

структури усіх форм діагностичної, профілактичної та лікувальної роботи.

VIII. *Синергетична медицина* — нова наукова парадигма, яка розцінює здоров'я людини та якість її буття з позицій цілісності організму, як складної системи, в її внутрішніх функціях і у зв'язку із зовнішнім світом, з урахуванням процесів самоорганізації та саморозвитку. З позицій цієї науки, виникнення нової або змінення функціональних систем (в т. ч. тих, що забезпечують стан хвороби або здоров'я), найчастіше відбувається революційним шляхом — раптово, у вигляді стрибка, через дестабілізацію і хаос, під час яких замінюються так звані атрактори, що складають підґрунтя функціонування той або іншої системи.

IX. *Перинатальна медицина та перинатальна адиктологія* — продукт розвитку наукових уявлень про те, що більшість хвороб людини можна і треба розцінювати з позицій порушень процесів філогенезу та онтогенезу. Зокрема, з нашої точки зору, всі адикції необхідно розглядати як процесуальне явище — дизонтогенез, початок якого закладено ще в період вагітності матері і пологів — у вигляді злоякісного перинатального сліду, а все наступне життя адикта віддзеркалює процес каскадного розвертання (стрибокподібно або повільно-еволюційно) негативних наслідків цієї патології.

Використання нових термінологічних понять, наукових теорій та парадигм в наркології розширює наші уявлення про механізми виникнення та фіксації адиктивних розладів, формує необхідну базу для розроблення систем їх ефективної превенції та терапії

УДК 616.89-008.441.13-071-037:615.214-08

К. А. Артемчук

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

Обґрунтування нових, щадних режимів довгострокового застосування препаратів сенсibiliзуючої дії — «за потребою» в протирецидивній терапії хворих на алкогольну залежність

Епідемія алкогольної залежності (АЗ) в Україні продовжується. При цьому неухильно збільшується кількість осіб з безремійним типом перебігу хвороби, резистентних до терапії (РТАЗ). Загальноновизнаним підходом до цього контингенту є безперервне амбулаторне спостереження, здатне забезпечити належний режим лікування. В ролі медикаментозної складової такого підходу найчастіше виступають інгібітори ацетальдегіддегідрогенази (ІААДГ), які специфічно порушують процес біотрансформації алкоголю в організмі. Разом з цим, термін безперервного щоденного застосування цих засобів, з міркувань безпеки хворих, обмежується одним триместром, що значно менше періоду бажаної фармакотерапевтичної підтримки стану ремісії.

Метою дослідження стало подолання цієї суперечності і підвищення ефективності протиалкогольної терапії шляхом відмови від щоденного прийому ІААДГ на користь їхнього щадного вживання — «за потребою» протягом небезпечних днів: свята, одержання зарплати, стресорні стани.

Комплексно досліджено 180 осіб (чоловіки віком від 20 до 66 років), хворих на РТАЗ (шкала CIWA-Ar, методика TLEB, тест AUDIT, глосарій Чередниченко — Альтшулера та ін.).

Виокремлені три групи порівняння по 60 осіб: III-тя контрольна (де застосували лише психосоціальну під-

тримку — ПСП), I-ша та II-га — де зазначена ПСП сполучалась з призначенням дисульфіраму та ціанаміду, відповідно. Протягом 11—90 доби спостереження в I та II групах відбувався щоденний прийом сенсibiliзуючих засобів, а протягом 91—360 доби — в щадному режимі «за потребою». Встановлено, що використання ІДААГ у будь-якому режимі — постійному або щадному — на тлі ПСП достовірно:

а) підвищує прихильність пацієнтів до лікування (метод Каплана — Мейєра) — відповідно в 3,63 та 4,50 рази більше, ніж в III групі;

б) зменшує потребу в госпіталізації — відповідно, в 2,50 та 2,14 рази менше, ніж в III групі.

Варіабельний режим прийому сенсibiliзуючих препаратів (щоденно протягом 1-го триместру та «за потребою» протягом 2-го — 4-го триместрів) на тлі ПСП забезпечив збереження ефективності та наступності протирецидивної терапії (скорочення кількості «п'яних днів» в 1,88 та 2,05 разів, відповідно у групах I та II).

Водночас, «щадний» режим прийому сенсibiliзуючих засобів забезпечив істотне зменшення частоти небажаних проявів. Так, протягом 2-го — 4-го триместрів лікування жодних достовірних відмінностей між групами порівняння не спостерігалось, в той час як протягом 1-го триместру лікування їх прийом супроводжувався достовірно вищою частотою таких небажаних проявів як астенія, сонливість, головний біль, нудота (в 1,85—4,50 рази, порівняно з III групою).

В усіх трьох групах порівняння неухильно зменшується інтенсивність патологічного потягу до алкоголю (глосарій Чередниченко — Альтшулера), при цьому у пацієнтів, що одержували ціанамід (II група), вона наприкінці 1-го триместру лікування була достовірно меншою, ніж в I-й та III-й групах (в 1,66 та в 1,43 рази, відповідно).

Запропонований спосіб призначення сенсibiliзуючих препаратів у «щадному» режимі дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на РТАЗ.

УДК 616.831-005:616.89-008.19:001.8

Н. Б. Балковоя, Л. А. Лапшина

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

Психоэмоциональные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией

В структуре ЦВЗ в Украине львиная доля принадлежит хроническим нарушениям мозгового кровообращения — дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), причем почти половина всех случаев ДЭ регистрируется у людей трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить психоэмоциональные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией II ст. атеросклеротического и гипертонического генеза.

В исследование были включены 60 пациентов (23 мужчины и 37 женщин) в возрасте от 40 до 65 лет с клинической картиной ДЭ II ст. атеросклеротического и гипертонического генеза.

У всех больных на первое место выступали жалобы неврологического спектра, в связи с чем они обратились на консультацию к невропатологу и были госпитализированы в неврологическое отделение. Большая часть этих пациентов (76,6 %) хотя и предъявляли жалобы на снижение настроения, тревогу, раздражительность, не уделяли этому большого внимания и по поводу депрессии никогда ранее не обследовались и не лечились. Остальные

пациенти (23,4 %) активно жалюбы депресивного спектра не пред'являли, но при прямом вопросу отмечали наличие грусти, пессимизма, исчезновения наслаждений, изменение интереса к окружающим, нарушение сна.

Психопатологическая картина обследованных больных характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений, соматических проявлений. Аффективные расстройства выявлялись у всех обследованных и проявлялись в виде снижения настроения, тревоги, чувства тоски, плаксивости, раздражительности, эмоциональной лабильности. Снижение настроения имело место у 100 % обследованных и, как правило, сопровождалось тревогой (66,6 %). Эмоциональная лабильность выявлялась у 86,6 %. Чувство тоски встречалось значительно реже — у 30 %. Личностные переживания характеризовались снижением уверенности в себе — у 83,3 %, обидчивостью — у 40 %, отсутствием перспектив в будущем — у 26,6 %. На первый план выступали соматовегетативный (83,3 %), астенический (76,6 %) и тревожный (66,6 %) синдромы.

Для оценки выраженности симптомов депрессии использовали шкалы Бека и Гамильтона. По данным опросника Бека показатели выраженности депрессии были в пределах от 11 до 18 и соответствовали уровню легкой (60 %) или умеренной (40 %) депрессии, суммарный средний балл составил 14. По данным шкалы Гамильтона показатели выраженности депрессии были в пределах от 8 до 18 и соответствовали уровню легкой (63,3 %) или умеренной (36,7 %) депрессии, суммарный средний балл составил 15.

При оценке когнитивных функций выявлено, что на первое место выступало нарушение внимания — у 80 %, психическая утомляемость — у 56,6 %, значительно реже встречалось снижение памяти — у 16,6 %.

Таким образом, в клинической картине ДЭ наряду с неврологическими симптомами и синдромами, когнитивными нарушениями важное место занимают психоэмоциональные нарушения, которые осложняют течение основного заболевания и могут привести к прогрессированию как сосудистой мозговой недостаточности, так и нарушений психических функций, развитию деменции. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных нарушений несомненно важна в комплексной терапии этой группы больных.

УДК 547.262-355.257.6:001.8

О. В. Бараненко, Н. М. Лісна

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

Перспективи досліджень наслідків вживання алкоголю серед учасників АТО та постраждалого населення

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, як для системи охорони здоров'я, так і для українського суспільства взагалі. Багатогранність завдань медичної реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напряму клінічної та соціальної медицини. При цьому питання, які має вирішувати медицина, — проблема щонайменше найближчих десятиліть.

Фахівці вважають, що у разі недостатнього лікування з часом післявоєнні симптоми не просто повертаються, а й навіть посилюються. Так, у 1970-х роках у США було

доведено, що у 25 % учасників бойових дій, які не мали каліцтва, згодом загострилися різні психічні та психологічні порушення, а серед поранених і покалічених таких було 42 %, до 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, а від 35 до 45 тис. донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі Сполучені Штати Америки втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій (через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових).

Єдиним шляхом мінімізації подібних наслідків може бути як можна рання і повна мультидисциплінарна комплексна медико-психологічна та реабілітаційна допомога як безпосередньо учасникам АТО, так і особам, що постраждали внаслідок бойових дій. Однією з частин цієї комплексної допомоги повинна бути й наркологічна її складова, в тому числі щодо вживання та зловживання алкоголем.

Звісно, що суспільні кризові ситуації, до яких у першу чергу належать бойові дії, призводять до «спалаху» негативних явищ, в тому числі і зловживання психоактивними речовинами. Підґрунтям цього є бажання постраждалої людини подолати дистрес за рахунок певної адаптивної (транквілізуючої) дії психоактивних речовин. Особливо це стосується алкоголю, як найпоширенішого та легального «рекреаційного наркотику». Але через певний час на перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем та формування залежності, що, у свою чергу, стає додатковим фактором дистресу.

Дослідження, проведені раніше у відділах наркології ДУ ІНПН НАМН, довели наявність особливостей формування та перебігу станів алкогольної залежності на фоні психотравмуючої ситуації, але до цього часу вітчизняна медицина не стикалася із наслідками повномасштабних бойових дій. До того ж, у сучасних умовах, за рахунок необмеженого доступу до Інтернет-простіру, виникає «інформаційна» складова війни, тобто спроби деморалізувати населення, нав'язати йому хибну точку зору. Подібне може спричинити певні стресові розлади навіть у тих, хто не страждає безпосередньо від бойових дій.

Тому ми плануємо провести дослідження, спрямоване на визначення адаптогенних та патогенних ефектів алкоголю в умовах «гібридної війни». Метою дослідження буде розроблення заходів мінімізації шкідливих наслідків вживання алкоголю в учасників АТО та постраждалого населення. Для цього буде проведено ретроспективне комплексне оцінювання алкогольних уподобань; визначення рівня та стилю споживання алкоголю серед даного контингенту осіб; досліджено психопатологічні наслідки психотравмуючої ситуації, якість життя та їх взаємозв'язок із вживанням алкоголю. На ґрунті отриманих даних буде створено адаптивну тактику щодо профілактики шкідливих наслідків вживання алкоголю шляхом корекції рівня та стилю його споживання, а також психофармакологічні, психотерапевтичні та психокорекційні заходи для досягнення даної мети.

УДК:616.895.8-055.2:615.851

В. В. Баскіна

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
**Оптимізація сімейного функціонування жінок
після перенесеного психотичного епізоду**

Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренічного психозу і на соціальну адаптацію хворих на шизофренію — безперечне. При цьому внутрішньо-