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

употреблением ПАВ, клинический патоморфоз шизофрении в результате присоединившейся наркомании и связанные с этим диагностические трудности определяют актуальность нашего исследования.

Нами было обследовано 80 больных: 30 больных с шизофреноподобным расстройством в результате употребления ПАВ (1 клиническая группа); 30 больных параноидной шизофренией, которые употребляли ПАВ (2 клиническая группа); 20 больных параноидной шизофренией, которые не употребляли ПАВ (3 группа сравнения).

В ходе исследования были установлены следующие признаки: кратковременность и полиморфность психоза больных 1 группы, литическая редукция симптоматики с восстановлением исходного уровня психического функционирования; стереотипность и длительность приступов эндогенной структуры больных 2 группы; у лиц 1 группы в клинике преобладали абстинентный, психопатоподобный и галлюцинаторный синдромы; во 2 группе — апато-абулический, галлюцинаторный; тип отношения к болезни у лиц 1 группы — анозогнозический; у пациентов 2 группы — преимущественно апатический; у лиц 1 группы в ходе обследования не наблюдалось кататонической и парафренной симптоматики.

УДК 616.89-008.441.13:159.96

Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Пшук Є. Я.
Вінницький національний медичний університет (м. Вінниця)

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ КОМУНІКАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Недостатня сформованість захисних психологічних механізмів у осіб з алкогольною залежністю (АЗ) призводить до порушення їх психічної адаптації та порушення процесу інтерперсональної взаємодії.

Обстежено 114 хворих на АЗ (основна група), у віці від 21 до 40 років, які перебували під спостереженням у Вінницькому комунальному закладі «Соціотерапія» у 2007 — 2009 рр. (F 10.25, F 10.26 згідно з критеріями МКХ-10). У 73,6 % тривалість АЗ була до 3 років та у 23,7 % — 4 роки та більше. Групу контролю склали 55 практично здорових чоловіків.

Дослідження комунікативних копінг-ресурсів (КР) показало недостатню сформованість емпатійної та аффіліативної тенденцій у хворих, які є залежними від алкоголю. Так, за субшкалою «емпатичні тенденції» рівень розвитку ознаки був достовірно нижчим у порівнянні зі здоровими чоловіками і становив 10,2 ± 0,51 бали у хворих на АЗ та 16,7 ± 0,33 бали у здорових чоловіків ($p < 0{,}01$); виразність показника аффіліації становила 11,5 ± 0,87 бали у хворих на АЗ та 17,4 ± 0,12 бали у практично здорових чоловіків ($p < 0{,}05$). Однак, сенситивність до знехтування була достовірно вищою у групі хворих на АЗ у порівнянні з практично здоровими чоловіками (13,9 ± 0,53 бали проти 9,1 ± 2,4 бали, $p < 0{,}01$).

Вивчення рівня комунікативних КР в динаміці розвитку АЗ у пацієнтів дало змогу визначити, що показники рівня емпатії та аффіліації мали тенденцію до подальшого зниження із збільшенням тривалості АЗ. Так, при тривалості АЗ до 3 років показник емпатії становив 10,9 ± 0,32 бали, а у хворих з АЗ 4 роки та більше — 8,67 ± 0,44 бали ($p < 0{,}05$); показники аффіліації, відповідно, 12,2 ± 0,17 бали і 9,88 ± 0,12 бали ($p < 0{,}01$). Між тим, визначено подальше підвищення показників тенденції «сенситивність до знехтування» із збільшенням тривалості хвороби (13,3 ± 0,55 бали та 15,7 ± 0,19 бали, $p < 0{,}01$). Встановлені особливості свідчили про виснаження у хворих на АЗ таких особистісних комунікативних КР як емпатія та аффіліація. Посилення тенденції до знехтування сприяло соціальній відмежованості хворих, збільшенню відчуття дистанціювання у стосунках з оточуючими, що детермінувало використання ними неадаптивних поведінкових стратегій в проблемних ситуаціях.

Дослідження Я-концепції, як одного з основних особистісних ресурсів подолання стресових ситуацій, виявило зміни її структурних компонентів у хворих на АЗ. Так, у пацієнтів основної групи у сфері «Я-реальне» максимальний бал визначався за 8, 3 та 1 октантами, мінімальний — за 5 та 6 октантами. За 1 октантою (владно-лідуючий тип), 3 (прямолінійно-агресивний) результати перевищували 8-бальну оцінку, що свідчило про особистісну акцентуацію та труднощі в соціальній адаптації. Хворі на АЗ оцінювали себе як самовпевнених, прямолінійних, скептичних. Водночас, відзначали наявність тривожних побоювань, емоційну нестійкість, відсутність самостійності та ініціативи у починаннях, на відміну від здорових осіб. Незважаючи на домінування в стосунках прямолінійності, хворі вважали себе доброзичливими, комунікабельними, намагались всім дати поради, настанови, хоча були дратівливими, агресивними, демонстрували самовпевненість та незалежність у стосунках.

У здорових чоловіків максимальні значення у сфері «Я-реальне» реєструвались за 7 октантою (аффіліативність-співпраця), що свідчило про гармонійні та достатньо адаптивні можливості особистості.

У сфері «Я-ідеальне» пацієнти, які були залежними від алкоголю, хотіли бути менш прямолінійними, підозрілими, тривожними, більш доброзичливими, більш впевненими у собі та конгруентними з оточуючими їх людьми.

Вивчення типології міжособистісних стосунків в динаміці розвитку АЗ показало, що у пацієнтів з загальною тривалістю хвороби до 3 років виявлялось переважання відповідально-великодушного та співпрацюючо-конвенціального типів стосунків (52,7 %). Владно-лідуючий тип визначався у 32,7 % та залежно-покірливий у 14,5 %. З подовженням тривалості АЗ (4 роки та більше) виявлялося переважання залежно-покірливого типу міжособистісних стосунків (55,9 %), в той час коли владно-лідуючий тип реєструвався у 27,1 %, покірливо-слухняний — у 16,9 % пацієнтів.

Таким чином, в перебігу АЗ у пацієнтів реєструвалися дихотомічні тенденції у інтерперсональних стосунках. З одного боку, виявлялися риси пасивного конформізму, а з іншого — посилювалися агресивно-деспотичні тенденції з прихованим негативізмом, що сприяло формуванню дезадаптивного поведінкового стилю у пацієнтів з АЗ.

УДК 615.21

О. О. Рищенко, В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, О. В. Півоваров
Головне управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, Харківська медична академія післядипломної освіти

РОЗВИТОК ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ЯК ОДИН ІЗ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ АДИКТИВНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Розвиток адиктивної залежності серед населення України на сьогодні залишається однією із найактуальніших проблем для Уряду та Міністерства охорони здоров'я нашої країни в цілому. За останні декілька років кількість осіб із розвиненою адиктивною залежністю збільшилася вдвічі. В Україні у 2010 р. офіційно було зареєстровано біля 149 тис. наркозалежних осіб, проте реальна їхня кількість за різними оцінками на сьогодні складає більше 1 млн осіб, переважна кількість з яких — молодь у віці до 27 років. Відповідно до результатів судово-фармацевтичного моніторингу щодо виявлення причин та умов розповсюдження адиктивної залежності серед населення України, особливо неповнолітніх та молоді, одним із факторів розповсюдження адиктивної залежності є не тільки зловживання тютюновими виробами, алкогольвміщуючими напоями, препаратами коноплі, героїну, амфетаміну тощо, а й нераціональне вживання лікарських засобів (ЛЗ), що проявляють психоактивні властивості, в рамках самолікування, а також розширення номенклатури модифікованих у кустарних умовах нових психоактивних речовин різних класифікаційно-правових груп із психоактивних ЛЗ, які мають безрецептурну або рецептурну номенклатурно-правову ознаку. Одним із дієвих заходів впорядкування вживання ЛЗ із психоактивними властивостями в рамках самолікування є впровадження формулярної системи на території України.

Слід зауважити, що формулярна система є звичайною практикою у більшості країн Європейського Союзу та Співдружності Незалежних Держав, яка дозволяє більш раціонально використовувати ЛЗ різних клініко-фармакологічних груп при різноманітних захворюваннях пацієнта та забезпечує безперервний нагляд лікаря за процесом фармакокорекції патологічних станів, що в свою чергу унеможливлює нераціональне вживання або зловживання останніх та попереджує створення умов, сприятливих для розвитку адиктивної залежності.

На сьогодні формулярна система в Україні перебцває у стадії формування та потребує значної підтримки з боку держави та Міністерства охорони здоров'я України зокрема. Так, у березні цього року в Україні набув чинності Державний формуляр лікарських засобів четвертого випуску, який є основою для формування регіональних та локальних формулярів