

Вывод

Реабилитационный противорецидивный центр в структуре терапевтической программы (клуб взаимопомощи пациентов с алкогольной зависимостью «Формула трезвости») является естественно-групповым, аутопоейтическим (самотворящим) образованием, новой формой обучения пациентов трезвому образу жизни, эффективным способом реабилитации и социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [и др.] (мол.) (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чусва). — Харків, 2014. — 1428 с.
2. Иванов, В. В. Реабилитационные центры и программы для пациентов наркологического профиля / В. В. Иванов // Психиатрия. — 2010. — № 1 (07). — С. 48–58.
3. Обьедков, В. Г. Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год / В. Г. Обьедков, О. А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 2 (4). — С. 142–147.
4. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2012. — 400 с.
5. Negative Affect, Relapse, and Alcoholics Anonymous (AA): Does AA Work by Reducing Anger? / J. F. Kelly [et al.] // J. Stud. Alcohol and Drugs. — 2010. — № 71. — P. 434–444.

УДК 616.89-008.441.13-07

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Сквира И. М.¹, Сосин И. К.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение образования

«Харьковская медицинская академия последипломного образования»

г. Харьков, Украина

Введение

Основная задача наркологии при лечении алкогольной зависимости (АЗ) — достижение ремиссии (абсолютного воздержания от употребления алкоголя с ослаблением признаков болезни) [1]. Решение этой задачи на практике затрудняется вследствие, чаще всего неожиданных, непрогнозируемых, рецидивов заболевания, среди основных причин которых общепризнано значение стержневого синдрома АЗ — патологического влечения к алкоголю (ПВА) («craving») [1–2]. Для диагностики и количественного измерения ПВА в наркологии разработаны специальные психометрические шкалы [1–3].

Однако в комплексном исследовании последних лет, с использованием клинических шкал и лабораторных тестов, было установлено, что ПВА в ремиссии АЗ является редким феноменом [4]. Поэтому в настоящее время в генезе рецидивов АЗ придается значение многим другим клиническим факторам дестабилизации ремиссии, количественное измерение которых как в отечественной, так и мировой наркологии ранее не проводилось.

Нами в течение многолетних исследований впервые эти факторы дестабилизации ремиссии АЗ («скрытые признаки» болезни) были систематизированы, определены как «рецидивоопасные клинические ситуации» (РОКС), был разработан, апробирован и валидизирован метод скрининга и количественной оценки РОКС «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [5].

Цель

Изучение возможностей применения опросника «Шкала экспресс-диагностики РОКС» для прогнозирования рецидивов алкогольной зависимости.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» были исследованы 132 пациента в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $41,8 \pm 7,2$ года) с алкогольной зависимостью в полной ремиссии (шифр F 10.202 по МКБ-10 [1]). Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с эндогенными психическими заболеваниями (F 20–39 по МКБ-10), а также лица в период острых и (или) обострения хронических соматических заболеваний.

Разделение на группы сравнения было произведено по признаку наличия РОКС: I группа пациентов ($n = 88$) находилась в состоянии качественной ремиссии (без клинически выраженных рецидивоопас-

ных ситуаций), а II группа (n = 44) — пациенты с рецидивоопасными клиническими ситуациями (РОКС), возникшими на фоне полной ремиссии (пациенты, обратившиеся для противорецидивного лечения).

Для объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с АЗ мы применили разработанный нами опросник, позволяющий сканировать и квантифицировать даже слабо выраженные жалобы. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [5].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica» 6.0. Сравнение данных в двух независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна — Уитни. Прогностическую значимость различных показателей оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6). Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждения

Вначале нами было проведено сравнение I и II групп по основным демографическим и клиническим параметрам (пол, возраст, длительность АЗ, кратность лечения, длительность ремиссии) (таблица 1).

Таблица 1 — Общая характеристика пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (n = 88)	II группа (n = 44)	p
Пол (м/ж)	70/18	36/8	0,64
Возраст, лет, M	42,7 (37,6–47,76)	40,2 (36,1–44,3)	0,62
Длительность АЗ, лет	8,2 (6,1–10,3)	8,35 (6,2–10,5)	0,84
Кратность лечения, M	2,2 (1,4–2,8)	2,19 (1,5–2,88)	0,95
Длительность ремиссии, месяцев	9,45 (5,2–13,65)	8,94 (6,3–10,54)	0,28

После установления репрезентативности групп сравнения (таблица 1), далее было проведено тестирование пациентов по опроснику. Во II группе пациентов (пациенты с РОКС) большинство симптомов опросника оказались значимо выше, чем в группе сравнения, что подтверждает возможность их использования для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с АЗ (таблица 2).

Таблица 2 — Значения клинических показателей у пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (n = 88)	II группа (n = 45)	p
1. Алгии	0,52 (0,40–0,65)	0,91 (0,65–1,17)	0,023
2. Плохое самочувствие	0,32 (0,21–0,42)	0,78 (0,53–1,02)	0,002
3. Раздражительность	0,48 (0,35–0,61)	1,20 (0,93–1,46)	0,00001
4. Астения	0,40 (0,27–0,51)	0,91 (0,66–1,16)	0,0005
5. Бессонница	0,22 (0,12–0,32)	0,76 (0,47–1,04)	0,005
6. Плохое настроение	0,51 (0,39–0,63)	0,98 (0,72–1,24)	0,005
7. Гипоманиакальное состояние	0,20 (0,08–0,31)	0,29 (0,12–0,45)	0,352
8. Индуцированное опьянение	0,07 (0,01–0,12)	0,33 (0,14–0,53)	0,053
9. Алкогольные навязчивости	0,16 (0,09–0,24)	0,60 (0,39–0,81)	0,001
10. Алкогольные сновидения	0,35 (0,23–0,47)	0,71 (0,47–0,95)	0,014
11. Псевдоабстинентный синдром	0,07 (0,0–0,12)	0,38 (0,18–0,57)	0,018
12. Учащение курения	0,55 (0,40–0,65)	0,49 (0,24–0,73)	0,998
13. Увеличение потребления кофе (чая)	0,66 (0,45–0,87)	0,84 (0,51–1,18)	0,472
14. Тревога	0,17 (0,09–0,25)	0,71 (0,50–0,92)	0,00003
15. Тяга к алкоголю	0,16 (0,07–0,25)	0,58 (0,37–0,79)	0,0015
Сумма баллов	4,84 (4,14–5,54)	7,36 (6,52–8,20)	0,000003

Далее была посчитана прогностическая значимость клинических параметров опросника с помощью ROC анализа (MedCalc v. 9.6). Анализ прогностической значимости показателей, для которых получены различия в I и II группах с помощью теста Манна — Уитни, оценивали на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК). Оценивались площадь под кривой, 95 % доверительный интервал (ДИ) оценки площади, находилась точка разделения, оценивалась чувствительность (Чв) и специфичность (Сп) данного параметра при использовании найденной точки разделения. Показатели расположены в порядке убывания ППК (таблица 3).

Таблица 3 — Прогностическое значение основных показателей опросника «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций»

Показатель	ППК	95% ДИ	Точка разделения	Чв, %	Сп, %
Суммарные клинические РОКС	0,782	0,703–0,848	> 5 баллов	84,44	61,96
Раздражительность	0,728	0,645–0,800	> 0 баллов	81,82	56,99
Тревога	0,705	0,621–0,780	> 0 баллов	56,82	81,72
Алкогольные навязчивости	0,672	0,587–0,750	> 0 баллов	48,89	83,70
Астения	0,666	0,581–0,744	> 0 баллов	65,91	64,52
Тяга к алкоголю	0,665	0,580–0,744	> 0 баллов	46,67	85,87
Плохое настроение	0,649	0,563–0,729	> 0 баллов	68,89	53,26
Алкогольные сновидения	0,629	0,542–0,710	> 0 баллов	53,33	70,65
Псевдоабстинентный синдром	0,624	0,538–0,706	> 0 баллов	31,11	93,48
Индукцированное опьянение	0,602	0,515–0,685	> 0 баллов	23,67	93,48

Как следует из таблицы 3, специфические признаки ПВА (тяга к алкоголю, алкогольные сновидения, навязчивости, индуцированное опьянение и псевдоабстинентный синдром) для прогнозирования рецидива АЗ имеют высокую специфичность, но совершенно недостаточную чувствительность, что еще раз подтверждает необходимость для оценки ремиссии учитывать и другие клинические РОКС. Среди них высокую прогностическую значимость при выраженности более ноля баллов имели, прежде всего, раздражительность (чувствительность — 81,82 %, специфичность — 56,99 %), тревога (чувствительность — 56,82 %, специфичность — 81,72 %) и астения (чувствительность — 65,91 %, специфичность — 64,52 %). В целом по суммарной оценке опросник имел высокое прогностическое значение при 5 и более баллах для диагностики ситуаций, угрожаемых по срыву ремиссии (чувствительность — 84,44 %, специфичность — 61,96 %).

Выводы

1. Опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» может быть использован у пациентов с алкогольной зависимостью для качественной и количественной оценки ремиссии. Выявление у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии по суммарной оценке опросника более 5 баллов с высокой степени прогностической значимости (чувствительность — 84,44 %, специфичность — 61,96 %) указывает на угрозу рецидива алкогольной зависимости.

2. Пациентам с алкогольной зависимостью, у которых в период воздержания от употребления алкоголя были выявлены рецидивоопасные клинические ситуации и угроза рецидива, необходимо проводить комплексную (социотерапевтическую, психологическую, таргетную, в зависимости от структуры выявленного расстройства) терапевтическую помощь и укреплялась установки на абсолютную трезвость с продолжением участия в долгосрочных программах психотерапии и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [и др.] (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва). — Харків, 2014. — 1428 с.
2. Probability and predictors of remission from life-time prescription drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / C. Blanco [et al.] // Journal of Psychiatric Research. — 2013. — Vol. 47, № 1. — P. 42–49.
3. Schmidt, P. Predictive value of obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) for outcome in alcohol-dependent inpatients: results of a 24-month follow-up study // P. Schmidt, C. Helten, M. Soyka // Substance Abuse Treatment, prevention, and Policy. — 2011. — P. 6–14.
4. An Acute Psychosocial Stressor Does Not Potentiate Alcohol Cue Reactivity in Non-Treatment-Seeking Alcoholics / S. E. Thomas [at al.] // Alcohol Clin Exp Res. — 2011. — Vol. 35, № 3. — P. 464–473.
5. Сквиря, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лыжиков [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.

УДК 612.17:612.1

ПОСТСТРЕССОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕДОКС-РЕГУЛЯЦИИ КЛЕТОК И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ АКТИВИРУЕМЫХ КАЛЬЦИЕМ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Скринаус С. С.

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

Активируемы кальцием калиевые каналы (ВК_{Ca}-каналы) играют центральную роль в расслаблении сосудистой стенки, оказывая демпфирующий эффект на зависимость от деполяризации активацию