

большей гемодинамической стабильности при разрезе кожи и более низком уровне кортизола плазмы на этапах выделения сонной артерии и завершения оперативного вмешательства.

Кроме того, в раннем послеоперационном периоде в группе пациентов с регионарной блокадой отмечалось достоверное снижение интенсивности болевого синдрома по сравнению с группой пациентов, у которых регионарная блокада не выполнялась ($p = 0,000003$), а также наблюдалась более стабильная гемодинамика в первые 6 часов послеоперационного периода, что привело к уменьшению количества использованных гипотензивных препаратов.

Таким образом, разработанная методика комбинированной анестезии является более эффективной и безопасной для обеспечения хирургических вмешательств на сонных артериях по сравнению с методикой общей анестезии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Суслина, З. А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 256 с.
2. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis / North American

Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators // The New England Journal of Medicine. — 1991. — Vol. 325, № 7. — P. 445–453.

3. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST) / European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group // The Lancet. — 1998. — Vol. 351, № 9113. — P. 1379–1387.

4. Spargo, J. R. Local anaesthesia for carotid endarterectomy / J. R. Spargo, D. Thomas // Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain. — 2004. — Vol. 4, № 2. — P. 62–65.

5. Knighton, J. D. Carotid endarterectomy A survey of UK anaesthetic practice / J. D. Knighton, M. D. Stoneham // Anaesthesia. — 2000. — Vol. 55, № 5. — P. 475–488.

6. Шмигельский, А. В. Анестезия при каротидной эндартерэктомии / А. В. Шмигельский, А. Ю. Лубнин // Анестезиология и реаниматология. — 2008. — № 2. — С. 45–50.

7. GALA Trial Collaborative Group. General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): a multicentre, randomised controlled trial / GALA Trial Collaborative Group // Lancet. — 2008. — Vol. 372, № 9656. — P. 2132–2142.

8. Rerkasem, K. Local versus general anaesthesia for carotid endarterectomy / K. Rerkasem, P. M. Rothwell // Cochrane Database Syst Rev. — 2008. — № 4.

9. Howell, S. J. Carotid endarterectomy / S. J. Howell // British Journal of Anaesthesia. — 2007. — Vol. 99, № 1. — P. 119–131.

10. Малрой, М. Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство / М. Малрой; пер. с англ. С. А. Панфилова; под ред. проф. С. И. Емельянова. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. — 301 с.

11. Марочков, А. В. Измерение острой боли в клинической практике: монография / А. В. Марочков, Д. А. Якимов. — М.: УО «МГУ им. А. А. Кулешова», 2011. — 188 с.

Поступила 13.12.2012

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

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

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: на основе изучения психологических рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС) при формировании компенсированной ремиссии разработать способы повышения эффективности лечения алкогольной зависимости.

Материал и методы. Исследованы 128 пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования компенсированной ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.202).

Результаты. Психологические РОКС при компенсированной ремиссии встречаются с частотой от 4–8 (скука, анозогнозия) до 50–70 % (отсутствие удовольствий, стрессы) и имеют различную значимость для сохранения ремиссии.

Заключение. Формирование альтернативных алкоголю социально значимых потребностей является основным психологическим фактором стабилизации ремиссии. Нонкомплайенс, стигматизация, дискриминация больных способствуют срыву ремиссии. Анозогнозия, скука, виртуальный интерес к алкоголю являются индикатором активности алкогольной зависимости и показанием для противорецидивного лечения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение.

PSYCHOLOGICAL RELAPSE-DANGEROUS CLINICAL SITUATIONS IN ALCOHOL ADDICTS IN THE FORMATION OF COMPENSATED THERAPEUTIC REMISSION

I. M. Skvira

Gomel State Medical University

Objective: to develop methods to increase the efficacy of treatment for alcohol addiction based on the study of the psychological relapse-dangerous clinical situations (ROCS) during the formation of compensated remission.

Materials and methods. 128 patients with alcohol addiction were examined in the formation of compensated remission (code ICD-10 F10.202).

Results. The psychological RDCS in the compensated remission occur with incidence of 4–8 % (boredom, anosognosia) to 50–70 % (no pleasure, stress) and have different significance for conservation of remission.

Conclusion. The major psychological factor to stabilize remission is development of socially significant needs alternative to alcohol. Noncompliance, stigmatization, discrimination contribute to failures of the patients' remission. Anosognosia, boredom and virtual interest in alcohol are activity indicators of alcohol dependence and the indication for the anti-recurrence therapy.

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

Введение

На сегодняшний день главная задача в лечении алкогольной зависимости заключается в формировании ремиссии, под которой в наркологии понимается абсолютное воздержание от употребления алкоголя с ослаблением признаков болезни [1, 2]. Отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании больного во всех сферах жизнедеятельности (соматическая, психическая, социальная) означает ремиссию высокого качества и требует лишь поощрительного и неназойливого внимания [3].

Ремиссию высокого качества принято называть компенсированной. Компенсированные ремиссии характеризуются отсутствием клинически выраженных аффективных реакций и устойчивых негативных эмоциональных переживаний, актуализации патологического влечения к алкоголю [2, 3, 4]. Социальная жизнь пациентов с компенсированной ремиссией характеризуется нормализацией отношений в разных сферах с включением в общественную жизнь и идентификацией с социальным окружением. Такое состояние является конечной целью лечения пациентов с алкогольной зависимостью и определено как «интеграция в социум» [2].

Но такая цель достигается не сразу. На ранних стадиях ремиссии алкогользависимый пациент не готов к лишению алкоголя и радикальному отказу от привычного, сложившегося за многие годы алкогольного стереотипа. Удаления алкоголя из жизненной сферы больного — это стресс [4, 5, 6]. В это время пациенты нередко переживают психологический дискомфорт, скуку, нехватку дружеского общения и другие, тягостные для них психологические ситуации [6–9]. Отличительной особенностью этого периода, названного «*этапом становления ремиссии*» [4], является интенсивная личностная перестройка, сущность которой заключается в формировании установки на трезвость и адаптации к новым условиям жизни. Его длительность неодинакова у разных больных, зависит от клинических и психологических особенностей, и по данным большинства исследователей, как правило, не превышает шести месяцев [4, 10].

После решения задач этапа становления ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью остаются проблемы перестройки ранее сложившихся отношений в обществе, пробле-

мы «свободного времени», отказа от общения с пьющей компанией и создания нового круга общения, утверждения себя в качестве человека, ведущего трезвую жизнь. В это время среди угрожаемых рецидивом ситуаций на первый план выступают психологические: встречи с приятелями, праздники, застолье, стрессы. Этот период воздержания от употребления алкоголя (от 7 до 11 месяцев включительно) определен как *этап стабилизации ремиссии* [4].

Ремиссии длительностью более года были определены понятием «*установившаяся ремиссия*» [4]. Преимущественными мотивами сохранения ремиссии при наличии критического отношения к болезни в этот период являлись достижение определенного социального статуса, хорошие взаимоотношения в семье, улучшение здоровья [1–4, 6].

Но и длительная компенсированная ремиссия не идентична принятому в психиатрии и наркологии понятию «психическое здоровье». При длительных компенсированных ремиссиях выявлены субклинические жалобы и психологические проблемы, представляющие для пациентов опасность срыва ремиссии и рецидива заболевания [11]. Ранее эти ситуации были определены нами как «*рецидивоопасные клинические ситуации*» (РОКС) и установлено, что на начальном этапе ремиссии психологические РОКС наблюдаются с высокой частотой, в том числе и при компенсированных ремиссиях [12]. Остаются неизученными психологические рецидивоопасные клинические ситуации у пациентов с алкогольной зависимостью в динамике формирования компенсированной ремиссии.

Цель исследования

На основе изучения психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования компенсированной ремиссии разработать способы повышения эффективности лечения алкогольной зависимости.

Материал и методы

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После 3-х этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам [13], нами в динамике формирования ремиссии обследовано 128 пациента в возрасте от 20 до 60 лет с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200-202 согласно критериям МКБ-10 [10]). В данное

исследование были включены пациенты только с компенсированной ремиссией [4] (без клинически выраженных признаков алкогольной зависимости). Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами.

Все исследованные пациенты были разделены на 3 группы с учетом этапов формирования ремиссии, принятых в современной наркологии [4].

Первая группа ПАЗ состояла из 49 человек (средний возраст $38,9 \pm 6,4$ года), находившихся на этапе становления ремиссии (включительно 1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Вторая группа из 45 пациентов (средний возраст $39,5 \pm 5,7$ года) находилась на этапе стабилизации ремиссии (включительно 7–11 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Третью группу (34 пациента, средний возраст $41,5 \pm 7,2$ года) составили пациенты, находившиеся на этапе установившейся ремиссии (с воздержанием от употребления алкоголя от 13 месяцев до 5 лет (в среднем $2,7 \pm 1,3$ года)).

В ходе выполнения научной работы применены анамнестический, клинико-психопатологи-

ческий, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения психологических РОКС применили разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [12].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладных программ «Microsoft Excel», 2010 и «Statistica», 6.0. Сравнение данных в трех независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса, при выявлении различия нескольких выборок применяли критерий Данна [14]. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты и обсуждение

Вначале нами было проведено сравнение трех групп по основным демографическим и клиническим параметрам (таблица 1).

После установления репрезентативности сравниваемых групп по основным демографическим и клиническим параметрам ($p > 0,05$) с помощью опросника была установлена частота встречаемости (таблица 2) и выраженность психологических РОКС.

Таблица 1 — Общая характеристика пациентов в трех группах

Показатели	I группа, (n = 49)	II группа, (n = 45)	III группа, (n = 34)	P < 0,05
Пол (м/ж)	39/10	38/7	28/6	—
Возраст, лет, M* (ДИ**)	38,9 (32,3–45,3)	39,5 (33,8–45,2)	41,5 ± 7,2 (34,3–48,7)	—
Стаж алкоголизма, лет, M (ДИ)	8,2 (6,1–10,3)	8,7 (6,6–10,8)	9,5 (6,7–12,3)	—
Кратность лечения, M, ДИ	2,2 (1,4–2,8)	2,2 (1,4–2,8)	2,2 (1,4–2,8)	—

Примечание. *M — среднее значение, **ДИ — доверительный интервал.

Таблица 2 — Частота психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех групп

Рецидивоопасные психологические ситуации	I группа		II группа		III группа	
	n	%	n	%	n	%
1. Отсутствие увлечений	33	67,3	29	64,4	23	67,7
2. Беспокойство за свое здоровье	29	59,2	22	48,9	18	52,9
3. Скрывал факт лечения	26	53,1	31	68,9	20	58,8
4. Стрессы	21	42,9	19	42,2	20	58,8
5. Находился в пьющих компаниях	19	38,8*	29	64,4	26	76,4***
6. Негативное отношение к «пьющим»	19	38,8	21	46,7	16	47,1
7. Нонкомплаенс	12	24,5	16	35,6**	22	64,7***
8. Неполноценное питание и отдых	7	14,3	8	17,8	9	26,9
9. Сексуальные проблемы, ревность	6	12,2	6	13,3	6	17,6
10. «Безалкогольное пиво можно»	4	8,2	3	6,7	2	5,9
11. Скука	3	6,1	4	6,7	2	5,9
12. Анозогнозия	2	4,1	2	4,4	1	2,9
Всего пациентов	49	100 %	45	100 %	34	100 %

Примечание. Различия статистически значимы ($p < 0,05$): *между I и II группами; **между II и III группами; ***между III и I группами.

Как следует из данных таблицы 2, ряд психологических РОКС (отсутствие увлечений, беспокойство за здоровье, необходимость скрывать факт лечения, стрессы) наблюдались,

независимо от длительности компенсированной ремиссии ($p > 0,05$), у большинства пациентов. Другие РОКС, такие как анозогнозия, скука, «безалкогольное пиво можно», сексу-

альные проблемы, наоборот, при компенсированной ремиссии любой длительности ($p > 0,05$) наблюдались редко. Только 2 признака («нонкомплаенс» и «посещение пьющих компаний») статистически ($p < 0,05$) и клинически (пациенты теряли контакт с терапевтическим окружением и все смелее общались с проалкогольно настроенными лицами) значимо увеличивались по мере удлинения воздержания от употребления алкоголя.

Степень выраженности психологических РОКС, как и частота не зависела от длительности компенсированной ремиссии, за исключением нонкомплаенса ($1,29 \pm 1,26$ балла при ремиссии более года против $0,57 \pm 1,1$ баллов при начальной ремиссии, $p < 0,05$). Сумма 12 психологических РОКС (при максимально возможных 36 баллах) равняясь в группах сравнения, соответственно, $6,43 \pm 3,34$, $6,47 \pm 3,9$ и $7,78 \pm 3,15$ балла не имела межгруппового отличия ($p > 0,05$).

Изучение корреляции признаков между собой и с интегральной выраженностью психологических РОКС позволило выявить значимые рецидивоопасные психологические факторы на этапах формирования компенсированной ремиссии. В 1–6 месяцев ремиссии это были: отсутствие увлечений ($r = 0,81$, $p < 0,001$), стрессы ($r = 63$, $p < 0,01$) и проблемы со здоровьем ($r = 0,5$, $p < 0,05$). В 7–11 месяцев ремиссии — нонкомплаенс ($r = 0,8$, $p < 0,01$), отсутствие увлечений ($r = 0,66$, $p < 0,01$), неполноценный отдых ($r = 0,51$, $p < 0,05$) и проблемы со здоровьем ($r = 0,51$, $p < 0,05$). При длительной ремиссии (III группа) имели значение как рецидивоопасные психологические факторы проблемы со здоровьем ($r = 0,61$, $p < 0,05$) и нонкомплаенс ($r = 0,51$, $p < 0,05$).

Среди 12 исследованных факторов наиболее влияющим на формирование ремиссии оказалось «отсутствие увлечений». На это пациенты в компенсированной ремиссии любой длительности жалуются одинаково часто (таблица 2), что само по себе, по нашему мнению, является внешним проявлением их адаптации в современном сложном и трудном мире, где постоянно приходится делать не то, что хочется, а то, что надо. Жалобы пациентов в данном случае — это только форма внешнего реагирования, не раскрывающая внутренней, глубинной сути личности пациентов. Важнее то, что и по значимости этот фактор оказался наиболее рецидивоопасным ($r = 0,81$, $p < 0,001$) в самый трудный период формирования ремиссии — на этапе ее становления (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Его рецидивоопасное значение, хотя и в меньшей степени выраженности ($r = 0,66$, $p < 0,01$), сохранялось вплоть до достижения годичной ремиссии (являющейся, как известно, критерием эффективности лечения алкоголизма) и только при компенсированной ремиссии длительностью более одного года этот фактор терял свое рецидивоопасное значение ($r = 0,21$, $p > 0,05$). Поэтому нами был проведен углубленный анализ этого фактора. С помощью анамнестического метода (сбор субъективного и объективного анамнеза), стандартизованной карты мониторинга РОКС, патопсихологического тестирования была изучена структура наиболее значимых социально приемлемых увлечений (самых любимых занятий, ведущих потребностей) на трех этапах формирования компенсированной ремиссии (таблица 3).

Таблица 3 — Структура любимых занятий пациентов на этапах формирования компенсированной ремиссии

Сфера любимых занятий (увлечений)*	I группа		II группа		III группа		$p < 0,05$
	число	%	число	%	число	%	
Рыбалка, охота	10	20,4	9	20,0	7	20,6	—
Семья	5	10,2	6	13,3	7	20,6	—
Работа	4	8,2	5	12,5	6	17,6	—
Телевизор	3	6,1	2	4,4	3	8,8	—
Физкультура, спорт	3	6,1	2	4,4	2	5,9	—
Общение	2	4,1	2	4,4	2	5,9	—
Познание	2	4,1	3	6,7	3	8,8	—
Другие увлечения**	2	4,1	8	19,1	7	20,6	—
Лиц с увлечениями	31	63,3	33	73,3	33	97,1	3–1; 3–2
Лица без увлечений	18	36,7	12	26,7	1	2,9	3–1; 3–2
Всего пациентов	49	100	45	100	34	100	—

Примечание. *увлечения представлены в последовательности, в зависимости от частоты встречаемости в I группе; **увлечения, встречающиеся во всех группах сравнения с частотой менее 5 %, объединены в одну группу — «другие увлечения».

При углубленном опросе самих пациентов, их близких не было выявлено увлечений: в на-

чале формирования ремиссии у 18 (36,7 %) из 49 пациентов; в период 7–11 месяцев ремиссии —

у 12 (26,7 %) из 45 человек; в период более одного года компенсированной ремиссии — у 1 (2,9 %) из 34 респондентов. Как следует из данных таблицы 3, у 2/3 (у 31 (63,3 %) из 49) наших пациентов с компенсированной ремиссией этапа становления (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) уже имелись социально приемлемые увлечения. Субъективный и объективный анамнез позволил сделать вывод, что в большинстве случаев они образовались до начала алкоголизма и в процессе его течения не были разрушены полностью, а после лечения и сознательного перехода к трезвой жизни получили в бытии пациентов новое развитие. Чаще всего (у 5-й части респондентов) это была «рыбалка» или «охота», которыми редко пациенты начинали увлекаться именно после лечения. Другие увлечения (в семье, работе, быту, спорте) или существовали до начала лечения, или формировались после лечения заново, что подтверждается их процентным ростом по мере удлинения компенсированной ремиссии.

Таким образом, нами впервые изучены частота, степень выраженности, статистическая и клиническая значимость психологических рецидивоопасных ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии.

Заключение

Установлено, что для пациентов в компенсированной ремиссии любой длительности ряд психологических рецидивоопасных факторов (анозогнозия, скука, виртуальный интерес к алкоголю, сексуальные проблемы) не характерны, поэтому их выявление в период воздержания от употребления алкоголя сигнализирует об ухудшении качества ремиссии и требует экстренного таргетного (в зависимости от структуры расстройства) противорецидивного вмешательства.

Следующие факторы (в частности, необходимость скрывать факт лечения, стрессы, неполноценный отдых), хотя и беспокоили большинство пациентов на всех этапах компенсированной ремиссии, однако при включенности пациентов в долгосрочную терапевтическую программу они принципиально не препятствовали формированию длительной компенсированной ремиссии. Поэтому их можно считать факторами социальной экологии, создающими неблагоприятные условия для формирования ремиссии, что требует не только психологической коррекции личности пациентов, но и социальной поддержки семьи и общества.

Рецидивоопасными факторами, создающими почву для новых и уже не только психологических рецидивоопасных ситуаций, стохастически сдвигающих пациентов к срыву ремиссии, необходимо считать выпадение пациентов из терапевтической программы (нон-

комплаенс), проблемы со здоровьем и включение в проалкогольную субкультуру (в частности, посещение пьющих компаний).

И наиболее важным для формирования длительной компенсированной ремиссии является гедонистический фактор. При формировании длительной компенсированной ремиссии (по времени — не ранее, чем через год воздержания от употребления алкоголя) практически у всех пациентов были реконструированы (а у некоторых фактически конструированы заново) социально значимые потребности (увлечения, хобби), окрашивающие повседневную жизнь положительными эмоциями и придающие смысл жизни. Это означало, что на первых трех этапах лечения (диагностики и присоединения, прекращения употребления алкоголя и лечения зависимости) у этих пациентов были сформированы внутренние установки на социально значимые цели, которые затем, на четвертом этапе (этапе реабилитации) в процессе жизнедеятельности реализовались в конкретных, индивидуализированных потребностях. Эти потребности становились важнейшим фактором стабилизации ремиссии и условием дальнейшего роста и развития личности.

Выводы

1. Путь психологического выздоровления от алкогольной зависимости заключается в процессе формирования на первых трех этапах лечения внутренних установок на социально значимые цели и трансформации их на четвертом этапе (реабилитации) в смыслообразующие потребности социально значимой направленности личности. Прерывание этого процесса на любом этапе лечения создает внутренние причины для остановки выздоровления и возврата алкогольной зависимости.

2. Способствующими срыву ремиссии психологическими рецидивоопасными факторами следует считать выпадение пациентов из терапевтической программы, проблемы со здоровьем и включение в проалкогольную субкультуру.

3. Такие психологические рецидивоопасные ситуации, как стрессы, стигматизация и дискриминация больных затрудняют процесс выздоровления, могут становиться разрешающими факторами срыва ремиссии алкогольной зависимости и требуют не только психологической коррекции личности пациентов, а и работы с социальным окружением больных.

4. Анозогнозия, виртуальный интерес к алкоголю, скука в период воздержания от употребления алкоголя являются индикаторами активности алкогольной зависимости и показанием для экстренного противорецидивного терапевтического вмешательства.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гофман, А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. — М.: «МИКЛОШ», 2003. — 215 с.

2. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / под ред. Ю. В. Валентика, Н. А. Сироты. — М.: Литера-2000, 2002. — 256 с.
3. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — С. 377–376.
4. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2002. — 192 с.
5. Сосин, И. К. Алкогольная тревога: монография / И. К. Сосин, Е. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2008. — 752 с.
6. Копытов, А. В. Аффективные нарушения при алкогольной зависимости / А. В. Копытов, И. А. Байкова // Актуальные вопросы психического здоровья: матер. науч.-практ. конф., 21 января 2005 г. — Гродно, 2005. — С. 74–76.
7. Дубинина, Л. А. Особенности реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии / Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман // Матер. науч.-практ. конф. к 110-ю кафедры психиатрии и наркологии СПб-го ГМУ им. Академика И. П. Павлова, СПб., 10 декабря 2010 г. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010. — С. 110.
8. Relaps: strategies of prevention and prediction / C Cummings [et al.] // In: W. R. Miller. The addictive behaviours. Oxford, Pergamon, 1980. — 342 p.
9. Clark, A. Working with grieving adults / A. Clark // Advances in Psychiatric Treatment. — 2004. — Vol. 10. — P. 164–170.
10. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: Сфера, 2000. — 464 с.
11. Сквиря, И. М. Рецидивоопасные клинические состояния у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И. М. Сквиря // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — Одеса, 2008. — № 2 (14). — С. 90–93.
12. Сквиря, И. М. Психологические рецидивоопасные клинические ситуации у лиц с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — Гомель, 2012. — № 1 (31). — С. 76–80.
13. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами / Приказ МЗ РБ 31 декабря 2010 № 1387: Учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья». — Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011. — 374 с.
14. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

Поступила 31.01.2013

УДК 616.71-007.234-071-08:616-036.66

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

¹Г. Н. Романов, ²Н. Ф. Чернова, ²Т. И. Москвичева

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Целью настоящего исследования было оценить долгосрочную эффективность применения генерических препаратов алендроновой кислоты у пациентов с остеопорозом по данным денситометрического исследования. Проведено лечение 62 пациенток в возрасте от 50 до 79 лет на протяжении не менее 12 месяцев. С помощью осевой рентгеновской денситометрии показано, что применение препаратов алендроновой кислоты является эффективным способом увеличения минеральной плотности костной ткани (МПК) в поясничном отделе позвоночника (+4,53 %), проксимальном отделе бедра (+2,83 %) и в шейке бедренной кости (+2,58 %). Возраст пациента значимо не оказывает влияние на степень увеличения МПК поясничного отдела позвоночника ($F = 0,796$; $p = 0,456$), однако в некоторой степени положительная динамика МПК определяется начальным уровнем минеральной плотности позвонков ($F = 7,512$; $p = 0,008$). 32,3 % ($n = 20$) пациентов до включения в исследование в анамнезе перенесли низкотравматический перелом, однако это не повлияло на эффективность антиостеопоротического действия препаратов алендроновой кислоты.

Ключевые слова: остеопороз, бисфосфонаты, алендроновая кислота.

EFFICACY OF GENERIC ALENDRONATE ACID IN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS

¹G. N. Romanov, ²N. F. Chernova, ²T. I. Maskvichiova

¹Gomel State Medical University

²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

The purpose of this study was to evaluate the long-term effectiveness of generic alendronate acid preparations in patients with osteoporosis according to data on densitometric research. 62 female patients aged from 50 to 79 were treated for at least 12 months. By means of roentgen densitometry it was revealed that the intake of generic alendronate acid is an effective method to increase bone mineral density (BMD) in the lumbar spine (4.53 %), proximal femur (2.83 %) and femoral neck (2.58 %). The patients' age does not have a significant effect on the rate of the BMD increase in the lumbar spine ($F = 0.796$; $p = 0.456$), but the BMD positive dynamics is estimated by the basal level of the vertebral bone mineral density ($F = 7.512$; $p = 0.008$). Before the study 32.3 % ($n = 20$) the patients had low-energy fractures but it did not influence the efficacy of the antiosteoporotic effect of alendronate acid preparations.

Key words: osteoporosis, bisphosphonates, alendronate acid.