

залежність, в умовах державних та недержавних наркологічних закладів.

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 296 чоловіків віком від 28 до 60 років, які мали верифікований діагноз «алкогольна залежність» та досвід лікування та госпіталізації з приводу алкоголізму. Всі досліджені особи були поділені на дві групи методом сліпої рандомізації: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі комплексної психофармакотерапії та психологічного супроводу протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували винятково стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару.

Під час організації системи комплексної допомоги алкогользалежним особам ми враховували біопсихосоціальну модель та холистичний підхід до надання допомоги, яка включала медичну, психологічну та соціальну складову. Найкращі однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %), в яких крім детоксикації застосовано протиалкогольний імплант, різниця з іншими групами є достовірною ($p < 0,05$). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом періоду ремісії хворим, поряд з медичним лікуванням, обов'язково надавався психологічний супровід. Найгірші результати щодо трирічних ремісій отримано в ГП1 (12,50 %), ($p < 0,05$), що свідчить про недостатність застосування лише базової детоксикаційної терапії. Найбільш ефективними в всіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано комплексну терапію, що доводить більшу ефективність комплексних заходів та підтверджує гіпотезу нашого дослідження.

УДК:615.45-001.1/3:355.257.6 «364»-08

К. В. Аймедов, А. Є. Волощук
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Організація мультидисциплінарної роботи з особами, що постраждали у результаті АТО (досвід Одеського регіону)

Проблеми ефективного та адекватного медичного захисту населення, постраждалого внаслідок антитерористичної операції, є одним з актуальних завдань сучасної охорони здоров'я. Актуальними завданнями медичної катастрофи є збереження психічного здоров'я населення у зоні АТО та учасників ліквідації надзвичайних подій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це специфічна клінічна форма порушення процесу посттравматичної стресової адаптації. Критерії діагностики ПТСР містяться в міжнародному діагностичному стандарті МКБ-10 — Міжнародному класифікаторі хвороб, ПТСР віднесено до групи розладів, пов'язаних з порушенням адаптації та реакції на сильний стрес.

Діагностичні критерії ПТСР:

Критерій А (визначення травмуючої ситуації)

1. ПТСР виникає в результаті впливу на людину травматичних подій, пов'язаних з загибеллю, серйозними пораненнями людей, можливою загрозою загибелі або поранень.

2. Людина, що пережила подібну травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб, в будь-якому випадку, в момент перебування в травматичній ситуації вона

повинна зазнавати інтенсивний страх, жах або відчуття безпорадності.

Критерій В (критерій вторгнення)

Повторне проживання психотравмуючої події;

«Флешбек»-ефекти;

Кошмарні сновидіння.

Критерій С (уникнення)

Уникання речей, ситуацій і думок, які нагадують про психотравмуючі події;

Неможливість згадати про важливі аспекти травми;

Почуття відчуженості і віддаленості від інших людей;

Знижена інтенсивність вищих емоцій;

Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

Критерій D (гіперактивація)

Збільшені неспокій, тривога й емоційне збудження в ситуаціях, що нагадують про травмуючі події;

Труднощі із засипанням або поганим сном;

Дратівливості, напади гніву;

Труднощі із зосередженням уваги;

Підвищений рівень настороженості;

Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E (тривалість перебігу розладу)

Симптоми, перелічені в попередніх рубриках, спостерігаються протягом більше одного місяця після травми.

Критерій F (дистрес і порушення адаптації)

у соціальній,

професійній,

сімейній та ін. сферах життя.

Особливістю цього розладу є тенденція не тільки не зникати з часом, але ставати більш вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального благополуччя.

УДК 616.89-008.441.13-055.2-08

К. В. Аймедов, К. В. Рябухін
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Проблема алкогольної залежності у жінок з урахуванням дисгармонійних особливостей їх гендерного статусу

Проблема боротьби з жіночим алкоголізмом продовжує залишатися однією з найважливіших соціальних проблем у більшості країн світу.

У вітчизняній літературі дослідження цієї проблеми стосується визначення морфоконституціональних, психічних, поведінкових особливостей жінок, що зловживають алкоголем. Дослідники також зазначили, що результат лікування жіночого алкоголізму часто пов'язаний з оточенням жінки, вони більш рішуче підходять до боротьби з алкогольною залежністю (АЗ) і їм легше дається зміна способу життя і вибір нового захоплення або хобі, яке замінює пристрасть до спиртного.

Мета дослідження: Визначити та характеризувати основні групи патологічних наслідків жіночої алкогольної залежності.

Під нашим спостереженням перебували 281 особа жіночої статі з алкогольною залежністю віком від 26 до 68 років — основна група (ОГ). Як групу порівняння було обстежено чоловіків у кількості 42 особи відповідного віку, які також мали алкогольну залежність (ГП). Групи досліджених було набрано в жіночих та чоловічих відділеннях КУ «Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», яка на даний момент репрофільована в КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Вивчення предикторів та патологічних наслідків АЗ надало можливість визначити гендерні особливості жі-