

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

показників), а також — ще одне (вже зворотне) перефазування їх асиметрії (тобто повернення до той фізіологічної асиметрії, яка була до процедури індивідуального кодування).

В основу способу В закладено можливість:

а) прогнозування результатів СПТ ще на етапах до її виконання і, отже, — обґрунтованого допуску хворих на АЗ на сеанс лікування (або його аргументованого відкладення);

б) діагностики стадії ЗНРС, на якій перебуває пацієнт (мобілізації, резистентності або виснаження);

в) додаткового застосування спеціальних технологій підвищення інтенсивності лікувального стресу для переведення хворого із стадії резистентності на стадію мобілізації ЗНРС.

Для вирішення цих завдань використано додаткове, дозоване стрес-навантаження за допомогою електростимулятора м'язів «Стимул-1» за день-два до сеансу СПТ. При цьому електроди накладають на передпліччя лівої руки пацієнта і подають змінний струм силою 8 мА, тривалістю 1,5—2 секунди, з інтервалами у 2—3 с, протягом 10—12 секунд. В результаті у пацієнтів виникає ціла низка психоемоційних, судинних, рухових, біохімічних та інших фізіологічних захисних реакцій, які є найбільш інтенсивними на тлі мобілізаційної стадії ЗНРС. Вищезазначене відображає високу реактивність організму на електрострес й майже стовідсоткову можливість досягнення стійкої ремісії після застосування СПТ. Якщо внаслідок додаткового, дозованого електростресу у хворих на АЗ не виникає мобілізаційні реакції, а саме підвищення (або пониження) АТ та СТ, синдром перефазування функціональної асиметрії цих показників; прискорення (або зменшення) частоти пульсу та дихання, почервоніння (або знекровлення) обличчя; прояв станів напруження, неспокою й тривоги; підвищення рівня цукру в крові, вмісту адреналіну та норадреналіну у сечі, висока судомна активність мозку — прогноз результатів наступної СПТ за методом О. Р. Довженка оцінюємо як сумнівний. Додаткове електростреснавантаження в цьому разі припадає на стадію виснаження або стадію резистентності ЗНРС. В першому випадку (стадія виснаження) — СПТ таких пацієнтів відкладають на 20—40 днів й призначають спеціальну медикаментозну терапію щоб відновити (або підвищити) адаптаційний потенціал, перевести хворого на більш продуктивні стадії ЗНРС. В другому випадку (стадія резистентності) під час проведення процедури індивідуального «кодування» підсилюється інтенсивність лікувального стресу за допомогою електростимулятора м'язів «Стимул-1».

Вищезазначені технології можуть бути використані для матеріалізації психотерапії при станах залежності, депресіях, психосоматичних розладах в умовах військових дій, екогенних та техногенних катастроф, шкідливих виробництв та інших вад життя для ефективної діагностики, прогнозу та терапії.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артечук А. П., Лобанов І. Ю., Гольцова С. В.  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)

### Три провідні складники формування алкогольної залежності

Концептуальним підґрунтям дослідження хвороб залежності є загальноприйнята точка зору про те, що їх формування, перебіг та прогноз залежать від взаємодії трьох провідних складників: стану організму, характеристик психоактивної речовини та умов зовнішнього середовища.

До реєстру численних характеристик внутрішнього середовища організму, які мають важливе етіопатогенетичне

та клінічне значення при алкогольній залежності, окрім особистісних вад, розладів психіки та поведінки, можна віднести загальнобіологічні преморбідні та пубертатно-індуційовані особливості, різні варіанти імунної та біохімічної конституції, а також розлади фонду біоактивних речовин: вмісту (та взаємовідносин) макро- і мікроелементів, гормонів, амінокислот, ліпопротеїнів та ферментів їх перетворення тощо.

До кола найважливіших характеристик психоактивної речовини — етанолу можна віднести його якість, наявність додаткових домішок органічного та неорганічного складу; міцність; частоту, періодичність та дози вживання, а також інші особливості, які пов'язані із технологією виробництва алкогольних напоїв. Етанол, — як токсична та психоактивна речовина, специфічно змінює різні (якщо не усі) метаболічні процеси в організмі; порушує сталість внутрішнього середовища через розлади енергетичного, вуглеводного, білкового, ліпідного, водно-сольового та інших видів обміну речовин; формує новий, патологічний гомеостаз, що і зумовлює фіксацію стану залежності від нього, а також створює біологічне підґрунтя для розвитку коморбідних соматоневрологічних, психічних та поведінкових розладів та ускладнень.

До переліку негативних характеристик зовнішніх — природного, виробничого та соціального середовищ можна додати його антропогенне хімічне, променеве, ультразвукове, теплове, інформаційне та інше забруднення, що призводить до руйнування складних екологічних систем, розпаду біоценозів, створює загрозу для здоров'я і, навіть, життя людини, усій популяції. Присутність алкоголю в організмі, може потенціювати, змінювати або нейтралізувати ксенобіологічні ефекти багатьох інших екзо- та ендогенних негативних чинників. Самі алкогольні напої також можуть бути джерелом надходження в організм токсичних речовин різного походження, складу і дії.

Тому комплексні дослідження різних аспектів процесу розвитку і перебігу сучасних форм алкогольної залежності в «екобіопсихосоціальному просторі», який визначається, з одного боку, індивідуальними характеристиками організму та психіки людини, а з другого — токсичними, наркотичними, а також потенціюючими (або послаблюючими) ефектами алкогольної інтоксикації щодо коморбідної нервово-психічної та вісцеральної патології, інших негативних чинників, а з третього боку — провідними параметрами зовнішніх — природного, виробничого та соціального середовищ, становлять важливе наукове завдання, поліпрофесійне вирішення якого потрібно для створення ефективних технологій діагностики, профілактики, терапії та прогнозу подальшого перебігу цієї розповсюдженої патології, коморбідних з нею станів та негативних наслідків.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артечук А. П., Мінко О. І.  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)

### Клініко-епідеміологічний аспект сучасних форм алкогольної хвороби на моделях різних типів професійно-виробничої шкідливості

В умовах техногенно зміненого природного середовища та великої кількості різних типів професійної шкідливості на виробництвах, будь-який окремий вид їхнього впливу на людину не можна розглядати ізольовано, — як негативний наслідок дії певного, монопатогенного чинника. Різні за походженням, характером та інтенсивністю поліпатогенні фактори зовнішнього середовища чинять, в широкому спектрі, об'єднані ксенобіотичні ефекти. Найчастіше вони пов'язані