

УДК: 616.89-008.442.15

**О.А.Ревенок<sup>1</sup>, К.В. Аймедов, Д.М. Корошніченко<sup>2</sup>**  
**АДИКТИВНА КОМОРБІДНІСТЬ У СУЧАСНОЇ НАРКОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИЦІ**  
НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України<sup>1</sup>,  
Медичний центр «Інтерклінік-ОД»<sup>2</sup>

**Ключові слова:** адикція, наркоманія, патологічний гемблінг, алкоголізм, тривога, депресія

Ситуація, що пов'язана з залежністю (наркологічною, поведінковою) є проблемною для сучасної України та багатьох інших країн світу. Не дивлячись на активну розробку і впровадження різних медикаментозних і немедикаментозних методів лікування залежності, клінічних, профілактичних і реабілітаційних напрямів наркології (а в більш широкому сенсі - адиктології), кількість залежних осіб у цілому не зменшується [1;2].

Сьогодні став традиційним розподіл залежності на хімічну та нехімічну, причому, все більше авторів, як в Україні, так і за її межами, вважають, що механізми формування як перших, так і других принципово схожі. І це вельми поважно, бо пошук ефективних методів лікування й подальшої реабілітації повинен проводитися в одному, генеральному напрямі. Для нашого ментального простору сьогодні є характерним зсув акцентів з поширеної домінуючої у минулі десятиліття в популяції залежності від алкоголю і наркотиків у бік так званих «інформаційних» поведінкових варіантів залежності – патологічного гемблінгу, комп'ютероманії, екстремальні види спортивної діяльності і таке інше [3;4].

З патогенетичних механізмів, що зустрічаються в літературі, пояснюють явище залежності, доцільно зупинитися тільки на деяких, найбільш загальних. Зокрема, – активаційній теорії хвороб залежності і ролі кіндлінга в процесах адиктивної спрямованості. Яка заснована на аналізі нейрофізіологічних і нейрохімії аспектів патогенезу наркологічних захворювань. У ній представлена участь активаційної і підкріплюючої систем мозку у різних адиктивних реалізаціях, на різних етапах формування патологічної залежності. Стан активності стоволових структур мозку розглядається як базовий, вітальний. З цих позицій не має принципового значення, хімічні або інформаційні стимул-реакції обумовлюють додаткову їх стимуляцію, ще більш універсальною в цьому сенсі є теорія кіндлінга стосовно наркології адиктології ретельно описані кіндлінгові механізми і відмічена схожість даних патологічних процесів при залежності від психоактивних речовин і патологічної діяльності (комп'ютероманії, патологічний гемблінг) [5]. Необхідно відзначити, що мезолімбічний дофаміновий шлях є ключовою ланкою активаційної системи мозку. Тому закономірно чекати реципрокності кіндлінгових механізмів і функціонального стану активаційної системи мозку, а, отже, психічних і поведінкових розладів, включаючи адиктивні. У кліні-

ці це виявляється тим, що всі хвороби залежності передбачають в своєму розвитку донозологічний етап, що характеризується підпороговими стимул-реакціями. Зміст вказаної теорії це сумація підпорогових імпульсів, які в недалекому майбутньому, накопичившись, призведуть до «спалаху», тобто зумовлять синдром патологічної залежності від адиктогену.

У сучасної редакції класифікації МКХ-10, неважко відмітити, що не цілком логічно роз'єднуються принципово родинні стани залежності, по різних рубриках, десята редакція не має в своєму переліку всіх варіантів залежності, спостережуваних сьогодні в клінічній практиці, наприклад, таких як комп'ютероманія, трудоголізм, патологічний гемблінг (розглядається в МКХ-10 не як залежність, а як особово-поведінковий розлад), шопінг, гаджет-залежність й багато інших [6;7]. Сподіваємось, що наступна версія цієї класифікації буде більш логічною та ємкою.

Важливо розглянути зміну адикцій, як одне з ключових, на наш погляд, явищ наркології, а саме і адиктології, яка стійко проявляє себе в різних ситуаціях і поєднаннях, і спонукає нас до уточнення і розвитку поняття «адиктивний радикал особи» чи «адиктивна вісь». З цим явищем тісно перекликається укорінений у вітчизняній наркології термін полінаркоманія [8], що є, на нашу думку, одним з варіантів зміни адикції, причому, зміни не в традиційному розумінні (наприклад, поява нової залежності в періоді ремісії початкової), а в «мерехтливому» режимі, тобто на тих, що чергуються один за одним або відрізань часу, що навіть накладаються один на одного (пароксизмальний, квантовий тип активності мозку). Найчастіше ми спостерігаємо одночасне співіснування в клінічній картині у конкретного хворого того або іншого адиктивного розладу (алкоголізму, лудоманії, патологічного шопінга та ін.) і розладу особи (за типом залежною, емоційно нестійкою, дісоціальною та ін.), синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; генералізованого тривожного розладу, obsesивно-компульсивного розладу, розладу адаптації, що також є одним з ключових явищ, коморбідністю в адиктології. Крім того, адиктивні розлади майже завжди розвиваються в акцентуйваних осіб, схильних до фантазування з приводу своєї винятковості; підвищено ранимих, чутливих до критики, шукаючих нових відчуттів і переживань, що відрізняються низькою фрустраційною толерантністю. Особливу увагу слід звернути на універсальність механізму тривожної депресії, по суті глибокої тривоги, що «надіває маску» депресії.

Подібна форма адаптації на патологічному рівні сьогодні повсюдно поширена в країнах з високим темпом життя, екзистенціальною нестабільністю, «засміченістю» інформаційного простору шумовими сигналами. Україна, саме цими параметрами і характеризується, як і багато інших країн світу, що досить яскраво описує академік В.М. Запорожан у концепції науки майбутнього - ноетики [9;10]. Коморбідність з тривогою доповнюється третьою патологічною ланкою – конверсійними розладами. Це приводить в епоху Інтернету і розширення поля колективної свідомості до клінічного патоморфозу тривожних розладів – їх надзвичайно високій соматизації і вегетативній насиченості проявів, так звані Ноогенні форми неврозів, термін який запропонував В. Франкл [11;12].

Ось чому лікар-нарколог (адиктолог) повинен враховувати всі явні та не явні ознаки адиктивного розладу, які іноді маскуються за психо-соматичними еквівалентами. Проведене нами дослідження на протязі 2009-2011 років, включало 105 осіб, що звернулись до медичного центру «Інтерклінік-ОД», страждаючих опійною наркоманією, алкоголізмом, лудоманією. Ми ретельно виявляли коморбідні психічні та поведінкові розлади в залежних та намагалися знайти ведучу проблему хворого, але «мікст» проявив та композиційна заміна однієї патологічної діяльності іншою, іноді і дві налічували одразу (гра в азартні ігри та алкоголізація чи інтоксикація кокаїном), рідко дозволяло це зробити достовірно.

Зараз триває робота по систематизації отриманих нами даних, але вже можливо чітко відмітити, домінуючу роль патологічної схильності до азартних ігор, опійної наркоманії (її варіанти, героїнова, опій-сирець), алкоголізму. І як психічний еквівалент досить часто відбиваються тривожно-депресивні прояви, не тільки у терміни нестачі психоактивної речовини, чи неможливості приймання участі у патологічному поведінковому акті, а і на протязі «міжфазових» періодів та особливо при лікуванні та ремісії (головний чинник зриву ремісії).

Інколи нами виділено провідний розлад. Але при його лікуванні та виході пацієнта з клініки практично одразу його замінює коморбідний розлад (наприклад, при алкогольній чи опійній «підшивки» пацієнт занурюється у патологічну азартну гру. Тому не слід забувати, що у одного хворого може спостерігатися декілька коморбідних станів, що поглинають за принципом більшого тягаря інші порушення, поєднує з ними різні розлади, психічні і поведінкові розлади, інколи соціально терпимі, такі як вживання тютюну, але у результаті створюючи геометрично зростаючу кількість можливих поєднань, маскуючи одна другу.

Умовно можливо розподілити коморбідність на декілька порядків, наприклад 2-го, 3-го та вищих порядків, у залежності від домінування у клінічній картині адикта, у наших пацієнтів спостерігалось одночасно до п'яти та більше діагнозів, що співіснували, коморбідних між собою. Це вимагало ретельного

обліку всіх наявних розладів психіки і поведінки при побудові лікувальних заходів. Як правило звернення хворого (а частіше його родичів) було з приводу одного з коморбідних станів. Крім того, ми повинні пам'ятати, що звернення до терапевта або сімейного лікаря може мати місце з приводу, але якщо ми будемо ігнорувати наявність таких зв'язків в анамнезі, то провідна проблема особи, залишиться «за кадром».

Спираючись на нашу практичну концепцію поєднання залежностей, при якій теоретично можна виділити одну ведучу (у нашій версії це частіше залежність від азартних ігор), ми можемо збудувати логічну схему її коморбідності, з цілим рядом розладів, як адиктивний так і не адиктивний спрямованості, де зв'язані з патологічним гемблінгом стани вишиковуються в певну ієрархію залежно від їх тягаря і актуальності для особи. Найбільш частими в нашому дослідженні були такі поєднання як залежність від азартних ігор, різні варіанти розладу особи і поведінки у дорослих, легка циклотимія, агорафобія без панічного розладу, а також жахи під час сну і поведінкові розлади в результаті вживання тютюну. Далі слідує патологічний гемблінг з панічним розладом. Їм супроводили розлад режиму сну-неспаання, а також збільшення фізичних симптомів по психологічних причинах, і знову-таки поведінкові розлади в результаті вживання тютюну. У ряді випадків вже згаданий панічний розлад поєднувався з агорафобією, транзиторними тікозними розладами, психічними і поведінковими розладами в результаті вживання алкоголю та наркотичних речовин. В частини хворих залежність від азартних ігор поєднувалася з шизоїдним розладом особи, обсесивно-компульсивним й іпохондричними розладами. Це дозволяє думати, що в даної групи обстежених, захворювання, мабуть, компенсувалося психічними і поведінковими розладами в результаті вживання стимуляторів (кустарні похідні ефедрину). Вимагають подальшого уточнення приведені нами дані, які можна трактувати і як коморбідність різних розладів і як стадії формування гемблінгового поведінки. Нам бачиться, що патологічний гемблінг, враховуючи його високу соціальну поширеність, є все-таки провідним порушенням і «не витікає» з вище зазначених психічних і поведінкових порушень. Приведені нами міркування зведені до математичних таблиць, робота над якими зараз триває у ланках факторного та кореляційного аналізу.

Ймовірно, даний матеріал, слід адресувати перш за все сімейним лікарям та лікарям загально соматичної ланки, та повинен викликати у них певну настороженість відносно саме патологічного гемблінгу і спонукати до співпраці з фахівцями відповідного профілю. Безумовно, виходячи з вищевикладеного, крім «класичного» лікування залежності, слід вживати антидепресанти – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – для лікування зазначених станів. Перевага цієї фармакологічної групи ліків перед часто вживаними сьогодні бензодіазепіновими транквілізаторами або іншими седативними медикаментами, зокрема

рослинного походження або що містять барбітурати, диктується цілим рядом безперечних міркувань. Лікування тривоги у лікарів загальносоматичного профілю часто асоціюється з бензодіазепінами, які, були введені в психіатричну практику понад п'ятдесят років тому та стали вельми популярні, особливо у аптечній мережі розвинених країн. Але кінець 80-х ознаменувався появою на ринку флювоксаміну і флюанксетину – перших селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, які змусили переглянути відношення до традиційних транквілізаторів (діазепаму, оксазепаму, нітразепаму, хлордіазепоксиду та ін.). Це було пов'язано з виявленням в СІЗС з вираженою анксиолітичною активністю. Таким чином, всі розлади, зараховані або офіційно, або неофіційно до розладів залежності, так або інакше, мають вихід на підвищену тривожність як базову характеристику особи. Наше трактування описаного вище явища, робить абсолютно очевидною тактику вживання антидепресантів при адиктивних станах. Все більш лікарів стали відмовлятися від вельми токсичних і небезпечних в сенсі *залежності* бензодіазепінів і все більше схилилися до використання як коректорів тривоги селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, серед яких, мабуть, домінував пароксетин. Головні недоліки бензодіазепінових атарактиків загальновідомі – це і залежність від них, і негативний вплив на когнітивні функції, в першу чергу, пам'ять, і необхідність перманентно нарощувати дозу, і рикошет-симптоми, і ряд інших. Про препарати, що містять барбітурати, говорити взагалі не будемо, оскільки їх енцефалотоксична дія доказана. Анксиолітики рослинного походження – це, звичайно, принадно з точки зору безпеки, але сильно нагадує «бажане – за дійсне». Оцінити користь гомеопатії або психоаналізу при лікуванні тривоги неможливо за відсутності подібних досліджень. Іноді (при відсутності депресивних проявів) можливо використання таких транквілізаторів, як андаксин, тріоксазін, гліцин, адаптол, транквілар, афобазол та інші. В результаті обстеження 105 звернувшись адиктів, ми виявили в 86 (81,9%) з них симптоми тривоги, що значно перевищують середній рівень за шкалою Спілбергера-Ханіна, депресії, яка виявлена за допомогою шкали Гамільтон у 75 осіб (71,4%). В 62 (59%) з них депресивні і тривожні розлади виступали одночасно. Таким чином, включення нами антидепресанту групи СІЗС у схему

лікування, було обґрунтованим як з позицій патогенезу адиктивних захворювань, так і з точки зору клініки. Отримані обнадійливі результати, що виразилися в першу чергу кращою «доступністю» пацієнтів спеціальним, розробленим нами психокоректувальним заходам. Попутно відзначимо, що лікування краще та зручніше проводити курсами середньої тривалості (до 6 місяців), не опасаючись розвитку рикошет-симптомів. Понад року ремісії ми отримали вже у 34 хворих, 23 хворих «зірвались» у перші три місяці терапевтичної співпраці, але більшість з них звернулася за подальшою допомогою, за іншими триває нагляд, тому остаточний відсоток ремісії нами поки що не отримано, це мета подальшого дослідження.

### Література:

1. Линский И.В. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ // И.В. Линский, А.И. Минко, В.В. Шалашов, К.Д. Гапонов / Украинский вестник психоневрологии. - Т. 10, вып. 2 (31), 2002. - С. 22-23.
2. Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии // А.Ю. Егоров / Психическое здоровье. - 2006. - №9. - С.33-37.
3. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца – М.: ИДмед-практика-М, 2002. - 504с.
4. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
5. Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний // Э.В. Мельник / Вестник психического здоровья. – 2001. – № 1-2. – С. 23-27.
6. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости [Монография] // А.Ю. Егоров / СПб.: Речь, 2007. - 190 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - С.Петербург, 1994. - 300 с.
8. Шабанов П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация // П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг / С.Пб: Лань, 2000. – 368 с.
9. Запорожан В.М. Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії / В.М. Запорожан // Проблеми біоетики. - №1-2(5-6). - 2005. - С. 3-10.
10. Запорожан В.М. Шлях до нооетики / В.М. Запорожан. - О. : Одес. держ. мед. ун-т. - 2008. - 284 с.
11. Франкл В. Доктор и душа / В. Франкл. - СПб.: Ювента, 1997. - 245 с.
12. Аймедов К.В. Нооетична парадигма та поширеність лудомаїї / К.В. Аймедов // Матеріали VII наук.-практ. конф. з між нар. участю студентів та молодих вчених «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». - 2009. – С. 82-83.

### АДИКТИВНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.А. Ревенко, Д.Н. Корошниченко, К.В. Аймедов

В статье идет речь о коморбидности различных адиктивных форм и психических проявлений у больных, которые обращаются за наркологической помощью. Авторы пытались коротко оценить доминирующие и наиболее частые комбинации и предложить практические советы из собственного опыта сотрудничества с аддиктами и их семьями.

**Ключевые слова:** аддикция, наркомания, патологический гемблинг, алкоголизм, тревога, депрессия

**ADDICTIVE COMORBIDITY  
IN MODERN NARCOLOGICAL PRACTICAL  
A. Revenok, D. Koroshnichenko, K. Aymedov**

In the article speech goes about comorbidity of different addictive forms and psychical displays for patients which apply for narcological help. Authors tried briefly to estimate dominant and most frequent combinations and give practical advices from own experience of collaboration with addicts and their relatives.

**Keywords:** addictive, drug addiction, pathological gambling, alcoholism, depression

УДК 616.89+616.08

**С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, И. И. Марценковская  
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНИИ У ЛИЦ  
ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

**Ключевые слова:** наркомания, подростковый и молодой возраст, сравнительная характеристика

Проблема распространенности наркомании в разных странах мира, в том числе и в Украине занимает одно из ведущих мест среди медико-социальных проблем [ 11, 10, 14]. Серьезность положения усугубляется возрастными параметрами контингента наркозависимых. В основном это лица молодого(формально трудоспособного) возраста [ 1, 9, 11 ].

В последние годы к употреблению наркотиков преобладает все более юные (подросткового возраста) лица, привыкая к ним чаще еще в период обучения в школе [ 5, 7 ]. Известно, что проблема наркомании в нашей стране стоит на втором месте после алкоголизма, причем с уклоном на более молодые слои населения [2, 18 ]. К сожалению, только незначительная часть лиц, употребляющих разные виды наркотиков попадают в поле зрения правовых органов и специалистов – медиков, большая часть остается скрытой, превышающей численность официальной во много раз [ 8, 9 ]. При этом растет употребление как легких, так и тяжелых наркотиков. Этому способствует целый ряд, в первую очередь, социальных причин: большая широта общения слоев населения, «раскрепощение нравов», падение моральных критериев, низкий уровень культуры лиц молодого возраста, недостатки семейного воспитания, несостоятельность или утрата жизненных принципов, активное экономическое внедрение криминальных структур в распространение наркотиков среди молодежи и т.д. [ 16, 12 ].

Особый интерес и значимость приобретает наркомания в раннем (подростковом) возрасте, с пролонга-

цией и стабилизацией в последующем среди молодого контингента населения.

Цель исследования: медико - социологические особенности сравнительной характеристики наркомании подросткового и молодого возраста в Украине.

Задачи работы:

1. Рассмотреть распространенность наркомании среди лиц молодого и подросткового возраста по регионам страны за период с 2008 по 2010 гг.
2. Провести сравнительную характеристику распространенности наркомании подросткового и молодого возраста за исследуемый период.
3. Выявить особенности характера формирования наркомании в изучаемых группах населения соответственно различным регионам Украины.

Для проведения исследования нами были взяты две группы лиц страдающих наркоманиями (разного вида) подросткового (0-17 лет) и молодого (15-35 лет) возраста. В работе мы использовали официальные статистические данные ВОЗ по распространенности наркомании в Украине в абсолютных цифрах и в пересчете на 100 тыс. населения за период с 2008 по 2010 года по регионам страны. Полученные результаты представлены в следующих таблицах.

Как видно из таблицы № 1 количество распространенности наркомании среди лиц подросткового возраста в абсолютных цифрах, соответственно изучаемому периоду, составило 109; 75; 54 человека; в пересчете на 100 тыс. населения – 1,3; 0,9; 0,67 человек. Наибольшими были показатели в Луганской (4,35); Киро-