.3.6.3. Remediile specific administrate în tratamentul complex al dependenței față de alcool

Tabelul 2 Remediile specifice în tratamentul alcoolismului

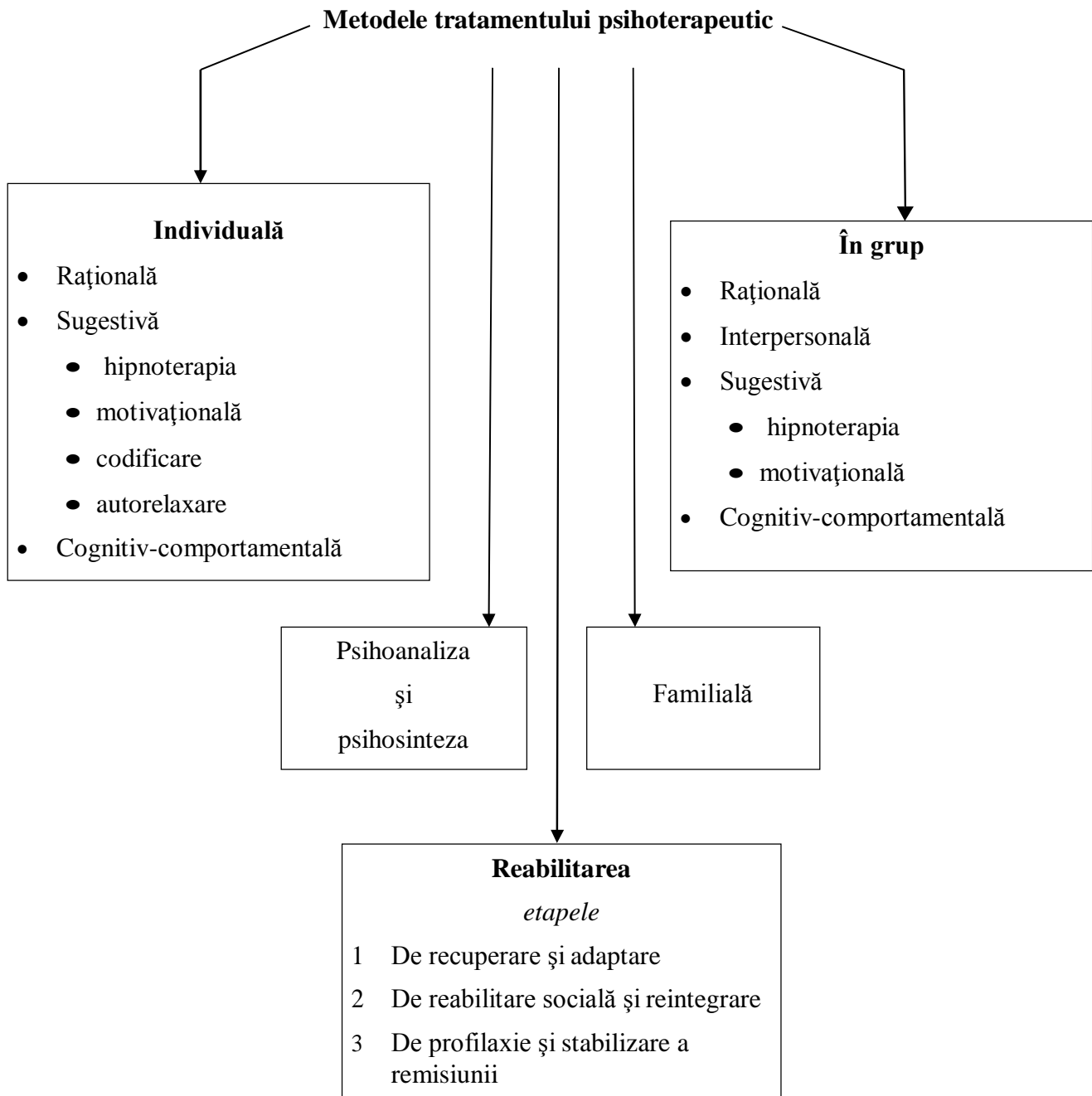
| Grupa | Remediile |
|---|---|
| Aversiune | • Decoct din cimbru |
| Sensibilizare | • Disulfiramum • Metronidazolium • Acidum nicotinicum |
| Stimulatorii receptorilor presinaptici ai dofaminei (sunt administrați în tratamentul dependenței la alcool și droguri) | • Bromcriptinum |

C.2.3.6.4. Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psihosocială

Caseta 27. Criteriile inițierii tratamentului psihoterapeutic

- Diminuarea sindromului de sevraj
- Recuperarea sănătății fizice și psihice
- Stabilirea fonului emotiv
- Diminuarea dependenței patologice față de substanțele psihoactive

Figura 2. Metodele de tratament psihoterapeutic



Caseta 28. Țintele tratamentului psihoterapeutic

- Măsurile direcționate spre reducerea anozognoziei și atracției patologice;
- Ameliorarea dereglărilor comportamentale, emoțional-mnestice condiționate de consumul alcoolului;
- Restabilirea deprinderilor de comunicare (comunicative), deprinderilor în situații de stres, de presimțire a atracției față de alcool și a prevenirii recăderilor maladiei (recidivelor).

- Formarea responsabilității pentru comportamentul său și modul sănătos de viață, de a spune "nu" consumului de alcool, formarea și întărirea principiilor morale și etice;
- Stabilirea relațiilor pozitive sociale, deprinderilor de muncă și studii, restabilirea relațiilor în familie, soluționarea corectă a relațiilor interpersonale.

Caseta 29. Criteriile de externare

- Diminuarea sindromului de sevraj acut;
- Ameliorarea stării fizice și psihice;
- Recuperarea psihosocială;
- Recunoașterea de către bolnav a problemei de sănătate.

C.2.3.7. Supravegherea pacienților cu alcoolism cronic

Monitorizarea continuă este esențială în atingerea scopurilor terapeutice. În timpul vizitelor se analizează și la necesitate, se modifică planurile de medicații și recuperarea psihosocială.

Caseta 30. Supravegherea pacienților cu alcoolism cronic

- Pacienții revin la consultația medicului specialist:
 - remisie până la 1 an – lunar
 - remisie de la 1-2 ani – trimestrial
 - remisie de la 2-3 ani – semestrial
- Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de remisie depinde de severitatea patologiei la fiecare pacient în parte;
- Pacienții cu remisie 3 ani și mai mult sunt scoși din supravegherea medicală.

C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 31. Complicațiile sindromului acut de sevraj

- Pneumonia acută;
- Component convulsiv;
- Halucinoza cronică;
- Dereglări psiho-organice. Sindromul Korsakov;
- Polineuropatie;
- Encefalopatia Wernicke.

C.2.5. Stările de urgență

Caseta 32. Stările de urgență

- Sindrom acut de sevraj cu dereglări somato-vegetative și neurologice;
- Sindrom acut de sevraj. Halucinoză acută;
- Sindrom acut de sevraj cu componenta convulsivă;
- Sindrom acut de sevraj cu dereglări psiho-organice. Delirium tremens;
- Comportament suicidal la alcoolici,
- Agitație psihomotorie și sindroame confuzionale.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU ÎNDEPLINIREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

| | |
|---|--|
| D.1 Instituțiile de Asistență Medicală Primară | Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie |
| | Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • Test AUDIT |
| D.2 IMSP Spitale Raionale, Municipale și Republicane | Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic psihiatru-narcolog • medic terapeut • medic neurolog • medic psihoterapeut • psiholog • medic imagist • medic de laborator • medic funcționalist • asistente medicale • acces la consultații calificate: ginecolog, ftziopulmonolog, dermatovenerolog, chirurg (la necesitate) |
| | Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • ciocănaș neurologic • fonendoscop • cabinet radiologic • electrocardiograf • electroencefalograf • aparat de ecoencefalografie • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici • Test AUDIT |
| | Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice • Nootrope • Tranchilizante • Anticonvulsivante • Pentru detoxificare (Dextran - 40, Polividon, etc.) • Cardiovasculare • Vitamine (grupa B, C, PP) |

| | |
|--|--|
| D.3 IMSP Dispensarul Republican de Narcologie | <p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic psihiatru-narcolog • medic terapeut • medic neurolog • medic psihoterapeut • psiholog • medic imagist • medic de laborator • medic funcționalist • asistente medicale • acces la consultații calificate: ginecolog, ftiziopulmonolog, dermatovenerolog, chirurg, etc. (la necesitate) |
| | <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • ciocănaș neurologic • fonendoscop • cabinet radiologic • electrocardiograf • electroencefalograf • aparat de ecoencefalografie • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici, etc. |
| | <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice • Antideprisanse • Nootrope • Tranchilizante • Hepatoprotectori • Anticonvulsivante • Sensibilizante • Pentru detoxificare (Dextran - 40, Polividon, etc.) • Cardiovasculare • Vitamine (grupa B, C, PP) |

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

| No | Scopurile protocolului | Măsurarea atingerii scopului | Metoda de calcul a indicatorului | |
|----|--|--|---|---|
| | | | Numărător | Numitor |
| 1. | A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii dependenței față de alcool la persoanele cu risc sporit pentru aceasta | 1.1. Ponderea persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool, cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc în formarea dependenței față de alcool de către medicul de familie și psihiatru-narcolog (în %) | Numărul persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool, cărora în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc în formarea dependenței față de alcool de către medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total al persoanelor cu risc sporit pentru dependența față de alcool care se află în supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an |
| | | 1.2. Ponderea pacienților cu dependență alcoolică, cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.), de către medicul de familie și psihiatru-narcolog, privind modul sănătos de viață, factorii de risc care condiționează recăderea (în %) | Numărul pacienților cu dependență alcoolică, cărora, de către medicul de familie și psihiatru-narcolog, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind modul sănătos de viață factorii de risc care condiționează recăderea pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total al pacienților cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an |
| 2. | A spori depistarea persoanelor dependente în stadiile precoce ale alcoolismului | 2.1 Ponderea pacienților depistați cu dependență în stadiile precoce ale alcoolismului pe parcursul unui an (în %) | Numărul pacienților depistați cu dependență în stadiile precoce ale alcoolismului pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total al pacienților cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an |
| 3. | A spori ponderea pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool | 3.1 Ponderea pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool pe parcursul unui an (în %) | Numărul pacienților care au beneficiat de asistența medicală spitalicească privind tratamentul dependenței față de alcool pe parcursul ultimului an X 100 | Numărul total de pacienți cu dependență alcoolică care se află sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru-narcolog pe parcursul ultimului an |

| | | | | |
|----|--|--|---|---|
| 4 | A spori ponderea pacienților care au beneficiat de tratament antirecidivant în condiții de ambulator | 4.1 Ponderea pacienților care au beneficiat de tratament antirecidivant pe parcursul unui an(în %) | Numărul pacienților care au beneficiat de tratament pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an |
| 5. | A spori numărul pacienților încadrați în reabilitarea psihosocială privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale | 5.1 Ponderea pacienților încadrați în programe de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an, privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale (în %) | Numărul pacienților încadrați în programe de reabilitare psihosocială privind schimbarea comportamentului dependent, crearea motivațiilor negative față de alcool și recuperarea relațiilor interpersonale, familiale și profesionale pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an |
| 6. | A spori eficacitatea tratamentului antialcool | 6.1 Ponderea pacienților aflați în remisie: (1) până la 1 an; (2) de la 1 până la 2 ani; (3) de la 2 până la 3 ani și mai mult. (în %) <i>Notă: Informația va fi colectată anual</i> | Numărul pacienților aflați în remisie: (1) până la 1 an; (2) de la 1 până la 2 ani; (3) de la 2 până la 3 ani și mai mult pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți care se aflau sub supravegherea medicală la medicul de familie și psihiatru- narcolog pe parcursul ultimului an |

Test AUDIT

- 1. Cât de des beți băutură conținând alcool?**
 - (0) niciodată
 - (1) lunar sau mai rar
 - (2) 2 la 4 ori pe lună
 - (3) 2 la 3 ori pe săptămână
 - (4) 4 sau mai multe ori pe săptămână
- 2. Câte drink-uri consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?**
 - (0) 1 sau 2
 - (1) 3 sau 4
 - (2) 5 sau 6
 - (3) 7 sau 9
 - (4) 10 sau mai mult
- 3. Cât de des beți 6 sau mai multe drink-uri de alcool într-o singură dată?**
 - (0) niciodată
 - (1) lunar sau mai rar
 - (2) lunar
 - (3) săptămânal
 - (4) zilnic sau aproape zilnic
- 4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut odată ce ați început?**
 - (0) niciodată
 - (1) lunar sau mai rar
 - (2) lunar
 - (3) săptămânal
 - (4) zilnic sau aproape zilnic
- 5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era așteptat să faceți din cauza băutului?**
 - (0) niciodată
 - (1) lunar sau mai rar
 - (2) lunar
 - (3) săptămânal
 - (4) zilnic sau aproape zilnic

6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?

- (0) niciodată
- (1) lunar sau mai rar
- (2) lunar
- (3) săptămânal
- (4) zilnic sau aproape zilnic

Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?

- (0) niciodată
- (1) lunar sau mai rar
- (2) lunar
- (3) săptămânal
- (4) zilnic sau aproape zilnic

7. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauza că ați băut?

- (0) niciodată
- (1) lunar sau mai rar
- (2) lunar
- (3) săptămânal
- (4) zilnic sau aproape zilnic

8. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?

- (0) nu
- (2) da, dar nu în ultimul an
- (4) da, în ultimul an

9. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul Dvoastră sau v-a sfătuit să-l reduceți?

- (0) nu
- (2) da, dar nu în ultimul an
- (4) da, în ultimul an

Notă:

1. Drink-unitate internațională standard de consum. Este echivalentă cu: o sticlă de bere 330 ml; un pahar de vin 200 ml sau 40 ml de băutură spirtoasă de 40°.
2. Dacă testul AUDIT este „pozitiv,, (scor>8) iar semne clinice de alcoolism lipsesc, i se propune subiectului o intervenție scurtă la medicul specialist pentru un diagnostic adecvat.
3. Dacă sunt prezente și semnele clinice de alcoolism subiectul este îndrumat la specialist pentru un diagnostic și tratament adecvat.

Ghidul pacientului cu dependență față de alcool

Cuprins:

Introducere
 Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
 Alcoolism cronic
 Diagnosticarea alcoolismului
 Tratamentul
 Recomandări, întrebări

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu alcoolism cronic în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu alcoolism cronic, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această maladie.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și tratament care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate. Nu sunt descrise în detaliu maladia în sine sau analizele și tratamentele necesare pentru aceasta. Aceste aspecte le puteți discuta cu cadrele medicale, adică cu medicul de familie sau cu medicul specialist narcolog. În ghid veți găsi unele explicații și exemple de întrebări pe care le puteți adresa. Sunt prezentate, de asemenea, unele surse suplimentare de informații și sprijin.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile și preferințele Dvs. personale și aveți dreptul să fiți informați pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate și înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este alcoolismul cronic și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Informația pe care o primiți de la cadrele medicale trebuie să includă detalii despre posibilele avantaje și riscuri ale tratamentului.

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați, precum și informațiile pe care le primiți despre acestea, trebuie să ia în considerare toate necesitățile religioase, etnice sau culturale pe care le puteți avea. Trebuie să se ia în considerare și alți factori suplimentari, cum sunt dizabilitățile fizice sau de citire, problemele de vedere sau auz sau dificultățile de citire sau vorbire. Datele ce constituie secret medical sunt confidențiale și urmează să fie protejate.

Alcoolismul este o maladie progredientă determinată de atracția patologică pentru băuturile spirtoase (dependența psihică și fizică) cu formarea unei stări disfuncționale și sindromului de abținere (sau sevraj) la întreruperea consumului de alcool, iar în cazurile de lungă durată cu dezvoltarea tulburărilor somato-neurologice și dereglărilor psihice ale personalității.

Diagnosticul alcoolismului se stabilește în baza manifestărilor bolii cu evidențierea simptomelor și sindroamelor principale a afecțiunilor de profil narcologic, în rezultatul totalizării datelor anamnezei și examenului somatic, neurologic și psihic.

Instruire și echipament

Medicii de familie și specialiștii narcologi trebuie să fie instruiți cum să examineze un pacient cu suspecție la dependență alcoolică.

Diagnosticarea alcoolismului cronic

Medicul de familie va stabili prezența dependenței și va aprecia severitatea ei în baza rezultatelor examenului clinic, rezultatelor testării conform chestionarului test- AUDIT și analizelor de laborator pe care le va indica obligator tuturor pacienților. Diagnosticul de alcoolism cronic rămâne incert fără o confirmare a medicului specialist narcolog. După obținerea rezultatelor testelor și analizelor, medicul specialist trebuie să discute rezultatul cu Dvs. și să comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul

Dacă la prima consultație vi s-a confirmat diagnosticul de alcoolism cronic, medicul evaluează severitatea bolii și criteriile de spitalizare. Diagnosticul stabilit indică inițierea imediată a tratamentului.

Tratamentul medicamentos este acordat în condiții de staționar în dependență de manifestările clinice ale sindromului acut de sevraj. Tratamentul antirecidivant este efectuat în condiții de ambulator.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul specialist trebuie să discute cu Dvs. privind modificarea stilului de viață alimentația și programul de exerciții fizice pe care le faceți.

Este necesară sistarea strictă a consumului de alcool, acordarea asistenței psihosociale, ameliorarea relațiilor interpersonale, familiale, reîncadrarea în serviciu.

Unele recomandări pentru perioada sevrajului

- Oprirea consumului de alcool poate să vă facă nervos, încordat, insomnie, să provoace transpirații și tremurături. Pot apărea episoade de vomă și diaree. Medicul vă va prescrie medicamente care vă pot ajuta.
- Puteți să aveți o senzație de sete și să consumați multă apă sau suc de fructe, până la 3 litri de lichid pe zi. Exclueți excesul de cafea sau ceai. Ele conțin excitanți care vă pot tulbura somnul și să vă facă nervos.
- Încercați să evitați stresul și încordarea. Este important să nu cedați la apariția neașteptată a unei poftes pentru alcool. Vorbiți cu un prieten, faceți sport, relaxați-vă, plecați la plimbare, ascultați muzică, faceți un duș.
- Lipsa somnului nu vă dăunează în comparație cu reluarea consumului. Nu vă neliniștiți. Somnul va reveni progresiv la normal. Încercați să vă culcați mai târziu.
- Chiar dacă nu vă e foame, mâncați. O alimentație echilibrată și la timp vă va ajuta.

Întrebări despre medicamente utilizate

- Îmi puteți explica de ce ați ales să-mi prescrieți acest tip de medicament?
- Cum îmi va ajuta medicamentul?
- Care sunt cele mai frecvente efecte secundare ale tratamentului? Există unele la care ar trebui să atrag atenția?
- Ce trebuie să fac dacă manifest efecte secundare? (trebuie să-mi sun medicul specialist, să merg la secția de urgență a unui spital?)
- Cât timp va trebui să iau tratamentul?
- Există alte opțiuni de tratament?
- Există vreo broșură despre conduita pacientului pe care pot să o primesc?

Întrebări despre evidența tratamentului

- Există tratamente diferite pe care aș putea să le încerc?
- Este necesar să schimb medicamentul sau doza tratamentului meu curent?
- Când trebuie să mă programez la următoarea vizită?

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

| Domeniul Prompt | Definiții și note |
|---|--|
| Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit | |
| Persoana responsabilă de completarea Fișei | Nume, prenume, telefon de contact |
| Perioada de audit | DD-LL-AAAA |
| Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e | |
| Mediul de reședință a pacientului | 0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște |
| Data de naștere a pacientului | DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută |
| Genul/sexul pacientului | 0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat |
| Numele medicului curant | |
| CONSULTAREA | |
| Data debutului simptomelor | Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută |
| Data stabilirii diagnosticului | Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută |
| Adresarea primara a pacientului | |
| - Asistenta medicala primara | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște. |
| - Asistența medicală în cadrul secției consultative a IMSP Spitale Raionale/Municipale, acordate de către medical specialist narcolog | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște. |
| - Asistenta medicala spitaliceasca | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște. |
| Screening-ul dependenței față de alcool (testul audit) | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște. |
| Data internării în spital | DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut |
| - semne de pericol vital | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște. |
| DIAGNOSTICUL | |
| Evaluarea persoanelor cu risc de dependență față de alcool | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Ereditatea compromisă | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Consum de alcool | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Consum de droguri | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Examen clinic narcologic | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Examen psihologic | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| TRATAMENTUL | |
| Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza | nu = 0; da = 1; |
| Recuperarea psiho-socială | nu = 0; da = 1; |
| MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE | |
| Data externării | Include si data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută |
| Prescrierea tratamentului la externare | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| - tratament de sustinere | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Supravegherea pacientului la medicul de familie | 0= da; 1= nu; |
| Supravegherea pacientului la medical narcolog din cadrul IMSP Spitale Raionale/Municipale | 0= da; 1= nu; |
| DECESUL PACIENTULUI | |
| Decesul în spital | 0= da; 1= nu; |

BIBLIOGRAFIE

1. Morse, R.M., Flavin, D.K. The definition of alcoholism. J.A.M.A. 268:1012 - 1014, 1992
2. Clasificația Internațională a Maladiilor (CIM) revizia a 10-a a O.M.S, editura medicală București 1993
3. Psihopatologia conduitei agresive, Chișinău 1994
4. V.N. Oprea, Particularitățile structurale și dinamice a psihozelor alcoolice (Aspecte clinico-catamnestic), autoreferat tez.de dr.în științe medicale, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău 1994
5. T.Vasiliev, Problemele alcoolului și a altor droguri în Republica Moldova, Chișinău 1995
6. T.Vasiliev, I.Stoiev, E.Popușoi, Organizarea asistenței narcologice (Îndrumar în narcologie) Chișinău 1996
7. Иванец Н.Н, Анохина И.П, Стрелец Н.В, Вопросы наркологии, Москва 1997
8. Иванец Н.Н, Надеждин А.В, Вопросы наркологии, Москва 2000
9. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, (2003) - DSM-IV, București
10. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.20 din 31.01.2003 „Cu privire la acordarea asistenței medico-sociale bolnavilor de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie și realizarea măsurilor de control și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și alte substanțe psihotrope”
11. Dan Preliceanu; Victor Voicu „Abuzul și dependența de substanțe psihoactive” București editura INFO Medica 2004
12. Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 235 de la 13.08. 2004 “Despre implementarea în practica medicală a standardelor medico – economice actuale”
13. Минко А.И., Линский И. В., Наркология, ЭКСМО. Москва 2004
14. Bradu, I. B., (2005) - Psihologie medicala, Editura Infomedica, Bucuresti
15. Drepturile și responsabilitățile pacientului. Ghid pentru lucrătorii medicali. Ministerul Sănătății. Chișinău 2006
16. Mihaela Chirilă, Tulburări psihice induse de alcool,, Romedic -2007 „Ghid medical”
17. Sănătatea Publică în Moldova anii 2006, 2007, MS CNȘPMS, 2007, 2008