

Мы считаем необходимым:

— восстановить значимость института районного специалиста, психиатрическую основу наркологии, ввести специальность единого **базового психиатра**, при сохранении структуры районного психиатрического и наркологического кабинетов, областного психиатрического и наркологического диспансеров;

— доукомплектовать районные психиатрические, наркологические, детские кабинеты **врачами-психиатрами**;

— создать, в случае целесообразности, психонркологические медобъединения по примеру Киевской, Одесской, Ровенской, Запорожской и других областей.

Реформа наркослужбы, несомненно, улучшит организацию наркологической и психиатрической помощи населению, устраним антагонизм между психиатрами и наркологами, поможет повысить их профессиональный уровень, будет способствовать раннему выявлению, своевременному и качественному лечению, снижению уровня инвалидизации. При этом выиграет, в первую очередь, районное звено: будет обеспечена взаимозаменяемость, решение ряда социальных вопросов. Оказание качественной помощи лицам, страдающим ПТСР и другими психическими расстройствами в коморбидности с алкоголизмом и наркоманией, станет возможным через «одно окно».

Считаем необходимым, чтобы зависимостями (аддикцией) занимались психиатры, как в Европе, США и двадцать лет назад — в Украине.

УДК 616.89-02:547.262-037

Кузьмін В. Н.

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

Клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм

Метою дослідження було вивчення клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм у госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Було обстежено 200 хворих, повторно госпіталізованих з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Вік хворих становив 30—40 років. У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Абортивний перебіг спостерігався у 42 % (82) хворих. До цього варіанту перебігу можна віднести варіанти перебігу психозу з тривалістю менше доби. Для них були характерні: порушення сну з жахливими сновидіннями, короткочасна сплутаність у вечірній час, парейдолії, короткочасні поодинокі зорові, тактильні галюцинації, що істотно не впливали на поведінку хворого. Для них не було характерно значне психомоторне збудження. Одуjuanня наставало критично після тривалого медикаментозного сну. Варіант перебігу алкогольного делірію з клінічною картиною, яка близька до класичної, відзначалася в 12,5 % (25) хворих. У цій групі спостерігалася виражене психомоторне збудження, від ефективності купірування якого залежав прогноз захворювання. У разі неефективності його лікування відбувалися пролонговані психози 12 % (24 особи). Для цієї групи були характерними найбільш виражені порушення свідомості (в низці випадків діагностований аментивний синдром). У деяких випадках траплявся онейроїд, який свідчив про тяжкий перебіг психозу. У хворих звужувався спектр психопатологічних розладів і спостерігалася збільшення тяжкості соматоневрологічних порушень. В деяких випадках психічний стан можна було характеризувати як кататонічний синдром. Галюцинаторна форма спостерігалася у 39 % (78) — у клінічній картині таких пацієнтів переважали галюцинаторні переживання — зорові, слухові, тактильні. Здебільшого

про їхню наявність лікар дізнавався від самих хворих. Соматоневрологічні порушення, характерні для стану відміни, були найменш виражені. Афект страху зазвичай був значніший при слухових галюцинаціях. Параноїдна форма спостерігалася у 5,5 % (11) хворих. У декотрих хворих була ендормна клінічна картина з синдромом Кандинського — Клерамбо. Під час повторних епізодів психотичних розладів у хворих загалом повторювався паттерн психопатологічної структури першого в житті перенесеного металкольного психозу, при цьому тяжкість психозу не збільшувалася.

Отже, різноманіття симптоматики при стані відміни алкоголю з делірієм спричиняє певні труднощі під час розмежування алкогольного делірію, алкогольного галюцинозу, алкогольного параноїду. У низці випадків у хворих з алкогольною залежністю спостерігаються металкольні психози зі складною психопатологічною картиною, що не вкладається в рамки зазначених вище. Треба зауважити, що трактування психічних порушень як делірію істотно різниться не тільки у лікарів різних спеціальностей, а й у лікарів-психіатрів. Діагностувати деліріозне затьмарення свідомості в низці випадків проблематично у зв'язку з мерехтінням симптоматики та випадінням з поля зору лікаря хворого у вечірній час. Критерій порушеної свідомості як основи для діагностики делірію (дезорієнтація, дезорганізація мислення, порушення уваги тощо) складний в інтерпретації, в зв'язку з тим, що при будь-якій психотичній симптоматиці тою чи іншою мірою відбувається порушення свідомості в широкому сенсі. При тривалому безсонні, яке часто передуює розвитку психозу, після короткочасного спонтанного або медикаментозного сну дезорієнтація має ознаки сплутаності, що пов'язана з просоночним станом.

На наш погляд, ключовими критеріями віднесення алкогольного психозу до стану відміни алкоголю з делірієм мають бути зв'язок психотичного стану зі станом відміни алкоголю, швидка редукація всієї психотичної симптоматики після припинення соматовегетативних проявів стану відміни алкоголю і нормалізації загального стану хворого. Різноманітні за психопатологічною структурою психотичні стани (відмінні від класичного варіанта), в зв'язку з переважанням їх в загальній кількості, варто трактувати як клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм, а не атипові варіанти алкогольного делірію.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

Лісна Н. М., Бараненко О. В.

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

Клінічні характеристики пацієнтів з різним рівнем терапевтичного альянсу

У більшості наукових досліджень в наркології домінує вивчення біологічних механізмів залежності як об'єктивної причини захворювання і ігнорується важлива роль суб'єкта лікування, який має власне сприйняття пережитої хвороби, особистісне ставлення до лікаря та рекомендованого лікування, складні відносини зі своїм близьким оточенням.

Надзвичайно значущим стає формування комплаєнса, тобто прихильності хворого до лікування і співпраці з лікарем. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

З літературних джерел відомо, що чинники, які впливають на існування терапевтичного альянсу між фахівцями у галузі наркології та їх залежними пацієнтами, практично не досліджувались. Отже, метою цієї роботи є визначення