а саме: обсесивності-компульсивності — (0,85 ± 0,06 проти 0,27 ± 0,02 бали); міжособистісної сенситивності — (0,90 ± 0,10 проти 0,39 ± 0,03 бали); депресії — (0,70 ± 0,06 проти 0,19 ± 0,02 бали); тривожності — (0,77 ± 0,06 проти 0,15 ± 0,02 бали); ворожості — (0,73 ± 0,09 проти 0,27 ± 0,02 бали); фобічної тривожності — (0,45 ± 0,08 проти 0,06 ± 0,01 бали); парано яльності — (0,79 ± 0,09 проти 0,23 ± 0,03 бали); психотизму — (0,54 ± 0,07 проти 0,05 ± 0,01 бали); а також загальної важкості психопатологічних симптомів — (0,72 ± 0,06 проти 0,22 ± 0,01бали), що вказує на тотальний характер несприятливого впливу відміни опіоїдів на психічний статус залежних від них осіб.

Показано, що дійсно сталою особистісною характеристикою (за Eysenck) є екстраверсія, поміж рівнями якої у осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни та у стані ремісії, а також у практично здорових осіб достовірних відмінностей виявити не вдалося (13,88 ± 0,32; 13,26 ± 0,73 та 12,95 ± 0,39 бали відповідно при $p > 0,05$), в той час як рівень нейротизму достовірно ($p < 0,001$) зростає при переході від стану відміни (11,56 ± 0,60 бали) до стану ремісії (15,81 ± 0,96 бали) і наближається до рівня нейротизму здорових осіб (17,94 ± 0,42 бали). Окрім того, у стані відміни пацієнти демонструють достовірно ($p < 0,05$) нижчі (3,54 ± 0,19 бали) показники шкали неправди, ніж практично здорові (4,19 ± 0,19 бали), що вказує на більшу схильність останніх презентувати себе у «кращому вигляді», у порівнянні з особами, залежними від опіоїдів.

Відносні амплітуди всіх частотних складових мови, що звучить, в діапазоні 100—1000 Гц у хворих, залежних від опіоїдів, є достовірно більшими, ніж у хворих без ознак залежності, причому, залежні від опіоїдів у стані ремісії за цим показником відрізняються від практично здорових осіб істотно більше (на 4,23—8,87 дБ), ніж у стані відміни (на 2,11—4,44 дБ). Хворі залежні від опіоїдів, насамперед — у стані ремісії, при інших рівних умовах, кажуть не тільки гучніше, а і більш низьким голосом, у порівняні із своїми здоровими однолітками, що може бути зумовлено особливостями їхнього ендокринного статусу.

Особам, залежним від опіоїдів, у порівнянні із здоровими особами, притаманні: достовірно (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$) нижчий темп мови, що відображається в різній тривалості виконання тестового завдання (38,54 ± 0,97; 41,50 ± 2,16 та 47,41 ± 1,30 с відповідно), а також достовірно (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$) нижча швидкість модуляцій висоти голосу (52,48 ± 2,16; 64,19 ± 5,17 та 70,04 ± 2,80 semitones/sec відповідно).

В процесі апробації методу діагностики залежності від опіоїдів встановлено, що створені комплексні (з урахуванням маркерів, що були одержані за допомогою опитувальників Eysenck та Derogatis, а також даних фоноскопії з використанням програмного забезпечення PRAAT) діагностичні таблиці та алгоритм їхнього використання (на основі послідовної процедури Вальда у модифікації Є. В. Гублера) забезпечують 96,22 % безпомилковість діагностики при розпізнаванні стану відміни опіоїдів і 96,15 % безпомилковість діагностики при розпізнаванні стану ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, що є цілком прийнятним для скринінг-досліджень.

УДК:616.89-008.441.13-002(083.75)-08(477)

Мусієнко Г. О., Гольцова С. В.

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

СТАН І РОЗРОБКА МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ НОРМАТИВІВ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УКРАЇНІ

Приклади найкращої світової практики свідчать, що впровадження принципів доказової медицини передбачають врахування безпеки, ефективності та вартості медичних послуг і технологій. Сучасна медична практика вимагає від лікаря-нарколога використання тільки найнадійніших доказів, а від хворого — активної поінформованої участі в профілактичних програмах та під час надання йому спеціалізованої медичної допомоги.

В Україні розробка медичних технологічних і нормативних документів за принципами доказової медицини реалізується відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі практичної охорони здоров'я.

В проблемі організації наркологічної допомоги важливе місце займають правові питання, а саме: зрівняння в правах хворих на алкоголізм з хворими, які страждають на інші хронічні соматоневрологічні і психічні захворювання, захист прав лікаря-нарколога шляхом обмеження його діяльності межами медичної компетенції, взаємна відповідальність лікаря і хворого в процесі лікування і реабілітації.

Аналіз основних показників, що характеризують роботу наркологічної служби в Україні, свідчить про забезпеченість населення наркологічними установами, а оскільки забезпеченість населення наркологічними ліжками не зростає, а, навпаки, зменшується, то збільшення кількості госпіталізованих хворих стало можливим за рахунок збільшення зайнятості ліжка і скорочення тривалості госпіталізації, то можна припускати, що пацієнтів тільки виводять із стану абстиненції, не проводячи подальшого лікування. Тому, із зменшенням тривалості перебування хворого у стаціонарі звичайно пов'язане збільшення кількості повторних надходжень його у стаціонар протягом одного року. Ремісії у хворих з наркологічними розладами прийнято розцінювати як показники ефективної діяльності наркологічної служби. До цього необхідно підходити з достатньою часткою критики, оскільки відносність показників очевидна.

Останніми роками відзначено збільшення кількості лікувальних установ різних форм власності, що спеціалізуються на терапії невідкладних станів у хворих наркопрофілю. В кількісному відношенні ці послуги значно перевершують програми активної терапії і реабілітації, якими, як правило, професійно займаються тільки державні спеціалізовані наркологічні заклади. Можливо, це пов'язано, перш за все, з тим, що до 80 % пацієнтів при зверненні по наркологічну допомогу за мету ставлять отримання невідкладної терапії, значно менша частина їх переходить на етап активної комплексної терапії, і ще менша кількість продовжує брати участь у реабілітаційних програмах.

У матеріально-технічному забезпеченні регіональних наркологічних установ існує маса проблем, які впливають на якість лікувального процесу. У ряді регіонів відзначено недостатній рівень забезпечення медичним устаткуванням, а недостатня матеріально-технічна база також знижує ефективність лікувальних і реабілітаційних програм.

В даний час в Україні діють недержавні реабілітаційні центри, які функціонують на комерційній основі. Проте висока вартість перебування хворих робить неможливою їх тривалу реабілітацію, тому жоден комерційний реабілітаційний центр не може досягти тривалих і стійких ремісій у хворих.

Таким чином, проблеми організації наркологічної допомоги в Україні стоять дуже гостро і потребують вирішення. В даний час для вдосконалення наркологічної допомоги слід: розробити і впровадити стандарти реабілітації хворих наркопрофілю, розвинути реабілітаційні ланки наркологічної служби, розробити та впровадити нові, сучасні стандарти лікування хворих на залежність від ПАР, розробити сучасні нормативні бази наркологічної служби, забезпечити регіональні наркологічної служби кадрами та підвищити кваліфікацію її фахівців різного профілю, розробити сучасні критерії оцінки ефективності діяльності наркологічної служби.

УДК: 616.89-008.441.13:613.84-056.7

Мусієнко Г. О., Шалашов В. В.

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

ВИВЧЕННЯ МЕХАНІЗМІВ УСПАДКУВАННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ ТА ТЮТЮНУ І МЕХАНІЗМІВ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Процес формування проявів станів залежностей — складний і багатофакторний, а результати самих складних когортних досліджень часто є фрагментарними, а іноді — просто суперечать один одному. Тому потреба у подальшому розробленні цієї проблеми є нагайною, оскільки лише справжнє розуміння цих процесів надасть змогу розробити дійсно ефективні заходи щодо протидії епідемії станів залежностей. Саме тому метою роботи було вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності від алкоголю, тютюну та механізмів їх реалізації під впливом зовнішнього середовища та на цій основі — розроблення нових підходів щодо профілактики та терапії.

Об'єктами дослідження стали механізми успадкування схильності до станів залежності (алкоголізм, тютюнопаління) та механізми їх реалізації під впливом зовнішнього сердовища.

Результатом роботи стало формування когорт пробандів з алкоголізмом, тютюнопалінням і багатофакторне лонгітудинальне

обстеження їх самих та їх родичів, створення необхідного підґрунтя для визначення механізмів успадкування схильності до станів залежностей (алкоголізму, тютюнопаління) методами популяційної генетики, а також для визначення механізмів реалізації цих схильностей під впливом зовнішнього середовища.

Єдина методологічна основа для вивчення ранніх стадій формування станів залежностей (алкоголізму, тютюнопаління) була необхідна для їхнього порівняльного аналізу, а також для оцінки інтегрального рівня залежності обстежуваних осіб.

Вивчені особливості зловживання алкоголем та тютюном, формування залежності, як і інші психосоціальні розлади, пов'язані з факторами ризику і стійкості, які включають індивідуальні, генетичні, особистісні і середовищні впливи, а також різні комбінації взаємодії між ними в різних сім'ях, свідчать про існування генетичної схильності до цих порушень і є принципова можливість прогнозування ризику розвитку залежності від алкоголю та тютюну за допомогою методів генетики. Зокрема, реальним є оцінити вірогідність народження дітей, схильних до наркозахворювань.

Були обстежені 281 особа, залежна від алкоголю (шифр діагнозу F 10.2 за МКХ-10), та 47 осіб, залежних від тютюну (шифр діагнозу F 17.2 за МКХ-10).

Створено електронну базу даних, кожна облікова форма (обстежена особа) якої містить 2251 параметри, одержані під час комплексного дослідження, за даними шкали оцінки якості життя за J. E. Mezzich (10 параметрів); опитувальника SCL-90R з оцінки виразності психопатологічних проявів (118 параметрів), AUDIT-подібної (модифікованої нами) методики комплексної оцінки адиктивного статусу (528 параметрів), а також ASI — комплексного індексу важкості залежності (1595 параметрів).

Одержано дані щодо частоти ураження обстежених та їх родичів різними коморбідними залежностями, що при їхньому сукупному аналізі з частотами відповідних уражень в популяції дозволяє розрахувати співвідношення генетичного та середовищного компонентів для кожної з форм адиктивної поведінки, яке є необхідним для тестування різних генетичних моделей.

Таким чином, створено доказове підґрунтя для визначення механізмів успадкування схильності до станів залежностей різного походження методами популяційної генетики, а також для визначення механізмів реалізації цієї схильності під впливом зовнішнього середовища.

УДК 616.89-008.441.13-06

Павлова Ю. С.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ТРОПИКАМИДОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

В наркологической клинике в последнее время нередки холинолитические психозы, при которых ведущим симптомом является тяжело купируемое психомоторное возбуждение, протекающее с агрессией и неудержимой тягой к наркотику, что приводит к тому, что пациенты оставляют стационар на высоте абстиненции (на 2—3 сутки).

В значительной степени это связано с тем, что в среде наркоманов стал очень популярен новый «аптечный» наркотик, находящийся в свободном доступе, — тропикамид (Tropicamide), по фармакологическому действию относящийся к М-холиноблокирующим средствам.

Тот факт, что употребление холинолитиков вызывает изменение сознания, известен давно. Первые упоминания связаны с беладонной (*Atropa belladonna*), по-иному называемой «бешенницей» — в силу того, что входящий в состав растения атропин может вызывать сильнейшее психомоторное возбуждение.

В офтальмологии тропикамид применяется конъюнктивально, в виде 0,5 % и 1,0 % глазных капель. Процент всасывания активного вещества, поступающего через слезные каналы в нос, относительно высок, в связи с чем возможны побочные эффекты, обусловленные системным воздействием на ЦНС — психопатологические расстройства (психомоторное возбуждение, галлюцинации, холинолитический делирий), что и послужило причиной привлекательности препарата в качестве психоактивного вещества (ПАВ). С целью усиления эффекта наркозависимые лица стали применять его интраназально и внутривенно. Причём чаще тропикамид используется в сочетании с другими наркотическими веществами, в основном из группы опия, что вызывает качественное изменение структуры эйфории (эффект «особого прихода»), субъективно приближающейся к ощущениям при первых эпизодах наркотизации. Нередко достигаемые эффекты сопровождаются галлюцинациями, которых не наблюдается при изолированном употреблении героина. Кроме того, сочетанное применение холинолитика с героином способствует пролонгированию действия последнего и отдалению наступления абстинентного синдрома. Тропикамид усиливает проявления героиновой интоксикации и, в то же время, укорачивает действие героина, что приводит к значительному повышению частоты инъекций — до 10 и более раз в день. Препарат вызывает сильнейшее привыкание и тяжелейшую психическую и физическую зависимость, во много раз превышающую таковую при героиновой мононаркомании. Как правило, у потребителей тропикамида зависимость от различных ПАВ сформирована до начала злоупотребления им. Согласно данным литературы, наркоманы, сочетающие приём героина с тропикамидом, обычно усиливали проявления героиновой интоксикации с помощью препарата, с последующим значительным повышением частоты инъекций. В свою очередь, при сочетанном приёме амфетаминов и тропикамида пациенты быстро переходили на употребление лишь одного тропикамида, который они вводили непрерывно до состояния выраженной интоксикации, спутанности сознания и истощения.

Тропикамидовая зависимость в силу своей актуальности и нарастающей распространённости требует глубокого изучения наркологических и психопатологических аспектов злоупотребления наркотиком (с учётом преморбидного состояния и дозы препарата), разработки критериев дифференциальной диагностики интоксикационного делирия в результате употребления тропикамида, а также разработки алгоритмов фармакотерапии зависимости, со стандартизированными схемами показаний и противопоказаний к терапии.

УДК 616.89.071:616.89-008.441.33

Пирогов И. Ф.

«Харьковская медицинская академия последипломного образования» (г. Харьков)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Проблема дифференциальной диагностики психозов, обусловленных употреблением психоактивных веществ (ПАВ), и эндогенных психозов впервые была поставлена в конце 80-х — начале 90-х годов в связи с бурным ростом наркоманий. Вопросам дифференциальной диагностики психотических расстройств уделялась второстепенная роль: работы того времени были посвящены преимущественно диагностике, лечению и профилактике собственно наркоманий и токсикоманий, так как они являлись принципиально новыми феноменами в работе наркологов и психиатров, в отличие от шизофреноподобных психозов. Более глубокими обзорами по данной теме отличаются работы иностранных авторов, столкнувшихся с этой проблемой гораздо раньше. Так, американская исследовательница Кэтлин Шиакка в обзорной статье указывала на то, что большинство пациентов с резистентными к лечению формами химических зависимостей (по данным разных авторов — от 46 % до 70 %) страдают на самом деле коморбидными расстройствами, и их диагностика играет большое значение в дальнейшей тактике лечения и реабилитации. Картину параноида вследствие употребления психостимуляторов впервые описал P. Connell: в Англии в 60-е годы подобные психозы встречались среди подростков, употребляющих эфедрон, а также при передозировке «ширки». Длится психоз сутки-двое, иногда несколько дней. Если же параноид затягивается дольше, чем на неделю (без повторных введений эфедрона, первитина или амфетамина), то возникает обоснованное подозрение, что интоксикацией был спровоцирован приступ параноидной шизофрении. Встречавшиеся в отечественной научной литературе статьи, посвящённые дифференциальной диагностике шизофреноподобных психозов, имеют преимущественно прикладную направленность (например, критерии для определения инвалидности). Зарубежные источники констатируют тот факт, что в подавляющем большинстве случаев больным с психозами, имеющим наркологический анамнез, при первой госпитализации устанавливается два диагноза: психиатрический и наркологический. Провести окончательный дифференциальный диагноз либо не представляется возможным, либо не представляется целесообразным по различным причинам. Отсутствие единства взглядов на дифференциальную диагностику шизофреноподобных психозов, осложненных