неусидчивость, выраженные нарушения сна. У 9-ти больных был представлен дисфорический радикал, выражавшийся в постоянном внутреннем напряжении, раздражительности, порой взрывчатости, нетерпимости, нарушении сна. Наконец, у 3-х больных имел место ипохондрический вариант депрессии с назойливыми жалобами на недомогание, преувеличенными опасениями за свое здоровье, стремлением постоянно прислушиваться к своим ощущениям. Исходное состояние пациентов и его динамику в процессе лечения оценивали с помощью шкалы депрессии Гамильтона и шкалы самооценки Зунга (в начале лечения, через 30 дней и через 6 месяцев).

У большинства пациентов уже на 3—4-й день лечения уменьшались проявления тревоги и нормализовывался сон, нивелировались проявления ПВА. Максимум терапевтического эффекта отмечался на 7—14-й день лечения. После двухнедельного лечения происходила стабилизация аффективно уравновешенного состояния, а в дальнейшем терапевтический эффект закреплялся.

УДК 613.816:615.214-08(477)

О. П. Закревський, І. В. Циба, О. М. Кобець, О. С. Рябцев, Д. О. Міцук, О. В. Максютенко, О. О. Федоренко
Донецький обласний наркологічний диспансер

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО АЛКОГОЛЮ В ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Патологічний потяг до алкоголю (ППА) — це стрижневий прояв синдрому залежності. Сам ППА є складним симптомокомплексом, який включає у себе афективну, вегетативну, ідеаторну, сенсорну та поведінкову складові. Як препарат, який з доведеною ефективністю пригнічує ППА, у світі зареєстровано лише акампросат, до речі, досі не зареєстрований в Україні. Очевидно і з цим пов'язаний той факт, що як антикревінгові засоби у нашій державі використовують антиконвульсанти, антидепресанти і навіть нейролептики.

Нами розроблено та запропоновано до використання (патент України на корисну модель 70761 від 25.06.2012) авторський підхід до лікування патологічного потягу до алкоголю в структурі синдрому відміни алкоголю з використанням фармакотерапії за допомогою Нейротропіну, Ноофену, Нейромідину у сполученні з трансцеребральним електрофорезом та рефлексотерапією.

Нами обстежено та проліковано 46 осіб з ознаками синдрому відміни алкоголю та актуалізацією ППА, які звернулись по спеціалізовану наркологічну допомогу. Терапію здійснювали таким чином. Спочатку проводили 20-хвилинний сеанс трансцеребрального електрофорезу Нейромідином з використанням апарату «Електросон-4Г» з інтенсивністю 2—10 мА, частотою 4—150 Гц, тривалістю імпульсу 0,3—0,5 мс. Використовували два очних та два завушних електроди. У першу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені теплою водопровідною водою і накладали їх на область очних ямок при закритих очах. Ця пара електродів з'єднувалась з катодом апарату. У другу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені 0,5 % розчином Нейромідину, початкова доза якого складала 40—60 мг. Розташовували їх в ділянці соскоподібного відростку скроневої кістки і з'єднували з анодом апарату. Нейромідин — це препарат, що має біологічно вигідну комбінацію двох молекулярних ефектів — блокади калієвої проникності мембрани та інгібірування холінестерази. При цьому блокада калієвої проникності мембрани відіграє вирішальну роль — веде, перш за все, до продовження реполяризаційної фази потенціалу дії збудженої мембрани і підвищення активності пресинаптичного аксону.

Через 3 години проводили сеанс рефлексотерапії з використанням основних меридіанів (легенів, товстої кишки, шлунку, селезінки, серця, сечового міхура, нирок, перикарду, трьох порожнин тулубу, жовчного міхура, печінки, задній серединний) та аурикулярних точок — 8, 13, 22, 55, 95, 101, 102. Через декілька годин знову проводили сеанс трансцеребрального електрофорезу антиоксидантом та нейропротектором нейротропіном. Перед сном пацієнти отримували перорально ноофен 500 мг. Ноофен є похідним γ-аміномасляної кислоти та фенілетиламіну. Домінуючою є його антигіпоксична та антиамнестична дія. Препарат має транквілізуючі властивості, стимулює процеси навчання і покращання пам'яті, підвищує фізичну працездатність; знімає напруження, тривожність, страх і поліпшує сон; подовжує та посилює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних засобів. Не впливає на холіно- та адренорецептори. Препарат подовжує латентний період і скорочує тривалість і вираженість ністагму, має антиепілептичну дію. Ноофен помітно зменшує прояви астенії та вазовегетативні симптоми, включаючи головний біль, відчуття тяжкості в голові, порушення сну, дратівливість, емоційну лабільність, підвищує розумову працездатність.

Повна редукція проявів ППА зокрема та синдрому відміни алкоголю в цілому відбувалася у термін 48—72 години.

Після редукції ППА та завершення лікування синдрому відміни алкоголю доцільно проведення стресопсихотерапії за О. Р. Довженком.

УДК 616.89-008.441.13:616.892-02

Кузьмінов В. Н.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОВЖИВАННЯ СПИРТНИМИ НАПОЯМИ ХВОРИМИ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПЕРЕД РОЗВИТКОМ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЄМ

Були вивчені особливості вживання спиртних напоїв хворими з алкогольною залежністю напередодні розвитку стану відміни алкоголю з делірієм. Дані фіксувалися за допомогою методики TLFB. Під час вивчення увага приділялася дозі алкоголю, що вживається, тривалості постійної тяжкої алкоголізації, характеру спиртних напоїв. Було встановлено, що в більшості випадків хворі перед розвитком психотичного розладу вживали алкоголь для корекції свого психологічного та соматичного стану. Майже у всіх хворих мало місце зниження толерантності до алкоголю. В більшості випадків самі хворі та їхні родичі визначали стан хворого як «запій», що розумілося як неможливість припинити прийом алкоголю в зв'язку з різким погіршенням соматичного та психічного стану в цьому випадку. При цьому вони вказували, що хворий перебуває в ньому від неділі до кількох місяців. На основі анамнестичних даних була встановлена неоднорідність досліджених хворих за формою зловживання спиртними напоями. Обстежених хворих за анамнестичними даними можна було поділити за характером вживання алкоголю на хворих з запійною та постійною формою зловживання алкоголем. Для запійного (періодичного) типу була характерна менша тривалість систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу. Для цих хворих були характерні періоди тривалого повного утримання от вживання алкоголю. Але споживання алкоголю відразу після початку алкоголізації набувало неконтрольованого характеру. Хворі починали постійно вживати великі дози алкоголю. У хворих з постійною формою мала місто флуктуація доз алкоголю. Хворі деякий час не втрачали ситуаційний контроль, вживали великі дози алкоголю переважно наприкінці тижня. Вказані вище обставини дали змогу визначити маркерами форми вживання алкоголю: по-перше, тривалість постійного вживання алкоголю перед госпіталізацією, по-друге — тривалість здатності контролювати вживання алкоголю після його поновлення. При цьому у хворих, що мали постійну форму зловживання алкоголем, частіше спостерігався провокуючий фактор — загострення хронічних соматичних захворювань або поява гострих захворювань (пневмонія, панкреатит тощо). При запійній формі відзначався менший термін до розвитку як деліріозного синдрому, так і взагалі тяжких ознак абстинентного синдрому від припинення вживання алкоголю.

Тяжкі форми стану відміни алкоголю з делірієм трактувалися як гостра алкогольна енцефалопатія. Було встановлено, що для розвитку гострої алкогольної енцефалопатії потрібен різний термін постійного тяжкого зловживання алкоголем. При запійній формі цей термін був значно менший. Вірогідно розвиток гострої алкогольної енцефалопатії визначається не тільки токсичним фактором алкоголю але й біологічними особливостями обстежених осіб. Можливо основним ушкоджуючим фактором при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії є не стільки токсичний фактор алкоголю, але й аутоімунні реакції, «вегетативна буря», що мають місце при стані відміни алкоголю з делірієм.

УДК 616.89-008.441.13-008.47-06

В. Н. Кузьмінов, О. О. Шульга
ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», ВМС УСБ У в Харківській області (м. Харків)

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ТА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ АЛКОГОЛЬНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Тяжкі гострі психотичні розлади, що трактуються як гостра алкогольна енцефалопатія, у хворих з алкогольною залежністю зазвичай поєднуються з «бурхливою вегетативною бурею», різноманітною транзиторною неврологічною симптоматикою

та гострим психоорганічним синдромом після припинення деліріозної симптоматики.

Метою дослідження було вивчення динаміки та кореляції неврологічних порушень та гострого психоорганічного синдрому у хворих, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Методи дослідження: клінічний (психопатологічний та ретельне вивчення неврологічного та соматичного станів), електрофізіологічний (електроенцефалографія, реоенцефалографія), методи нейровізуалізації (КТ, ЯМР-томографія головного мозку).

Нами були ретельно вивчені психопатологічні та неврологічні порушення у 80 хворих з гострим психоорганічним синдромом, які перенесли гострий психотичний розлад. У всіх хворих було діагностовано тяжкий стан відміни алкоголю з делірієм (F 10.43 згідно з МКХ-10). Характерною ознакою була наявність порушення функції черепних нервів (II, III, IV, V, VI, VII), оживлення або слабкість рефлексів, вестібуло-атактичні синдроми, дискоординація рухів, прояви полінейропатій — акроціаноз кінцівок та різноманітні чутливі порушення. У деяких випадках у хворих з тяжким деліріозним синдромом мали місце афатичні розлади, дизартрія, вогнищева неврологічна симптоматика. Це є важливим, зумовлює необхідність обов'язкового обстеження цієї категорії хворих лікарем неврологом для виключення гострих порушень мозкового кровообігу та іншої ургентної неврологічної та нейрохірургічної патології. В багатьох випадках диференціальна діагностика потребує проведення додаткових обстежень, таких як люмбальна пункція з дослідженням ліквору та методи нейровізуалізації.

Перш за все, треба відзначити, що на протязі лікування суттєво зменшувалися симптоми, що є характерними для гострої алкогольної енцефалопатії — це значний ністагм, анізокорія, синдром Гудена. Але значно стійкішими вони були у хворих з амнестичним та моріоподібним типом гострого психоорганічного синдрому. Це свідчить про стійкі порушення нервової системи в хворих цих груп з тяжкими формами гострого психоорганічного синдрому (ГПОС). Прояви алкогольного поліневриту різної мірою мали місце в усіх досліджених хворих. В групі хворих з астенічним ГПОС він мав транзиторний характер. Його більша вираженість спостерігалася або в предпсихотичному стані, або безпосередньо відразу після закінчення психотичного розладу. На протязі 10—14 днів спостерігалася повна редукція. Тремор, вегетативні прояви (тахікардія, підвищений артеріальний тиск, гіпергідроз, тремор) супутні стану відміни алкоголю з делірієм редукувалися в усіх групах хворих ГПОС. У хворих з моріоподібним та амнестичним ГПОС з'являлися сухість кожних покровів, гіпотонія, тенденція до зниженого артеріального тиску. Найбільш стійким тремор був у хворих з експлозивним типом ГПОС. У хворих з експлозивним типом ГПОС на відміну від інших груп хворих відзначалася гіперрефлексія, мали місце діенцефальні симпатоадреналові пароксизми, які супроводжувалися підйомом артеріального тиску, тахікардією, загальним гіпергідрозом та зміною настрою з тенденцією до дисфоричності. Нами був досліджений зв'язок клінічної картини гострого психоорганічного синдрому з деякими анамнестичними даними. Перш за все, аналіз проводили за віком, наявністю дисциркуляторної енцефалопатії та черепно-мозкових травм в анамнезі, тяжких соматоневрологічних захворювань, судомного синдрому в структурі стану відміни, перенесених гострих психотичних розладів в минулому. Виявлено, що в деяких випадках більшої редукції піддавалися неврологічні порушення, ніж психоорганічний синдром, що виникли або загострилися при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії. В деяких випадках, навпаки, психопатологічні порушення (в структурі гострого психоорганічного синдрому) піддавалися легшої корекції, ніж неврологічні порушення. При цьому психоорганічний синдром зазнавав більшої редукції у хворих молодого віку при відсутності значущих черепно-мозкових травм в анамнезі. У деяких молодих хворих під час редукції психопатологічної симптоматики стійкими залишалися прояви алкогольного поліневриту. В усіх хворих зі стійкими когнітивними порушеннями, що мали місце після гострої алкогольної енцефалопатії, спостерігалася значна різноманітна неврологічна симптоматика.

Отже, ретельне вивчення неврологічних порушень дозволяє прогнозувати розвиток та характер гострого психоорганічного синдрому у хворих із алкогольною залежністю, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Наявність значних неврологічних порушень є несприятливим фактором щодо розвитку стійких когнітивних порушень.

У деяких випадках ступінь редукція неврологічних порушень не корелювала зі зменшенням провів психоорганічного синдрому.

УДК 616.89-008.441.13:159.922::615.851

Лесная Н. Н.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: УРОВНИ, ТИПЫ, СИСТЕМА ПСИХОКОРРЕКЦИИ

На основе результатов динамического психодиагностического обследования 90 больных с синдромом алкогольной зависимости описан клинико-психологический феномен комплайенса, определены его основные характеристики, содержание и структура. Комплайенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Структуру комплайенса составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий. Сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения. Логический — представлен системой оценок и суждений, используемой для объяснения необходимости лечения и его эффектов. Поведенческий — сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Установлено, что комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным (при соблюдении свыше 80 % требований терапевтического режима; 20,00 % больных), частичным (при соблюдении от 20 % до 80 % требований; 62,22 %) и низким (менее 20 % требований; 17,76 %). Терапевтический режим включает соблюдение рекомендованной схемы приема лекарственных препаратов, режим трезвости и посещение психокоррекционных занятий. Показано, что уровень комплайенса детерминируется сложным сочетанием социально-демографических, клинических и психологических факторов. К факторам, способствующим формированию полного комплайенса, относятся позднее начало заболевания, наличие работы и семьи, терапевтические установки на изменение поведения, сензитивный тип отношения к болезни, ответственность и общительность. Факторами, снижающими уровень комплайенса, являются молодой возраст пациента, частые рецидивы, повторные госпитализации, анозогнозия, фаталистические установки, когнитивное снижение и нонконформизм.

Предложена новая типологическая классификация комплайенса, включающая семь его вариантов: конструктивный (наиболее оптимальный), (4,44 %); формальный (формальное отношение к требованиям терапии), (15,56 %); пассивный (подчинение режиму без осознания его необходимости), (18,89 %); симбиотический (зависимость от врача), (11,11 %); нестабильный (спонтанность в соблюдении режима), (27,78 %); негативистический (сопротивление терапевтическим мерам), (7,78 %) и дефицитарный (некритичный к проявлениям болезни), (14,44 %) типы комплайенса.

Разработана, апробирована и внедрена система психокоррекции, направленная на повышение мотивации к лечению и оптимизацию комплайенса. В ходе проведения системы психокоррекции решаются четыре основные задачи: коррекция неадекватных представлений о симптомах и прогнозе заболевания; формирование реалистической модели терапевтических результатов, выработка поведенческих схем соблюдения лечебного режима, выявление и предупреждение риска преждевременного прекращения лечения. Для больных с различными типами комплайенса созданы соответствующие алгоритмы применения психокоррекционного подхода и определены наиболее адекватные стратегии. Оценка результативности разработанной системы психокоррекции доказала ее высокую эффективность.

УДК 616.816:577.11.001.8

Малыхин А. В., Малыхина Н. А., Харченко А. В.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ЭНДОГЕННЫЙ СПИРТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Цель работы: на основе изучения изменения терморегуляции организма, обусловленной приёмом алкоголя, определить взаимосвязь количества экзогенного алкоголя и его влияние на саму терморегуляцию организма, которая обусловлена изменением течения реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ).