

Основою усіх розроблених та впроваджуваних програмних заходів у закладі є проведення протирецидивних заходів та заходів щодо пацієнтів, які пройшли попередньо основний курс медикаментозної терапії, а також тих осіб, які звернулися за реабілітаційною допомогою безпосередньо, були відібрані для процесу реабілітації із залученням у відповідні профілактичні програми щодо попередження зривів та рецидивів основного захворювання та супутніх соматоневрологічних ускладнень.

Реабілітаційна робота щодо сім'ї та близького значущого оточення базується на принципі, що родинний та оточуючий комунікативний стиль у вирішенні проблем має пряме відношення до уразливості в процесі формування проявів різного роду (як хімічного, так і нехімічного) станів залежностей.

УДК: 616.89-008.441.13-08

*Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р., Гасс В. Б., Гасс Р. С.
Українська асоціація по проблемам наркоманії
і алкоголізму, Львівський Національний
медичний університет*

ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ТЕРАПИИ НАРКОМАНОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРЕБЫВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Наркотики в тюрьмах, несмотря на изоляцию заключенных от внешнего мира, были и остаются до сих пор нерешенными проблемами — ведь в тяжелых условиях содержится большое количество криминальных элементов, которым необходима эффективная помощь в преодолении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), длительная реабилитация и ресоциализация в обществе после отбытия наказания. Основное направление в лечении острого периода и периода нестойкой терапевтической ремиссии — это терапия абстинентного и постабстинентного синдрома, когда у заключенного наркомана постоянно присутствует выраженное, а порой компульсивное влечение к ПАВ и он приложит немалые усилия для того, чтобы достать наркотик в тюрьме. Опыт свидетельствует, что пока не будет преодолено психологическое влечение, трудно говорить о дальнейшей перспективе для пациента. Поэтому, на наш взгляд, необходимо оказывать помощь уже на ранних этапах задержания наркомана, совершившего преступление. Как правило, задержание наркомана происходит в состоянии интоксикации. Поэтому спустя 5—8 часов нахождения задержанного в камере предварительного заключения у наркомана проявляются признаки синдрома отмены и ему уже необходимо оказывать наркологическую помощь.

В пенитенциарном учреждении в течение года нами проводились клинические исследования отечественного инъекционного пролонга дисульфирама «Тетлонг-250» в терапии и реабилитации заключенных, которым решением суда определено принудительное лечение зависимости от ПАВ. На участие в исследовании в условиях ИТУ дали добровольное согласие 58 лиц с диагнозами алкоголизм, опийная наркомания. У 46 мужчин диагностирована клиническая картина развернутой стадии алкоголизма на фоне высокой толерантности и синдрома физической зависимости от алкоголя, — у 12 опийных наркоманов была диагностирована сформированная физическая и психическая зависимость. Длительность заболевания — 7,6 лет. Проведены клиническое, психологическое, биохимическое обследование, курс детоксикации, симптоматическое лечение, психотерапия. Исследованным вводили препарат «Тетлонг-250» (внутримышечно 1 мл, 1—2 инъекции в месяц в течение года). Осложнений после введения препарата не отмечено. Подавляющее большинство пролеченных (89 %) положительно оценили действие препарата (нормализовалось настроение, исчезли тревога, страх, раздражительность, появилось критическое отношение к прошлому).

Проведенные исследования показали высокую терапевтическую эффективность инъекционного пролонга дисульфирама «Тетлонг-250» в терапии и реабилитации зависимых от ПАВ. Достигнута пролонгированная терапевтическая концентрация дисульфирама и его метаболитов в организме пациента, клинически подтверждены такие свойства препарата как способность снижать влечение к алкоголю и наркотикам, его анксиолитические, антидепрессивные и транквилизирующие свойства, способность блокировать память на эйфоризирующее действие опийных препаратов. Наш инъекционный пролонг дисульфирама оказывает комбинированное психофармакологическое действие на больных алкоголизмом и наркоманиями, что особенно важно при сочетанном приеме наркотиков

и алкоголя и позволяет отказаться от перорального приема дисульфирама в пенитенциарных условиях, а использование препарата в комплексной лечебно-реабилитационной программе позволяет достичь стабильных и длительных терапевтических ремиссий, улучшая показатели качества жизни заключенного, зависящего от ПАВ.

УДК 616.89-008.441.13:615.212.86:615.8

*Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф., Романовський О. Г., Горбань А. Є.,
Чухрієнко К. П., Шаповалова В. О., Волков О. С.,
Шаповалов В. В., Гончарова О. Ю., Шаповалов В. В. (мол),
Друзь О. В., Сквіра І. М., Агапов Д. О.*

Харківська медична академія післядипломної освіти

ПОШУК АНТИКРЕВІНГОВИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЕФЕКТИВ СЕРЕД АРСЕНАЛУ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ

Сучасна теоретична, експериментальна та клінічна наркологія веде цілеспрямований пошук фармакологічних засобів та немедикаментозних методів з антикрівінговою дією. У цьому напрямку в наркології запропоновані численні фармакотерапевтичні та немедикаментозні підходи, які спрямовані на ліквідацію клінічних та патогенетичних основ синдрому патологічного потягу до алкоголю. Разом з тим, багатоконпонентна (полімодална) структура патологічного потягу до алкоголю обумовлює актуальність пошуку та подальше поповнення арсеналу методів антикрівінгової дії.

Нами розроблений антикрівінговий немедикаментозний метод лікування, що базується на використанні біозворотного зв'язку (biofeedback) за технологією (апаратно-програмний пристрій НПО «Хартрон» «БАРС-ПК»), в якій як зовнішній модуль обирається комп'ютерна реоенцефалограма (РЕГ), що реєструє динаміку церебральної гемодинаміки респондента, з урахуванням наявності у кожної людини індивідуальної колірної переваги або колірної неприязні.

Тому, ідеєю нашого способу стало попереднє тестування респондента за методом Люшера з визначенням переважного (коханого) кольору та кольору, який викликає у даного респондента індивідуальні неприязні асоціації. Враховуючи результати тесту Люшера, в БАРС-тренінг вноситься відповідна корекція щодо вибору кольору сигналу на екрані комп'ютера. Як гомеостатичний параметр, що відображає наявність або відсутність потягу до алкоголю, використовується стан церебральної гемодинаміки, який перетворюється в індивідуально застосовані для даного респондента колірні реєстри: при наявності порушених параметрів РЕГ сигнал відображається на екрані монітора у неприємному (негативному) кольорі, а при відсутності потягу екран заповнюється позитивним (коханим) кольором. Мета БАРС-аутотренінгу полягає в тому, щоб випробуваний в ході терапії за допомогою лікаря опанував здатністю опосередковувати з неприємним кольором наявну суб'єктивну клініку патологічного потягу до психоактивних речовин (ПАВ) та експериментально-аутотренінговим методом підбирав такі психоемоційні стани, які спричиняють витіснення такого кольору — символу тяги до ПАВ, замість якого з'являється коханий. Як правило, позитивний результат досягається з 4-го — 6-го сеансу, що визначається зменшенням площі неприємного кольору і заміною його на такий, якому надається перевага (тривалість кожного сеансу 20—30 хв, а курсова кількість сеансів БАРС від 7 до 14).

Враховуючи, що процедура антикрівінгового тренінгу вимагає від пацієнта високої концентрації уваги, антиалкогольних уявлень, перевтілень та мотивацій, активного ментально-інтелектуального тону, у технології нашого способу було передбачено фонову вітамінно-мікроелементну оптимізацію функцій організму пацієнта перед та в процесі курсового антикрівінгового тренінгу із застосуванням сучасного комплексного препарату Вітрум Центури (Vitrum® Century), по 1 одній капсулі перорально, один раз на добу, протягом 2—3 тижнів.

Використання біоадаптивного регулювання, який поповнив арсенал сучасних методів антикрівінгової дії в клінічній наркології, дозволяє на основі проявів порушень церебральної гемодинаміки: а) навчити пацієнта покращувати свій психічний стан альтернативним способом (без допомоги лікарських речовин); б) купірувати патологічний потяг та досягти стабільної ремісії; в) розширити можливості психотерапевтичного впливу за рахунок використання внутрішніх ресурсів пацієнта; г) об'єктивізувати та контролювати стан пацієнта, отримуючи об'єктивну інформацію про повернення до адекватної поведінки.