

терапія Пріліджі в ряді випадків призводить до зниження статевого потягу, що в свою чергу викликає ЕД, в більшості випадків психогенного генезу. При використанні Пріліджіна вимогу і тадалафілу (Сіаліс 5 мг) на вимогу (за 30-60хв до статевого акту) нами було відзначено не тільки найбільше подовження статевого акту, а й збільшення числа сексуальних контактів, що пояснюється позитивним синергізмом. При цьому тадалафіл, що є ефективним модулятором ерекції, усуває й еректильну дисфункцію. Означена схема терапії є оптимальною внаслідок можливості її застосування в залежності від ритму статевого життя.

Висновки:

Прояви передчасної еякуляції в 68% обтяжуються виникненням психогенної еректильної дисфункції, в зв'язку з чим зазначена терапія повинна включати в себе препарати, які нормалізують і ерекцію.

Комбінація тадалафілу (Сіаліс) з дапоксетином (Пріліджі) в режимі на вимогу дає стабільні достовірні результати в лікуванні ПЕ, а також еректильної дисфункції, зумовленої ПЕ.

Застосування дапоксетину (Пріліджі) в постійному режимі супроводжується зниженням статевого потягу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СПОНТАННОЇ РЕМІСІЇ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

І.Д. Спіріна, С.В. Рокутов, А.В. Шорніков

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

(м. Дніпро)

Сучасне вітчизняне розуміння перебігу алкогольної залежності передбачає наступні три стадії її патогенезу: початкова (неврастенічна), середня – наркома нічна та вихідна, або енцефалопатична [А.Г. Гофман, Т.А. Кожінова, И.В. Яшкіна, 2008].

Перебіг алкогольної залежності у більшості випадків є циклічним і супроводжується виникненням періодів утримання від алкоголю, тобто

настанням ремісій і періодами активного споживання алкоголю - рецидивами.

Спонтанною ремісією називається ремісія, що настала без спеціального терапевтичного втручання; терапевтичною вважають ремісію, що настала після проведення спеціального терапевтичного втручання [Д.Г. Павлов, 2009; Д.И. Шустов, Т.В. Агибалова, И.А. Федотов, 2014].

Тривалість терапевтичних ремісій у хворих на алкоголізм і можливість їх прогнозування привертала увагу багатьох дослідників [Н.-J. Rumpf, 2002; W.L. White, 2009]. Здійснювались спроби прогнозування тривалості ремісій, як терапевтичних, так і спонтанних [О.Ф. Ерышев и др., 2009].

Пацієнти зі спонтанними ремісіями, відчувають менше поточних проблем з вживанням алкоголю та негативними життєвими подіями і менше поклалися на такі копінг-стратегії як уникнення та алкоголізація. Таким чином, особи, які досягають ремісій без офіційної допомоги, мають більше особистісних ресурсів [R.H. Moos, B.S. Moos, 2006].

Для ілюстрації такого твердження, наводимо опис клінічного випадку спонтанної ремісії після тривалого періоду алкоголізації, при повній відсутності терапевтичних ремісій у минулому. При цьому зауважимо, що психологічні механізми формування спонтанних ремісій ще й досі не досліджені.

Хворий Л., 70 років. Скарг на самопочуття не висловлює. Останнє вживання алкоголю близько 7 років тому.

Anamnesis vitae. Народився в сім'ї робітників першим із 2-х дітей. Батько, дід по батьковій лінії зловживали алкоголем. Відносини в родині були конфліктні, в родині застосовувалися фізичні покарання, мати авторитарна, емоційно невиразна, у конфліктах ставала на бік батька. Ранній розвиток без особливостей, від однолітків не відставав. У школі вчився добре. За характером вважає себе товариською, доброзичливою людиною. Після служби в лавах армії (демобілізований на загальних підставах) закінчив 3 курси будівельного інституту. Протягом 20 років працював

майстром підприємства з будівництва автошляхів. Після розформування підприємства пробував себе в малому бізнесі - безуспішно, в подальшому - працював вантажником, підсобним робітником. В поточний час - пенсіонер, підробляє охоронцем. У шлюбі с 23 років, відносини конфліктні, через вживання алкоголю, неодноразово розходилися, потім мирилися знову. Від шлюбу має сина, стосунки прохолодні, напружені, періодично конфліктні. Проживає з дружиною. Протягом останніх дев'яти років доглядає немічну матір.

Із перенесених захворювань: хронічний холецисто-панкреатит, хронічна алкогольна хвороба печінки, в 1992 році - кровотеча з варикозно розширених вен нижнього відділу стравоходу; остеохондроз шийного, грудного і поперекового відділів хребта. Багаторазово отримував черепно-мозкові травми, кілька разів з втратою свідомості. Неврологічного лікування у зв'язку зі травмами не отримував.

Anamnesis morbi. Вік початку споживання алкоголю не пам'ятає. Вперше відчув сильне алкогольне сп'яніння в 17 років на шкільному випускному. Після закінчення служби в армії ситуаційно зловживав алкоголем (1-2 рази на місяць). Перші ознаки залежності з'явилися після залишення вузу, під час роботи на підприємстві. Спочатку зловживав 2 рази в місяць («в получку і в аванс»). Міг випити до 1,0-1,5 літрів горілки. Після - псевдозапої по 2-4 дня 1-2 рази на місяць. Неодноразово (більше 20 разів) лікувався в наркологічному диспансері як амбулатоно, так і стаціонарно. Ремісії нестійкі, до 1 місяця. Одного разу перебував на лікуванні в лікувально-трудоному профілакторії (6 місяців), після виписки продовжив алкоголізацію. З 1992 по 1994 пив «дуже мало», що пояснював «поганим самопочуттям» після кровотечі з вен стравоходу. Надалі перейшов на практично щоденне вживання алкоголю, перерви у вживанні рідкісні, тривалістю до 1 тижня. Вплив негативних обставин на споживання алкоголю заперечує, завжди випивав заради задоволення, у свята, в якості винагороди самому собі після добре зробленої роботи. Толерантність знижувалася

протягом останніх 5 років до відмови від алкоголю. Максимальна добова доза алкоголю - до 2010 року становила 300 мл горілки. Волів рівномірно розподіляти добову дозу алкоголю протягом дня. У сп'янінні ейфорія короткочасна, слабкої інтенсивності, часто злісний, конфліктний. Втрачено захисні знаки на передозування, кількісний і ситуаційний контроль. Сформовано абстинентний синдром в повному обсязі. У стані абстиненції виражений патологічний потяг до алкоголю, тривожний, ажитований, дратівливий, зазначає сильні дифузні головні болі розпираючого характеру, гіперестезії, особливо гиперакузію. Відзначав амнезії окремих періодів сп'яніння, особливо на висоті сп'яніння. З 2007 року через важку хворобу матері змушений майже щоденно відвідувати її для надання допомоги та догляду. Протягом 2-х років, не зважаючи на постійний контроль з боку дружини (під час візитів до матері дружина супроводжувала хворого), продовжував алкоголізацію. Через конфліктні відносини з іншими членами сім'ї ніхто не допомагав у догляді. Після відмови дружини контролювати алкогольну поведінку хворого став відвідувати матір самостійно та повністю припинив вживання алкоголю. Ремісія триває 7 років, підтверджується дружиною та сусідами. Запрошений активно для профілактичного огляду.

Психічний статус. Самостійно увійшов до кабінету. За зовнішнім виглядом стежить, поголений акуратно, одягнений охайно, чисто. У місці, часу і власної особистості орієнтований правильно. В бесіду вступає дещо неохоче. Настрій оцінює як рівний, емоційно стабільний, виразний. У мові «звучить» алкогольний гумор. Під час бесіди очний контакт підтримує постійно. Ходить повільно, човгає ходую. На момент огляду обмані сприйняття заперечує, поведінкою не виявляє, маячних ідей не висловлює. Увага нестійка, виснажується, рахування за Е.Крепеліним виконує з незначними помилками, від роботи з таблицями Шульте відмовився. На запитання відповідає в плані заданого. Про події, що передували візиту, згадує легко, про події минулих госпіталізацій – відповідає неохоче, каже, що «все це – марно витрачений час». Події поточного дня описав досить детально.

Суїцидальних думок не висловлює. Критика до свого стану неповна, вважає, що відмовитись від вживання алкоголю «зовсім не складно», при цьому пояснює «не п'ю, бо це заважає доглядати матір». Суттєвих планів на майбутнє не висловлює.

Соматоневрологічний статус. Нормостенічної статури. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця дещо приглушені, ритм правильний, ЧСС 74 уд. / хв. АТ 130/80 мм рт. ст. Язик обкладений білястим нальотом біля кореня, живіт м'який, при пальпації слабо болючий в правому підребер'ї, печінка до +3 см по середньоключичній лінії. Вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Відзначаються порушення периферичної шкірної чутливості (кінчиків пальців), елементи м'язової атрофії. Координаторні проби виконує впевнено, без помилок. Апетит не порушений, сон поверхневий.

Діагноз. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, в даний час утримання. F.10.20

Коментуючи даний клінічний випадок, слід звернути увагу, що протягом тривалого часу хворий перекладав відповідальність за свою алкогольну поведінку на оточуючих (дружину, інших членів сім'ї, лікарів), які, в свою чергу, в різній мірі брали на себе цю відповідальність, підсилюючи контроль. Дружина хворого останньою припинила контролюючу поведінку, тим самим передавши всю відповідальність безпосередньо самому хворому. Саме цей факт, на наш погляд, став підґрунтям для формування ремісії.

ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

А.М. Скрипніков, О.С. Телюков, В.О. Рудь

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Протягом останніх років в спеціальній літературі велика кількість вітчизняних та закордонних дослідників відмічає помітний патоморфоз