

психологічної реабілітації та соціально-правової підтримки учасників АТО.

Єдиним шляхом мінімізації тяжких наслідків може бути як можна рання і повна мультидисциплінарна комплексна медико-реабілітаційна допомога учасникам АТО. Однією з частин цієї комплексної допомоги має бути й наркологічна її складова, зокрема щодо вживання та зловживання алкоголем. Отже, завданням дослідження стало вивчити особливості алкогольних уподобань в учасників АТО після припинення безпосередньої участі у бойових діях.

Методи дослідження — клініко-психопатологічний, анамнестичний.

Під час виконання дослідження було обстежено 40 учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни» м. Харкова. Термін з моменту припинення безпосередньої участі у бойових діях склав  $20,35 \pm 1,14$  тижнів.

Усіх респондентів в умовах повної анонімності було опитано щодо споживання алкоголю, зокрема про алкогольні уподобання, тобто типи алкогольних напоїв, що переважно споживалися.

Значна більшість опитаних категорично відмовилася повідомити будь-які дані щодо споживання алкоголю безпосередньо у зоні АТО. Певна частка повідомила про «деякі проблеми, пов'язані із алкоголем» у час, що передував мобілізації.

Щодо алкогольних уподобань у період після припинення обстеженими участі у бойових діях, отримано такі результати:

Найпоширенішим серед обстеженого контингенту було поєднане вживання міцних та слабоалкогольних спиртних напоїв (пива) — 14 осіб (35,00 %). Декілька менше обстежених вказали на вживання виключно міцних спиртних напоїв — 13 осіб (32,50 %), переважне вживання слабоалкогольних напоїв (пива) було притаманне для 8 осіб (20,00 %).

На вживання алкогольних напоїв без певних переваг за сортом або вмістом алкоголю, а лише залежно лише від їх доступності вказали 5 осіб (12,50 %). Саме такий тип алкогольних переваг, як правило, є характерним для осіб із сформованою та тривалою залежністю від алкоголю. Також слід помітити досить великий відсоток обстежених, що вживали міцні та слабоалкогольні напої, вірогідно з метою досягти більш вираженого стану сп'яніння.

Алкогольні уподобання більш від всього залежать від «норм алкогольної поведінки», що є прийнятною у певному мікросоціальному оточенні (це може бути родина, колектив, або певне коло питущих). Також алкогольні уподобання відбивають особистісні переваги щодо спиртних напоїв, та мети, з якою вживається алкоголь (гедоністичні мотиви, «зняття стресу», полегшення комунікації, спосіб провести час та ін.). Певна картина алкогольних уподобань може свідчити про хворобливі мотиви вживання алкоголю (вживання будь-яких напоїв залежно від їх ситуаційної доступності, одночасне вживання різних алкогольних напоїв з метою досягти найбільш вираженого стану сп'яніння за короткий час та ін.).

Як показали дані дослідження, в обстежених комбатантів досить часто зустрічаються уподобання, що можуть свідчити про паттерни вживання алкоголю, притаманні особами із високим ризиком формування алкогольної залежності. Тому логічним було б проводити консультації щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю серед усіх учасників АТО, максимально притримуючись принципів деонтології.

УДК 615.015.6:612.820:577.1

*Берченко О. Г., Титкова А. М., Веселовская Е. В., Шляхова А. В., Левичева Н. А.*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

### **Нейрофизиологические, нейрохимические и метаболические механизмы развития синдрома отмены у крыс с зависимостью от алкоголя**

Одним из важных вопросов проблемы аддиктивного поведения является исследование нейробиологических механизмов формирования зависимого поведения и синдрома отмены. В решении этих вопросов достигнуты значительные успехи, в то же время патогенетически обусловленная терапия этих состояний в полной мере не может обеспечить процессы восстановления морфофункциональных и поведенческих функций. Видимо, это вызвано не только нарушениями сложных взаимоотношений в медиаторных системах, но и достаточно сложными индивидуальными регуляторными метаболическими и гормонально-модуляторными особенностями организма.

Целью исследования являлось изучение нейробиологических механизмов развития синдрома отмены алкоголя у крыс с алкогольной зависимостью. Работа выполнена на 69 крысах-самцах с применением этологических, нейрофизиологических и биохимических методов.

Как показали результаты исследования, формирование алкогольной зависимости обусловлено исходным уровнем тревожности крыс. У животных с высоким уровнем тревожности алкоголизация подавляет тревогу с ее усилением в период отмены, а у крыс эмоционально-устойчивых в процессе алкоголизации и в состоянии лишения алкоголя уровень тревоги растет.

Активность гипоталамических зон позитивного эмоционального подкрепления усиливается как в процессе алкоголизации вследствие подкрепляющих эффектов алкоголя, так и в первый день его отмены, когда самостимуляция положительных эмоциогенных зон мозга выступает в качестве эндогенного компенсаторного механизма регуляции эмоционального гомеостаза.

Ведущей структурой формирования структурно-функциональной матрицы синдрома отмены алкоголя является гиппокамп с вовлечением на третьи сутки отмены алкоголя в процесс возбуждения *n. accumbens* (прилежащего ядра септума) и неокортекса, что подтверждено данными спектрального анализа относительной мощности биопотенциалов мозга в этих структурах.

Результаты нейрофизиологических исследований согласуются и с биохимическими данными о том, что ожидание очередной дозы алкоголя вызывает активацию холинергических процессов в гипоталамусе, а в период отмены — в *n. accumbens* и гиппокампе, т. е. в структурах мозга, имеющих низкий порог судорожной активности, которая наблюдалась как в поведении животных, так и на ЭЭГ. В состоянии отмены алкоголя выявлено резкое снижение уровня тестостерона в гипоталамусе. Снижение уровня тестостерона в гипоталамусе соответствовало изменениям его содержания в сыворотке крови. По-видимому, эти изменения обусловлены нарушениями центральных и периферических механизмов метаболизма тестостерона, вызванными алкоголизацией. Прием очередной дозы алкоголя сопровождается понижением уровня оксида азота в гипоталамусе, а в период отмены — в *n. accumbens*, что свидетельствует об ослаблении тормозных влияний оксида азота, в частности, на активность холинергических нейронов, влияющих на возбудимость гиппокампа.

В період отмени виявлено напруження периферического звена адаптації в результаті підвищення рівня дофаміна, норадреналіна, оксиду азота і активності ацетилхолінестерази на фоні зниження тестостерона.

Таким образом, в состоянні синдрому отмени алкоголя повышается уровень тревожности с возбуждением гиппокампаально-септальных механізмів мозга і холинєргических путей на фоні тормозных вплив оксиду азота в септум і зниження гормонально-модуляторного вплив тестостерона в гипоталамусе.

УДК 616.89-008.441.44: 615.21.7-008.447-08

*Васильєва О. О.\**, *Ищенко О. С.\**, *Петухова І. С.\*\**

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

*\*\*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

### **Психоневрологічна симптоматика та її корекція у хворих на синдром залежності від психоактивних речовин з суїцидальною поведінкою**

Погіршення соціально-економічної ситуації в Україні призводить до збільшення кількості осіб з алкогольною залежністю та різноманітними депресивними розладами, аж до суїцидальних намірів. Традиційне медикаментозне лікування цих станів не завжди дає бажаний результат, тому необхідно застосовувати додаткові немедикаментозні методи. До найбільш загальних симптомів депресивних розладів належить пригніченість настрою, зниження концентрації уваги, порушення сну й апетиту, різке зниження повсякденної активності, інтересів і, загалом, енергетичного потенціалу особистості. Крім цих загальних симптомів відзначаються зниження самооцінки, ідеї самозвинувачення і самознищення, які можуть призвести до суїцидальної поведінки. У хворого з синдромом залежності від алкоголю у стані відміни значно погіршується його загальне самопочуття у вигляді психічних розладів та соматовегетативних синдромів із порушенням церебральної гемодинаміки та мікроциркуляції крові в усіх органах, відбувається перенавантаження емоційно-адаптаційних поведінкових механізмів у стані депривації. Тому перспективним виглядає використання немедикаментозних методів лікування, спрямованих на активацію механізмів реактивності, а також на базисні ланки адаптаційно-приспосувальної поведінки хворих з синдромом алкогольної залежності. В основу запропонованої нами методики лікування хворих з синдромом алкогольної залежності та суїцидальною поведінкою поставлено одночасне застосування традиційного медикаментозного лікування цих станів та немедикаментозного біологічного методу лікування — фотонної терапії (світлотерапії). Під дією фотонної терапії поліпшуються метаболічні зміни на клітинному і субклітинному рівнях, змінюються процеси збудженості, формуються специфічні рефлекторні реакції в різних системах і в цілому організмі.

Починаючи з перших днів лікування, проводилось спостереження за проявами суїцидальних нахилів на основі психічних ознак змін свідомості, даних психологічних опитувальників прихованої суїцидальної поведінки (CSSRS) та зміненого сприйняття болю за шкалою Мак-Гіла, електрофізіологічних показників діяльності мозку, неврологічних та соматовегетативних порушень в організмі хворих на синдром залежності від алкоголю та з суїцидальною поведінкою. Застосування фотонної терапії хворим проводили поліхромною матрицею «Барва-ЦНС/ПХ» у вигляді капелюха за власно розробленою схемою тричі на день:

тривалість одного сеансу складала 25 хвилин, з чергуванням режимів — 5 хвилин активного режиму світлового впливу, 5 хвилин перерви. Кожному хворому було проведено на курс по 7—10 сеансів (з триразових циклів щоденно). Саногенний вплив фотонної терапії відображався в нормалізації емоційно-поведінкових реакцій хворих з редукцією депресивної симптоматики та суїцидальної поведінки.

УДК 616.89-008.48

*Васильєва Г. Ю.\**, *Яровой В. М.\*\**

*\*Донецький національний медичний університет МОЗ України (м. Краматорськ);*

*\*\*КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Краматорська» (м. Краматорськ)*

### **Особливості емоційного стану наркозалежних, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (попереднє повідомлення)**

Надання медичної допомоги особам, що вживають наркотики, — одне з актуальних і пріоритетних завдань сучасної медицини в Україні і світі: стрімке збільшення кількості наркозалежних в останні роки зробило Україну одним із лідерів за темпами поширення наркоманії серед населення в Європі. За даними Національного звіту за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні, виконаному для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків оцінюється приблизно в 425 тис. чоловік, причому понад 90 % з них мають залежність від опіоїдів.

Практика показала, що найбільш ефективним методом лікування опіоїдної залежності є підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), яка проводиться в Україні відповідно до Стратегії державної політики боротьби з наркотиками, розрахованої на період до 2020 року. Крім того, МОЗ України заплановано розширення надання допомоги наркозалежним в рамках програм ПТАО: 2017 року планується охопити не менше 27,5 % і 2018 року — не менше ніж 35 % споживачів ін'єкційних наркотиків, які перебувають на диспансерному обліку з приводу вживання опіоїдів (Наказ МОЗ України від 29.09.2016 № 1011, за даними сайту <http://www.moz.gov.ua>).

Незважаючи на підвищений останнім часом інтерес дослідників до проблеми надання комплексної допомоги наркозалежним, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, до цього часу не існує єдиного підходу до розв'язання проблеми емоційних розладів у цій категорії пацієнтів.

З метою виявлення емоційних розладів у наркозалежних, які отримували підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, нами було проведено протягом 2016 року скринінгове дослідження 132 осіб на базі сайтів КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Краматорська» та КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Покровська» із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS). Емоційні порушення у вигляді тривожної і депресивної симптоматики за результатами HADS були виявлені у 92 осіб (69,7 ± 4,0 %).

Емоційні розлади у пацієнтів були виражені почуттям зневіри, відчаю, туги, безнадійності, підвищеною дратівливістю зі схильністю до дисфорічних реакцій, тривогою, а також диссомнічними розладами, слабкістю, втратою активності і підвищеною стомлюваністю, які були кваліфіковані нами як астено-депресивний (29,3 ± 4,7 %), тривожно-депресивний (26,1 ± 4,6 %), дисфорічний (19,6 ± 4,1 %), депресивно-іпохондрічний (13,1 ± 3,5 %) та депресивно-апатичний синдроми (11,9 ± 3,4 %).