

ДИСКРЕТНИЙ МОДУЛЬ ВТОРИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ

Овчаренко М.О., Казакова, С.Є. Пінський Л.Л., Радченко Т.М.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Актуальність проблеми. За останні роки опіоїдна наркоманія стала не тільки медичною, психологічною, а значущою соціальною проблемою України [5, 6, 11].

Зменшення віку початку вживання наркотичних речовин призводить до руйнування психіки молодих людей ще в підлітковому віці [8].

Відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емотивна сфера підлітків, значущий вплив криміногенного оточення і широке поширення депресивних станів серед населення створюють передумови для розповсюдження наркоманії і токсикоманії [3].

Особливо гострою стає проблема високої контагіозності адиктивних розладів та епідемічний характер розповсюдження опіоїдної залежності серед молоді.

Мета роботи. Створення комплексних профілактичних програм, які можуть бути застосовані для роботи з підлітками в кожному регіоні України.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом тем НДР «Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патофизиологічні аспекти, методи лікування і профілактики» (номер держреєстрації 0109U002768), «Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів» (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології» (номер держреєстрації 0108U002113).

Матеріали та методи дослідження.

Протягом 2008 – 2011 років проводилося клінічне обстеження 296 хворих на опіоїдну залежність (ОЗ) (131 чоловік та 11 жінок) віком від 18 до 49 років. При цьому, було виявлено переважання тих чи інших конституційно-типологічних особливостей (КТО), а саме: 103 хворих з переважно демонстративними, 81 – епілептоїдними, 41 – нестійкими, 37 – астеничними, 34 – гіпертичними. Хворі знаходились під спостереженням у Луганському обласному наркологічному диспансері та створеному на його базі центрі надання гепатологічної допомоги. Крім загальноприйнятих обстежень проводилося динамічне визначення патологічний потяг до опіоїдів (ППО) та оцінка його показників за тестом Н. В. Чередніченка – В. Б. Альтшулера (адаптація Д. М. Корошніченко, І. В. Лінського, 2008) [12], вивчався вплив КТО на ступінь вираженості

ППО відповідно до стадії формування ремісії (СФР).

Результати дослідження та їх обговорення. Проблеми профілактики наркоманії потребують аналізу різних аспектів: психолого-педагогічного, соціального, юридичного, медичного [4, 7].

Модуль вторинної профілактики (ПФ) ОЗ складався з прогнозу і попередження рецидивів ОЗ в умовах стаціонарного лікування.

Метою ДМ вторинної МС ПФ ОЗ була розробка індивідуалізованих диференційованих підходів до психофармакотерапії («стрижневий» симптом – ППО, патофизиологічні прояви) та психокорекції (конституційно-типологічні особливості) хворих на ОЗ, а також методів прогнозу розвитку у них ПАС та його усунення для формування стійкої стабільної ремісії ОЗ.

Цільова група цього модулю – хворі на ОЗ на різних стадіях формування ремісії, що знаходились на лікуванні в умовах стаціонара, переважно пацієнти групи ризику рецидиву ОЗ, а саме: жінки, особи з ОЗ віком 22-30 років, пацієнти з тривалістю ОЗ більш ніж 100 місяців та, особливо, хворі на ОЗ коморбідну з ХГС.

Проведене дослідження дозволило виробити конкретні рекомендації щодо лікування хворих на ОЗ з урахуванням необхідності одночасно і послідовно поєднувати принципово різні лікувальні методи, адресовані як до основних патогенетичних механізмів залежності, так і до соматичних і психічних наслідків ОЗ. На рис.1.1 та 1.2 наведені узагальнені відомості щодо виразності ППО і його складових та патофизиологічної симптоматики у хворих на ОЗ як мішенів терапевтичних втручань відповідно до СФР.

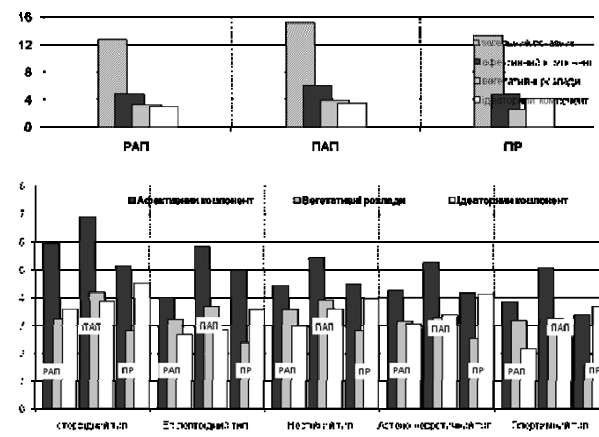


Рис. 1.1 Ступінь виразності патологічного потягу до опіатів та його компонентів у хворих на опіоїдну залежність відповідно до стадій формування ремісії за опитувальником Чередніченка-Альтшулера

Стадії формування ремісії	хворі групи ризику рецидивування ОЗ			
	жінки	особи віком 22-30 років	хворі з тривалістю ОЗ більш ніж 100 місяців	хворі на ОЗ, що коморбідна з ХГС
істеричний тип реагування				
РАП				
ПАП				
ПР				
невротична депресія				
РАП				
ПАП				
ПР				
астенія				
РАП				
ПАП				
ПР				
тривога				
РАП				
ПАП				
ПР				
вегетативні порушення				
РАП				
ПАП				
ПР				

Рис. 1.2 Провідна патопсихологічна симптоматика у хворих на опійну залежність з груп ризику відповідно до стадій формування ремісії за методом Яхіна-Менделевича

Отримані в ході виконання дисертаційного дослідження дані, що схематично відображені на рис. 1.1, 1.2 використовували при терапії хворих на ОЗ. Так, наприклад, враховуючи наведені вище відомості про значну виразність афективного компонента ППО з найбільшими його величинами в ПАП, а також відповідність його коливань за СФР динаміці загального показника ППО, для його купірування пацієнтам призначали нейролептики та антидепресанти відповідно до СФР (див. нижче). В свою чергу, дані щодо збільшення рівню ідеаторного компонента в 1.33 рази від РАП до ПР дозволили визначити час та обсяг психокорекційних заходів у сполученні з психофармакотерапією, а саме: призначення блокатора рецепторів опіатів – антаксона (налтрексона гідрохлорид) на тлі раціональної, сугестивної, когнітивно-біхевіоральної психотерапії (ПТ) переважно у постабстинентний період та в ПР.

Треба відмітити, що виразність афективного компонента ППО, наявність тривоги та субдепресії також являли собою предиктори розвитку ПАС.

Лікування хворих на ОЗ повелили на основі принципів системності, етапності і послідовності, комплексності, диференційованості і індивідуальності, ціннісної орієнтації (зокрема визначення цілей звернення за допомогою та формування мотивації на відмову від опіїдів).

Етапність і послідовність вторинної ПФ ОЗ включали до себе певний порядок заходів, що залежали від динаміки клінічної картини ППО та ПАС, за такими етапами.

I. Фармакотерапія гострих станів (зокрема купірування абстинентного та псевдоабстинентного синдромів) (2-4 тижня):

II. Підтримуюча терапія ОЗ (до 2 міс.):

III. Закріплення ПФ та психокорекційного досвіду (участь у груповій роботі 2 рази на рік по 21 сеансу або за необхідністю).

Заходи I та II етапів полягали у адекватному підборі психофармакологічних засобів разом з щоденною (індивідуальною або груповою) психокорекційною роботою з хворим, згідно стандартів надання наркологічної допомоги хворим, затвер-

джених наказом МОЗ України № 681 від 21.09.2009 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія» [9].

Лікування опіоїдного абстинентного синдрому було комплексним, включало патогенетичну і симптоматичну терапію. Як базисну терапію використовували наступні групи препаратів:

а) агоністи $\alpha 2$ -алдренорецепторів: клофелін в дозах від 0.75 мг до 0.9 мг per os на 3 прийоми впродовж 5-10-14 днів з поступовою відміною;

б) антиконвульсанти: фінлепсін в дозах від 200 до 600-800 мг per os на 3-4 прийоми. Призначення препаратів цієї групи було патогенетично обґрунтованим як в період абстинентних розладів, так і в постабстинентному стані завдяки стійкому нормотимічному і антидепресивному ефектам внаслідок впливу на ГАМК-ергічну систему.

Больовий синдром купіювали призначенням трамала в дозах 400-600 мг в/м на 4 прийоми впродовж перших 3-5 днів, баралгін у дозах 5-10 мл в/м або в/в, анальгін (по 1000-2000 мг на 3-4 прийоми) з додаванням новокаїну (до 100 мг), дексалгін (12.5-25 мг на 2-3 прийоми). Нерідко у поєднанні з трамалом використовували «атиповий» нейролептик сульпірид (у дозах 200-600 мг внутрішньо на 3 прийоми впродовж перших 3-5 днів) через його власну значну знеболювальну дію або еглоніл 2 мл внутрішньом'язово на добу з метою досить ефективного купірування болю, зниження виразності ППО, поліпшення сну.

Для усунення стану відміни опіїдів використовували агоніст-антагоніст опіатів бупренорфін – препарат сповільненої дії (6-8 годин), яка не співпадає з часом його полувиведення з крові. Внутрішньовенне введення 0.3 мг бупренорфіну еквівалентно введенню 10 мг морфіну. Препарат має достатню анальгетичну активність, однак остання, як і здатність пригнічувати дихання, супроводжується характерним для усіх парціальних агоністів «потолочним» ефектом, при якому перевищення визначеної дози не призводить до посилення анальгетичної і респіраторної дії, але бупренорфін здатен знижувати артеріальний тиск і частоту серцевих

скорочень. Застосування в схемах детоксикації бупренорфіну дозволяло уникнути обтяжливих симптомів відміни опіоїдів або звести їх до стерпного мінімуму. Дозу підбирали індивідуально, виходячи з тривалості систематичного прийому та добової дози опіоїдів, вираженості проявів стану відміни (разова доза становила 0,3-1,5 мг в/м, добова доза складала 0,9-4,5 мг), та досягали або повного усунення абстинентних проявів, або зведення їх до мінімуму. Після підбору адекватної дози на протязі 1-2 днів, пацієнти наступні 4—7 днів отримували її, потім на протязі 5-10 днів дозу літично знижували до повної відміни препарату. При першому введенні хворим, що вживали високі дози опіоїдів, бупренорфін діяв як чистий агоніст опіатів. Це явище усували наступними введеннями бупренорфіну.

Для редукції остаточних проявів стану відміни (корекції сну, настрою, поведінки) часто, особливо при зниженні дози бупренорфіну, виникала потреба в додатковому призначенні психотропних засобів, але в значно нижчих дозах, ніж при традиційній психофармакотерапії. При повній відміні бупренорфіну абстинентні прояви були маловиражені, тривали 2-4 дні і досить легко усувалися додатковим призначенням психотропних засобів.

При переважанні в клінічній картині психопатологічної симптоматики (ажитації, гнівливості, брутальності, напруженості, непосидючості), яка супроводжувала усвідомлений потяг до наркотика, призначали аміназин (50-300 мг на 1-3 прийоми впродовж 2-3 діб) в поєднанні з новокаїном, анальгіном, кордіаміном або галоперідол (5-15 мг на добу) як в/м так в деяких випадках в/в. Препаратом вибору був також нейролептик клопиксол-акуфаз 1,0 внутрішньом'язово один раз на дві доби.

При стійких порушеннях сну застосовували тізерцин (до 50 мг впродовж перших 2-3 діб) в поєднанні з кордіаміном, сибазоном (до 20 мг 0,5% розчину).

В деяких випадках використовували схему із застосуванням налоксону гідрохлориду в комбінації з клофеліном.

Редукція психопатологічних порушень, виражених алгічних, соматовегетативних порушень свідчила про закінчення абстинентного синдрому. Це служило підставою для зміни терапевтичної тактики.

На етапі постабстинентних порушень провідне місце в клінічній картині займав виражений в різній ступені ППО. Лікування проводили залежно від його домінуючої симптоматики (депресивних розладів, поведінкових або диссомнічних порушень).

Призначення хворим нейролептиків фенотиазинового (аміназин, тізерцин) і бутирофенонового ряду (галоперідол) в постабстинентному періоді визначалося психопатологічною структурою ППО, та було патогенетично виправданим з урахуванням механізму дії цих препаратів (блокуючий вплив на D₂, D₄ - дофамінергічні рецептори). Дози підбирали індивідуально. Так, для частини хворих доцільним було призначення галоперідолу в дозах 10-20 мг протягом доби на 2-3 прийоми; аміназину до 800 мг протягом доби на 3-4 прийоми; тізерцину 50-200 мг протягом доби на 3 прийоми. Для інших пацієнтів дози цих препаратів були дещо нижчі: галоперідол 3-6 мг протягом доби на 2-3 прийоми;

аміназин 400-600 мг протягом доби на 3-4 прийоми; тізерцин призначався, як правило, при порушеннях сну в дозах до 50 мг на 1-2 прийоми в вечірній і нічний час. За відсутності протипоказань і індивідуальної непереносимості цих ліків застосовували пролонговані форми: галоперідол-деканоат, модітен-депо, клопиксол-депо. Така тактика забезпечувала безперервність терапевтичної дії, що, зрештою, визначало загальну ефективність лікувального процесу. Тривалість застосування нейролептиків була також індивідуальною, не перевищувала 3-4 тижнів з можливим подальшим повторенням протирецидивних курсів [2].

Слід окремо відмітити, що при переважанні в клінічній картині ППО виражених порушень поведінки, в терапевтичну схему включали парентеральне введення (як струминне, так і краплинне) нейролептиків фенотиазинового і бутирофенонового ряду, а саме: аміназин в дозах 50-100 мг (2-4 мл 2,5% розчину), галоперідол в дозах 10-20 мг (2-4 мл 0,5% розчину) в поєднанні з сибазоном або седуксеном - до 20 мг (4 мл 0,5% розчину) і кордіаміном (до 500 мг - 2 мл 25% розчину). Таку процедуру проводили впродовж 2-3 днів з подальшим переводом хворого на таблетовані аналоги.

Для коригування дисбалансу в катехоламіновій системі нейромедіації застосовували нейролептик змішаної дії сульпірид (еглоніл). Встановлена його досить висока ефективність при лікуванні як абстинентного синдрому, так і постабстинентних розладів в обстежених. Препарат призначали в двох лікарських формах: в пігулках по 100 мг і в ампулах по 100 мг в 2 мл розчину. Дози варіювали індивідуально: разова доза в середньому складала 200 мг, добова - від 600 до 1000 мг. При абстинентному синдромі більш доцільним було парентеральне їх введення (впродовж перших 2-3 днів), в період постабстинентних порушень призначали таблетовані форми. Сульпірид, завдяки своїй анксиолітичній і седативній дії, досить ефективно знижував вираженість ППО, який проявлявся дратівливістю, дисфорією, зниженням настрою, тривожністю, емоційною нестійкістю, як в абстинентному синдромі, так і в постабстинентному періоді. В той же час, ізольоване застосування сульпіриду при порушеннях сну, зниженому фоні настрою, а також в хворих на ОЗ за умов високої толерантності до опіоїдів, виявило його замалу ефективність. Зазначене обумовило доцільність комбінованого призначення сульпірида з іншими нейролептиками (аміназином, тізерцином), антиконвульсантами (фінілепсином). При цьому спостерігали достатній рівень купіювання психопатологічної симптоматики, вираженої і в абстинентному, і в постабстинентному періодах.

Досить перспективним напрямом в лікуванні ОЗ було застосування атипового нейролептика азалептину в дозі до 200 мг на добу, яке було обумовлено його регулюючим впливом на дофамінову і серотонінову системи.

У хворих на ОЗ ППО в постабстинентному періоді проявлявся, в основному, депресивний симптоматикою. Особливості клінічної картини визначали як підбір психофармакологічних засобів, так різні форми їх прийому: таблетовані, парентеральні.

Терапевтичну схему з парентеральним введенням амітриптиліну (40-80 мг увечері) застосовува-

ли в постабстинентному стані, тобто, після купіювання гострої психопатологічної, алгічної і сомато-вегетативної симптоматики за умов наявності депресивних розладів з переважанням клінічно вираженої або прихованої тривоги. Тривалість процедури складала 7-10 днів з подальшим переведом хворого на таблетовані аналоги з урахуванням фармакокінетики препарату. Вже після перших інфузій відзначали поліпшення стану, який виражався в зниженні відчуття тривоги, дратівливості, внутрішньої напруженості, поліпшенні настрою, нормалізації і поглибленні сну. Разом з цим досягали редукції і вегетативних порушень.

При переважанні в клініці ППО тужливого афекту, вираженої млявості, слабкості, апатичності кращий терапевтичний ефект спостерігали при інфузійному введенні меліпраміну, з плавним нарощуванням доз від 150 мг до 275 мг впродовж 8-12 днів, як правило, також ввечері. Терапевтичну ефективність спостерігали вже після перших інфузій у вигляді суб'єктивного поліпшення загального стану, стабілізації фону настрою, нормалізації ритму сон-неспаня. Слід зазначити, що інфузійне застосування меліпраміну було ефективне і при ППО, що супроводжувалося тривожними станами. Проте в цьому випадку було доцільне включення в терапевтичну програму транквілізаторів (розчин сибазону або феназепаму в дозі до 20 мг) і дотримання плавного нарощування доз.

Ефективним у пацієнтів з ППО, що клінічно проявлявся бурхливими афективними розладами, було застосування комбінації нейролептика мелперону з антидепресантом міртастатіном. Міртастатин призначали по 30-45 мг ввечері одноразово, мелперон – протягом доби (вранці і вдень по 15-20 мг, ввечері 25-30 мг). При цьому відмічали швидку редукцію афективних розладів та нормалізацію сну (завдяки міртастатину).

Патогенетично обґрунтованим було включення в терапевтичні програми антидепресантів інших груп. Найчастіше призначали препарат чотирьохциклічної структури міансерін, який застосовували в постабстинентному стані в поєднанні з іншими психофармакологічними засобами. Показаннями для його призначення було переважання в клінічній картині розладів депресивного спектру: пригніченого настрою, почуття внутрішньої напруженості, тривожності, деякої дратівливості, порушеннями сну, зниженням інтересу до звичної діяльності. Добова доза складала 60-90 мг. Вже на 3-5 день лікування відмічали купіювання ППО, що проявлялося в зниженні тривожності, дратівливості, поліпшенні якості сну. Вегетостабілізуючий ефект цього препарату також був досить вираженим: впродовж 3 днів лікування досягали усунення таких симптомів як гіпергідроз долонь, сухість шкірних покривів, тахікардія. Міансерін добре переносився хворими, побічні ефекти і ускладнення були відсутні.

Хворим на ОЗ з клінічними проявами ППО у вигляді атипової депресивної симптоматики з ангедонією, енергією, що поєднувались з періодичними нападами тривоги або дисфорії, призначали антидепресанти тетрациклічної структури (міансерін), серотонінергічної структури (золот, ципралекс, пароксетин, флуоксетин) через малу ефективність класичних антидепресантів. Досить швидкий терапевтичний ефект, помітна редукція депре-

сивних розладів і стабілізація вегетативного тону, невираженість побічних ефектів антидепресантів нового покоління дозволяли широко використовувати їх як в стаціонарній, так і в амбулаторній практиці в диференційованих групах хворих.

Слід окремо відмітити, що терапія антидепресантами була тривалою, не менше 4-6 тижнів з дотриманням правил відміни.

У терапевтичних програмах широко використовували блокатори рецепторів опіатів – антаксон (налтрексона гідрохлорид). Антаксон є чистим антагоністом рецепторів опіатів, його механізм дії пов'язаний з блокадою екзогенно введених опіатів за допомогою конкурентного зв'язування їх рецепторів. Препарати цієї групи не мають більше ніяких інших ефектів, не викликають фізичної і психічної залежності, а також не купіюють ППО. Необхідність використання антагоністів при опіоїдній залежності визначалася необхідністю блокування ефектів, що викликаються наркотиками (зокрема ейфорії), тобто відпочують від гонитви за ними і, таким чином, нівелюють умови, які сприяють звиканню до наркотика. Призначення антаксону починали в постабстинентному стані, після купіювання гострої симптоматики, як правило, не раніше, ніж після 10 дня лікування. Заздалегідь кожен хворий проходив провокаційну пробу з підшкірним введенням Sol. Naloxoni - 2.0. Препарат призначали в капсулах по 50 мг впродовж першого тижня щодня. Надалі використовували наступну схему: понеділок - 100 мг; середа - 100 мг; п'ятниця - 150 мг. Тижнева доза препарату складала 350 мг при тривалості лікування 90 днів. Антаксон призначали на тлі сукупної терапії нейролептиками, антидепресантами, антиконвульсантами. Одночасне застосування цих препаратів було обумовлене необхідністю купіювання ППО, який проявлявся депресивною симптоматикою, психопатологічною поведінкою, порушеннями сну, вегетативною дисфункцією.

Необхідно відмітити, що застосовані терапевтичні програми відносно успішно реалізувались тільки за умови високої мотивації пацієнта на лікування, відмови від вживання наркотиків, стабільної установки на тривале лікування, а також корекції ППО відповідно до конституційно-типологічних особливостей. На основі даних патопсихологічного дослідження для кожного хворого на ОЗ формували психокорекційну програму, що включала до себе: індивідуальну, групову терапію, зокрема групові тренінги (робота з емоціями, міжособистісними стосунками, вправи щодо формування навичок пристосування до повсякденного життя з використанням технік особистісно-орієнтованої (деконструктивна), екзистенціальної ПТ, гештальт-терапії, психодрами, НЛП тощо).

Психокорекцію ППО здійснювали комплексно та на різних рівнях психічної діяльності, а саме: ідеаторний (когнітивний) рівень – подолання анозогнозії, рівень самопізнання – вплив на самооцінку та самоповагу, емоційний рівень – усунення афективних порушень, поведінковий – зміна образу життя та вплив на оточення пацієнта, мотиваційний – створення та закріплення мотивів, що альтернативні в відношенні ППО.

Напрямами психокорекційного впливу з урахуванням конституційно-типологічних особливостей хворих на ОЗ були наступними:

– активна та цілеспрямована підтримка відмови від вживання опіатів;

– формування правильного відношення хворого на ОЗ та його родичів до НЗ та особливостей особистості пацієнта:

– допомога у подоланні ППО та індивідуально важких ситуацій, що сприяли (ють) вживанню наркотика:

– оптимізація міжособистісних відносин;

– підвищення рівнів соціальної та трудової адаптації.

Загальна схема поетапної психопрофілактичної та психокорекційної роботи з хворими на ОЗ була наступною.

а) Підготовчий етап включав до себе:

– настанову на співпрацю, формування позитивного відношення до лікаря, формування оптимістичної перспективи внаслідок терапії – раціональна ПТ (Сократівський діалог, переконання, пояснення, роз'яснення, переорієнтація, психогіка):

– вироблення мотивації на проведення психопрофілактичних та психокорекційних заходів, здатності до самоаналізу психосоціального стану – психодіагностика (мотивація на самопізнання):

– дезактуалізацію значущих переживань (тривоги, емоційного, вегетативного дискомфорту тощо) – гіпноугестивна психотерапія та пролонгований сон-гіпноз або сполучення психогієнічного комплексу з гетеросугестією при резистентності до гіпнозу. Пряма сугестія для зниження/підвищення концентрації уваги на внутрішніх та зовнішніх стимулах:

– роботу з емоційною (зниження тривоги) сферою – раціональна ПТ (Сократівський діалог), НЛП («Переінтерпретація симптомів тривоги»), навіювання та самонавіювання («Налаштування на відповідний емоційний стан», «Приємні явища»).

б) Етап безпосередньої психокорекції полягав у:

– роботі з ефекторно-вольовою сферою (впевненість у собі, самовладання) – аутогенне тренування з мисленою переробкою ситуації, «Репетиція», дихальні вправи, м'язова релаксація за Джекобсоном:

– самоспостереженні свого емоційного стану, релаксації, зняття внутрішньої напруги – самонавіювання та аутогенне тренування (аутогенне тренування за Шultzем, прогресуюча м'язова релаксація Джекобсона), сугестивна терапія (гіпноз-відпочинок), КБТ:

– розвитку самоконтролю емоцій та поведінки (формування навичок самоорганізації та впорядкування власного життя) – групова ПТ («Використання ролі», «Контроль голосу та жестів», «Посмішка»); нейропсихологічна метафора «Центр керування контролем»; техніка заміщення, «Перерозподіл уваги»);

– виявленні ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними – НЛП («Переформулювання завдання», «Доведення до абсурду»), когнітивна ПТ Бека;

– формуванні адекватної самооцінки, реалістичного світосприйняття, розвитку самосвідомості – раціональна, екзистенціальна ПТ, КБТ;

– поступовій перебудові системи цінностей пацієнта, усвідомлення та реконструкція особистісних відношень – раціональна (Сократівський ді-

лог), особистісно-орієнтована, сімейна ПТ, психодрама, лекції, співбесіди-роздуми;

– розвитку емпатії та компромісів у спілкуванні – групові співбесіди-роздуми;

в) На етапі підтримуючої терапії здійснювали:

– підтримку навичок запобігання конфліктних ситуацій, напруги у міжособистісних стосунках, від'ємних стереотипів поведінки, залежної поведінки – раціональна (Сократівський діалог), роз'яснювальна, опосередкована ПТ, лекції, співбесіди-роздуми:

– рефлексію, підвищення рівнів психічної, соціально-трудова адаптації – навчання пацієнта по спеціально підбраному для нього комплексу психотерапевтичних прийомів.

Групову роботу доцільно проводити у напівзакритих групах, 2 рази на тиждень, кожен пацієнт повинен взяти участь у 21 груповому занятті (III етап вторинної ПФ).

Слід відмітити, що необхідний ступінь інтенсивності психокорекції ППО, а також її форм і методів був різною у хворих на ОЗ відповідно до їх конституційно-типологічних особливостей. Так, при комплексному застосування психофармакотерапії та психокорекції з метою усунення феномену ППО ефективність лікування пацієнтів з епілептоїдним, гіпертичним та астено-невротичним типами особистості була найвищою переважно за рахунок психофармакотерапії, з нестійким – заходів обмеження, а з істеричним – психокорекційних заходів. Стиль взаємодії з лікарем залежав від конституційно-типологічних особливостей хворих на ОЗ, а саме: спокійного, поважливого відношення вимагали пацієнти епілептоїдного та гіпертичного типів, директивного – нестійкого, підвищеної уваги – істеричного, м'якого, співчутливого – астено-невротичного типу. Серед методів психокорекційних втручань раціональна ПТ, КБТ набували найбільшого значення для нівелювання ППО у пацієнтів з епілептоїдним, гіпертичним типами особистості, гіпноугестивна, екзистенціальна, НЛП – з істеричним та астено-невротичним типами, сімейна терапія, опосередкована ПТ – з нестійким.

Застосування розроблених нами заходів у структурі ДМ вторинної ПФ дозволило досягти редукції ППО в 80 % випадках, усунення симптоматики ПАС в 65 % осіб та за результатами катamnестичного спостереження стійку ремісію ОЗ тривалістю 3 міс. спостерігали у 50 % хворих, а 12 міс. – у 15 % пацієнтів.

Висновки:

1. Виходячи з того, що в структурі депресивних і поведінкових розладів у хворих на опіоїдну залежність відбивається виражений в різній ступені патологічний потяг до наркотика, найбільш доцільним є комбіноване застосування різних груп препаратів: нейролептиків, антидепресантів, антиконвульсантів, блокаторів рецепторів опіатів. В свою чергу, через те, що в клініці як абстинентного синдрому, так і постабстинентного стану на перше місце виходять важкі психопатологічні порушення: тривога, дисфорія, депресивні розлади, порушення сну і поведінки, затяжна редукція астенічного симптомокомплексу, – в їх лікуванні провідного значення набувають нейролептики і антидепресанти нових поколінь з потужним седативним, анксиолітичним, антидепресивним і стимулюючим ефектами [2].

2. Важливою складовою вторинної профілактики опіоїдної залежності є застосування психокорекції в поєднанні з психофармакотерапією. Її напрямками (з урахуванням конституційно-типологічних особливостей хворих на ОЗ) є активна та цілеспрямована підтримка відмови від вживання опіатів; формування правильного відношення хворого на ОЗ та його родичів до НЗ та особливостей особистості пацієнта; допомога в подоланні ППО та індивідуально важких ситуацій, що сприяють вживанню наркотика; оптимізація міжособистісних відносин; підвищення рівнів соціальної та трудової адаптації.

3. Серед методів психокорекційних втручань в залежності від конституційно-типологічних особливостей пацієнтів з опіоїдної залежністю най-

більш ефективними для редукції патологічного потягу до опіатів у осіб з епілептоїдним, гіпертичним типами особистості є раціональна, когнітивно-біхевіоральна психотерапія, з істеричним та астено-невротичним типами – гіпнозгестивна, екзистенціальна, НЛП, а з нестійким – сімейна, опосередкована психотерапія.

4. Оцінка ефективності розроблених нами заходів в структурі дискретного модуля вторинної профілактики опіоїдної залежності показала наявність редукції патологічного потягу до опіатів у 80 % випадках, усунення симптоматики псевдоабстинентного синдрому в 65 % осіб, а за результатами катamnестичного спостереження стійку ремісію ОЗ тривалістю 3 міс. спостерігали у 50 % хворих, а 12 міс. – у 15% пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. International Standards on Drug Use Prevention // United Nations Office on Drug and Crime, Drug use prevention, treatment and care, Prevention standards. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: 2-е изд. / Авруцкий Г.Я., Недува А.А. – М.: Медицина. – 1998. – 528 с.
3. Битенский В.С. Современные аспекты патогенеза психических и наркологических заболеваний / В.С. Битенский, Э.В. Мельник // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 3. – С. 20-23.
4. Бовть О.Б. Исследование и коррекция социально-психологических и индивидуально-личностных характеристик младших школьников, коррелирующих с их агрессивностью/ О.Б. Бовть// Практ. психология та соц. робота.– 2002.– № 2.– С. 4 – 9.
5. Волошин П.В. / Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / Волошин П.В., Мінко А.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д.// Український вісник психоневрології. – 2001.- Том 9.- Вип.3 (28). – С. 7-10.
6. Лінський І.В. / Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиомании в Украине в период с 1981 по 1998 г.г. / И.В. Линский // Таврический

журнал психиатрии. – 1999. – Т.3, №4.- С. 77 – 84.

7. Максимова Н.Ю. Психологичні фактори залежності неповнолітніх від алкоголю і наркотиків та засоби його попередження: автореф. дис. д-ра психол. наук, спец. 19.00.07 «наркологія» / Н.Ю. Максимова. – К., 1998. – 47.
8. Мінко А.И. Наркология / А.И. Минко, И.В. Линский. – М.: Эксмо, 2004. – 2-е изд., испр и доп., 736с.
9. Наказ МОЗ України № 681 від 21.09.2009 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія». Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090921_681.html.
10. Овчаренко М.О. / Концепція первинної профілактики наркоманії серед підлітків промислового регіону Донбасу / М.О. Овчаренко // Український вісник психоневрології. – 2002. - Том. 10, вип. 1 (30) (додаток), - С. 264.
11. Сосин И.К. Наркология / Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
12. Чередниченко Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулер // Вопросы наркологии : научно-практический журнал. – 2008. – № 2. – С. 74-78.
13. Шабанов П.Д., Шгакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Под ред. А. Я. Гриненко. - Серия « Мир медицины» . - СПб.: Изд-во « Лань », 2000. - С. 368.

Овчаренко М.О., Казакова, С.С. Пінський Л.Л., Радченко Т.М. Дискретний модуль вторинної медико-соціальної профілактики опіоїдної залежності та оцінка його ефективності // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 54-59.

У роботі обґрунтовані основні принципи дискретного модуля вторинної медико-соціальної профілактики опіоїдної залежності серед підлітків промислового регіону України, проведена оцінка його ефективності відповідно до основних складових компонентів патологічного потягу до опіоїдів.

Ключові слова: опіоїда залежність, патологічний потяг, психокорекція, ремісія.

Овчаренко Н.А., Казакова С.Е., Пинский Л.Л., Радченко Т.Н. Дискретный модуль вторичной медико-социальной профилактики опиоидной зависимости и оценка его эффективности // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 54-59.

В работе обоснованы основные принципы модуля дискретного вторичной медико-социальной профилактики опиоидной зависимости среди подростков промышленного региона Украины, проведена оценка его эффективности в соответствии с основных составляющих компонентов патологического влечения к опиоидам.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, патологическое влечение, психокоррекция, ремиссия.

Ovcharenko M.O., Kazakova S.E., Pinskiy L.L., Radchenko T.M. Discrete module of the secondary medical and social prevention of opioid dependence and the assessment of its efficiency // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 54-59.

In work the basic principles of the discrete module secondary medico-social prevention of opioid dependence among teenagers of the industrial region of Ukraine are proved, the assessment of its efficiency according to the main components of a pathological inclination to opioids is carried out.

Key words: opioid dependence, pathological inclination, psychocorrection, remission.

Надійшла 11.09.2012 р.
Рецензент: проф. Т.В.Мироненко