

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук А. П., Гольцова С. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Ідентифікація провідних професійних груп осіб, залежних від алкоголю, з урахуванням їх представленості серед загальної кількості працюючих, в Харківській області**

с зависимостью от ПАВ; 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Специфическими симптомами созависимости при этом выступают — трансформация чувства собственного достоинства в стремление (или воображаемую способность) контролировать свои и чужие чувства и поступки, несмотря на предшествующий негативный опыт (или прямо противоположные результаты); убежденность в своей способности оказывать значительное влияние на другого человека, несмотря на повторяющиеся неудачи и связанные с этим страдания; удовлетворение чужих потребностей путём, который делает невозможным удовлетворение собственных потребностей; нарушение системы допустимых границ, как в ситуациях интимности, так и одиночества; продолжение связи с человеком с личностными проблемами (зависимость от ПАВ, болезненная импульсивность и пр.); крайне болезненные и тягостные эмоциональные переживания или потеря эмоциональной чувствительности на протяжении как минимум двух лет без обращения за помощью к иным лицам или специалистам.

Обследованию подлежали 450 лиц, страдавших зависимостью от различных видов ПАВ. Нами использовался специально разработанный для целей настоящего исследования вариант геносоциогаммы, названный геноэмоциогамма, основной направленностью которого является выявление эмоционально значимых моментов, событий и связей в жизни семьи в их связи с факторами наркотизации и формированием «наркоманической личности». В отличие от геносоциогаммы, в геноэмоциогамме многие статусно-ролевые моменты семейной истории подверглись элиминации, а преобладающее место занял именно эмоциональный контекст отношений. Эти условия уровни можно разделить на облигатные (указаны в хронологическом порядке): эмоциональная вовлечённость (первый); вовлечённость с попытками управления и контроля (второй); модификации поведения (третий), и факультативные (возникающие в результате коллапса защитных механизмов) — вовлечение в химическую зависимость.

Таким образом, в результате проведённых исследований с помощью разработанного метода геноэмоциогаммы были выявлены внутрисемейные факторы и детерминанты формирования созависимости дифференцированно по различным видам ПАВ, и предложена иерархическая структура отношений созависимости, которую необходимо учитывать при создании систем и моделей психотерапии и реабилитации наркозависимых.

Анализ результатов проведённых нами исследований показал, что акцент в случае формирования созависимости в семьях лиц с зависимостью от ПАВ надлежит делать на следующих позициях: вектор; форма; уровень. По первой позиции на геноэмоциогаммах было выявлено существование горизонтального и вертикального векторов с различными вариациями (при участии в отношениях созависимости лиц старших поколений). По второй позиции были выявлены такие формы отношений созависимости, как контролирующая гиперпротекция; потокающая гиперпротекция; запрещающая гиперпротекция; интраматрициальная алиенация (состоящая в эмоциональном отторжении при сохранении бытовых форм контакта и совместного проживания). По третьей позиции были выявлены уровни формирования отношений созависимости, которые в определённой мере можно ассоциировать со стадиями развития этих отношений.

Експертне вивчення матеріалів когортного дослідження хворих на аддиктивні розлади (2010—2014: наук. керівник теми — проф. І. В. Лінський) — *перша вибірка хворих* та матеріалів госпіталізації хворих на алкогольну залежність (АЗ) в Харківську обласну наркологічну лікарню протягом 2015 року — *друга вибірка хворих* — за ознаками трудової зайнятості, віку, освіти та особливостей клініки дозволило підібрати найбільш типові професійні контингенти пацієнтів для проведення науково-дослідних робіт 2017—2018 рр. Зіставлення цих матеріалів із даними Головного управління статистики у Харківській області щодо осіб, які працюють в різних галузях, виявило певну відповідність поміж трудовою зайнятістю, професією, наявністю профшкідливості в виробничих процесах і клінікою алкогольної залежності.

Встановлено, що загальна кількість штатних працівників в різних галузях в області 2015 року становила усього 575 тис. осіб. Тобто, тільки п'ята частина населення — працевлаштована. Найбільша кількість працівників була в промисловості — 151 тис. осіб; в освіті — 100 тис. осіб; в охороні здоров'я — 59 тис. осіб; в оптовій та роздрібній торгівлі, ремонті автотранспортних засобів — 63 тис. осіб; в транспортній сфері, складському господарстві — 43 тис. осіб; в професійній науковій та технічній сфері — 23 тис. осіб; в сільському господарстві — 24 тис. осіб; в будівництві — 17 тис. осіб.

Зроблено висновки:

1. Внаслідок негативних соціально-економічних змін умов життя та праці в області радикально змінюється галузевий та професійний склад осіб, що працюють, їхня кількість; збільшується прошарок не працевлаштованих; з'являються нові професії та виробництва, зокрема приватної форми власності.

2. Усе різноманіття патогенних чинників, зокрема професійна шкідливість, хвороби та інші «вади життя», надають негативні впливи на людину і можуть стимулювати потяг до вживання алкоголю, навіть на робочих місцях.

3. У разі поєднання широкого спектра патогенних чинників загально-біологічного, соціального, виробничого та іншого екогенного характеру із алкогольною інтоксикацією — виникають коморбідні форми соматоневрологічної та алкогольної патології, типові негативні наслідки та ускладнення.

4. Як моделі для подальших досліджень у рамках вказаної НДР нами вибрані п'ять професійних груп хворих на АЗ, а саме: а) робітники промисловості, які зайняті в гарячій обробці металу (електрогазозварники, ливарники) та в хімічному виробництві, в трудових процесах у яких домінують профшкідливості токсикохімічного складу; б) робітники промисловості, що зайняті в холодній обробці металу (слюсарі, рубачи металу, штампувальники). Як профшкідливість у них виступають пил, абразивні матеріали, електромагнітні хвилі та поля, шум та вібрація, монотонія; в) водії автотранспорту, в професійній діяльності яких характерними є комплекси фізіогенних та токсичних чинників: перенапруження нервової системи, зору та слуху; вимушене положення тіла; гіподинамія; шум та вібрація; інтоксикація бензином та продуктами його згорання; г) особи, що зайняті в будівельних професіях, які перебувають під дією сезонних атмосферних факторів, цементу, фарб; д) в контрольну

групу увійшли офісні робітники, в трудових процесах у них нема профшкідливості.

Отже за матеріалами подальших досліджень ефективна профілактична та терапевтична допомога на робочих місцях може бути надана десь близько 400 тис. працівників вищезазначених професій, що і зумовлює сукупний економічний ефект НДР.

УДК 616.89-008.441.13-071-037: 615.214-08

Артемчук К. А. , Лінський І.В.***

**ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука» (м. Харків);*

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

Новий підхід до терапії хворих на алкогольну залежність інгібіторами ацетальдегіддегідрогенази переривчастими курсами — «за потребою»

В наші часи в Україні шириться та зміцнюється нова медична парадигма, яка, не заперечуючи провідної мети протиалкогольної терапії на повну відмову від вживання спиртних напоїв, як проміжні завдання розглядає технології зменшення у пацієнтів частоти вживання й доз вжитого алкоголю, кількості й тривалості запійних станів, діапазону негативних наслідків та ускладнень, а також збільшення тривалості терапевтичних ремісій та покращання якості життя. Загальноновизнаним підходом до курації пацієнтів із безремісійним типом перебігу алкогольної залежності, резистентних до терапії, вважають безперервне амбулаторне спостереження. В ролі медикаментозного складника такого підходу дотепер найчастіше виступають інгібітори ацетальдегіддегідрогенази (ІААДГ). Однак термін безперервного, щоденного застосування цих засобів, з міркувань безпеки хворих, обмежується одним триместром, що значно менше періоду бажаної фармакологічної підтримки цієї категорії пацієнтів. Відомим способом подолання цієї суперечності є відмова від щоденного прийому ІААДГ на користь їхнього призначення «за потребою» — в дні та періоди високого ризику рецидиву алкоголізації. Переведення режиму прийому ІААДГ (дисульфіраму та ціанаміду) — з щоденного на — «за потребою» наприкінці 1-го триместру лікування й надалі — на етапах 2-го — 4-го триместрів забезпечує збереження наступності та ефективності терапії при значному зменшенні частоти небажаних проявів й достовірно підвищує прихильність пацієнтів до лікування та зменшує їхню потребу в госпіталізації. Також доведено, що таке переведення дозволяє уникнути погіршення афективного статусу пацієнтів та якості їх життя загалом.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

*Артемчук А. П., Артемчук О. А., Артемчук К. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Стрес як діагностичний, прогностичний та лікувальний фактор при станах залежності в умовах військових дій, природних та техногенних катастроф, шкідливих виробництв, соціальних конфліктів та інших вад життя

В період з 2000 по 2004 роки нами подано та запатентовано кілька діагностичних, прогностичних та лікувальних технологій, а саме:

А. *Спосіб термінового емоційно-стресового (безмедикаментозного) зняття алкоголь-абстинентного синдрому* (Заявка 2000020792, 14.02.2000 р. Одержано декл. патент UA 51 865 А (А61Н39/04); бюл. № 12, 2002 р.);

Б. *Спосіб раннього прогнозу ефективності лікування хворих на алкогольну залежність за методом О. Р. Довженка* (Заявка 2000010131, 10.01.2000 р. Одержано декл. патент UA 36590А (А61В5/02), бюл. № 3, 2001 р., а надалі — патент, бюл. № 11, 2004 р.).

В. *Спосіб прогнозу ефективності лікування алкоголізму за методом О. Р. Довженка* (Заявка 2000010130, 10.01.2000 р. Одержано декл. патент UA 36 589 А (А61 № 1/00), бюл. № 3, 2001 р.; а надалі — патент, бюл. № 4, 2004 р.).

Сутність способу А полягає в тому, що, на відміну від загальноновизнаного підходу до лікування хворих на АЗ за методом Довженка, який потребує наявності 15—20-денного строку попередньої повної тверезості, — на сеанс стрессопсихотерапії (СПТ) допускається пацієнт із 2—5 днями утримання від вживання алкоголю (тобто — в стані синдрому відміни алкоголю). При цьому його кодуємо на строк «один місяць». При досягненні 15—20 днів тверезості хворий на АЗ проходить наступний — другий етап лікування — процедура продовження завчасно накладеного коду «один місяць» на новий, добровільно вибраний строк — від «одного року» до «на все життя».

Такий двоетапний психотерапевтичний підхід до позбавлення від АЗ є дуже зручним для пацієнта, бо не вимагає від нього попереднього багатоденного відриву від вживання алкоголю, застосування детоксикаційних та інших медикаментозних засобів й технологій; може проводитися в короткі строки (протягом всього 2—3 годин), в умовах без відриву від військової служби або виробничого процесу. Після його використання у хворого зникає потяг до вживання алкоголю, накопичується початковий досвід тверезого життя «під кодом», підвищується бажання до збереження тверезості шляхом «продовження коду», але вже на більш тривалій період.

Способи Б та В були створені для хворих на АЗ, залежних від тютюнопаління, тих, що вживають інші психоактивні речовини (ПАР), у яких є високий ризик неповного або нестійкого ефекту СПТ за методом О. Р. Довженка, проведеного як за стандартної повною технологією, так і в вищезазначеному режимі — шляхом «завчасного», «попереднього» кодування й наступного «продовження коду». В основу *способу Б* покладено завдання раннього прогнозу результатів СПТ (тобто **вже під час лікувального сеансу**), шляхом виконання простих функціональних досліджень стану таких вітальних показників як артеріальний та скроневий тиск (АТ, СТ). В результаті багаторічних спостережень нами встановлено, що у хворих на АЗ, у яких прогнозуємо високу ефективність СПТ за методом О. Р. Довженка, виявляється картина:

1) різкого пониження АТ та СТ зліва та справа зі збереженням функціональної асиметрії цих показників наприкінці загальної групової частини лікувального сеансу (наприклад, справа — вищі, ніж зліва або — навпаки);

2) перефазування функціональної асиметрії цих показників судинного тону під час процедури «індивідуального кодування», тобто на висоті СПТ (наприклад: високі показники АТ та СТ справа — різко знижуються, а низькі зліва — різко підвищуються і стають вищими, ніж показники з правого боку — і навпаки). *Таке «перефазування» показників свідчить про достатню інтенсивність стресового подразнення певних регуляторних механізмів під час процедури індивідуального «кодування» й ілюструє той факт, що воно припадає на етап мобілізації загальної неспецифічної реакції на стрес (ЗНПС) з активацією адаптаційного потенціалу.*

3) На другий день після застосування СПТ (як за повною, стандартною технологією, так і в режимі «попереднього кодування» на один місяць), у разі позитивного прогнозу ефективності СПТ, відбувається нормалізація АТ та СТ (тобто зниження або підвищення до норми цих порушених