

Різноманітність неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю обумовлена тяжким системним характером токсичного впливу на всі відділи нервової системи, вторинним ураженням нервової системи внаслідок виникнення тяжких соматичних захворювань, що пов'язані зі зловживанням алкоголю та достовірно частішою розповсюдженістю серед цієї частини популяції черепно-мозкових травм, іншої патології.

Узагальнено, психічна патологія у хворих з алкогольною залежністю обумовлена синдромом залежності, гострою інтоксикацією (сп'янінням) — станом відміни, токсичним фактором алкоголю та пов'язаним з цим ураженням нервової системи та внутрішніх органів, наявністю соматоневрологічної та іншої патології не пов'язаної з токсичним фактором алкоголю. Оцінка стану хворого при наданні невідкладної патології хворим цієї категорії ускладнюється такими факторами: неможливістю адекватно зібрати скарги; відсутністю достовірних анамнестичних даних; поєднаною соматоневрологічною патологією; атиповою картиною гострої соматоневрологічної патології у хворих з алкогольною залежністю; маскуванням симптоматики ургентної соматоневрологічної патології гострою інтоксикацією або вегетативною бурєю стану відміни.

У деяких випадках у хворих з тяжким деліріозним синдромом мають місце транзиторні афатичні розлади, дизартрія, фокальна неврологічна симптоматика тощо. Це викликає необхідність обов'язкового обстеження цієї категорії хворих лікарем неврологом для виключення гострих порушень мозкового кровообігу та іншої ургентної неврологічної та нейрохірургічної патології. В багатьох випадках диференціальна діагностика потребує проведення додаткових обстежень, таких як люмбальна пункція з дослідженням ліквору та методи нейровізуалізації.

Психотичні стани у хворих з алкогольною залежністю в більшості мають ознаки деліріозного синдрому. Трактовка деліріозного стану МКХ-10 підкреслює різноманітність причин його виникнення (гострий стан сплутаності, гострий психоорганічний синдром, гострий інфекційний психоз, гострий мозковий синдром).

Таким чином, треба зазначити поліетіологічність неврологічної та психічної патології у хворих з алкогольною залежністю. Це потребує ретельного комплексного обстеження для виключення наявності ургентної соматоневрологічної патології у хворих з алкогольною залежністю, що потребує спеціалізованої допомоги. Крім того потрібно враховувати наявність соматоневрологічної патології у хворих в стані відміни алкоголю з делірієм, яка може бути фактором летальності або пролонгації психотичного розладу. При вивченні неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю треба вважати їх динамічність, як в межах циклу інтоксикація-стан відміни, так і в динаміці одного стану (наприклад, гострої алкогольної енцефалопатії), коли збудження змінюється виснаженням тощо.

УДК 616.892+616.89-02:615.212-079.4-08

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ПЕРЕД ГОСПІТАЛІЗАЦІЄЮ

В. Н. Кузьмін

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: стан, відміна, тривалість, зловживання, алкоголь

Метою дослідження було вивчення впливу форми зловживання алкоголем (постійного, запійного, інтермітуючого) хворими з алкогольною залежністю на клінічну картину стану відміни алкоголю з делірієм.

На першому етапі дослідження було досліджено 200 хворих, які були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії (ЦНП) Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Було виявлено, що на момент виникнення психотичного

розладу для всіх хворих було характерно постійне вживання алкоголю з неможливістю контролювати вживання алкоголю. Форма вживання нівелювалася соціальними факторами, попередніми курсами лікуваннями. Але на основі анамнестичних даних було встановлено, що форма вживання алкоголю корелювала з тривалістю постійного вживання алкоголю перед розвитком психотичного розвитку. Для запійного типу була характерна менша тривалість систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу.

На другому етапі дослідження нами було відібрано 40 хворих з важкістю стану відміни більш 30 балів за шкалою CIWA-r для ретельного комплексного обстеження. Завданням другого етапу дослідження було вивчення впливу тривалості постійного вживання алкоголю перед розвитком психотичного розладу на клінічну картину.

Критеріями виключення були дані про ендogenous психічні захворювання (рубрики F 2, F 3 МКХ-10) в анамнезі. В усіх досліджених хворих було діагностовано синдром залежності від алкоголю F 10.2. Хворі були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії (ЦНП) Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан «відміни алкоголю з делірієм».

Пацієнти в залежності від тривалості постійного (щоденного) вживання алкоголю великих доз алкоголю (більше 5 стандартних доз алкоголю) перед госпіталізацією були поділені на 2 групи: 1 група — 18 пацієнтів зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4, з періодом тяжкої алкоголізації менше 30 днів; 2 група — 22 пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F 10.4, з періодом тяжкої алкоголізації більш 30 днів.

Попередні основні результати дослідження:

1. У більшості хворих перед розвитком психотичного розладу вживання алкоголю мало постійний, некерований вольовим зусиллям характер. Розбіжності відносно форми зловживання алкоголю (запійна або постійна) нівелювалися.

2. У хворих 2-ї групи достовірно частіше спостерігалися соматоневрологічні захворювання до розвитку психотичного розладу.

3. У хворих з алкогольною залежністю з коротким періодом тяжкої алкоголізації, що мав місце перед розвитком психотичного розладу (1-ша група), були більш значні вегетативні ознаки стану відміни (тахікардія, гіпергідроз та інші).

4. У хворих 2-ї групи були більш значущими явища токсичного ураження нервової системи (поліневрит, страбізм, анізокорія, менінгізм).

5. У хворих 1-ї групи були більш значні афективні порушення: жах, тривога.

6. У хворих 2-ї групи частіше мали місце коливання афективних порушень з благодушним фоном настрою.

7. У хворих 1-ї групи була більш виразлива продуктивна симптоматика (маячня, галюцинації), яка поєднувалася з неповною орієнтовкою в обстановці.

8. Перебіг психозу у другій групі частіше був хвилеподібним — з мерехтінням симптоматики і періодичний — з повною дезорієнтовкою в обстановці.

9. Затяжний (тяжкий) перебіг психозу спостерігався в обох групах (частіше — в другій).

УДК 159.922:616.89-008.441.13:615.85

УРОВНИ КОМПЛАЙЕНСА ЛИЦ З СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАВИСИМОСТІ

Н. Н. Лесня

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», г. Харків

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплаенс, критичность

Интерес к проблеме комплаенса в последнее время заметно вырос в связи с изменением парадигмы лечения психических заболеваний: внимание специалистов все более фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении

рецидивов; происходит смещение акцента в медицинском обслуживании на амбулаторное звено.

Цель исследования: разработать психодиагностические критерии уровня комплаенса больных с алкогольной зависимостью.

С помощью специально разработанного опросника было обследовано 90 лиц с синдромом алкогольной зависимости на этапе формирования терапевтической ремиссии.

Разработаны критерии диагностики уровня комплаенса больных: 1) соблюдение схемы приема лекарственных препаратов; 2) соблюдение нелекарственных рекомендаций, направленных на поддержание режима трезвости; 3) участие в психокоррекционных занятиях. Соответственно этим критериям выделены полный (20%), частичный (62,2%) и низкий (17,8%) варианты комплаенса. Полному комплаенсу соответствует прием назначенных лекарственных средств, сохранение трезвости и активное участие в психокоррекционных занятиях более чем в 80% случаев, частичному — от 20% до 80% случаев и низкому — менее чем в 20%.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы с данной категорией пациентов, направленной на улучшение понимания целесообразности фармакологического лечения, формирование критического отношения к заболеванию и готовности сотрудничать со специалистами.

УДК 613.816:616.89-008

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ СПРИЙНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИМИ, ЯКІ Є ЗАЛЕЖНИМИ ВІД АЛКОГОЛЮ

М. В. Маркова, Є. Я. Пшук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: копінг-поведінка, соціальна підтримка

Одним із психологічних предикторів формування копінг-поведінки у осіб, залежних від алкоголю, є процес соціальної підтримки, що формується завдяки належному функціонуванню системи соціальної мережі. Адекватне сприйняття соціальної підтримки є інтегрованим показником, що свідчить про уміння особи визначити найбільш пріоритетні стосунки з представниками соціуму (сім'я, друзі, «важливі інші») та формувати адаптивні форми поведінки подолання.

Метою дослідження стало вивчення здатності до сприйняття соціальної підтримки хворими, із залежністю від алкоголю.

Обстежено 114 осіб чоловічої статі ($33,2 \pm 0,7$ роки), у яких діагностовано синдром залежності від алкоголю (F 10,25, F 1026 згідно з МКХ-10, основна група — А) та групу контролю (гр. В) — 55 практично здорових чоловіків (середній вік — $30,1 \pm 2,8$ роки). З метою дослідження здатності до сприйняття соціальної підтримки використано шкалу MSPSS (Zimet G. D.).

Показники сприйняття соціальної підтримки у хворих, залежних від алкоголю (гр. А) та здорових чоловіків (гр. В) (у балах, $M \pm m$)

Субшкали	Групи		$(P < AB)$
	Гр. А Хворі (n = 114)	Гр. В Здорові (n = 55)	
Сім'я	$1,5 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,2$	0,001
Друзі	$1,3 \pm 1,2$	$3,1 \pm 0,5$	0,001
Важливі інші	$2,3 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,8$	0,001
Сумарна оцінка	5,1	9,6	0,001

Як свідчать дані таблиці, обстежені хворі, як в цілому (гр. А), так і за окремими сферами мали значно більш низький показник суб'єктивного рівня сприйняття соціальної підтримки у порівнянні із здоровими чоловіками (гр. В).

Показники тотальної оцінки хворих, які є залежними від алкоголю, становили 5,1 бали (42,5% за максимальним ступенем вираженості). За субшкалою «сім'я» хворі набрали $1,5 \pm 0,7$ бали (29,4%); за субшкалою «друзі» — $1,3 \pm 1,2$ бали (25,5%) та за субшкалою «важливі інші» — $2,3 \pm 0,1$ бали (45,1%). Результати за субшкалами «сім'я», «друзі», «важливі інші» у здорових чоловіків були розподілені рівномірно. Показник сумарної оцінки у здорових чоловіків становив 9,6 бали (або 80,0% за максимально можливого ступеня вираженості). За субшкалою «сім'я» у обстежених осіб контрольної групи середній показник становив $3,4 \pm 0,3$ бали (33,3%); за субшкалою «друзі» — $3,1 \pm 0,6$ бали (34,5%); за субшкалою «важливі інші» — $3,1 \pm 0,5$ бали (32,2%).

Низький показник ступеня соціальної інтеграції стає одним з найважливіших характеристик соціально-підтримуючого процесу у осіб, які є залежними від алкоголю. Порушені інтерперсональні стосунки в сім'ї пригнічують у її членів бажання надати підтримку хворому, стиль життя якого призводить до дезінтеграції та розриву сімейних стосунків. Соціальна підтримка сім'ї не відповідає запитам пацієнтів та не збігається з намірами, бажаннями, потребами. Соціальна мережа «друзі» для хворих на алкогольну залежність практично перестає існувати і заміщується неадекватною соціальною мережею партнерів по алкоголізації. Систематичне зловживання алкоголем призводить до соціальної ізоляції хворих. Мережа «важливі інші» для хворих є джерелом матеріальних надбань, завдяки яким пацієнти дозволяють собі придбати та вжити алкоголь. Обмежений досвід самостійного вирішення проблем, руйнування соціальних зв'язків, відсутність ефективності соціальної підтримки та хибне її сприйняття сприяє розвитку неадаптивних поведінкових стереотипів, які ускладнюють процес соціального функціонування хворих та перешкоджають наданню адекватної медико-психологічної допомоги.

УДК 613.84«312»

ПРОБЛЕМА ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Л. М. Маркозова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: тютюнопаління, профілактика, система охорони здоров'я

Проблема паління тютюну стає дедалі значущою в усьому світі. Останнім часом звертається увага на пренатальне паління та перинатальні її наслідки [Hamisu M. et al., 2007], та вплив антенатального тютюнопаління на подальший фізичний [Miller Anthony D. et al., 2007] та психологічний розвиток дитини [May Button Tanya Maria et al., 2007]. Відмічено незначні гендерні особливості в епідеміології тютюнопаління серед осіб молодого віку, конвергенція розповсюдженості тютюнопаління серед чоловіків та жінок. Паління, з метою експериментування, що притаманне жінкам, здатне спричинити залежність всупереч профілактичним зусиллям органів системи охорони здоров'я [Morley Katherine I., Hall Wayne D., 2008]. У зв'язку з вищенаведеним, Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 2009 році розроблена програма MPOWER з метою боротьби з епідемією вживання тютюну. Розглянуто «Рамочну конвенцію щодо контролю тютюну» (2009 р.) та схвалено ВООЗ посібник для урядів з питань лікування залежності від тютюну. Проведені нами дослідження [Л. М. Маркозова, 2010] встановили, що особи із залежністю до алкоголю на придбання тютюну витрачають приблизно одинадцятую частину від свого загального статку.

Проблема тютюнопаління полягає в тому, що переважна частина населення не сприймає тютюнопаління як проблему взагалі і це підтверджують отримані нами дані: лише 20% обстежених вважають за необхідне не палити або припинити паління. Решта витрачає кошти не стільки на придбання цигарок, скільки на погіршення стану власного здоров'я та здоров'я оточуючих.