

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1
И.М. Сквиря

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Гомельский государственный медицинский университет

I. M. Skvira

РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНІ КЛІНІЧНІ СТАНИ У ЛИЦЬ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПРИ ФОРМУВАННІ КОМПЕНСОВАНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМИСІЇ

Гомельський державний медичний університет

Представлені дані про прояв рецидивонебезпечних клінічних ситуацій (депресії та інші) в осіб з алкогольною залежністю на трьох етапах формування компенсованої терапевтичної ремісії (шифр по МКХ-10 F10.200-202).

На основі отриманих даних сформульовані рекомендації, направлені на ранню, диференційовану діагностику і адресну протирецидивну терапію пацієнтів з алкогольною залежністю в процесі лікування та реабілітації.

Ключові слова: *алкогольна залежність, ремісія, рецидивонебезпечні клінічні ситуації, лікування.*

I. M. Skvira

THE RELESE-DANGEROUS CLINICAL CONDITION AT THE PERSONS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE AT FORMATION COMPENSATED TERAPEVTICUS REMISSION

Gomel State Medical University

The data about on display relapse-dangerous clinical situations (depressions and others) of the alcohol depended patients at three stages of formation remission time (F10.200-202) are presented in this articles. The recommendations are formulated on early diagnostics and address therapy of the patients with alcoholic dependence during treatment and rehabilitation.

Key words: *alcohol addiction, remission, relapse-dangerous clinical situations, treatment.*

Введение

На сегодняшний день главная задача в лечении пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) заключается в стабилизации ремиссии и профилактике раннего рецидива [1, 2, 3].

К формированию ремиссий, как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью», естественно сводятся все терапевтические усилия наркологов. Однако клинический опыт показывает, что любая ремиссия представляет собою довольно не стабильный, а, напротив, изменчивый период течения болезни [2]. В то же время специалистами часто игнорируются расстройства, возникающие в период ремиссии заболевания [4].

Установлено, что психические и сомато-неврологические расстройства доклинического уровня выраженности сохраняются (а у части больных, вследствие истощения адаптационных механизмов, даже усиливаются) вплоть до момента достижения ими полной ремиссии, что увеличивает риск рецидива алкогольной болезни [5].

Отмечается наличие специфической клиники ремиссионных состояний при алкоголизме. К таким состояниям относят многочисленные, многоуровневые, полисистемные и полиорганные симптомокомплексы, которые нередко актуализируются у больных в ремиссионных состояниях и которые отражают синдромологию премоурбидной эндогенной антиципации

и преобразенной по мере алкоголизации и прожития лет патологии. Эти же симптомокомплексы могут быть результатом скрытого влечения к алкоголю, а также формой сдвига регистра, маскирования или замещения патологии [6].

Ранее эти состояния нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС) [7]. Остаются не изученными частота встречаемости, степень выраженности РОКС ПАЗ на этапах формирования компенсированной ремиссии, не достаточно разработаны способы их диагностики и терапии.

Целью исследования является разработка методов ранней диагностики, профилактики и лечения рецидивоопасных клинических ситуаций на этапах формирования компенсированной ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы

После трех этапов лечения, согласно принятых в наркологии стандартов [8], нами в динамике формирования ремиссии обследовано 114 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст составил $41,2 \pm 7,2$ лет) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200-202 согласно критериям МКБ-10 [9]). В данное исследование были включены пациенты только с компенсированной ремиссией (без клинически выраженных рецидивоопасных клинических состояний) и не включались лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимос-

ти, больные с другими психическими и поведенческими расстройствами. Все исследованные пациенты были разделены на три группы, с учетом этапов формирования ремиссии, принятых в современной наркологии [2].

Первая группа ПАЗ состояла из 39 человек (средний возраст $38,9 \pm 7,2$ лет), находившихся на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Вторая группа из 23 пациентов (средний возраст $39,5 \pm 6,4$ лет) находилась на этапе стабилизации ремиссии (7-12 месяцев воздержания от употребления алкоголя). В третью группу (52 пациента со средним возрастом $43,7 \pm 5,6$ лет) были включены пациенты, находившиеся на этапе установившейся ремиссии (более одного года ремиссии, среднее время воздержания от употребления алкоголя $5,14 \pm 2,2$ лет).

В ходе выполнения научной работы применены клиничко-психопатологический, клиничко-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ в ремиссии мы применили разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [7], позволяющий выявлять субклинические жалобы пациентов. Жалобы на здоровье представляют собой субъективно значимые сигналы, характеризующие нарушение нормального гомеостаза организма и личности. При алкогольной зависимости, как вообще при психических и поведенческих расстройствах самосознание пациентов затруднено и искажено, в силу особенностей заболевания. В то же время именно жалобы больных представляют собой весьма значимые сигналы о здоровье пациентов, осознание которых только и заставляет пациентов с алкогольной зависимостью совершать поступки, направленные на противодействие зависимости, позволяет формировать установки на лечение и трезвость. Установлено, что в состоянии отмены алкоголя все пациенты предъявляют жалобы на здоровье [3]. По мере выхода из состояния отмены алкоголя жалобы пациентов оскудневают, выявить их путем классического клинического опроса становится все труднее [5]. Поэтому нами был разработан опросник, позволяющий сканировать и квантифицировать даже слабо выраженные жалобы ПАЗ в ремиссии, названные нами рецидивоопасными клиническими состояниями [7].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel [10].

Результаты и обсуждения

В результате исследования с помощью стандартизованного опросника [7] у пациентов всех трех групп были выявлены субклинические признаки психических, соматических, вегетативных дисфункций и специфических клинических проявлений алкогольной зависимости, обозначенные как РОКС.

Частота встречаемости, колеблясь от 52,9% («депрессия») до 5,1% («гипомания»), по большинству из 15-и РОКС не имела достоверных ($p > 0,05$) межгрупповых отличий. Только «утомляемость» встречалась достоверно ($p = 0,01$) чаще во второй группе – у 11 (47,8%) из 23 пациентов против 10 (25,6%) из 39 пациентов первой группы. Еще такой признак как «тяга к алкоголю»

встречался все реже по мере удлинения компенсированной ремиссии и достигал достоверного ($p < 0,05$) отличия в третьей группе – у 5 (9,6%) из 52 пациентов, в сравнении с первой – у 12 (30,8%) из 39 пациентов.

Степень выраженности (в баллах) РОКС во всех трех группах, как и частота встречаемости, по сумме, а также по большинству РОКС оказались практически идентичными ($p > 0,05$).

Таблица 2.
Сравнительная характеристика средней выраженности рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Рецидивоопасные клинические состояния	Группа 1 (n=39)	Группа 2 (n=23)	Группа 3 (n=52)
	M±σ	M±σ	M±σ
1. Алгии	0,39±0,58	0,55±0,62	0,57±0,61
2. Плохое самочувствие	0,22±0,58	0,17±0,38	0,4±0,57
3. Раздражительность	0,74±0,81*	0,39±0,5	0,4±0,53
4. Утомляемость, усталость	0,3±0,56*	0,44±0,51	0,4±0,6
5. Бессонница	0,17±0,49	0,28±0,57	0,19±0,44
6. Депрессия	0,52±0,67	0,5±0,51	0,5±0,65
7. Гипомания	0,13±0,34	0,17±0,38	0,25±0,65
8. Сухое опьянение	0,04±0,21	0,06±0,24	0,08±0,27
9.Алкогольные навязчивости	0,17±0,38	0,11±0,32	0,17±0,38
10.Алкогольные сновидения	0,39±0,66	0,44±0,62	0,29±0,53
11.Псевдоабстиненция	0,04±0,21	0,05±0,17	0,1±0,3
12.Курение увеличено	0,78±1,16*	0,44±0,78	0,52±0,5
13.Кофеин больше	0,56±0,9	0,78±1,1	0,65±1,0
14.Тревога	0,09±0,29	0,11±0,32	0,23±0,43
15.Тяга к алкоголю	0,3±0,63	0,17±0,38	0,1±0,3***
Сумма баллов	4,91± 3,78	4,6±2,85	4,87±3,44

Примечание. *Отличия между первой и второй группой достоверны ($p < 0,05$). **Отличия между второй и третьей группой достоверны ($p < 0,05$). ***Отличия между третьей и первой группами достоверны ($p < 0,05$).

Как следует табл. 1, у пациентов второй группы, в сравнении с первой группой, уменьшается средняя выраженность таких РОКС как «раздражительность» ($p < 0,05$) и «курение увеличено» ($p < 0,05$), но увеличивается «утомляемость» ($p < 0,05$), «бессонница» и «кофеин больше» ($p > 0,05$). В третьей группе, в сравнении с первыми двумя, незначительно увеличивается «тревога» ($p > 0,05$) и уменьшается «тяга к алкоголю» ($p > 0,05$), которая оказалась единственным признаком из 15-и, постоянно регрессирующим по мере удлинения компенсированной ремиссии.

Градации выраженности большинства РОКС во всех трех группах пациентов оказалась как частота и выраженность проявления, практически идентичной ($p > 0,05$), за исключением таких РОКС как «раздражительность» и «утомляемость» (рисунок 1 и 2).

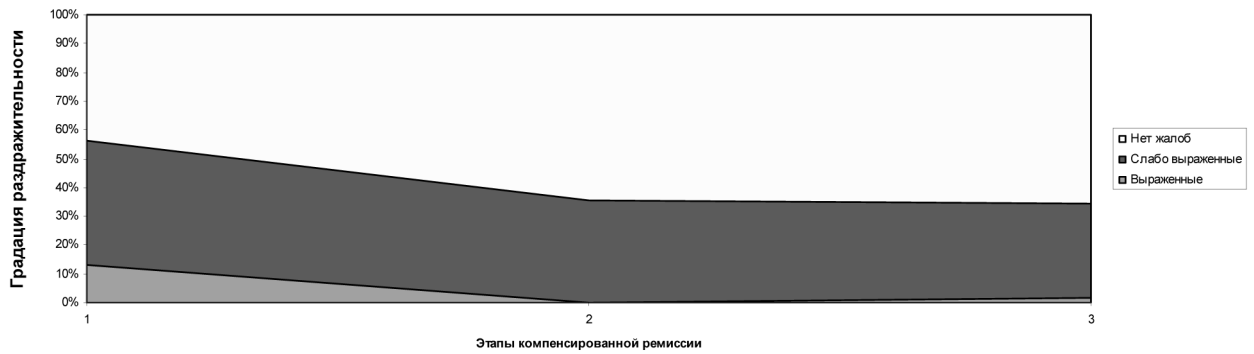


Рис. 1. Динаміка градації вираженості подразливості у пацієнтів трьох груп

Кількість пацієнтів з подразливістю во
вторій групі менше ($p < 0,05$), а з вираженою раз-

дражливістю значно менше ($p = 0,0003$), чем
среди пацієнтів першої групи (см. рис. 1).



Рис. 2. Динаміка градації вираженості утомляемості у пацієнтів трьох груп

В то же время, количество пациентов с таким
РОКС как «утомляемость», наоборот, во второй группе
больше ($p = 0,01$), чем в первой (см. рис. 2).

Для пациентов первой группы весьма характер-
ными были субклинически выраженные повышенная
возбудимость, раздражительность, нетерпеливость,
аффективная неустойчивость, чувство напряженности,
рассеянность, соматовегетативные расстройства (пот-
ливость, тахикардия, головные боли неприятные ощу-
щения в области сердца и прочие вегетативные сим-
птомы).

Для пациентов второй группы характерными были
астения, слабость, повышенная утомляемость, падение
работоспособности, легкая истощаемость внимания,
чувство разбитости, отсутствие ощущения свежести,
бодрости, прилива сил после сна, улучшение самочув-
ствия к середине и ухудшение к концу дня, соматовеге-
тативные нарушения (боли в области сердца, экстра-
систолы, диспептические явления и так далее).

То есть, у пациентов первой группы, в сравнении со
второй, выявлено преобладание субклинически выра-
женного астенического синдрома в гиперстенической
форме — у 22 (56,4 %) из 39 пациентов против 8 (34,8%)

из 23 пациентов ($p < 0,05$). Астенический синдром в ги-
постенической форме, наоборот, в первой группе был
выявлен только у 2 (5,1%) из 39 пациентов, а во вто-
рой — у 10 (43,5%) из 23 пациентов ($p = 0,00000004$). В
третьей группе пациентов, в сравнении со второй, ги-
перстеническая форма астении наблюдалась с той же
частотой ($p > 0,05$), — у 19 (36,5%) из 52 пациентов, а ги-
постеническая наблюдалась достоверно реже ($p = 0,002$)
— у 9 (17,3%) из 52 пациентов.

Изучение корреляции 15-и РОКС показало, что в
первой группе пациентов большинство РОКС имели
положительную корреляцию между собой и с интеграль-
ной выраженностью их суммы. Корреляция (значи-
мая) биологических РОКС с интегральной их выра-
женностью в первой группе пациентов была следующей
(в порядке убывания): «депрессия» ($r = 0,72$), «курение
больше» ($r = 0,64$), «тяга к алкоголю» ($r = 0,56$) «утомля-
емость» ($r = 0,55$) и «раздражительность» ($r = 0,53$).

Во второй группе пациентов с интегральной выра-
женностью биологических РОКС корреляцию имели (в
порядке убывания): «кофеин больше» ($r = 0,7$), «плохое
самочувствие» ($r = 0,66$) и «депрессия» ($r = 0,6$). Причем,
если в первой группе «раздражительность» и «утомля-

емость» имели между собой положительную корреляцию ($r=0,33$), то во второй группе корреляция между ними становилась отрицательной ($r=-0,43$) ($p<0,05$).

В третьей группе пациентов корреляция отдельных РОКС между собой практически отсутствовала, с интегральной выраженностью РОКС коррелировали только три признака: «гипомания» ($r=0,58$), «депрессия» ($r=0,52$) и «кофеин больше» ($r=0,54$).

Таким образом, данные клинико-психопатологического, патофизиологического исследования свидетельствуют о том, что состояние пациентов с алкогольной зависимостью в компенсированной терапевтической ремиссии нельзя назвать полным восстановлением здоровья.

На этапе становления компенсированной ремиссии больше чем у половины пациентов имеют значение как рецидивоопасные состояния субклинически выраженные, прежде всего, такие синдромы как субдепрессивный, патологического влечения к алкоголю, астенический синдром в гиперстенической форме (с раздражительностью, увеличением курения).

При переходе на этап стабилизации компенсированной терапевтической ремиссии (к шести месяцам воздержания от употребления алкоголя) теряет свое ведущее значение как рецидивоопасный фактор синдром патологического влечения к алкоголю. На первый план к моменту формирования «полной ремиссии» [9], выходит такое рецидивоопасное клиническое состояние как астенический синдром в гипостенической форме и сохраняет свое рецидивоопасное значение субдепрессивный синдром. Астенический синдром в гипостенической форме, облегчая действие стрессоров [9], в этот период ремиссии легко может приводить к острой реакции на стресс, способствует развитию расстройств адаптации, других невротических расстройств, которые повышают риск перехода ремиссии компенсированной в субкомпенсированную и (или) декомпенсированную с рецидивом алкоголизма. Только при установлении длительной (не менее года воздержания от употребления алкоголя), компенсированной ремиссии, согласно полученных нами данных, можно говорить о приближении показателей здоровья пациентов с алкогольной зависимостью к критериям общего и психического здоровья. Но и при длительных, компенсированных ремиссиях у пациентов с алкогольной зависимостью сохраняют свое потенциальное значение как рецидивоопасные состояния, обусловленные социальными причинами,

колебания настроения, переутомление и употребление крепкого чая и кофе.

Заключение

В исследовании установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью в компенсированной терапевтической ремиссии (без клинически выраженных жалоб на здоровье) имеются латентные рецидивоопасные клинические состояния. На этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) это субклинические синдромы патологического влечения к алкоголю, депрессивный и астенический синдром в гиперстенической форме. На этапе стабилизации ремиссии (7-12 месяцев воздержания от употребления алкоголя) ведущее значение как потенциальный рецидивоопасный синдром имеет субклинический астенический синдром в гипостенической форме. На этапе установившейся ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) сохраняет потенциальное значение рецидивоопасных клинических состояний, прежде всего, социально обусловленные колебания настроения, астения и употребление крепкого чая и (или) кофе.

На основании полученных данных сформулированы рекомендации по дифференцированному, в зависимости от этапа ремиссии и структуры рецидивоопасных клинических состояний, лечению и реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, в процессе формирования терапевтической ремиссии.

Выводы

1. На этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, следует предупреждать актуализацию патологического влечения к алкоголю, развитие депрессивных расстройств и гиперстенических проявлений (раздражительности вплоть до дисфории) астенического синдрома.

2. На этапе стабилизации ремиссии (7-12 месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, необходимо лечение, направленное на укрепление нервной системы с целью повышения уровня неспецифической адаптации организма и психики пациентов.

3. На этапе установившейся компенсированной терапевтической ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) необходима долгосрочная психотерапия, социотерапия по формированию здорового образа жизни пациентов, стратегий совладания с трудными ситуациями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. - М.: "МИКЛОШ", 2003. - 215 с.
2. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. - СПб.: "ЭЛБИ-СПб", 2002. - 192 с.
3. Сосин, И.К. Наркология / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. - Харьков: Коллегиум, 2005. - 800 с.
4. Saxena, S. Prevention of mental and behavior disorders: implications for policy and practice / S. Saxena, E. Llopis, C. Hosman // World Psychiatry. - 2006. - Vol. 5, № 1. - P. 5-10.
5. Артемчук, А.А. Содружественные изменения психоэмоциональной сферы и неврологического статуса у больных алкогольной зависимостью на различных этапах становления терапевтической ремиссии и их коррекция / А.А. Артемчук // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2004. - № 3 (13). - С. 103-108.
6. Чернобровкина, Т.В. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / Т.В. Чернобровкина,

- А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин, И.А. Никифоров // Наркология. - 2006. - № 12. - С. 47-74.
7. Сквиря, И.М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И.М. Сквиря // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А.Н. Лызинов [и др.]. - Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. - Т. 3. - С. 190-193.
8. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р.А.Евсегнеев. - Минск, 2005. - 196 с.
9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер; ред. Дж.Э.Купер / Пер. с англ. Д.Полтавца - К.: «Сфера», 2000. - 464 с.
10. Лапач, С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: МОРИОН, 2001. - 408 с.