з виробничим процесом, його технологією й обладнанням, технікою безпеки. В їх числі — токсичні та радіоактивні речовини, пил, загазованість, інфрачервоні і ультрафіолетові випромінювання, електромагнітні хвилі радіочастот, шум і вібрація, висока і низька температура робочої зони та ін. Негативні впливи можуть бути пов'язані також із поганою організацією праці: перенапруженням нервової системи, монотонією, перенавантаженням окремих м'язових груп, тривалим вимушеним положенням тіла, адинамією, високою відповідальністю, великою тривалістю робочого дня. Серед працівників саме *водіїв автомобільного транспорту* можна віднести до ризикового контингенту за умовами праці в плані виникнення алкогольної залежності (АЗ). Тільки в Україні кількість водіїв наприкінці XX сторіччя становила 339 тисяч осіб. До числа негативних виробничих чинників, що діють на водія, належать шум, інфразвукові коливання, вібрація, забруднене повітря, нервово-психічне напруження. В процесі роботи на *електрогазозварника* негативно впливають хімічні (електрозварювальний аерозоль) та фізичні (електрична дуга, ультрафіолетове і інфрачервоне випромінювання, електромагнітні хвилі) чинники, а також вторинні чинники мікроелементного та іонного балансу повітря. Умови праці *при виплавці сталі* характеризуються гарячим мікрокліматом, інтенсивним шумом, запиленістю і загазованістю. Застосування марганцю, хрому і молібдену як легуючих добавок, а також використання хромомагнезитових вогнетривів у мартенівському виробництві веде до збільшення їх вмісту в робочій зоні. Усе вищезазначене має не тільки ізольоване профпатологічне значення, але може входити в широке коло патогенетичних чинників виникнення АЗ, насамперед поєднаних, трансформованих різновидів патології.

У зв'язку з вищезазначеним, під час розроблення адекватних лікувальних і превентивних заходів при АЗ *треба оцінювати медико-біологічний компонент здоров'я як всього населення загалом, так і окремих вікових, професійних, територіальних, гендерних груп, здорових і хворих людей, ризикового контингенту*. Збільшення кількості різноманітних поєднаних варіантів, потенційно небезпечних для людини факторів детермінує *пріоритетність вирішення медичних завдань з позицій (і в руслі) екзо- та ендоекології*. Вони сприяють підвищенню ступеня психофізіологічного та генетичного напруження, виникненню нових форм екологічних хвороб, спонтанних форм захисної поведінки (зокрема алкоголізму, наркоманії), процесів депопуляції. *У складних комплексах етіологічних факторів та патогенетичних механізмів*, що беруть участь у виникненні поліклінічної патології при взаємодії етанолу і негативних професійних чинників, *значне місце посідають процеси, що пов'язані з ураженням ферментних та гормональних систем, метаболізмом хімічних елементів, алергічною перебудовою організму, а також з неспецифічними загальнобіологічними реакціями на стрес*.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук О. А.*, Мінко О. І.**
**ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука» (м. Харків);*
***ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

Фармакотерапевтична технологія адаптаційно-метаболічної дії («Композит-1»): принципи створення, механізми дії та результати використання в клініці алкоголізму

Нами (А. П. Артемчук, О. А. Артемчук, Г. Х. Божко, 2001) одержано патент на винахід 42478A UA, МПК A61K31/00 Спосіб лікування алкоголізму; бюл. 9, 2001 р.) та впроваджено в практику нову фармакотерапевтичну технологію «Композит-1» (комплекс відомих — офіцінальних лікарських препаратів, а саме бензоналу, нікотинової кислоти, сечовини, рибоксину, аланіну, ацетилсаліцилової кислоти, пірацетаму, піроксану, цинаризину з патогенетично детермінованою послідовністю їх застосування та клінічно-зваженими дозами), яка спрямована *на прискорення елімінації алкоголю й токсичних продуктів його окислення, корекцію вегето-судинних розладів й порушень обміну речовин у хворих на АЗ, а також активацію власних адаптогенних та саногенетичних механізмів організму*. Показано, що терапевтична ремісія в амбулаторних умовах під впливом монотерапії Композитом може бути сформована у половини (57,06 %) пацієнтів. При цьому достовірно ($p < 0,05$) знижується кількість хворих, що достроково припиняють лікування: на етапі купірованого синдрому відміни алкоголю (СВА) — в 3,0 рази; в ранньому післяабстинентному періоді — в 2,71 рази, на етапі терапевтичної ремісії — в 1,28 рази. Також встановлено, що на всіх наступних етапах спостереження пролікованих відбувається неухильне зниження вмісту фракції ліпопротеїнів (ЛП) високої щільності в нативній сироватці крові: із початкового надвисокого (150,5 % від норми, $p < 0,05$) — до зниженого (67,8 % від норми, $p < 0,05$), при цьому найбільш істотно зменшується вміст підфракції ЛП високої щільності ($ЛВЩ_{2a}$ — в 2,63 рази, $p < 0,05$), що дозволяє *віднести ці показники до метаболічних (ліпопротеїнних) маркерів становлення терапевтичної ремісії у хворих на АЗ*. Вміст ЛП проміжної щільності на всіх етапах спостереження залишається замалим (36,0—77,5 % від норми, $p < 0,05$), *що дозволяє трактувати цей показник як метаболічний (ліпопротеїнний) маркер власне АЗ*. На всіх етапах формування терапевтичної ремісії виявляються численні, достовірні — прямі та зворотні кореляції поміж інтенсивністю скарг, показниками самооцінки функціонального стану, артеріального тиску, частотою серцевих скорочень — і вмістом в сироватці крові різних фракцій та підфракцій ЛП, що ілюструє *можливість корекції цих розладів шляхом спрямованої модифікації обміну речовин*.

Отже, *препарат «Композит-1»* має високу ефективність, широкий діапазон та пролонгованість позитивних впливів на хворих АЗ (в плані зняття алкогольної інтоксикації, позбавлення від СВА, а також підтримки терапевтичної ремісії), що дозволяє нам рекомендувати його для застосування в умовах військових дій, екогенних природних та технологічних катастроф, шкідливих виробництв, соціально-психологічних стресів *як засіб «першого вибору», а також і в ранзі технології довгострокової курсової терапії*.

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

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

Особливості проявів психопатологічної симптоматики залежно від рівня споживання алкоголю в учасників АТО

Спроби вирішення надзвичайної ситуації на сході країни призводять до психологічних травм військовослужбовців, які як наслідок можуть проявитися у розладах психічної діяльності, а також у неможливості соціалізуватися у мирному суспільстві. Один з найпоширеніших розладів в подібних випадках — розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, особливо алкоголю. Безумовно, на клінічну картину як реакцій на стрес, так і викликаного ним або ж супутнього

зловживання психоактивними речовинами, особливо алкоголем, накладає відбитки сучасні особливості ведення бойових дій. У відношенні останніх трагічних подій, що відбуваються в Україні, все частіше використається термін «гібридна війна», тобто війна, основним інструментом якої є створення державою-агресором в державі, обраній для агресії, внутрішніх суперечностей та конфліктів.

Отже, завданням дослідження стало вивчити особливості психопатологічної симптоматики в учасників АТО залежно від рівня споживання алкоголю.

Методи дослідження — опитувальник психопатологічної симптоматики Derogatis, тест AUDIT.

Під час виконання дослідження було обстежено 40 учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласному госпіталі для інвалідів війни» м. Харків. За результатами обстеження за допомогою тесту AUDIT респондентів було поділено на дві групи — особи із умовно «безпечним» вживанням алкоголю (0—15 балів) та особи із ризикованим вживанням (16 балів та вище).

Згідно з результатами обстеження респондентів щодо рівня психопатологічної симптоматики, загальний індекс тяжкості психічного стану у двох групах обстежених суттєво не відрізнявся (1,03 ± 0,07 та 1,01 ± 0,09 бали), також не було виявлено достовірних різниць за шкалами міжособистісної сенситивності (0,90 ± 0,08 та 1,06 ± 0,03); тривожності (1,13 ± 0,07 та 1,12 ± 0,03 бали) ворожості (1,07 ± 0,10 та 1,03 ± 0,07 бали); фобічної тривожності (1,41 ± 0,12 та 1,48 ± 0,11 бали) — шкала паранояльності (1,14 ± 0,09 та 1,18 ± 0,12 бали). Отже, можна вважати, що саме ці показники, які мало залежать від факту зловживання алкоголем, і є відображенням специфічного впливу «гібридної війни».

У групі із низьким рівнем вживання алкоголю виявлено достовірно нижчі показники психопатологічної симптоматики за шкалами соматизації (1,28 ± 0,10 та 1,54 ± 0,09 бали); депресії (0,98 ± 0,02 та 1,42 ± 0,09 бали) та додатковою (1,15 ± 0,15 та 0,90 ± 0,05 бали). Ці відмінності свідчать про вплив вживання алкоголю, але, можливо, й проявів залежності, що тільки формується. Особливо показовим є високий показник за додатковою шкалою ADD, оскільки додаткові питання не попадають під жодне визначення симптоматичних розладів, що відображуються у основних шкалах.

Отже, в учасників АТО через певний час після припинення безпосередньої участі у бойових діях спостерігається складний комплекс психічних та поведінкових розладів, спровокованих як безпосередньо стресом внаслідок участі у бойових діях, специфічним впливом гібридної війни, та вживанням або зловживанням алкоголем. Потрібні подальші дослідження у цієї сфері з метою розробки наркологічного аспекту питання реабілітації й ресоціалізації комбатантів.

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Бараненко О. В., Лісна Н. М.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Аналіз особливостей рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань для системи охорони здоров'я. За даними літератури, майже у 75 % ветеранів бойових дій протягом життя відзначають симптоми, які дозволяють діагностувати психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (K. Leslie, M. D. Jacobsen, M. Steven et al., 2001; C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messe et al., 2004). Для вирішення завдань медико-соціального, психологічного забезпечення АТО та мінімізації шкідливих наслідків, як на рівні окремих постраждалих, так і на рівні соціуму загалом, потрібен комплексний підхід, що включає до себе зокрема й наркологічний аспект.

Тому метою дослідження стало вивчення особливостей рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО.

Під час виконання дослідження за допомогою тесту AUDIT було обстежено 40 учасників бойових дій (які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни» м. Харків).

Встановлено, що 3 обстежених (7,50 %) не вживали алкоголь взагалі; 12 обстежених (30,00 %) набрали від 1 до 7 балів, що відповідає зоні I , тобто відносно безпечному вживанню. Рекомендовані заходи при подібному стилю вживання алкоголю — освіта щодо алкоголю й наслідків його вживання; 7 обстежених (17,50 %) показали результати в межах від 8 до15 балів, що відповідає II зоні ризику, що свідчить про небезпечне вживання або стиль уживання алкоголю, що збільшує ризик пагубних наслідків для самого споживача або для оточуючих його людей, при цьому самі розлади в цей час відсутні.

Досить велика кількість обстежених (16 осіб, або 40,00 %) під час обстеження за методикою AUDIT набрали від 16 до 19 балів, що відповідає III зоні ризику і свідчить про вживання зі шкідливими наслідками, або про стиль уживання алкоголю, що приводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, а також до розладів соціального функціонування споживача. При подібному стилю рекомендовано прості поради з боку фахівця, а також консультації й тривале спостереження.

До зони IV, що відповідає клінічній картині алкогольної залежності відповідно до критеріїв МКХ-10 та потребує направлення до фахівця для діагностики й лікування, було віднесено 2 обстежених, або 5,00 % від всього контингенту. Фактично вони перебували на лікуванні саме з цього приводу.

Отже, під час обстеження було виявлено досить велику кількість осіб із високим ризиком формування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю. Звісно, що одного тільки обстеження за методикою AUDIT недостатньо для повної діагностики, особливо враховуючи те, що, вірогідно, деякі обстежені вдавалися до дисимуляції.

Результати дослідження можуть бути використані під час розроблення програм медико-соціальної реабілітації учасників АТО та постраждалого населення. Вже зараз на підставі проведених досліджень можна зробити висновок про нагальну потребу у консультуванні щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю та необхідності обмежити його вживання у переважній кількості комбатантів (можливо, за винятком тих, що за певними умовами не вживають алкоголь взагалі).

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Бараненко О. В.*, Самойлова Е. С.*, Шалашов В. В.*, Голощапов В. В.**, Літвиненко В. В.**
**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*
***КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня» (м. Харків)*

Особливості алкогольних уподобань в учасників АТО

Питання мінімізації бойових та не бойових втрат, а також допомоги учасникам бойових дій при поверненні до мирного життя вимагають вирішення питань медико-