

(зокрема алкогольних психозів), та на період проведення судово-психіатричної експертизи повністю вийшли із психозу. Такий підхід на сьогодні до розгляду гострих алкогольних психозів базується лише на юридичній площині (психічний стан хворого у конкретний момент часу вчинення СНД) та надання їм нозологічної самостійності.

З медичної точки зору такі розлади психічної діяльності, як гострі алкогольні психози, не є самостійними нозологічними формами, а лише одним із клінічних (з можливим рецидивуванням) проявів перебігу алкоголізму, а вихід із психозу не означає одужання від основного захворювання (алкоголізму), а отже, і не усуває потенційної суспільної небезпеки таких осіб. Тим більше, що перебіг алкоголізму з виникненням алкогольних психозів, їх рецидивуванням є недоброякісним і не виключає вчинення ними повторних СНД під час розвитку повторних алкогольних психозів.

Безперечно, що обсяг лікувально-реабілітаційних програм цих хворих має включати медикаментозне лікування, психолого-корекційну роботу та соціальну з метою можливості їх подальшої позитивної соціальної адаптації.

УДК: 616.89-008/340.913

### ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ТА ДОСТАТНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ХВОРИМ З АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

*В. І. Мельник<sup>1</sup>, А. В. Мельник<sup>1</sup>, А. М. Кушнір<sup>2</sup>, І. К. Львіна<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ; <sup>2</sup> Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом, м. Дніпропетровськ

*Ключові слова:* алкогольні психози, суспільно небезпечні дії, примусові заходи медичного характеру

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) — це міра державного примусу у вигляді різних лікувально-реабілітаційних програм, які призначаються судом з метою попередження вчинення цими особами нових суспільно небезпечних дій (СНД) (ст. 92 КК України). Як виходить із результатів аналізу психічного стану хворих (75) з гострими алкогольними психозами, які перебувають у психіатричній лікарні з суворим наглядом тривалий час, у більшості з них (з часу надходження до лікарні) психотичних розладів не було. Найвні у них емоційно-вольові розлади були не психотичного рівня, а обумовлювались як головним психогенним чинником (скоєння СНД), так і тією ситуацією, у якій вони опинились. Доволі часто своєчасно подані клопотання представником психіатричного закладу до суду щодо зміни ПЗМХ судом не задовольнялись. Без сумніву, що на рішення суду в основному впливав характер (тяжкість) вчиненого СНД. Така пересторога суддів певним чином перебирає на себе обов'язки, компетентність лікарської комісії щодо оцінки психічного стану хворого, а отже і його суспільної небезпеки. Це невіправдано обумовлює подовження терміну перебування таких хворих в умовах суворого нагляду, чималі фінансові затрати на їх утримання та, за рахунок тривалого перебування хворих за межами нормального соціального середовища, знижує можливість їх адекватної соціальної адаптації після виписки із психіатричного закладу.

УДК 616-08-547.262:614.273

### КУПИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ТОПИЛЕПСИНОМ

*А. И. Минко, С. Д. Чугай*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков*

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость, антиконвульсанты, влечение к алкоголю

Цель работы — изучить терапевтическую эффективность антиконвульсанта топирамата (топирамат) при купировании патологического влечения к алкоголю (ПВА) в структуре

синдрома его отмены, постабстинентном состоянии и в период формирования ремиссии. Обследовано и пролечено 45 мужчин с синдромом алкогольной зависимости. Возраст больных составил от 16 до 40 лет, средний возраст  $(24,47 \pm 1,60)$  года. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет, средняя длительность  $(5,40 \pm 1,18)$  года. Начало алкоголизации происходило в возрасте от 15 до 36 лет. Средний возраст начала злоупотребления составил  $(19,13 \pm 1,48)$  лет.

Оценку выраженности синдрома отмены алкоголя проводили с помощью шкалы CIWA-ar. У больных отмечался гипергидроз, тремор, колебания артериального давления, тахикардия, расстройство сна, тревога. Выраженность ПВА оценивали по шкале Н. В. Чередниченко — В. В. Альтшюлера.

Топилепсин (топирамат) назначали в виде единственного патогенетического средства в комплексной терапии синдрома отмены алкоголя (натрия тиосульфат, пирасетам, витамин В<sub>1</sub>, пирогенал) с первого дня лечения. При выраженности синдрома отмены более 40 баллов дополнительно назначали бензодиазепины, а инфузионная дезинтоксикационная терапия длилась на 2—3 дня дольше обычного. Доза топилепсина составляла 50 мг в сутки в один вечерний прием. С 10-го дня проводили монотерапию топилепсином в той же дозировке. Обследование проводили в 1, 3, 7, 14 и 30-й дни лечения.

При первом исследовании отмечалась наибольшая выраженность таких симптомов как гипергидроз, тремор, тревога, тошнота, головная боль. При повторных исследованиях отмечалось статистически достоверное уменьшение выраженности указанных проявлений синдрома отмены. Оказалось также, что чем больше выраженность тошноты, тремора, гипергидроза и тревоги до начала лечения, тем меньше тактильных, зрительных и слуховых расстройств отмечается в динамике исследования. Кроме того, интересен факт нарастания коррелятивности симптомов от первого к третьему исследованию.

Наибольшая выраженность ПВА до лечения проявлялась аффективными  $(9,4 \pm 0,34)$  балла) и вегетативными  $(6,53 \pm 0,13)$  балла) составляющими, а именно — субдепрессией, тревогой, дисфорией, алкогольными сновидениями, отсутствием аппетита. Идеаторный компонент, выражающий прежде всего степень анозогнозии, составил  $5,13 \pm 0,34$  балла. Через 3 дня применения топилепсина имело место достоверное снижение уровня тревоги и дисфории, улучшение сна, более критичное отношение к алкогольным сновидениям, что сопровождалось появлением адекватной оценки проводимого лечения. На 7-й день исследования достоверно нормализовались настроение и сон, снизилась тревога.

Исследование в постабстинентном состоянии (14-й день) и в период формирования терапевтической ремиссии (30-й день) подтвердили стабильность психофизиологического состояния пациентов, практическое отсутствие субъективных и объективных проявлений ПВА, факт воздержания от употребления алкоголя.

Применение топилепсина у 2-х больных сопровождалось головокружением и нарушением координации. Один больной выбыл из исследования на 20-й день вследствие возобновления употребления алкоголя и отказа от дальнейшего лечения.

УДК 616.89-008.441.13-072.87-036.8

### ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

*О. О. Мінко*

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН України», м. Харків*

*Ключові слова:* опіоїди, маркери, психодіагностика

Мета дослідження — встановити діагностичне значення психопатологічних проявів та психологічних особливостей у осіб з залежністю від опіоїдів.