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.

Таким чином, ураження стовбурових структур та структур мозочка було характерним для хворих на алкогольну залежність з запійною формою алкоголізації, а ураження коркових та підкоркових діенцефальних структур, а також структур мозочка відбувалося при постійній формі зловживання алкоголем.

УДК 616.89-008

Виноград С. П.
Сумской областной клинический психоневрологический диспансер (г. Сумы)

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ

Медицинские, и прежде всего наркологические, аспекты безопасности дорожного движения являются ключевыми в плане предотвращения дорожно-транспортных происшествий и связанных с ними проблем травматизации и смертности. В связи с этим идентификация острой интоксикации алкоголем, синдрома алкогольной зависимости, соматической патологии алкогольного генеза имеет большое значение среди контингента лиц, проходящих медицинскую комиссию на предмет допуска к управлению транспортными средствами. Это приобретает особую актуальность, так как большинство обследуемых либо отрицают употребление алкоголя, либо значительно занижают количество и качество потребленного. В медицинской комиссии «Сумского регионального медицинского центра безопасности дорожного движения» ежедневно проходят обследование от 40 до 60 водителей и кандидатов в водители. Согласно приказа МЗ Украины за № 339 от 28.11.97 и № 124/345 от 5 июня 2000 г. медицинский осмотр водителей транспортных средств проводится с целью определения способности к безопасному управлению транспортными средствами.

Обследована сплошная выборка респондентов (235 человек), обратившихся к врачу наркологу за наркосертификатом с целью дальнейшего получения медицинской справки водителя (форма 083-о). Алгоритм осмотра включал клинико-психологическое тестирование, ЭКГ, РЕГ, ЭЭГ, исследование артериального давления (АД), частоты пульса, частоты дыхательных движений, лабораторное обследование (активность ферментов ГГТ, АСТ, АЛТ). По результатам клинического осмотра, данных анамнеза была выявлена группа обследуемых (28 респондентов), имевших комбинацию соматоневрологических и психопатологических признаков алкогольной зависимости (гиперемированная кожа, цианотичный оттенок, инъекция склер, общий гипергидроз, ЧДД до 22 в 1 мин, АД свыше 160/100 мм рт. ст., ЧСС свыше 90 в 1 мин, обложенный язык, болезненность в правом подреберье, увеличенная печень, установочный нистагм, церебральные дисфункции, пароксизмальная активность, генерализованный тремор рук, век, головы, туловища, промахивание при выполнении пальценосовой пробы обеими руками, затрудненная ходьба с закрытыми глазами, атаксия в позе Ромберга, формальный контакт, отвлекаемость, суетливость, напряженность, раздражительность, грубость, тревожность), сопряженные с положительными лабораторными маркерами (повышенный уровень γ-ГГТ, АСТ, γ-ГТП/АЛТ > 1, АСТ/АЛТ — коэффициент ДеРитиса более 1,4). У 4 обследуемых выявлены симптомы остаточных явлений острой алкогольной интоксикации, что подтвердилось при дополнительном исследовании с помощью аппаратного обследования (прибор «Алконт-01 СУ»). Все респонденты были мужчины, в возрасте 34,4 ± 5,7 лет, не состоящие на учете в наркологическом диспансере и ранее не обращавшиеся за наркологической помощью. В связи с наличием клинико-лабораторных данных в пользу алкогольной зависимости все они были направлены на углубленное обследование в стационарное наркологическое отделение.

Полученные результаты свидетельствуют, что идентификация алкогольной зависимости является сложной проблемой на этапе наркологического профилактического осмотра, клинические и лабораторные данные могут носить в ряде наблюдений противоречивый характер, а дальнейшее исследование по данной тематике должно быть направлено на поиск новых, диагностически ценных и статистически достоверных комбинаций нескольких клинических и лабораторных маркеров. Тщательный скрининг алкогольной зависимости с помощью клинико-лабораторного тестирования позволит избежать тяжелых медицинских, социальных и юридических проблем на транспорте и поможет в своевременной диагностике и лечении алкогольной болезни.

УДК: 616.89-008.441.13:615.212.7

Гайдабрус А. В.
Наркологічний кабінет клініки психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (м. Харків)

КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЗВІЛЬНЕНИХ У ЗАПАС

Поширення алкоголізму є однією з центральних проблем сучасної України. Досить сказати, що на далеко не повному диспансерному обліку з приводу хронічних алкогольних синдромів сьогодні перебуває 608 648 хворих або 1 324,20 на 100 тис. населення. Пік вживання алкогольних напоїв припадає на вік від 20 до 40 років, на осіб працездатного віку, що підриває економічну основу існування нації. Залежність від алкоголю не визнає гендерних, станових або професійних бар'єрів. Її поширення триває не тільки серед цивільних громадян, а і серед військовослужбовців. Так, у 2007 році, у військових госпіталях лікувалось від алкоголізму 768 чоловік, а вже у 2008 році, у порівнянні з 2007 роком, цей показник збільшився на 15 %.

Не менш актуальною є проблема поширення алкоголізму серед пенсіонерів Міністерства оборони, які залишають лави збройних сил відносно молодими людьми. Ця проблема для таких нових пенсіонерів додатково загострюється через сильний стрес, пов'язаний із різкою зміною способу життя, соціального статусу, оточення та умов праці вже в новому, цивільному стані. Часто у військовослужбовців після звільнення з'являється тривога, пов'язана із невизначеністю їхнього майбутнього. Тривога обтяжується пригніченим настроєм, іпохондричними переживаннями, спалахами дисфорії, порушеннями сну, нічними жахами та специфічними переживаннями психотравмуючих подій, свідками яких були ці люди під час своєї служби. Часто саме алкоголізація стає для таких людей хибною спробою розв'язання своїх проблем.

Між тим проблема алкогольної залежності серед військових пенсіонерів в Україні залишається практично не дослідженою. Існують лише поодинокі публікації щодо цієї теми, переважно соціологічного характеру. Що стосується статей, присвячених власне медичним, наркологічним аспектам проблеми, проблемам профілактики та спеціалізованої допомоги цій категорії населення, то їх знайти не вдалося.

Ось чому метою цієї роботи є розроблення підходів до профілактики, лікування та реабілітації військових пенсіонерів, залежних від алкоголю, на основі дослідження факторів ризику формування цього розладу та клініко-психопатологічних особливостей його перебігу у хворих зазначеного контингенту

Проаналізовано медичну документацію та анамнез 80 пацієнтів, залежних від алкоголю: 40 військовослужбовців, звільнених у запас (ВЗЗ) і 40 цивільних осіб (ЦО) порівнянного віку та службового/робочого стажу. В результаті дослідження анамнезу встановлено, що ВЗЗ (у порівнянні з ЦО) достовірно ($p < 0,05$) частіше мали вищу освіту (62,5 % проти 29 %) й запійну форму вживання алкоголю (87,6 %, проти 77,0 %); більшу середню тривалість госпіталізації (18,63 ± 1,82 діб проти 10,46 ± 1,32 діб), але меншу середню тривалість запоїв (7,5 ± 0,74 діб проти 9,5 ± 1,01 діб) та меншу середню тривалість захворювання (6,84 ± 0,75 років проти 7,38 ± 0,59 років). В результаті фізикального дослідження встановлено, що у ВЗЗ (порівняно з ЦО) достовірно ($p < 0,05$) частіше: спостерігались периферичні набряки (17,1 % проти 2,6 %), але рідкіше — наліт на язику (41,5 % проти 61,5 %). В результаті параклінічних досліджень встановлено, що ВЗЗ (у порівнянні з ЦО) мали достовірно ($p < 0,05$) вищі середні рівні АЛТ (95,06 ± 22,40 од/л проти 53,41 ± 6,89 од/л), але нижчі середні рівні АСТ (74,28 ± 12,27 од/л проти 81,79 ± 11,19 од/л) та нижчі середні рівні тромбоцитів у крові (185,33 ± 59,96 10^9/л проти 244,59 ± 15,13 10^9/л), а також лейкоцитів у полі зору при мікроскопії осаду сечі (4,86 ± 1,07 лейкоцитів проти 6,77 ± 1,44 лейкоцитів).

Зараз триває дослідження інших особливостей залежних від алкоголю ВЗЗ з метою створення передумов для комплексної оцінки їхнього соматичного, неврологічного та психічного статусу і розроблення на цій основі нових підходів до профілактики, лікування та реабілітації цього контингенту хворих.