

4. Чиркин А.А., Цыкунова И.В., Доценко Э.А. Атеросклероз и радиация. — Гомель, 1999. — 128 с.

5. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М.: «Медицина», 2000. — 544 с.

6. Heil W., Koberstein R., Zawta B. Reference ranges for adults and children. Pre-analytical considerations // Boehringer Mannheim GmbH. — 1997. — 182 p.

Поступила 18.11.2005

УДК 613.816 – 056.83 – 08

ВЛИЯНИЕ РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА НА ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И.М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлены данные о качестве жизни больных алкоголизмом в ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.202). Проведен корреляционный анализ различных показателей качества жизни лиц, зависимых от алкоголя. Установлено, что возникающие на фоне ремиссии рецидивоопасные клинические состояния (депрессии и другие) ухудшают качество жизни алкогользависимых пациентов: достоверно снижаются параметры субъективного благополучия ($p < 0,05$), становится дисгармоничной структура показателя качества жизни. На основе полученных данных сформулированы рекомендации, направленные на повышение качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью в процессе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: алкоголь, зависимость, качество жизни.

THE RELEASE INFLUENCE OF THE SITUATIONS DANGEROUS CLINICAL DURING THE REMISSION PERIOD OF THE INDICATOR OF THE INDIVIDUAL'S DEPENDENT ON ALCOHOL QUALITY OF LIFE

I.M. Skvira

Gomel State Medical University

The data about quality of the life of the alcohol depended patients in remission time (F10.202) are presented in this articles. The correlation analysis of different parameters of quality of life of the depended persons carried out. It is revealed, that arising on a background of long abstention from the use of alcohol clinical situations (depressions and others) worsen quality of life of the patients with alcoholic dependence: the parameters of subjective satisfaction by life are authentically reduced ($p < 0,05$), there is not a harmonious structure of a parameter of quality of life. Recommendation directed on improvement of quality of the life of alcohol depended persons during treatment and rehabilitation are formulated on the basis of received data.

Key words: alcohol, dependence, quality of life.

Введение

В настоящее время актуальность вопроса лечения и профилактики состояний алкогольной зависимости не вызывает сомнений ввиду распространенности, тяжелых социальных, экономических и моральных последствий алкоголизма [6].

Успех лечения этого заболевания, оцениваемый длительностью ремиссии, зависит от

множества социально-демографических, личностно-психологических и клинических факторов [4] и, по данным многих авторов, определяется, прежде всего, субъективным уровнем осознания пациентами наличия болезни «алкоголизм» и мотивацией на его лечение [2, 7]. Мотивация к лечению у больных алкоголизмом определяется среди комплекса социально-психологических и

клинических факторов в значительной мере удовлетворенностью пациента результатами лечения, своим состоянием в ремиссии после предыдущего лечения [3].

Для определения субъективного удовлетворения собой, своим самочувствием, своим состоянием последние десятилетия в мировой науке получил признание метод определения показателя качества жизни (ПКЖ). Проведенные исследования и в странах СНГ показали, что ПКЖ пациентов с алкогольной зависимостью является информативным, взаимосвязанным с основными клиническими и анамнестическими показателями [1].

Целью настоящего исследования было определить, какие основные показатели качества жизни оказывают наибольшее влияние на интегральную оценку качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью в состоянии компенсированной ремиссии (СКР) и при возникновении на фоне ремиссии рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС).

Материал и методы

Нами обследован 41 пациент мужского пола в возрасте от 25 до 55 лет. Средний

возраст пациентов составил $42,8 \pm 7,2$ года. У всех пациентов был диагностирован синдром алкогольной зависимости, этап сформировавшейся ремиссии [4] (F 10.202 согласно критериям МКБ-10). Из 41 пациента 32 были исследованы в состоянии компенсированной ремиссии, а 9 пациентов были исследованы во время возникновения у них на фоне ремиссии РОКС (депрессии и других расстройств, сопряженных с влечением к алкоголю) [8].

При проведении исследования использовались клинический метод и психологический — опросник «Показатель качества жизни» (ПКЖ) [9], состоящий из 10 шкал. По каждой шкале пациент оценивал показатель в десятибалльной системе. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel (дисперсионный и корреляционный анализ, определение уровня значимости по критерию Стьюдента) [5].

Результаты и обсуждения

Средние величины ПКЖ у пациентов с алкогольной зависимостью в терапевтической ремиссии более одного года представлены на рисунке 1.



Рис. 1. Структура показателя качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии

Примечание: Здесь и далее на всех иллюстрациях и таблицах шкалы ПКЖ: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое и эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни.

Наиболее высоко пациентами в ремиссии оценивались: показатели трудоспособности (шкала № 4), межличностных взаи-

модействий (шкала № 5), самообслуживания и независимости действий (шкала № 3) и общего восприятия качества жизни

(шкала № 10). Наименьшие оценки были получены по показателю духовной реализации (шкала № 9). Возможно, это объясняется недостаточной ясностью для пациентов определения понятия «духовная реализация». Но не исключено, что дан-

ное понятие было расшифровано пациентами, как вопрос удовлетворенности смыслом жизни, на который ответить действительно трудно.

Нами проведен корреляционный анализ различных составляющих ПКЖ (табл. 1).

Таблица 1

Корреляционные взаимоотношения между различными составляющими показателя качества жизни у пациентов алкогольной зависимостью в ремиссии

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ИКЖ
1	—	0,46	0,28	0,3	0,19	0,36	0,09	0,09	0,02	0,36	0,5
2	0,46	—	0,58	0,4	0,26	0,5	0,19	0,28	0,04	0,46	0,65
3	0,28	0,58	—	0,32	0,18	0,22	0,23	0,11	0,33	0,29	0,56
4	0,3	0,4	0,32	—	0,35	0,71	0,35	0,37	0,29	0,58	0,74
5	0,19	0,26	0,18	0,35	—	0,66	0,55	0,14	0,07	0,29	0,6
6	0,36	0,26	0,22	0,71	0,66	—	0,49	0,31	0,19	0,57	0,8
7	0,09	0,5	0,23	0,35	0,55	0,49	—	0,53	0,47	0,42	0,69
8	0,09	0,28	0,11	0,37	0,14	0,31	0,53	—	0,16	0,51	0,54
9	0,02	0,04	0,33	0,29	0,07	0,19	0,47	0,16	—	0,23	0,46
10	0,36	0,46	0,29	0,58	0,29	0,57	0,42	0,51	0,23	—	0,73
ИКЖ*	0,5	0,65	0,56	0,74	0,6	0,8	0,69	0,54	0,46	0,73	—

Примечание:* — ИКЖ — усредненный интегральный показатель качества жизни по 10 шкалам.

Все десять шкал ПКЖ имели положительную корреляцию с усредненным интегральным показателем качества жизни. Диапазон выраженности корреляции колебался от $r = 0,8$ (шкала «социально-эмоциональная поддержка») до $r = 0,46$ (шкала «духовная реализация»). Отрицательных (обратных) корреляционных связей отдельных шкал с ИКЖ, а также между собой (табл. 1) у пациентов в состоянии качественной ремиссии не было.

Полученные данные свидетельствуют о том, что структура ПКЖ, оцениваемая по данному тесту, у обследованных пациентов с алкогольной зависимостью в состоянии ремиссии неоднородна. В наибольшей степени восприятие качества жизни в целом у данной категории пациентов зависит от социально-эмоциональной поддержки и трудоспособности. В меньшей степени на восприятие качества жизни влияют духовная реализация, физическое благополучие, самореализация, самостоятельность и независимость действий. Подобная структура качества жизни у пациентов в длительной и качественной ремиссии показывает, что у них

удовлетворенность жизнью в целом определяется, прежде всего, социальными факторами. Биологические факторы (физическое благополучие) и психологические факторы (самореализация, самостоятельность и независимость действий, межличностные взаимодействия, психологическое и эмоциональное состояние) у пациентов с качественной ремиссией гармонично структурируются с социальными факторами, играя при этом соподчиненную роль по отношению к социальным факторам как в самом бытии пациентов, так и в оценке качества жизни. На наш взгляд, это означает, что в процессе психотерапии были реализованы терапевтические установки на социально значимые цели и достигнута интеграция пациентов с алкогольной зависимостью в социум, что, по определению ряда авторов, является стратегической целью лечения алкоголизма [2].

При возникновении на фоне ремиссии рецидивоопасных клинических состояний [8] нами выявлена следующая (усредненная) структура показателей качества жизни (рис. 2).

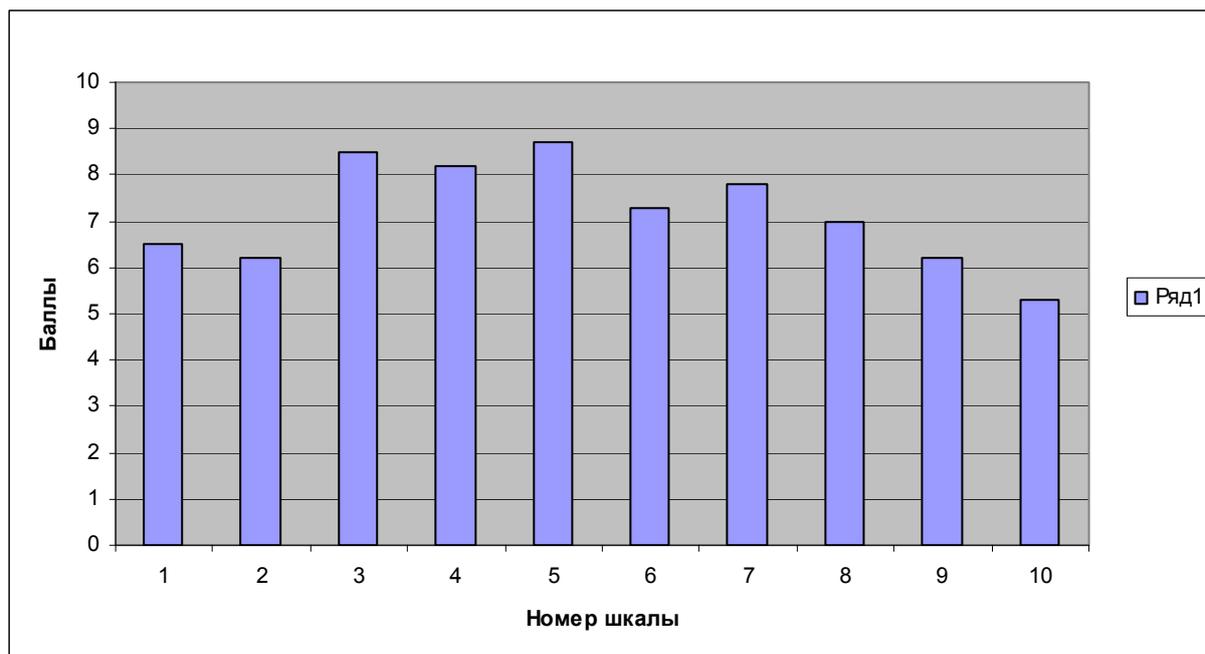


Рис. 2. Структура показателя качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью при рецидивоопасных клинических ситуациях ремиссионного периода

Примечание: Название шкал см. под рис. 1.

На рисунке видно, что при возникновении РОКС, то есть угрозе срыва и рецидива алкогольной зависимости, пациентами наиболее высоко оценивались показатели «межличностное взаимодействие» (шкала № 5), «трудоспособность» (шкала № 4), «самостоятельность и независимость действий» (шкала № 3).

Далее, по величине оценки показателя, располагались шкалы: «социо-эмоциональная поддержка», «самореализация», «общественная и служебная поддержка». Причем, по этим шкалам оценки по достоверности не отличались от оценок пациентов в СКР ($p > 0,05$). Достоверно при РОКС, в сравнении с оценками пациентов в качественной ремиссии, снизились оценки по трем шкалам, отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие». Так, по шкале «психологическое и эмоциональное благополучие» (шкала № 2) оценки снизились с $8,2 \pm 1,0$ балла при КСР до $5,4 \pm 1,6$ балла в РОКС ($p = 0,003$). По шкале «общее восприятие качества жизни» (шкала №10) — с $8,5 \pm 1,1$ балла до $5,7 \pm 1,2$ балла ($p=0,01$) и по шкале «физическое благополучие» (шкала №1) — с $8,0 \pm 0,6$ балла до $6,0 \pm 0,9$ балла ($p=0,01$).

При проведении корреляционного анализа различных составляющих ПКЖ у пациентов с алкогольной зависимостью при РОКС (табл. 2) выявлена положительная корреляция сильной степени между усредненной по всем шкалам интегральной оценкой качества жизни и шкалой «межличностное взаимодействие» ($r=0,85$). Положительная линейная зависимость (в порядке убывания) наблюдалась между усредненной оценкой качества жизни и шкалами «самообслуживание и независимость действий» ($r=0,69$), «духовная реализация» ($r=0,68$), «самореализация» ($r=0,61$), «общее восприятие качества жизни» ($r=0,58$), «трудоспособность» ($r=0,53$), «общественная и служебная поддержка» ($r=0,44$).

Данные таблицы свидетельствуют о том, что у пациентов с РОКС, в отличие от пациентов в качественной ремиссии, по трем показателям ПКЖ с усредненным интегральным показателем качества жизни корреляция не выявлена. Это шкалы: «физическое благополучие» ($r=0,24$), «социо-эмоциональная поддержка» ($r = 0,21$), «психологическое и эмоциональное благополучие» ($r=0,05$).

Таблица 2

Корреляционные взаимоотношения между различными показателями качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью при рецидивоопасных клинических ситуациях ремиссионного периода

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ИКЖ
1	—	0,68	0,23	0,38	-0,05	-0,15	0,2	-0,15	-0,08	-0,17	0,24
2	0,68	—	0,01	0	0,02	-0,1	0,11	-0,25	-0,17	-0,49	0,05
3	0,23	0,01	—	0,04	0,54	0,21	0,55	0,42	0,17	0,23	0,69
4	0,38	0	0,04	—	0,25	-0,27	-0,16	0,04	0,74	0,68	0,53
5	-0,05	0,02	0,54	0,25	—	0,05	0,16	0,69	0,65	0,54	0,85
6	-0,15	-0,1	0,21	-0,27	0,05	—	0,72	0,46	-0,29	-0,34	0,21
7	0,2	0,11	0,55	-0,16	0,16	0,72	—	0,37	-0,19	0,22	0,44
8	-0,15	-0,25	0,42	0,04	0,69	0,46	0,37	—	0,15	0,18	0,61
9	-0,09	-0,17	0,17	0,74	0,65	-0,29	-0,19	0,15	—	0,91	0,68
10	-0,17	-0,49	0,23	0,68	0,54	-0,34	0,22	0,18	0,91	—	0,58
ИКЖ	0,24	0,05	0,69	0,53	0,85	0,21	0,44	0,61	0,68	0,58	—

Примечание: Название шкал см. под рис. 1.

Таким образом, если у пациентов в ремиссии структура ПКЖ отличается гармоничностью, то при возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций его структура становится дисгармоничной, дезинтегрированной. Так, ряд шкал, характеризующих социальный статус пациента, все еще похож на структуру ПКЖ в ремиссии при сравнительной оценке. Это объясняется отсутствием рецидива. Пациент формально еще находится в том же статусе, что и в ремиссии — на работе, в семье, в обществе. Но РОКС, возможно, не замечаемое близким окружением, плохо осознаваемое самим пациентом и трудное для врачебной идентификации клиническое состояние, четко отражается в оценке ПКЖ. При РОКС, в сравнении с пациентами в качественной ремиссии, по тесту нами выявлено достоверное количественное снижение показателей, характеризующих субъективное благополучие ($p < 0,05$). Кроме этого, в рецидивоопасных клинических ситуациях нами установлено отсутствие корреляционной связи обобщенного интегрального ПКЖ с показателями физического, психологически-эмоционального благополучия и социально-эмоциональной поддержкой и дисгармоничная структура ПКЖ в целом. Исходя из этого, можно сформулировать рекомендации для повышения качества жизни у алкогользависимых лиц в период возникновения у них

рецидивоопасных ситуаций. При купировании рецидивоопасных клинических ситуаций терапевтические вмешательства следует направлять, прежде всего, на нормализацию физического и психологического состояния пациентов, с помощью суггестивной и когнитивной психотерапии повышать самооценку пациентов, удовлетворенность собой, прорабатывать с ними необходимость приятия медицинской помощи и социальной поддержки.

Выводы

1. Структура показателя качества жизни у пациентов алкогольной зависимостью в ремиссии имеет тенденцию к гармонизации с доминирующим влиянием социальных показателей на удовлетворенность жизнью.

2. При возникновении рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью структура показателя качества жизни становится дисгармоничной. При относительной сохранности компонентов качества жизни, характеризующих выполнение социальных ролей и внешние условия жизни, пациенты с алкогольной зависимостью в рецидивоопасных клинических состояниях страдают от субъективного неблагополучия, что подтверждается достоверным снижением оценки показателей общего восприятия качества жизни, психологического и физического благополучия ($p < 0,05$).

3. Показатель качества жизни может способствовать ранней диагностике рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода в наркологии с целью оказания экстренной, адресной (в зависимости от структуры показателя качества жизни), комплексной, противорецидивной терапии и быть средством контроля эффективности превентивных, краткосрочных терапевтических интервенций.

Заключение

В результате исследования установлено, что возникающие на фоне ремиссии рецидивоопасные клинические ситуации ухудшают качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью. Тест «Показатель качества жизни» позволяет своевременно обнаруживать изменения качества жизни пациентов, дифференцированно выбирать лечение и служит методом контроля эффективности профилактических терапевтических интервенций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараненко А.В. Оценка субъективного качества жизни у лиц с зависимостью от алкоголя // Украинс. вестн. психоневрологии. — 2002. — Т. 10. — Вып. 2 (31). — С. 113–114.
2. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ: Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 1999. — С. 269–287.
3. Громыко Д.И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинико-психологических характеристик больных алкоголизмом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45. — СПб., 2002. — 22 с.
4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. — СПб.: ЭЛБИ, 2002. — 192 с.
5. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.
6. Максимчук В.П. Перспективы развития наркологической службы в республике Беларусь // Рецпт. — 2001. — № 6. — С. 27–31.
7. Мизерене Р.В. Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18; 14.00.45. — СПб., 2000. — 18 с.
8. Сосин И.К., Лазирская Л.В., Сквиря И.М. и др. Рецидивоопасные клинические ситуации ремиссионного периода в наркологии // Новые подходы к психотерапии и фармакотерапии состояний зависимости от психоактивных веществ: Матер. 5-й Укр. конф. с межд. участ., посвящ. 86-й год. со дня рожд. Заслуженного врача Украины, народного врача СССР А.Р. Довженко 6–7 апреля 2004 г. — Харьков, 2004. — С. 153–159.
9. Mezzich J.E., Cohen Neal, Lin Jason, Ruiperez Maria, Joon Ghyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index // Abstracts 11 World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». — Hamburg, Germany, 6–11 August 1999. — P. 427–428.

Поступил 10.11.2005

УДК 577.322+616-018.1]:577.121.7

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ ВЗРЫВ В ЭРИТРОЦИТАХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИСТЕМЫ « $\text{NaNO}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$ »

М.Н. Стародубцева, С.Н. Черенкевич

**Гомельский государственный медицинский университет
Белорусский государственный университет**

В работе хемилюминесцентными методами изучены условия стремительного развития окислительного стресса в эритроцитах (окислительного взрыва), вызванного их взаимодействием с реагентами системы « $\text{NaNO}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$ » при участии гемоглобина. Выявлено, что при концентрациях реагентов выше 500 мкМ наблюдается лавинообразное накопление активных продуктов взаимодействия гемоглобина и реагентов системы « $\text{NaNO}_2 + \text{H}_2\text{O}_2$ », предположительно, феррилгемоглобина, диоксида азота и пероксинитрита, что и инициирует окислительный взрыв в эритроцитах. Сопровождающее окислительный стресс закисление цитозоля до рН 6,5 активизирует производство этих активных агентов в реакциях с внутриклеточным гемоглобином. Выдвинута гипотеза о наличии положительной обратной связи в механизме развития окислительного стресса в клетках с участием гемсодержащих белков.

Ключевые слова: окислительный взрыв, активные формы азота, гемоглобин, эритроциты.