

Клиническая диагностика срыва терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью

Поступила в редакцию 30.08.2010

Резюме

В статье представлены данные о клиническом состоянии лиц с алкогольной зависимостью после срыва компенсированной терапевтической ремиссии. Установлено, что однократное употребление алкоголя в период ремиссии приводит к возникновению специфического рецидивоопасного синдрома. Этот синдром может быть диагностирован клиническим методом с целью проведения своевременного, дифференцированного лечения.

■ ВВЕДЕНИЕ

Соблюдение пациентами с алкогольной зависимостью (ПАЗ) режима абсолютной трезвости является обязательным условием формирования терапевтической ремиссии [1]. Причем ремиссией является не простое воздержание от употребления алкоголя, а воздержание, сопровождающееся ослаблением признаков болезни [1]. Разграничиваются два понятия: срыв терапевтической ремиссии (СТР) как употребление алкоголя без возврата клиники заболевания и рецидив как употребление алкоголя с возвратом клиники алкогольной зависимости [1]. Доказано, что СТР неизбежно приводит к рецидиву [1]. Между СТР и последующим развитием клинически очерченного рецидива алкоголизма может проходить длительный период времени - до нескольких месяцев, поэтому столь необходимы объективный контроль стойкости ремиссии и определение возможности ее срыва [1,5].

Клинически определить угрозу срыва ремиссии и сам срыв сложно из-за многих субъективных факторов, включая желание больного дать правдивую информацию о своем состоянии, тем более что не часто удается зафиксировать сам факт употребления пациентом алкоголя или получить точные сведения на этот счет от других [5]. Поэтому главным направлением к объективизации ремиссии и установления СТР при алкогольной зависимости в настоящее время считается комплексный подход к диагностике с ведущим значением лабораторных маркеров

определения в сыворотке крови больных повышения активности комплекса ферментов (гаммаглутамилтранспептидазы, аспартат- и аланин-трансаминазы, глутаматдегидрогеназы и ряда других) [4, 5]. Однако определение активности ферментов требует специальных условий и сыворотки для получения результата, что не всегда осуществимо в условиях краткосрочности амбулаторного приема, где требуется быстрое определение СТР с целью выбора правильной тактики ведения больного и назначения адекватной противорецидивной терапии. Для этого необходимо устанавливать СТР на приеме у врача. Ведь даже при комбинированной терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью имеется специфическая субклинически выраженная симптоматика [3], тем более, срыв терапевтической ремиссии должен сопровождаться изменением состояния больных с возникновением рецидивоопасных клинических состояний (РОКС), которые возможно диагностировать клинически.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка способов клинической экспресс-диагностики срыва терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследованы 163 пациента (130 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 5 до 65 лет (средний возраст $44,5 \pm 5,2$ года) с алкогольной зависимостью в полной терапевтической ремиссии (шифр по МКБ-10 F 10.202), у которых произошел срыв ремиссии. Изучаемая ремиссия была длительностью от 7 месяцев до 11 лет (в среднем $5,4 \pm 1,8$ года). В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический, анамнестический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии мы применили разработанный нами тест «Экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических состояний» [2]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования нами установлено, что после СТР по времени наступления рецидива ПАЗ разделились на три группы. В первой, самой большой группе пациентов (около 50%), рецидив алкогольной зависимости развивался практически сразу после срыва, проявляясь возвратом клиники заболевания.

Во второй группе пациентов (около 30%), рецидив сразу после СТР не происходил. Но у пациентов этой группы после срыва нарушался сон, снижалось настроение, возникало состояние, напоминающее состояние отмены алкоголя и другие, описанные нами ранее рецидивоопасные клинические состояния [2], что становилось мотивом обращения за помощью. Некоторые из этих пациентов могли не замечать перемен в своем состоянии. У этих пациентов после однократного срыва, не приведшего к рецидиву алкоголизма, исчезала имеющаяся до срыва критика к болезни, появлялась уверенность в возможности безболез-

ненного употребления алкоголя «в малых дозах». Однако последующие употребления алкоголя по частоте и количеству выпитого напоминали геометрическую прогрессию. Если при первом срыве они выпивали «стакан пива», то во второй раз было 2 стакана пива, затем 4 и т.д. Точно также происходило учащение эпизодов употребления. Такой ритм алкоголизации у большинства пациентов этой группы в течение недели, максимум двух месяцев заканчивался возвратом клиники алкогольной зависимости, то есть рецидивом заболевания.

И только в третьей группе примерно из 20% сорвавшихся пациентов первая проба алкоголя после длительной ремиссии не только не приводила к рецидиву алкоголизма немедленно, но и не сопровождалась очевидным изменением осознания болезни, установок и поведения. Эти пациенты не придавали значения факту происшедшего срыва, продолжали, как им казалось, прежнюю трезвую жизнь, большинство из них не собирались больше употреблять алкоголь. Однако люди, хорошо их знающие, замечали, что после срыва пациенты становились более замкнутыми, чем обычно, хмурыми, у них с каждым днем усиливались раздражительность, недовольство окружающими, брюзгливость, мрачный вид. При этом сами пациенты не замечали этих перемен, а если и замечали, то, чаще всего, связывали их с психологическими и социальными проблемами. Типичными высказываниями пациентов в таких случаях были заявления о том, что после попадания в организм малых доз алкоголя «стал какой-то заторможенный», «пропал интерес к жизни», «ничего не хотелось делать», «стал ленивый» и так далее. Подобные психопатологические нарушения нами трактовались как астенический, астено-невротический, депрессивный, апатико-депрессивный, тревожно-депрессивный, дисфорический и другие, чаще смешанные, стертые, не развернутые пограничные психические и поведенческие расстройства. Течение этих расстройств характеризовалось медленным развитием, сопровождалось исподволь нарастающим влечением к алкоголю и завершалось в большинстве случаев в течение полугода чаще «случайным», как считали пациенты, повторным срывом и рецидивом заболевания, протекающим уже по сценарию, напоминающему развитие рецидива в первой или второй группах исследованных больных.

Измерение выраженности рецидивоопасных клинических симптомов по специальному тесту показало, что в третьей группе пациентов, у которых после срыва рецидив долго не наступал, суммарная выраженность клинических РОКС составила $8,5 \pm 4,2$ баллов против $4,4 \pm 3,2$ баллов до срыва ($p < 0,001$). После срыва выявлен достоверный количественный рост признаков, напрямую ассоциированных с патологическим влечением к алкоголю: «тяга к алкоголю», «тематические сновидения», «сухая абстиненция», «алкогольные навязчивости», а также таких признаков, которые косвенно указывают на рост ПВА, как «раздражительность», «плохое настроение», «бессонница» и «увеличение курения» ($p < 0,05$).

■ ВЫВОДЫ

1. Срыв терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью приводит к развитию специфического рецидивоопасного клинического синдрома, характеризующегося комплексом объеди-

ных единым патогенезом клинических симптомов, которые можно идентифицировать и измерять количественно с помощью специального опросника [1] на приеме у врача.

2. Возникший вследствие срыва ремиссии рецидивоопасный клинический синдром имеет свою динамику развития и трансформации в клинически развернутый синдром алкогольной зависимости (рецидив). Поэтому при диагностике срыва терапевтической ремиссии пациенты с алкогольной зависимостью нуждаются в неотложном дифференцированном (в зависимости от особенностей выявленного рецидивоопасного клинического синдрома) противорецидивном лечении.

----- **Resume** -----

IM Skvira, V.M. Mitcura,
Gomel State Medical University

Clinical diagnostics breakdown of therapeutic remission in alcohol-dependent

The article presents data on the clinical status of individuals with alcohol dependence after the collapse of the compensated therapeutic remission. It is established that a single drinking during -r-remission leads to a specific recurrence dangerous syndrome. This syndrome can be diagnosed by clinical methods to conduct timely, differentiated treatment.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман, А.Г. Клиническая наркология /А.Г.Гофман. - М.: «МИКЛОШ», 2003. - 215 с.
2. 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. Лызиков [и др.]. - Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. - Т. 3. - С. 190-193.
3. Сквиря, И.М. Рецидивоопасные клинические состояния лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И.М. Сквиря // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - Одеса, 2008. - № 2 (14). - С. 90-93.
4. Тарасова, О.И. Современные лабораторные маркеры употребления алкоголя / О.И. Тарасова [и др.] // Клин. фармакол. и терапия. - 2007. - Т.16, №1. - С.1 -5.
5. Яковченко, В.А. Контроль терапевтической ремиссии у больных алкоголизмом / В.А. Яковченко // Вопросы наркологии. - 1995. - №2. - С.57-