

А. П. Артемчук, І. В. Лінський, О. І. Мінко, О. А. Артемчук, К. А. Артемчук, С. В. Гольцова
СПОСІБ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ
РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ, А ТАКОЖ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

A. P. Artemchuk, I. V. Linskiy, O. I. Minko, O. A. Artemchuk, K. A. Artemchuk, S. V. Holtsova
METHOD OF PERSONALIZED COMPLEX TREATMENT OF ADDICTIVE STATES OF VARIOUS ORIGINS,
AS WELL AS COMORBID PATHOLOGY IN WAR CONDITIONS

Ключові слова: *алкогольна, наркотична залежність, асоційовані форми адикцій, стресопсихотерапія, фармакотерапія, алгоритм покрокового лікування*

Key words: *alcohol, drug addiction, associated forms of addictions, stress psychotherapy, pharmacotherapy, step-by-step treatment algorithm*

Запропоновано спосіб для виконання в складних умовах воєнного часу лікування хворих з трансформованими, асоційованими різновидами адиктивної патології, а саме: зловживанням алкогольними і нікотиновими виробами, іншими психоактивними речовинами, гемблінгом, а також у разі виникнення нав'язливих станів тривоги, депресії, панічних атак, невротичних фіксацій, психосоматичних та соматопсихічних розладів за допомогою послідовного, багаторазового застосування комплексу різних за своєю суттю і змістом, розроблених та запатентованих нами в період 2000—2023 років технологій раціональної і стресопсихотерапії, фармакотерапії (детоксикаційної, відновної, сенсibiliзуючої тощо); щадних режимів приймання інгібіторів ацетальдегідрогенази «у разі потреби»; використання їх «за новим призначенням» для лікування інших патологій, які актуалізуються під час війни, а також моніторингу виникнення та позбавлення хворобливих станів, на етапах спостереження та терапії.

A method is proposed for implementation in difficult wartime conditions for the treatment of patients with transformed, associated types of addictive pathology, namely in case of abuse of alcohol and nicotine products, other psychoactive substances, gambling, as well as in case of obsessive states of anxiety, depression, panic attacks, neurotic fixations, psychosomatic and somatopsychic disorders by means of sequential repeated use of a complex of technologies of rational and stress-imperative psychotherapy, pharmaceutical therapy (detoxification, sensitisation, etc.) developed and patented by us in 2000—2023; sparing regimens of acetaldehyde dehydrogenase inhibitors "as needed"; their use "for a new purpose" for the treatment of other pathologies that are relevant during the war, as well as monitoring the onset and relief of disease states at the stages of supervision of this contingent.

Широкі наукові дослідження виявляють загальну картину погіршення психічного та фізичного здоров'я населення в Україні. Серед найбільш поширеної патології — адиктивні психічні розлади, різні форми яких набули характеру неінфекційних епідемій, легко заміщуються одна на іншу і відрізняються від класичних трансформацією етіопатогенезу та клініки. Не викликає сумнівів, що усе зазначене вище є результатом глобальних змін навколишнього природного, виробничого та соціального середовища, певних політичних та економічних процесів, а також наслідком порушень процесів всебічного становлення людини: екології спадковості, перинатального розвитку плода, пологового періоду, а надалі — екології дитинства, отроцтва, юнацтва та зрілості, особливо в умовах війни. Розлади послідовності та сутнісного змісту окремих систем та функцій на етапах онтогенезу створюють потрібне біологічне та особистісне підґрунтя для виникнення дисгармоній розвитку (дизонтогенезу) і звідси — розладів функціонування індивіда на рівні біологічних характеристик, свідомості, розуму, духовності та поведінки [1].

Саме на підґрунті розуміння процесуального характеру виникнення адиктивної патології як системного та багатоетапного дизонтогенезу, що має суттєвий спадковий характер, проявляється вже в пре-

пери- та ранньому постнатальному періодах і далі — протягом усього життя адикта, може та має бути побудована ефективна, поетапна, поліпрофесійна система наркологічної (адиктологічної) терапії та превентології.

У сучасній психіатрії адиктивна поведінка все частіше розцінюється як прагнення до втечі від реальності через зміну свого психічного стану неприродним способом за допомогою вживання деяких речовин або здійснення певних дій, додержання неадекватної активності [2].

Цілком зрозуміло, що під час війни, бойових дій на фронтах та постійних, і вдень, і вночі, бомбардувань цивільного населення, надзвичайно патогенним чинником стає гострий та хронічний стрес. Саме в умовах дії стресорів воєнного часу відбувається глибокий патоморфоз і суттєве обтяження перебігу сучасних форм адиктивної патології, зокрема алкогольної, нікотинової, наркотичної, ігрової залежності, виникнення асоційованих варіантів, а також маніфестація інших нервово-психічних розладів (неврозів, психопатій, тривожно-депресивних, стрес-асоційованих та подібних станів).

Але стрес може бути не тільки пусковим чинником порушення здоров'я, але й вагомим терапевтичним засобом його відновлення. Ми пропонуємо систему комплексного, насамперед стресопсихотерапев-

тичного (СПТ), «введення» хворих з адиктивною поведінкою в стійку терапевтичну ремісію: перший крок — на один місяць, другий крок — на три місяці і т. ін. Завершальним, обов'язковим етапом покрокового лікування є кодування хворого на алкогольну або іншу залежність на усе життя [3]. Ми використували власний 35-річний досвід розроблення та застосування методу стресопсихотерапії за О. Р. Довженком [4; 5].

Метою дослідження є створення та апробація методології комплексного, покрокового позбавлення хворих від станів залежності, інших розладів психіки та поведінки, які мають велике поширення в умовах війни.

В роботі поставлені і виконані такі завдання:

а) адаптувати відомий спосіб стресопсихотерапії в комплексі з іншими немедикаментозними та медикаментозними технологіями для ефективного лікування осіб зі станами залежності в складних умовах воєнного часу;

б) виявити комплекс чинників у досліджених пацієнтів, який відповідає за трансформацію та коморбідизацію алкогольної та інших залежностей в умовах війни;

в) розробити клінічно обґрунтований покроковий, максимально індивідуалізований (персоніфікований), комплексний алгоритм — способи діагностики, профілактики та терапії адиктивних розладів під час війни;

г) створити зрозумілу й фінансово прийнятну для пацієнтів з алкогольною та іншими залежностями маркетингову базу покрокових послуг.

Опис методології

Як метод досліджування створено та запатентовано спеціальний опитувальник, спрямований на вивчення особливостей трансформації та коморбідизації станів залежності у військових осіб та цивільного населення, а також для оцінювання ефективності алгоритму їх покрокового лікування. Використано також AUDIT та AUDIT-подібні тести щодо вживання тютюну, алкоголю, канабіноїдів та інших речовин та дій, які адаптували І. В. Лінський та співавтори [6], а також методика ADS для оцінки тяжкості алкогольної залежності (АЗ) [7] та опитувальник вираженості психо-

патологічної симптоматики Derogatis (SCL-90-R) [8], статистичні методи оброблення результатів.

Після апробації створеного опитувальника в процесі дослідження 70 хворих зі станами залежності, його було доповнено та оформлено заявку на реєстрацію авторського права на твір.

Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю і виникненням як окремої нозології (алкогольна залежність), так і асоційованих — поєднаних варіантів із нікотиновою, ігровою (гемблінг), наркотичною та іншими залежностями, а також такими, що виникають на тлі та за участю негативних наслідків перинатальної патології, соматичних розладів, черепно-мозкових травм, психічних та фізичних травматизацій, негативних впливів гострих та хронічних стресів в умовах війни набувають атипового, злякисного перебігу і потребують розроблення й застосування термінових (невідкладних) і планових (довгочасних) комплексних терапевтичних технологій. Найбільш адекватними в цьому сенсі є методи психотерапевтичного позбавлення пацієнтів від різних адиктивних розладів, зокрема метод стресопсихотерапії за О. Р. Довженком (СПТ).

Опитувальник включає 54 основних пункти із деталізацією у підпунктах кількістю від 2 до 10. Вони спрямовані на докладне, послідовне вивчення особливостей індивідуального та сімейного анамнезу (батьківська та власна родина), перенесених хвороб пацієнтом, його батьками та дітьми (зокрема перинатального походження); їхніх негативних наслідків (насамперед, синдромології дизонтогенезу); збір спадкових даних. Водночас фіксують матеріали, які відображають процес формування різних варіантів адиктивної залежності поведінки в їх взаємодії; кількість та результати терапевтичних курсів. Опитувальник заповнює лікар методом інтерв'ю під час першого і наступних покрокових візитів зі слів пацієнта та його родичів.

На підґрунті одержаних даних лікар визначає план (алгоритм) терапевтичного процесу, який включає діагностичні, прогностичні та профілактичні кроки, а також медикаментозні (детоксикація, сенсibiliзуючі до алкоголю технології, а також снодійні, серцево-судинні, антидепресивні та інші засоби) та перелік і порядок застосування різних варіантів стресопсихотерапії за нашими модифікаціями (таблиця).

Алгоритм послідовного лікування хворих зі станами залежності різного походження та коморбідною патологією в умовах війни

Кроки	Назва та зміст кроків	Тривалість (разовість)
I	Первинна консультація. Створення плану лікувального процесу та його узгодження з самим пацієнтом та його родиною ²⁾	3 години (одноразово)
II	Детоксикація. Призначення «Композитів» № 1 або № 2 за А. П. Артемчуком [9—10]	6—20 днів (одноразово)
III ¹⁾	Фармакотерапія: психотропні та соматотропні препарати за індивідуальними показаннями	20—30 днів (з потреби)
IV	Кодування за методом доктора Довженка від АЗ (в нашій модифікації) строком на один місяць вже на 2—5-й дні тверезості [11] ³⁾	Одноразово
V ¹⁾	Приймання сенсibiliзуючих до алкоголю препаратів (за звичайною схемою або в щадному режимі) [12]	10—30 днів (з потреби) ⁴⁾
VI ¹⁾	Приймання карбамазепіну 200 мг; по 0,5 таблетки 1—3 рази на день [13]	1 місяць (до 6 курсів на рік з перервами в один місяць)
VII	Продовження коду від АЗ на новий більш тривалий строк — на 3 місяці. Обговорення з пацієнтом нових завдань на цей строк щодо підвищення якості життя	3 потреби ⁵⁾

Кроки	Назва та зміст кроків	Тривалість (разовість)
VIII	Продовження коду ще на більшi строки, якi обрав пацієнт (до 6, 9 або 12 місяців) [3]	3 потреби ⁵⁾
IX	Продовження коду «на усе життя» ⁶⁾	Одноразово ⁵⁾
X—XIII ⁷⁾	Додаткове лікування від тютюнової, наркотичної, ігрової залежності; надлишкових апетиту та ваги. Кодування в цих випадках проводять тільки за бажанням пацієнта на обраний ним строк [14]	3 потреби ⁵⁾
XIV ¹⁾	Укріплення коду у разі потреби	3 потреби ⁵⁾
XV	Зняття коду у разі ого порушення хворим або на його вимогу	Одноразово

Примітки: ¹⁾ — кроки із застосуванням фармпрепаратів можуть бути зроблені 1—3—7 разів протягом медичного спостереження і надалі в ремісії; ²⁾ — загальні вимоги до пацієнта після консультації: наявність установки на лікування та наступну тверезість; обов'язкове виконання пацієнтом усіх рекомендацій лікаря; ³⁾ — процедуру проводять без витримування 15—20 днів тверезості, на відміну від стандартного методу СПТ за О. Р. Довженком; ⁴⁾ — під час загрози зриву ремісії; або для додаткової «матеріалізації» виникнення негативних наслідків при «порушенні коду»; ⁵⁾ — на кроках VII—XIV можливо призначення фармпрепаратів та процедури «укріплення коду»; ⁶⁾ — код може бути продовжено на цей строк вже до закінчення IV кроку (на бажання пацієнта та за згодою родичів); ⁷⁾ — X крок — кодування від тютюну; XI крок — від психостимуляторів; XII крок — від гемблінгу; XIII крок — від надлишкових апетиту та ваги

Алгоритми процесу лікування можуть мати такий вигляд:

варіант № 1 — послідовно всі 15 кроків;

варіант № 2 — послідовно кроки I; III; IV; VI; IX; XI; XIV (триразово), усього 9 кроків протягом курсу лікування.

Спосіб може мати від 4 до 25 і більше послідовних етапів (фармакологічних і психотерапевтичних кроків), різну тривалість і зміст (залежно від мети, основних завдань, стану хворого, обраного плану лікування) і здійснюється так:

1. Він починається з попереднього огляду пацієнта, збирання анамнестичних даних (анамнез життя, захворювання, об'єктивний анамнез за допомогою опитувальника), призначення додаткових досліджень (анкетних, психологічних, біохімічних), аналізу особливостей клініки та перебігу хвороби, оцінювання ефективності попередніх курсів лікування тощо — I крок.

2. Надалі, на підґрунті зібраних матеріалів, розробляють комплексний план (алгоритм) діагностичних, терапевтичних та прогностичних заходів, який обговорюють та узгоджують з пацієнтом та його родичами.

3. Водночас заповнюють інформаційну згоду між хворим, членами його родини і медичним колективом; укладають договір на строк застосування обраного алгоритму, визначають загальну кількість «терапевтичних кроків» із чітким розмежуванням обов'язків сторін в процесі спостереження та лікування.

4. За відсутності критики до хвороби та позитивного ставлення на повну тверезість хворому пропонують альтернативні способи медичного обслуговування, зокрема кодування на дозоване вживання алкогольних напоїв (один раз на рік не більше ніж 100 мл) [15], або «редукція» вживання алкоголю з використанням налтрексону гідрохлориду або мідзо.

У переліку провідних умов організації таких курсів лікування, насамперед — їх невідкладність (пацієнту вже в день першої консультації призначають детоксикацію вживанням «Композитів» № 1 або № 2 [9; 10]) — II крок і вже того ж дня або наавтра проводять сеанс

СПТ за нашою модифікацією зі строком кодування на один місяць — IV крок [11].

Через місяць, залежно від стану пацієнта та його вибору, відбувається «продовження коду» строком вже на три місяці (VII крок), або пацієнта переводять на лікування сенсibilізуючими до алкоголю препаратами — дисульфiрамом у повному або щадному режимі (з потреби) — V крок [12].

У переліку інших методологічних підходів: обов'язковість виконання усіх запланованих кроків у їх вибраній послідовності; забезпечення постійного медичного спостереження за пацієнтом; комплексність усіх застосованих програм; можливість використання додаткових алгоритмів прогнозу, лікування і посилення матеріалізації психотерапевтичних навіювань [4; 5; 15—17]; їхня взаємозамінність і повторне застосування. Усе зазначене особливо важливо під час лікування комбінованих варіантів залежності: вживання спиртних напоїв та психостимуляторів (канабіноїди); вживання слабоалкогольних напоїв з переходом надалі на міцні; вживання спиртних напоїв з переходом на гемблінг тощо. Важливе практичне значення має своєчасна діагностика стадії загальної неспецифічної реакції на стрес: мобілізації, резистентності та виснаження з переводом хворого із стадії виснаження на стадії мобілізації та резистентності.

Під час спостереження осіб з адиктивною поведінкою треба розуміти, що вони «хворі не тому, що п'ють, грають, вживають психоактивні речовини, а навпаки — вони п'ють, палять, грають, вживають наркотичні засоби тому, що хворі!» А на що вони хворі, що за цим стоїть — вони не розуміють. Внаслідок наявності певних (дегенеративних) спадкових, уроджених і набутих розладів у них «не виходить життя!» І вони шукають засоби для самолікування.

Приклади застосування комплексних методів лікування

Приклад 1.

Пацієнт Юрій С., 34 роки. Алкогольна залежність II стадії, наркотична залежність (психостимулятори,

канабіноїди), ніотинова залежність. У першому браку, спільних дітей немає. Жінка лікувалась від алкогольної залежності, ремісія 3 роки. Її батько сильно пив, помер, «від серця». Дід з боку матері все життя пив. Рідна сестра матері — хвора на АЗ.

Пацієнт народився з масою тіла 2,5 кг, «в сухих пологах», синій. На першому році життя — «синдром загальмованості» — постійно спав. Закінчив школу, технікум, але вчився погано. Синдром шкільної декомпенсації — з шостого класу. Часто хворів: дитячі інфекції у вигляді «ланцюгу», бронхіти, пневмонії, хвороба Боткіна у 14 років. Енурез у віці до 15 років. Черепно-мозкові травми (ЧМТ) з втратою свідомості — у 12 та 17 років, не лікувався. Палить тютюн з 12 років, п'є спиртні напої та вживає канабіноїди з 18 років, психостимулятори — з 27 років. Починає, як правило, з 1—2 пляшок пива або 250 г горілки, потім викурює 0,10—0,12 г «солі» (канабісу) — і так протягом 4—5 днів у вигляді запою. Світлий проміжок досягає 2—4 дні. Час від часу буває ще епізодичне вживання спиртних напоїв — одноразово та без канабісу або в поєднанні з канабісом.

План лікування хворого (алгоритм покровокового входження в терапевтичну ремісію) мав такий вигляд:

I крок — консультація хворого протягом 2,5 години із побудовою плану лікування (інформаційна частина лікування).

II крок — 15.10.2021 р. сеанс стресопсихотерапії за нашою модифікацією методу О. Р. Довженка від поєданого вживання спиртних напоїв та канабісу строком на один місяць. Лікування проведено на третій день після останнього вживання комбінації психоактивних речовин (алкоголь та канабіс) на тлі внутрішньовенних детоксикацій (крапельниць), загальною кількістю № 6 та з наступним прийманням композитів д-ра Артемчука за такими днями місяця: 18; 19; 21; 23; 26 жовтня 2021. Після цього пацієнт виїхав до Києва за місцем постійного проживання.

На продовження кодування не з'явився. З пояснень пацієнта: «був зайнятий». Приїхав 22.12.2021 р., тобто на 37 день після закінчення строку кодування, та вже одноразового вживання зазначеної вище комбінації ПАР (горілка та канабіс), яке відбулося 17.12.2021 року (перший курс — 2 кроки).

24.12.2021 р. після проведення консультації (тобто вже на другому курсі лікування після повторення I кроку) хворий пройшов кодування методом СПТ від поєданого вживання алкоголю та канабісу знову строком на один місяць (тобто IV крок вибраного алгоритму) на тлі приймання «композиту» № 1 за схемою: 24.12.2021 р.; 25.12.2021 р.; 27.12.2021 р.; 29.12.2021 р.; 01.01.2022 р.; 04.01.2022 р. (усього — 6 пакетів). II крок — детоксикація. Порушень взятих на себе зобов'язань з боку пацієнта за цей місяць не було.

З 05.01.2022 р. пацієнту призначено: глутаргін 750 мг 1 таблетка 2 рази на день; мебікар 500 мг 1 таблетка 2 рази на день; мелітор 25 мг 1 таблетка на ніч (III крок) протягом 24 днів, а також дисульфірам 0,5 г 2 таблетки 2 рази на день протягом 2 днів, на-

дали — по 1 таблетці 2 рази на день протягом 10 днів (V крок).

20.01.2022 р. приїхав на продовження кодування строком вже на три місяці (VII крок відповідно до вибраного алгоритму). Починаючи з 23.02.2022 р. до 20.04.2022 р. проведено ще два курси лікування дисульфірамом (строком по 7 днів, тобто повторно 2 рази V крок). Окрім цього, у режимі онлайн проведено етап «укріплення коду» (XIV крок).

20.04.2022 р. знову у режимі онлайн «продовжено код» від вживання комбінації ПАР (алкогольні напої та канабіс) на 6 місяців (VIII(A) крок). Призначено циклічне приймання карбамазепіну 200 мг по 0,5 таблетці 3 рази на добу строком на один місяць (три місячних цикли з наступними перервами у один місяць, три рази VI крок). 08.09.2022 р. під час приїзду хворого продовжено код на 12 місяців (VIII(Б) крок).

Через рік (18.08.2023 р.) на бажання пацієнта код пролонговано на «усе життя» (IX крок). Отже, протягом одного року й 10 місяців за допомогою багатокрокового комплексного лікування пацієнта із поєднанням вживанням алкогольних напоїв та канабісу досягнута стійка терапевтична ремісія. Виконані медикаментозні (II (2 рази); III; V (3 рази); VI (3 рази) кроки та психотерапевтичні (I (2 рази); IV; VII; VIII (А, Б); IX) кроки. Усього 9 медикаментозних і 7 психотерапевтичних кроків, тобто за 2 курси лікування — 16 кроків.

Приклад 2.

Пацієнт Станіслав К., 24 роки. АЗ II стадії, наркотична залежність (психостимулятори, канабіс; гемблінг), ніотинова залежність. Звернувся по допомогу з приводу вживання канабіноїдів 11.06.2023. З цього дня до 21.06.2023 р. спостерігався у режимі онлайн (II; III кроки).

Живе з матір'ю в Києві. Пацієнт закінчив університет ім. Ярослава Мудрого. Підприємець, юрист. Він — єдина дитина в батьківській родині. Мати покинула батька, коли пацієнту було 1,5 місяця. Батько пив, гуляв, вживав наркотичні засоби, бив матір. Дід по лінії батька пив: похмілля, запої. Кинув пити після 45 років у зв'язку з погіршенням здоров'я: гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду.

З дитинства «галасливий»; на першому році життя постійно кричав, плакав, не спав. Маса тіла при народженні — 4800 г. ЧМТ без втрати свідомості в 5 років з накладанням швів. Останній рік хворіє на гастрит.

«Травку» почав курити з 16 років: спочатку спорадично; регулярно — з 20 років. Вживав «екстазі» у період від 19 до 22 років (лікувався восени 2021 р., кодувався на один рік — не вживає). Ігроманія (ставки на спорт) — у віці від 20 років до сьогодні. Палить тютюн з 23 років.

Алкогольні напої вживає регулярно з 16 років. Спочатку були одноденні ексцеси під час зустрічі з друзями. Останні 3—4 роки п'є або запоєм по 2—4 доби, або щоденно протягом до 10 діб у дозах до 500—600 мл міцних напоїв. Максимальні дози — до 1 л на добу горілки, самогону, віскі. В стані сп'яніння — приплив сил, активності; дуже компанійський. У разі перевищення звичної дози —

стає «божевільним», «краще не чіпати»: трощить усе — речі, радіоапаратуру, меблі. Стверджує, що все це — через сильну залежність від наркотиків, спиртного та тютюну. Запій починає з канабісу, потім переходить на спиртні напої. Лікуватися від АЗ не хоче. Останнє вживання алкоголю — 10.06.2023 р. одноразово 200 мл горілки. Останнє вживання коноплі — 01.06.2023 р.

Пацієнту запропоновано комплексне, покрокове введення в терапевтичну ремісію від вживання канабіноїдів за авторською технологією.

1. I крок — консультація (11.06.2023 р.)

2. 17.06.2023 р. проведено стресопсихотерапію за нашою модифікацією методу О. Р. Довженка від вживання канабіноїдів строком на один місяць (IV крок). Призначено приймання карбамазепіну 200 мг по 0,5 таблетки 3 рази на добу строком на один місяць (VI крок).

3. 17.07.2023 р. Пацієнт не вживає ані спиртні напої, ані «травку». «Продовжено код» від вживання канабіноїдів на новий строк — три місяці (VII крок лікування). Від лікування з приводу АЗ поки що відмовляється, бо це «не актуально».

4. 12.09.2023 р. Загальний строк невживання «травки» — більше ніж 3 місяці. «Продовжено код» від канабіноїдів на наступний період — 6 місяців (VIII крок лікування).

5. Призначено приймання дисульфіраму по 2 таблетки 2 рази на день перші 3 дні, потім по 1 таблетці один раз на день ще 12 днів (V крок лікування).

6. 07.03.2024 р. у пацієнта зрив ремісії. На тлі депресії, життєвих труднощів спочатку дозволив собі випити 100 мл горілки, потім куриє канабіс. Було дуже погано: депресія, безсоння, тривога, задуха, почервоніння обличчя, не міг працювати, не хотів жити. 07.03.2024 р. код від канабіноїдів знято онлайн.

Отже, хворий зробив 8 кроків входження в терапевтичну ремісію: 4 кроки фармакологічні та 4 кроки психотерапевтичні, зокрема: I — консультування, IV — кодування від канабіноїдів на один місяць; VII — продовження коду від канабіноїдів на 3 місяці; VIII — продовження коду від канабіноїдів на 6 місяців. Усього не вживав канабіноїди протягом 10 місяців. Від АЗ лікуватись відмовився. Наполягає на повторному курсі кодування вже від спиртних напоїв та канабіноїдів одночасно.

7. 07.03.2024 р. проведено повторне кодування від алкоголю та канабіноїдів на один місяць (I крок) — другий курс лікування. З цього часу призначено виконання фармакологічних курсів — детоксикація (II та III кроки).

8. 05.04.2024 р. продовжено кодування від алкоголю та канабіноїдів на 3 місяці (VII крок). Призначено: приймання карбамазепіну по 100 мг 3 рази на день строком на один місяць — 6 курсів на рік з перервами в 1 місяць (VI крок); приймання тетураму 150 мг 2 рази на день 12 днів з перервами в 1 місяць 2 курси за три місяці (V крок); проведення процедури укріплення коду (XIV крок) у разі потреби — один раз на два місяці — 6 разів на рік.

9. Продовжено код від алкоголю та канабіноїдів на «усе життя» (IX крок).

Отже, під час другого курсу лікування хворий зробив 4 фармакотерапевтичні кроки та 5 психотерапевтичних кроків і перебуває в ремісії з 07.03.2024 р. до 20.07.2024 р., тобто 4,5 місяці. Для виконання призначеного алгоритму лікування протягом наступних семи місяців повинен зробити ще 6 медикаментозних і 5 психотерапевтичних кроків.

Список літератури

1. Алкоголізм — мультиаксіальна проблема / Артемчук А. П., Лінський І. В., Мінко О. І. [та ін.]. Харків : Константа, 2023. 714 с.

2. Кривошеков С. Г. Психофизиология спортивных аддикций (аддикция упражнений) / С. Г. Кривошеков, О. Н. Лушников // Физиология человека. 2011. Т. 37, № 4. С. 135—140.

3. Спосіб комплексного позбавлення військових осіб та цивільного населення від станів залежності від речовин, дій та об'єктів, а також від невротичних фіксацій, нав'язливих станів тривоги, депресії, панічних атак в складних умовах війни шляхом персоналізованого покрокового введення їх у терапевтичну ремісію : авторське свідоцтво № 124844 / Артемчук А. П., Лінський І. В., Мінко О. І., Артемчук К. А., Артемчук О. А., Гольцова С. В. Дата реєстрації 18 березня 2024.

4. Артемчук А. П. Спосіб раннього прогнозування ефективності лікування хворих на алкоголізм за методом О. Р. Довженка : патент 36590 Україна, А61В5/02, А61В10/00 — заяв. 10.01.2000; опубл. 16.04.2001. Бюл. № 3.

5. Артемчук А. П. Спосіб прогнозування ефективності лікування алкоголізму за методом О. Р. Довженка : патент 36589 Україна, А61Н1/36 — заяв. 10.01.2000; опубл. 16.04.2001, Бюл. № 3.

6. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Психическое здоровье. 2010. № 6. С. 33—45.

7. Skinner, H. A. & Horn, J. L. Alcohol Dependence Scale: Users Guide. Toronto, Canada : Addiction Research Foundation. 1984. 76 p.

8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.

9. Спосіб лікування алкоголізму : патент 72687 А Україна, А61К 31/00 / Артемчук А. П., Божко Г. Х., Артемчук О. А. — заяв. 13.01.2003; опубл. 15.03.2005, Бюл. № 3.

10. Спосіб лікування алкоголізму : патент 42478 А Україна, А61К 31/00 / Артемчук А. П., Божко Г. Х., Артемчук О. А. — заяв. 12.03.2001; опубл. 15.10.2001, Бюл. № 9.

11. Спосіб термінового емоційно-стресового зняття алкоголь-абстинентного синдрому : патент 51865 Україна, А61Н39/04 / Артемчук А. П., Артемчук О. А. — опубл. 16.12.2002, Бюл. № 12.

12. Спосіб лікування осіб з резистентною до терапії алкогольною залежністю : патент 99455 А Україна, А61К 31/37 / Лінський І. В., Артемчук К. А. — заяв. 10.11.2014; опубл. 10.06.2015, Бюл. № 11.

13. Артемчук А. П. Спосіб профілактики запійних станів при алкогольній залежності : патент 36871 А Україна, А61К31/515, А61Р25/32 — заяв. 17.02.2000; опубл. 16.04.2001, Бюл. № 3.

14. Спосіб лікування надмірного апетиту та ваги : патент 51866 А Україна, А61Р3/04 / Артемчук А. П., Артемчук О. А. — заяв. 16.12.2000; опубл. 16.12.2002, Бюл. № 12.

15. Спосіб комплексного, поетапного лікування хворих на алкогольну залежність із відсутністю установки на повну

відмову від вживання алкогольних напоїв : авторське свідоцтво № 108555 / Артемчук А. П., Мінко О. І., Артемчук К. А., Артемчук О. А., Гольцова С. В. 11 жовтня 2021. Бюл. 67.

16. Артемчук А. П. Спосіб лікування алкоголізму : патент 36591 А Україна, А61М21/00, А61Р25/32 — заяв. 10.01.2000; опубл. 16.04.2001, Бюл. № 3.

17. Спосіб комплексного, покрокового досягнення терапевтичної ремісії при лікуванні хворих із станами залежності : патент № 136319, Україна, МПК (2019.01) А61К 31/00 / Артемчук А. П., Мінко О. І., Лобанов І. Ю., Артемчук О. А., Артемчук К. А. — заяв. 13.03.2019; опубл. 12.08.2019, Бюл. № 15.

References

1. Artemchuk A.P., Linskyi I.V., Minko O.I. та in. *Alkoholizm multyaksialna problema*. Kharkiv : Konstanta, 2023. 714 s. (In Ukrainian).

2. Krivoshchekov S.G., Lushnikov O.N. *Psikhofiziologiya sportivnykh addiktsiy (addiktsiya uprazhneniy) [Psychophysiology of sports addictions (exercise addiction)]*. *Fiziologiya cheloveka [Human physiology]*. 2011. T. 37, no.4. S. 135—140. (In Ukrainian).

3. Artemchuk A.P., Linskyi I.V., Minko O.I., Artemchuk K.A., Artemchuk O.A., Holtsova S.V. *Sposib kompleksnoho pozbavleniia viiskovykh osib ta tsvylnoho naselennia vid staniv zalezhnosti vid rechovyn, dii ta obektiv, a takozh vid nevrotychnykh fiksatsii, naviazlyvykh staniv tryvohy, depresii, panichnykh atak v skladnykh umovakh viiny shliakhom personifikovanoho pokrokovoho vvedennia yikh u terapevtychnu remisiiu* : avtorske svidotstvo no. 124844. Data reiestratsii 18 bereznia 2024. (In Ukrainian).

4. Artemchuk A.P. *Sposib rannoho prohnouzuvannia efektyvnosti likuvannia khvorykh na alkoholizm za metodom O.R. Dovzhenka* : patent 36590 Ukraina, A61V5/02, A61V10/00. — zaiav. 10.01.2000; opubl. 16.04.2001, Biul. no. 3. (In Ukrainian).

5. Artemchuk A.P. *Sposib prohnouzuvannia efektyvnosti likuvannia alkoholizmu za metodom O.R. Dovzhenka* : patent 36589 Ukraina, A61N1/36 — zaiav. 10.01.2000; opubl. 16.04.2001, Biul. no. 3. (In Ukrainian).

6. Linskyi I.V., Minko A.I., Artemchuk A.F. i dr. *Additivnyy status i metod yego kompleksnoy otsenki pri pomoshchi systemy AUDIT-podobnykh testov [Addictive status and a method for its comprehensive assessment using a system of AUDIT-like tests]*. *Psikhicheskoye zdorovye [Mental health]*. 2010. No. 6. S. 33—45. (In Ukrainian).

7. Skinner, H.A. & Horn, J.L. *Alcohol Dependence Scale: Users Guide*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation. 1984. 76 p.

8. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]*. SPb : Piter, 2001. 272 s. (In Russian).

9. Artemchuk A.P., Bozhko H.Kh., Artemchuk O.A. *Sposib likuvannia alkoholizmu* : patent 72687 A Ukraina, A61K 31/00. — zaiav. 13.01.2003; opubl. 15.03.2005, Biul. no. 3. (In Ukrainian).

10. Artemchuk A.P., Bozhko H.Kh., Artemchuk O.A. *Sposib likuvannia alkoholizmu* : patent 42478 A Ukraina, A61K 31/00. zaiav. 12.03.2001; opubl. 15.10.2001, Biul. no. 9. (In Ukrainian).

11. Artemchuk A.P., Artemchuk O.A. *Sposib terminovoho emotsiino-stresovoho zniattia alkohol-abstynentnoho syndromu* : patent 51865 Ukraina, A61N39/04 — opubl. 16.12.2002, Biul. no. 12. (In Ukrainian).

12. Linskyi I.V., Artemchuk K.A. *Sposib likuvannia osib z rezystentnoiu do terapii alkoholnoiu zalezhnistiu* : patent 99455 A Ukraina, A61K 31/37. — zaiav. 10.11.2014; opubl. 10.06.2015, Biul. no. 11. (In Ukrainian).

13. Artemchuk A.P. *Sposib profilaktyky zapoinykh staniv pry alkoholnii zalezhnosti* : patent 36871 A Ukraina, A61K31/515, A61R25/32. — zaiav. 17.02.2000; opubl. 16.04.2001, Biul. no. 3. (In Ukrainian).

14. Artemchuk A.P., Artemchuk O.A. *Sposib likuvannia nadmirnoho apetytu ta vahu* : patent 51866 A Ukraina, A61R3/04 — zaiav. 16.12.2000; opubl. 16.12.2002, Byul. no.12. (In Ukrainian).

15. Artemchuk A.P., Minko O.I., Artemchuk K.A., Artemchuk O.A., Holtsova S.V. *Sposib kompleksnoho, poetapnoho likuvannia khvorykh na alkoholnu zalezhnist iz vidsutnistiu ustanovky na povnu vidmovu vid vzhyvannia alkoholnykh napoiiv* : avtorske svidotstvo no. 108555 11 zhovtnia 2021. Biul. no. 67. (In Ukrainian).

16. Artemchuk A.P. *Sposib likuvannia alkoholizmu* : patent 36591 A Ukraina, A61M21/00, A61R25/32 — zaiav. 10.01.2000; opubl. 16.04.2001, Biul. no. 3. (In Ukrainian).

17. Artemchuk A.P., Minko O.I., Lobanov I.Iu., Artemchuk O.A., Artemchuk K.A. *Sposib kompleksnoho, pokrokovoho dosiahnennia terapevtychnoi remisii pry likuvanni khvorykh iz stanamy zalezhnosti* : patent no.136319, Ukraina, МПК (2019.01) А61К 31/00 — заяв. 13.03.2019 ; opubl. 12.08.2019, Biul. no. 15. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 8.08.2024

Відомості про авторів:

АРТЕМЧУК Анатолій Пилипович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, головний науковий співробітник відділу*; e-mail: mykina92@icloud.com

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: i_linskyi@yahoo.com

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу*; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

АРТЕМЧУК Олексій Анатолійович, лікар-нарколог, кандидат медичних наук, м. Харків, Україна

АРТЕМЧУК Кирило Анатолійович, лікар-нарколог, кандидат медичних наук, м. Харків, Україна; e-mail: kirill_art@ukr.net

ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна, провідний інженер-дослідник відділу*; e-mail: lana-6208@ukr.net

* — відділ клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

ARTEMCHUK Anatolii, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head Researcher of the Department**; e-mail: mykina92@icloud.com

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine; Director of the State Institution "P.V. Voloshyn's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskyi@yahoo.com

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

ARTEMCHUK Oleksii, MD, PhD, Physician-narcologist, Kharkiv, Ukraine

ARTEMCHUK Kyrylo, MD, PhD, Physician-narcologist, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kirill_art@ukr.net

HOLTSOVA Svitlana, Leading Research Engineer of the Department**; e-mail: lana-6208@ukr.net

** — Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "P. V. Voloshyn's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences, Kharkiv, Ukraine