

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 %).

Порушення емоційної сфери депресивного спектра є предиктором низького рівня психосоціального функціонування пацієнтів, різко підвищують ризик здійснення ними суїциду, збільшують частоту рецидивів і передозування опіоїдами, а також перешкоджають формуванню комплаенса, негативно впливають на прихильність ПТАО і загалом погіршують прогноз наркологічного захворювання.

Ефективна корекція емоційних розладів у наркозалежних, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, є важливим фактором, що визначає успішність лікувально-реабілітаційних заходів загалом.

Надалі планується дослідження цієї категорії наркозалежних з метою вибору психотерапевтичної тактики, визначення етапності й змістовного наповнення лікувально-реабілітаційної програми з конкретизацією психокорекційних та психореабілітаційних заходів.

УДК 616.89-008.441.3-085.214+614.254.3

*Городокин А. Д.*

*Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)*

### **Феномен суперкомплаентности пациентов на программе заместительной терапии зависимости**

В процессе эволюции наркологического дискурса исподволь произошли номинация и атрибутивное оформление аддиктологии, де-факто апеллирующей к имманентному характеру наркологии как дисциплины, сфокусированной на патологии преимущественно волевой сферы (патология влечений) и сопряженности поражения сферы эмоциональной.

Фактически наркология, как дисциплина о химических зависимостях, становится дисциплиной о поражении конативной и аффективной сфер, несколько теряя сугубо медицинское звучание за счет двух тенденций:

- вытеснения клиники постинтоксикационной психопатологии в сферу компетенции психиатрии;
- диссолюция выдержанных в академических традициях нейродинамического толка терапевтических протоколов за счет психосоциальных мероприятий ранга «общественного консенсуса».

В настоящее время аддиктология маскирует традиционную наркологию, предотвращая развитие актуальной дисциплинарной тенденции к ее агглютинации с психиатрией. Отдельным вопросом в данном контексте возникает широкий круг клинико-психологических аспектов участия пациентов в программах заместительной терапии зависимости, таких как идентификация наличествующего уровня комплаентности, как в отношении фармакологических аспектов лечения, так и вопросов своевременной идентификации психической патологии в данном контингенте. Основной проблемой тут становится мотивационная диспропорция между рациональным обращением за специализированной помощью и устранением дискомфорта и риском утраты возможности легитимизированного получения аддиктивного агента, что приводит к намеренной дезаггравации психического неблагополучия с поддержанием фасадно-высокого и даже избыточного уровня комплаенса.

Так, обследование 100 пациентов, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости синтетическими опиоидами, с использованием «Шкалы медикаментозного комплаенса» (ШМК, НИПНИ им. Бехтерева, 2012 г.) указывает на максимально возможные показатели уровня комплаенса по всем критериям у абсолютного числа паци-

ентов, за исключением объективно определяемого уровня когнитивного снижения, а также уровня глобального функционирования по данным шкалы GAF, где показатели во всех случаях находятся в диапазоне легких нарушений. Полученные данные пребывают в диссонансе с результатами обследования контингента с использованием «Шкалы тревоги Гамильтона» (HARS), где уровень симптоматики в 68 % наблюденный превышал пороговый (18 баллов) для диагностики тревожного расстройства. При этом полученные результаты также не могут быть объективно оценены вне контекста пребывания пациента в ситуации обследования, ассоциированной для него с риском нежелательных последствий.

Таким образом, вопрос методологии определения уровня комплаенса в контингенте пациентов, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости синтетическими опиоидами, является актуальным и требует дальнейшего исследования.

УДК 616.853-052

*Завязкіна Н. В.*

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка (м. Київ)*

### **Алкоголізація як один з факторів аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію**

У формуванні аутоагресивної поведінки психічно хворих беруть участь багато зовнішніх і внутрішніх чинників. Виникнення аутоагресії у хворих на епілепсію є результатом складної взаємодії особливостей хвороби (тривалість, тип перебігу, частота нападів, зміни в когнітивній сфері, ступінь вираженості особистісних змін), психогенно-травмуючої ситуації, в якій опинилася хвора людина, і реакції зміненої особистості на ситуацію.

Внаслідок тяжкості хвороби та стигматизації, у хворих виникає суб'єктивне відчуття певної «неповноцінності», можуть формуватися патологічні реакції на зміну їх становища в соціумі, з'являється необхідність формування пристосувальної поведінки до життєвої ситуації. Все це разом може створювати певні передумови для формування аутоагресивної поведінки.

Згідно з епідеміологічними даними, поширеність суїцидів серед хворих на епілепсію в 5—12 разів перевищує їх поширеність у загальній популяції. При цьому частина суїцидів складає до 1/5 в структурі смертності хворих на епілепсію.

Одним з чинників, що ускладнює картину аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію, є стан алкогольного сп'яніння. У стані алкогольного сп'яніння у хворих знижується настрій, посилюється дратівливість, нестриманість, виявляється схильність до вербальної або фізичної агресії, збільшується ймовірність нападів. Хворі критично не оцінюють майбутні перспективи, може порушуватися сприйняття часу, блокуються пошуки виходу з життєвої ситуації. В окремих випадках хворі систематично не вживають алкоголь, проте випивають «для хоробрості», оскільки бояться, що «не вистачить рішучості вчинити самогубство», а також для посилення дії медикаментів (при самоотруєннях).

Вживання алкоголю полегшує виникнення аутоагресивних намірів і їх реалізацію у хворих на епілепсію, підсилює наявні психічні розлади і використовується як додатковий засіб під час здійснення самогубства.

Своєчасне діагностування, а також чітке розмежування чинників, що сприяють аутоагресивній поведінці хворих на епілепсію, на головні і другорядні дозволить визначити необхідний обсяг лікувальних, психологічних, реабілітаційних та профілактичних заходів щодо цих хворих.