УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук А. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КОНЦЕПТУАЛЬНЕ ПІДҐРУНТЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ (за матеріалами російських дослідників)

Лікування та реабілітація наркохворих — це ланки єдиного процесу з досягнення тверезого способу життя [Лекции по наркологии / под ред. Иванца Н. Н., 1995]. Реабілітація — це комплекс медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на профілактику прогресування патології, вивільнення ресурсів особистості, відновлення або набуття ефективних життєвих навичок та повернення хворих у суспільство [Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000]. Поняття реабілітації виходить за межі класичної медицини [Меновщиков В. Ю., 1998]. Реабілітація в наркології — це системний багатовекторний та багатоаспектний процес на протязі всього життя пацієнта [Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А., 2001; Валентик Ю. В., 2001]. Виділяють такі моделі реабілітації: «покрокову» (тобто у напрямку — від меншої за напруженням, ціною та обсягом — до більш інтенсивної, довгострокової та коштовної) та «повного піклування» (тобто шляхом застосування усіх видів допомоги — не тільки медичної) [Кабанов М. М., 1978; Николаева Л. Ф., 1998].

Головні складові реабілітації: медична (третинна профілактика), психологічна та соціальна [Дудко Т. Н. и др., 2001]. Як магістральні завдання реабілітації російські дослідники виділяють: формування мотивації у хворих на участь у відновному процесі; дезактуалізація провідних проявів синдрому залежності і превенція рецидивів; усунення негативних наслідків вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (ПАР); стимуляція особистісного зростання; формування взаємодії із сімейним колом і відновлення соціального функціонування [Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000; Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000].

До головних принципів реабілітації наркохворих відносять: добровільність, відповідальність, системність та командну роботу, опору на відновлені соціальні цінності та норми, диференційованість, етапність та послідовність, відмову від вживання ПАР [Дереча В. А., Дереча Г. И., Карнец В. В., 2001; Дудко Т. Н. и др., 2001].

До типів реабілітаційних програм належать професійні медичні; змішані, але під контролем медичних робітників. Перші спрямовані на досягнення повного утримання пацієнтів від вживання ПАР: навчання «контрольованому вживанню»; проведення замісної терапії. Серед інших виділяють сімейні, конфесіональні, трудові, «повний притулок», а також терапія середовищем, зайнятістю, когнітивно-, психодинамічно- та релігійно-орієнтовані форми психотерапії, арт-терапія і т. д. [Меновщиков В. Ю., 1998; Копытин А. И., 1999; Навайтис Г., 1999; Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Фримен Д., 2001].

Типи реабілітаційних структур поділяються на малоструктуровані (поселення наркоманів, комуни, групи само- та взаємодопомоги) та багатоструктуровані (реабілітаційні центри, терапевтичні товариства, дім «на півшляху»). Як фази реабілітації дослідники [Кабанов М. М., 1978; Алфёрова Т. С., Потехина О. А., 1995; Дудко Т. Н. и др., 2001] виокремлюють: власне лікування; власне реабілітацію; підготовку до життя за межами реабілітаційних закладів; повернення у суспільство; післялікувальний період. За тривалістю розрізняють короткочасні (протягом 3—6 місяців), середньострокові (6—12 міс.) та довгострокові реабілітаційні програми (1 рік і більше) [Валентик Ю. В., 2001; Дудко Т. Н. и др., 2001].

Проте, в Росії до теперішнього часу не створено адекватних, поліпрофесійних та реабілітаційних структур, які б могли реально забезпечити повернення хворих наркопрофілю у суспільне життя. Просте запозичення закордонного досвіду та автоматичне перенесення його у сьогодення — не може дати бажаних результатів.

УДК 616.89-008.44.13-08

Артемчук А. П.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МЕТАБОЛІЧНЕ ПІДҐРУНТЯ ТРАНСФОРМОВАНИХ, ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ РІЗНОВИДІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА РОЗРОБКА БЕЗПЕЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ СЕНСИБІЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Головним завданням наркологічних установ є лікування значного контингенту хворих на алкогольну залежність (АЗ) та застосування різних технологій, спрямованих на збереження терапевтичних ремісій. З цією метою широко застосовують такі препарати спрямованої дії як дисульфірам, налтрексон, тіаприд, а також великий арсенал засобів симптоматичної дії в поєднанні із психотерапією.

Похідні дисульфіраму (тетурам, антабус, есперал), цитрат-карбаміду кальцію (темпозіл, колме), метранідазолу (трихопол, флагіл), фуразолідону, а також новітні форми (тетлонг-250, лідевін) використовують для створення фізичної непереносимості до вживання алкоголю. Підґрунтям цього явища є процес інгібірування альдегіддегідрогенази дисульфірамом або карбамідом кальцію, що веде до накопичення в організмі хворого на АЗ дуже токсичної речовини — ацетальдегіду, що обумовлює різке погіршення його психічного та фізичного стану (задуху, нудоту та блювоту, почервоніння обличчя і тулубу, серцебиття, страх смерті). Саме ця інтоксикація ацетальдегідом примушує хворого утримуватися від подальшого вживання алкоголю. Окрім того доказано, що саме ацетальдегід справляє виражену мембраностабілізуючу дію в організмі хворого на АЗ.

Разом з цим, вищезазначені токсичні препарати та продукти їх перетворення в умовах довгострокового застосування і періодичного підвищення їх концентрації в тканинах, супроводжуються процесами трансформації типової картини АЗ та металкогольних коморбідних розладів, виникненням різних ускладнень.

Серед змін типового перебігу АЗ під впливом лікування препаратами сенсибілізуючої дії нами виявлені такі: поява змінених форм алкогольного сп'яніння з агресією, саморуйнівною та руйнівною поведінкою, стійкого психоорганічного синдрому; збільшення частоти психотичних розладів, амнестичних форм сп'яніння та нападів епілепсії, гепатозу та цирозу печінки, гіпертонії; прискорення виникнення та обтяження проявів соціальної та особистісної декомпенсації, III стадії АЗ.

Водночас, сучасна наркологія не в змозі відмовитися від застосування препаратів сенсибілізуючої та аверсійної дії. Вихід — в спрямованому вивченні великого клінічного матеріалу, що відображає результати багаторічного застосування сенсибілізуючих методів лікування, дослідження головних напрямків і результатів патоморфозу АЗ під їх дією та розроблення максимально безпечних, комбінованих, новітніх сенсибілізуючих до алкоголю технологій.

УДК 615.015.6:614.2(083.75)

Бражник Л. О., Милашенко О. М., Чуєва К. Ю., Лизунов С. М., Шабанов В. М., Баганча О. В., Резниченко М. В., Густодим Ю. О.
Наркологічний центр «Авіценна» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ВИМОГ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРИВАТНОЇ НАРКОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Метою цього дослідження стало вивчення нормативно-правової бази та наказів Міністерства охорони здоров`я України щодо організації приватної медичної, у тому числі наркологічної практики. Проаналізована низка документів МОЗ на протязі останніх років, які регламентують питання ліцензування, акредитації, якості надання допомоги, та стандартів діагностичної, лікувальної та профілактичної діяльності лікувальних закладів. У національній системі охорони здоров'я України надання наркологічної допомоги особам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин здійснюють державні та приватні наркологічні заклади. Відповідно до сучасних вимог МОЗ України, медична практика у приватних наркологічних клініках здійснюється на підставі ліцензії на даний вид медичної практики та виконання клініками кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених ліцензійними умовами провадження господарської діяльності. Особливі вимоги до ліцензіатів, які провадять медичну практику, у т. ч. надання наркологічної допомоги, визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 лютого 2011 р. № 49 (з доповненнями) «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики». Важливо відмітити, що у 2010 році «Тимчасовий галузевий класифікатор медичних процедур (послуг)» доповнений розділом «Наркологічна допомога».

Право надавати наркологічну допомогу має лікар-нарколог, який є фахівцем з повною вищою освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Лікувальна справа», з подальшою спеціалізацію «Наркологія», та має чинний сертифіката лікаря-спеціаліста.

Лікар нарколог повинен кожні 5 років проходити курси тематичного удосконалення, підвищувати свій кваліфікаційний рівень на передатестаційних циклах. Через два роки від початку діяльності приватного наркологічного закладу проводиться державна акредитація, тобто встановлення відповідності закладу охорони здоров'я певним вимогам до процесу та умов надання визначеного виду медичної допомоги, які затверджені наказом МОЗ від 14 березня 2011 року № 142 «Про удосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я».

Незважаючи на загальний характер Ліцензійних умов, надання наркологічної допомоги у приватній практиці має свої певні обмеження (проводити профілактичні наркологічні огляди громадян, судові експертизи, експертизу сп'яніння, видавати листки непрацездатності, використовувати психотропні речовини). При провадженні наркологічної практики приватними лікарями-наркологами пропоновані види і форми допомоги повинні бути досить різноманітними та гнучкими, що дозволить реагувати на потреби клієнтів з огляду на ступінь важкості їх залежності, особисті обставини, мотивацію, а також реакцію на медичне втручання. При цьому наркологічна допомога повинна надаватись згідно з «Тимчасовими галузевими уніфікованими стандартами медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України», «Нормативами надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», та наказу «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія» № 681 від 21 вересня 2009 р. Особисту увагу треба звернути на таку законодавчу норму, що діагноз «наркоманія» може бути встановлений при медичному обстеженні пацієнта у стаціонарних умовах лікарсько-консультаційною комісією, тобто не менше 3-х лікарів. Методи лікувального впливу в приватній наркології можуть застосовуватися лише за усвідомленою інформованою згодою дієздатної особи, щодо якої вони застосовуються, або за згодою її законного представника.

УДК 613.84-07-092-08

Бухтіярова О. Г.
Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування залежності від тютюнопаління (ТП) на основі виявлених нових патогенетичних механізмів формування даної адикції.

В дослідженні брали участь 150 молодих чоловіків віком від 19 до 25 років із залежністю від ТП, згідно з критеріями МКХ-10, середній стаж ТП складав 5,1 ± 2,6 роки, досліджувані в середньому випалювали 17,0 ± 7,4 сигарет на добу.

Курці основної групи А ($n = 50$) отримували комплексне лікування, що було націлено на кілька ланок патогенезу залежності від ТП, та включало до себе умовно-рефлекторну терапію препаратом анальгін-хінін, що завдяки появі неприємного гіркого присмаку в ротовій порожнині сприяло утворенню негативного умовного рефлексу та почуття відрази від ТП у відповідь на дію стимулів, пов'язаних із ТП; екзистенціальну групову психотерапію, за допомогою якої здійснювалось реструктурування життєвих цінностей, підвищувалась цілеспрямованість та мотивація до подолання залежності від ТП; препарат конвулекс (вальпроєва кислота) для нормалізації електрофізіологічних порушень у головному мозку курців, починаючи з 5 мг/кг 1 раз на добу внутрішньовенно з поступовим збільшенням дози до 500 мг/добу, після чого пацієнти переходили на його пероральний прийом в дозі 500 мг 1 раз на добу вранці курсом 3 місяці.

В терапії групи Б ($n = 50$) для корекції неврастеноподібного стану в абстинентному періоді, клінічними проявами якого були астенія, загальне недомагання, сонливість, роздратування, деяке когнітивне зниження, підвищена фізична та психічна виснаженість, нами додатково до вказаного вище лікувального комплексу призначався препарат настоянки женьшеню, що має нікотиноподібну дію, по 15—30 крапель 2—3 рази на добу за 30—40 хвилин до прийому їжі протягом 3 місяців.

Пацієнти контрольної групи В ($n = 50$) отримували стандартне лікування — нікотинзамісну терапію нікотиновою гумкою «Нікоретте» протягом 3 місяців на тлі раціональної психотерапії, що включала до себе роз'яснювальну бесіду про шкоду для здоров'я, що наносить ТП.

Наприкінці 3 місяця в групі А 62 % пацієнтів продовжували стримуватися від ТП, в групі Б цей показник складав 70 %, що значно перевищувало ефективність лікування в контрольній групі (21 %).

Через 6 місяців після закінчення лікування кількість залежних від ТП, що перебували в ремісії, в контрольній групі складало лише 11 %, що значно поступалося результатам в основних групах, що отримували комплексне лікування. Найбільш стійка ремісія відзначалася в групі Б, в якій 60,9 % пацієнтів продовжували втримуватися від вживання тютюнових виробів.

Таким чином, отримані результати дослідження вказують на те, що запропонована комплексна патогенетично обґрунтована терапія залежності від ТП є ефективною та сприяє стійкої ремісії даної адикції.

УДК 616.89-008.441.13-073.97.001.8

Васильєва О. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ

За останнє десятиріччя в Україні визначилася тенденція до збільшення захворюваності на синдром алкогольної залежності з тяжкими психоневрологічними розладами. Вплив алкоголю на порушення функцій нервової системи, головного мозку та усього організму в цілому визначається в загальнотоксичній дії, яка проявляється спочатку функціональними, а потім в органічними ураженнями внутрішніх органів та нервової системи, формуванням та становленням синдрому алкогольної залежності та алкогольного абстинентного синдрому, розвитком тяжких соматоневрологічних та психічних порушень на фоні гострих алкогольних психозів та хронічних алкогольних станів, а також різних депресивних розладів та специфічних змін особистості. В світі сучасного погляду нейрофізіологічні механізми розвитку залежності від алкоголю базуються в стовбурових та лімбічних структурах мозку, у тих його ділянках, де розташовується так звана система емоційного підкріплення, яка бере участь у забезпеченні регуляції емоційного стану, серцево-судинних та вегетативних реакцій, настрою, мотиваційної сфери, психофізичного тонусу, поведінки людини в цілому, його адаптації до навколишнього середовища. Всі ці зміни мають безпосереднє відображення у електрофізіологічній активності головного мозку та клінічній неврологічній симптоматиці у осіб, що страждають на алкогольну залежність.

У зв'язку з вище означеними проблемами ми дослідили особливості клінічних проявів неврологічних порушень та особливості біоелектричної активності головного мозку у хворих двох груп (по 30 осіб) з синдромом алкогольної залежності на тлі постійної та запійної форми алкоголізації для виявлення та корекції різноманітних неврологічних та психотичних порушень в гострому психотичному стані

Найбільш тяжкі неврологічні прояви у хворих обох груп можливо об'єднати у три провідних синдроми: дискоординаційний синдром (спостерігався в обох групах, але частіше — у пацієнтів із постійною формою алкоголізації), ліквороногіпертензійний синдром (головний біль був виражений у хворих на запійну форму) та епілептичний синдром (який клінічно був представлений у хворих обох груп, але більш специфічними для нього проявами алкогольної епілепсії спостерігався у хворих з запійною формою алкоголізації). В період гострого психотичного стану неврологічна симптоматика у цих хворих характеризувалася більш грубими розладами.

ЕЕГ обстеження проводилося на 16-канальному електроенцефалографі фірми «Радмир» з монополярним розташуванням електродів по міжнародній системі «10—20». Аналіз біоелектричної активності у хворих в гострих психотичних станах (абстинентному синдромі, делірії) показав, що у хворих з запійною формою алкогольної залежності відбувається порушення активуючої неспецифічної системи стовбура, внаслідок чого відбувається посилене генерування частот β-діапазону та пароксизмальної активності. ЕЕГ у хворих з постійною формою алкогольної залежності характеризується загальномозковими змінами органічного типу з наявністю патологічної епілептиформної, іритативної, осередкової активності на тлі десинхронізації α-ритму середньої амплітуди, домінуванні β-активності високої частоти й амплітуди, переважно діенцефального рівня дисфункції.