

в анамнезе) от данного вида терапии следует воздержаться. Общая длительность применения противоболевой комбинации не превышала 3—4 дней (при тяжелых болевых расстройствах 5—7 дней).

При внутримышечном введении адьювантной лечебной комбинации анальгезирующее действие наступало через 30—40 минут и продолжалось до 4—8 часов. Анальгетический эффект сочетанного действия данных препаратов был оценен как высокий, при умеренной болевой симптоматике купирование достигалось за 2—3 дня, при выраженных алгических проявлениях коррекция болевых расстройств происходила за 3—5 дней. В ряде наблюдений сочетанное использование двух препаратов позволяло снизить дозы каждого из них, а также уменьшить длительность их применения. При использовании лечебной комбинации не отмечалось местно-раздражающего действия, постинъекционных инфильтратов и других осложнений.

Полученные результаты позволяют рекомендовать включение адьювантной противоболевой лечебной комбинации в комплексные терапевтические программы у больных опиоидной наркоманией на этапе детоксикации.

УДК 616.89-008.441.13-08:616-056.3

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОПИКСОЛ ПРИ КУПИРОВАНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ

Е. Ю. Чуева

Харьковская областная психиатрическая больница № 1

Ключевые слова: препарат клопиксол, синдром отмены опиоидов

В клинике состояния отмены при опиоидной наркомании одним из ведущих синдромов является совокупность развернутых психических и поведенческих нарушений, доходящих до уровня генерализованности и требующих принятия адекватных терапевтических мер.

Целью исследования стало изучение эффективности препарата клопиксол в комплексе средств и методов купирования синдрома отмены опиоидов.

Обследовано 8 больных (все мужчины, в возрасте от 21 до 27 лет), обратившихся за медицинской помощью по поводу опиоидной зависимости. Длительность систематической наркотизации (кустарные опиаты, трамадол) составляла от 2 до 5 лет. Диагностику осевых синдромов опиоидной зависимости проводили в соответствии с критериями МКБ-10. Синдром отмены проявлялся характерными соматовегетативными, агрипническими, алгическими и психопатологическими расстройствами. Клиника синдрома отмены включала компульсивную, неодолимую формы влечения, угнетенное настроение, раздражительность, вялость, тревожность, слезящиеся глаза, чихание, насморк, слюнотечение, озноб, потливость, «гусиную кожу», зевоту, напряжение мышц спины, рук и ног. Клопиксол (зуклопентиксол) назначали при преобладании в клинической картине синдрома отмены выраженных психопатологических нарушений: психомоторного возбуждения, напряженности, дисфории, осознанного, компульсивного влечения к наркотику. Препарат применялся в форме клопиксола-акуфаз по следующей апробированной схеме: начальная доза составляла 50 мг (1,0 мл в/м), вторая инъекция производилась в той же дозе через 24 часа, и третья инъекция (50 мг в/м) — на 4 сутки терапии.

Терапия клопиксомом осуществлялась на фоне традиционного детоксикационного алгоритма терапии синдрома отмены опиоидов. У 2 пациентов были выявлены незначительные экстрапирамидные симптомы, которые были представлены в основном такими нарушениями, как скованность походки, небольшая ригидность мышц конечностей, шеи, мелкоразмашистый тремор. Указанные побочные явления носили невыраженный характер, проходили после единичного назначения корректоров в адекватных дозировках с соблюдением правил предосторожности, и повторно не возникали. При использовании формы клопиксола-акуфаз терапевтический эффект развивался через 1,5—2 часа после инъекции, проявлялся в общей седации и успокоении

больного. В 4 наблюдениях после инъекции развивался длительный сон, который продолжался приблизительно 12—16 часов и более. Анализ результатов исследования позволил оценить эффективность терапии клопиксомом как высокую. Препарат быстро, уже ко 2—3 дню применения, купировал психомоторное возбуждение, дезактуализировал патологическое влечение к опиоидам, заметно снижал выраженность аффективной и дисфорической симптоматики. На фоне лечения клопиксомом больные в достаточно короткий срок становились более доступными для психотерапевтического контакта, их поведение было спокойным, упорядоченным, быстрее формировалось критическое отношение к пережитому, явлений нейрорепетической загруженности отмечено не было. Выявлено позитивное влияние клопиксола на нарушения поведения, агрессивность, проявления аутоагрессии. К положительным эффектам терапии клопиксомом следует отнести сравнительно небольшое количество требуемых инъекций, отсутствие местно-раздражающего действия.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты позволяют рекомендовать включение клопиксола в комплексные терапевтические программы при купировании синдрома отмены опиоидов.

УДК 616.89-008

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ О КОНКУРЕНЦИИ/КООПЕРАЦИИ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

В. В. Шалашов, В. В. Литвиненко, А. В. Бараненко

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

Ключевые слова: зависимое поведение, психоактивные вещества, конкуренция, кооперация

Известно, что расстройства поведения, характеризующиеся патологической увлеченностью каким-либо родом деятельности, взаимосвязаны с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), в том числе нелегальных (НПАВ). Информация о конкуренции или кооперации между различными видами зависимого поведения и употребления ПАВ может быть использована для совершенствования мероприятий, направленных на первичную профилактику расстройств вследствие употребления НПАВ.

С помощью разработанных нами АУДИТ-подобных тестов (Свидетельства о регистрации авторских прав №№ 29594—29609 и 29681) были обследованы 200 учащихся вузов г. Харькова. На основе сопоставления частоты встречаемости различных видов аддиктивного поведения и употребления психоактивных веществ был рассчитан индекс взаимодействия (ИВ), который отображает во сколько раз увеличивается (ИВ > 1 — «кооперация») или уменьшается (ИВ < 1 — «конкуренция») риск формирования зависимости от еще одного объекта злоупотребления при наличии одного существующего (ИВ рассчитаны как средние гармоничные рисков, формирование зависимости от других объектов злоупотребления трех степеней тяжести: > 7, > 15 и > 19 баллов при наличии данной зависимости также трех степеней тяжести: > 7, > 15 и > 19 баллов).

Наиболее высокие ИВ получены для показателей употребления/зависимости от нелегальных психоактивных веществ — с проявлениями употребления алкоголя (24,8), азартными играми (13,5). ИВ, свидетельствующий о повышении вероятности формирования зависимости более чем вдвое, — табакокурением (5,2) употреблением чая/кофе (3,1). Для показателя употребления НПАВ определено 5(!) показателей ИВ менее 1. Умеренная конкуренция (ИВ = 0,99—0,5) определена для таких проявлений как увлеченность Интернетом (0,7) и увлеченность компьютерными играми (0,8). Выраженная конкуренция (ИВ < 0,5) выявлена для увлеченности чтением (0,4) и работой/учебой (0,3).

Информация о кооперации между расстройствами вследствие употребления НПАР и расстройствами сексуального поведения может быть использована в виде недопустимости употребления ПАВ как способа повышения сексуальной коммуникативности.

Что касается профилактических мероприятий, направленных на использование конкуренции между различными видами зависимого поведения в отношении НПАР, можно взять за основу следующие проявления увлеченности родом занятий: увлеченность чтением, пользованием Интернет, компьютерными играми и работой/учебой. В качестве профилактических мер, направленных на молодежную аудиторию, можно предложить следующие: периодическое размещение в периодических изданиях, ориентированных на молодежную аудиторию, научно-популярных материалов о вредных последствиях приема алкоголя и НПАР с учетом особенностей интересов, преобладающих в данной группе; создание ресурсов с антинаркотической направленностью в сети Интернет.

Увлечение работой/учебой, согласно полученным данным, может оказывать эффективное противодействие употреблению НПАР. Однако «культивировать» эту увлеченность достаточно проблематично — это требует мер на уровне государства, таких как оптимизация учебного процесса и трудоустройства молодежи.

УДК 616.89-008.441.13-08-036.66

ПРОЦЕС І РЕЗУЛЬТАТИ СЕНСИБІЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, В СВІТЛІ КРИТЕРІЇВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

І. О. Шараневич

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

Ключові слова: алкоголь, залежність, доказова медицина, сенсibilізуюча терапія

Мета дослідження: розробити підходи щодо поліпшення якості життя хворих, залежних від алкоголю, протягом формування терапевтичної ремісії при різних варіантах сенсibilізуючого лікування.

Усього досліджено 130 хворих на алкогольну залежність (F 10.2 за МКХ-10). При цьому виділені дві однорідні групи порівняння, тотожні за провідними загальними та клінічними характеристиками.

На етапі завершення основного протиалкогольного лікування при наявності мотивації пацієнтам проводили сенсibilізуючу терапію за допомогою дисульфіраму. В основній групі 100 особам використовували ін'єкційну форму дисульфіраму пролонгованої дії — «тетлонг-250». Пацієнти групи порівняння отримували перорально дисульфірам не

пролонгованої дії. Медикаментозне лікування пацієнтів обох груп супроводжувалось раціональною психотерапією.

Всі пацієнти досліджувались за стандартною схемою, двократно, у перебігу станів: 1-й візит — активна алкогольна залежність, 2-й візит — через 180—200 днів (стан повної терапевтичної ремісії, або рецидив, згідно з критеріями МКХ-10). Вивчення анамнезу, скарг пацієнтів, психопатологічних та поведінкових проявів відбувалося у рамках клініко-психопатологічного методу у відповідності з діагностичними критеріями МКХ-10. При цьому використовували клініко-психопатологічний метод з використанням оцінки залежності від алкоголю за МКХ-10, оцінку важкості алкогольної залежності за допомогою опитувальника SADQ-C. Оцінку якості життя, як основного з позицій доказової медицини показника ефективності терапії проводили за триалогом — суб'єктивна та зовнішня оцінка членів сім'ї і лікаря з використанням опитувальника Mezzich at al. Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою шкальних методик, що дозволили одержати кількісні значення характеристик: шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханіна, шкала самооцінки депресії DEPS; методи математичної статистики, зокрема, методи дисперсійного та кореляційного аналізу.

Наведено порівняльну комплексну клініко-психопатологічну й психодіагностичну характеристику хворих в стані повної ремісії та в стані рецидиву після підтримуючого лікування пролонгом дисульфіраму. Встановлено залежність прогнозу результату терапії від тяжкості алкогольної залежності, спадковості, динаміки емоційного стану та якості життя. Визначено кореляційні зв'язки поміж різними клінічними та психодіагностичними характеристиками у хворих з позитивним результатом лікування та хворих з негативним результатом лікування. Встановлено прогностичну значущість клінічних та психодіагностичних показників та динаміки якості життя для оцінки ефективності підтримуючої терапії пролонгом дисульфіраму. Визначені основні чинники розвитку раннього рецидиву алкогольної залежності.

За результатами комплексного клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження визначено діагностичну цінність та інформативність кожної одержаної прогностичної ознаки і на цій основі створено діагностичні таблиці для прогнозування ефективності підтримуючої терапії пролонгом дисульфіраму — тетлонгом-250. Визначені динамічні фактори прогнозу рецидиву, тобто терапевтичні мішені для мінімізації імовірності негативного прогнозу. На основі аналізу ефективності підтримуючої терапії тетлонгом-250 у осіб з позитивним або негативним результатом лікування, розроблені оптимальні підходи до проведення такої терапії з метою поліпшення якості життя пацієнтів.