

тривогою; для хворих із патологічними МВА — «патологічна складова» у змісті має незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, уникнення проблем.

В цілому особистісні риси у хворих мають «переддиспозиційну» основу без досягнення патологічного рівня, «перехідну» із формуванням акцентуації та патології та «патологічну» із вираженими патологічними рисами особистості. Загальним між тяжкістю клінічної картини АЗ та наявністю психологічної переддиспозиції є спадковість у матері та батька, вік дебюту АЗ менш 20 р., стаж вживання алкоголю більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна доза у межах 1001—1250 мл.

Ми вважаємо, що для розробки комплексних лікувальних заходів із врахуванням як медикаментозної терапії так й психотерапії, необхідно обов'язково отримувати весь спектр об'єктивної інформації щодо життя хворого. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати не лише існуючі проблеми у пацієнтів, а на наш погляд, що є більш важливим, — встановити потребу та необхідний рівень корекції при інтегративній психотерапії.

УДК 616.89-008.441.13-036.22(477)

КОГОРТНЕ ПОПУЛЯЦІЙНО-ГЕНЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

О. С. Самойлова

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

Ключові слова: стани залежності, популяційно-генетичне дослідження

Метою цієї роботи є вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, ігроманії тощо), механізмів їх реалізації під впливом зовнішнього середовища та для розробки нових підходів щодо профілактики терапії.

Такі дані можуть бути одержані лише шляхом лонгitudінальних (багаторічних) когортних досліджень сімей із проявами залежностей, що свого часу виконав серед родин шахтарів засновник сучасної доказової медицини А. L. Cochrane.

Протягом першого півріччя 2010 р. було обстежено 220 хворих (чоловіків) з різними видами наркотичної залежності у віці від 18 до 46 років.

Досліджували: родинний анамнез, поточний адиктивний статус та показник якості життя.

Побудову моделі успадкування буде зроблено на підставі розподілу патологічних особливостей (станів залежності різного походження), що вивчаються у поколіннях родичів пробандів.

Визначення впливу генетичної обтяженості на клінічний перебіг захворювання буде проводитись шляхом відстеження динаміки клінічних проявів залежності протягом тривалого терміну (щонайменше 10—15 років) спостереження за контингентом.

Набір первинного матеріалу триває.

УДК 616.895.4-071-08:615.214

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

О. В. Скринник, О. С. Серікова

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

Ключові слова: біполярний афективний розлад, зловживання алкоголем, особливості перебігу

Як показали епідеміологічні дослідження, 46,2 % пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) зловживають алкоголем (R. C. Kessler, 1997). Вживання алкоголю значно погіршує перебіг БАР, знижуючи ефективність традиційних схем терапії.

Метою нашого дослідження стало комплексне вивчення особливостей перебігу БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

Було досліджено 98 історій хвороб 52 пацієнтів з БАР. Вони були поділені на 2 групи: основна — 27 хворих з БАР, що зловживали алкоголем, група зіставлення — 25 хворих з БАР, які не вживали алкоголь. Середній вік — $39,4 \pm 12,6$ років. Середня тривалість захворювання $11,3 \pm 4,7$ років. Під час дослідження аналізували особливості перебігу, частота та тривалість фаз.

Під час оцінювання перебігу БАР було виявлено, що середня кількість перенесених епізодів складала в основній групі $9,2 \pm 6,8$, а в групі зіставлення — $7,8 \pm 4,2$ ($p > 0,05$). Середня частота фаз на протязі року — $0,7 \pm 0,4$ в основній групі, та $0,9 \pm 0,6$ ($p > 0,05$) у групі зіставлення. У пацієнтів основної групи частіше спостерігалися маніакальні епізоди ($8,6 \pm 3,4$ фази), ніж в групі порівняння — $3,5 \pm 2,5$ фази, ($p > 0,05$). Депресивна фаза частіше була у хворих, що не зловживають алкоголем — ($3,0 \pm 2,53$) фази в основній групі та ($5,5 \pm 3,3$) — у групі зіставлення, ($p > 0,05$).

Результати дослідження свідчать про більш несприятливий перебіг БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

УДК 616.89-008.441.13-08-06

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет (Республика Беларусь)

Ключевые слова: алкогольная зависимость, лечение, ремиссия, рецидивоопасные клинические состояния

Современная парадигма лечения алкогольной зависимости, основанная на закономерности процессуального течения данного заболевания с невозможностью биологического излечения, предполагает необходимость соблюдения пациентами режима абсолютной трезвости, получившего определение «ремиссия», под которой подразумевается не всякое воздержание от употребления алкоголя, а только сопровождаемое ослаблением признаков болезни. Поэтому, сохраняющиеся, или вновь возникающие в ремиссии, ассоциированные с алкогольной зависимостью симптомы (влечение к алкоголю, алкогольная депрессия, псевдоабстинентный синдром и другие), ранее определенные нами как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС), ставят под сомнение сохранение ремиссии, являются факторами высокого риска рецидива алкогольной зависимости.

Целью исследования явилось создание способа прогнозирования устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости и разработка практических рекомендаций по лечению больных.

500 пациентов (средний возраст $39,4 \pm 6,2$ года) с алкогольной зависимостью (шифр по МКБ-10 F 10.2), по собственному желанию разделившиеся на две группы сравнения, в течение года наблюдения исследованы клиническим, патофизиологическим и статистическим методами. В первую группу вошли 450 пациентов, прошедших курс противоалкогольного лечения с использованием системного подхода с интегральной психотерапией, во вторую группу были включены 50 случаев формирования ремиссии после традиционного курса противоалкогольного лечения, завершеного сеансом опосредованной, ятрогенно ориентированной (на внушенном страхе перед употреблением алкоголя на фоне действия запрета) психотерапии.

Установлено, что клинически выраженные РОКС с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) из 500 пациентов первой группы наблюдались у 81 (16,2 %), а из 50 пациентов второй группы — у 24 (48 %) ($p = 0,0003$). На этапе полной ремиссии (после 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) клинически

выраженные РОКС с рецидивом заболевания из 500 пациентов первой группы наблюдались у 56 (11,2 %), а из 50 пациентов второй группы — у 7 (14 %) ($p > 0,05$).

Рецидивоопасные клинические состояния на этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) являются индикаторами качества оказания помощи пациентам с алкогольной зависимостью. Воздержание от алкоголя из-за страха за свое здоровье, в случае употребления алкоголя на фоне действия внушенного запрета при ятрогенно ориентированных методах, приводит к формированию преимущественно субкомпенсированных ремиссий с сохранением у многих пациентов клинических признаков алкогольной зависимости в виде рецидивоопасных клинических состояний. Только комплексное лечение с интегральной психотерапией, объединяющее многочисленные и многоуровневые терапевтические факторы (биологические, психологические и социальные) и активность самого пациента в преодолении его зависимости от алкоголя позволяют существенно повысить эффективность лечения алкоголизма по длительности и качеству ремиссии.

УДК 616.89-008.441.3

О НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УКРАИНЕ

И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: алкоголь, наркотики, новые виды зависимости

Наркологическая ситуация в Украине на протяжении последних 20 лет остается стабильно напряженной. По данным статистики, количество пациентов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, достигает 1 млн человек. В структуре зависимости от психоактивных веществ алкогольная патология продолжает оставаться доминирующей, суммарное потребление алкоголя в Украине достигло 11—12 литров абсолютного алкоголя в год на душу населения, происходит перманентный рост числа алкогольных психозов, что свидетельствует о более высокой фактической распространенности алкоголизма. Синдром алкогольной зависимости становится все более коморбидным с энцефалопатией, кардиомиопатией, полиневропатией, гепатитом, циррозом печени, гастритом, панкреатитом, эпилепсией и др. Изменилась структура потребления алкогольных напитков, по объему розничного товарооборота водка и коньяк начинают динамично уступать пиву, что внесло видоизменения в нозологическую структуру зависимости (констатация пивного алкоголизма). Наметилась повсеместная тенденция формирования алкоголизма в молодом возрасте, у лиц женского пола, у пожилых, участились атипичные формы алкогольного опьянения у лиц без проблем зависимости.

В структуре наркотизма спектр химических субстанций, потребляемых наркозависимыми, имеет совершенно отчетливую динамику постоянного обновления. Реалии современной наркологии таковы, что любой новый наркотизм обладает способностью «самоклонироваться» и молниеносно эволюционировать от локальных экзотических эпизодов до масштабов национального бедствия. Таких фактов обвальная наркотизации было предостаточно, что наглядно демонстрируется на модели препаратов «трамадол», «эффект», «трайфед», «зопиклон», «спазмолекс», «кодтерпин», «коаксил» и др. Отмечается постоянный рост контингента «аптечных» наркопотребителей. Особенно эти процессы обостряются в условиях необходимости правового урегулирования доступа к наркотическим веществам, что и происходит в настоящее время. Появление в наркогенном поле лекарственных препаратов, вызывающих зависимость, потенциально способно привести к пока еще неизвестным в клинической наркологии токсическим последствиям. Реальной проблемой является рост ингаляционных форм токсикоманий, курения шалфея, курительных смесей

(искусственные каннабиноиды), расширяется распространение «рекреационных» и «клубных» наркопотребителей, которые избирательно поражают детско-подростковую популяцию и приводят к формированию тяжелых наркоассоциированных расстройств, интеллектуально-мнестических и церебральных дисфункций. Приобрела масштабный характер постоянная ротация психоактивных веществ в среде зависимых, повсеместно отмечен феномен молниеносного становления перекрестной толерантности, повышения сочтаных разовых и суточных доз приема токсикантов.

Следующей особенностью является рост нехимических видов зависимости (азартные игры, Интернет- и ПК-аддикция), а патологическое влечение отмечается во всех возрастных группах, превращаясь в гемблинг-эпидемию. Проблема гемблинга приводит к формированию тяжелых психопатологических феноменов депрессивного, астенического, обсессивно-компульсивного, паранойяльного и фобического спектра, брутальной трансформации личностных черт.

Проводимый мониторинг наркологической ситуации в Украине учитывается при построении инновационных лечебно-профилактических программ и внедрения механизмов их оценки.

УДК 616.89-008.441.13-08:615.214

ИННОВАЦИОННЫЙ ВАРИАНТ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ю. Ф. Чуев

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: болевой синдром, синдром отмены опиоидов, препараты нефопам, дексалгин

В целях эффективного экстресс-купирования болевого синдрома опиоидного генеза нами разработана и апробирована адыювантная лечебная комбинация, состоящая из двух препаратов — нефопам и дексалгин. Основой для проведения данного исследования стала научная гипотеза о синергическом, взаимнопотенцирующем действии нестероидных противовоспалительных препаратов и ненаркотических анальгетиков центрального действия. Целью стало изучение влияния данной противоболевой комбинации на алгические расстройства в клинике опиоидного абстинентного синдрома (героин, опий-сырец, метадон).

Нефопам является сильным и быстродействующим ненаркотическим анальгетиком. Препарат дексалгин представляет собой нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП).

В исследовании были включены 18 пациентов: 9 больных с героиновой зависимостью, 6 — с зависимостью от опия-сырца, 3 — с зависимостью от метадона. Все мужчины, в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст — $22,8 \pm 2,6$). Диагностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10. У всех больных была сформирована зависимость от опиоидов, длительность заболевания варьировала от 0,5 до 6 лет. Степень тяжести ОАС была квалифицирована как средняя у 14 и как тяжелая у — 4 больных. Лечение абстинентного синдрома было комплексным, включало: инфузионную терапию с применением детоксиканта реамберина, антиконвульсанты, агонисты α -2-адренорецепторов (клофелин), при выраженном влечении к наркотику, психомоторном возбуждении назначали клопиксол и rispлет, при расстройствах сна — анданте, лексон, тизерцин. Противоболевую терапию проводили по следующей схеме: нефопам по 20—40 мг утром, днем и вечером внутримышечно, с интервалом введения в 6 часов, дексалгин по 50 мг внутривенно на изотоническом растворе 2—3 раза в сутки, с интервалом в 8—12 часов. При терапии дексалгином возможны побочные эффекты, характерные для других НПВП, поэтому при наличии выраженных проблем с желудочно-кишечным трактом (язвенная болезнь, кровотечение