

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 внущенного 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 адьювантная 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, опиум-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 опиума-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