

3. Есаулов, В. И. Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника / В. И. Есаулов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.; Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25468>. – Дата доступа: 12.12.2024.

4. Степанов, Ю. М. Роль висцеральной гиперчувствительности в развитии синдрома раздраженного кишечника / Ю. М. Степанов, И. Я. Будзак // Гастроэнтерология, vol. 52, no. 2, 2018, pp. 104–108. DOI: <http://dx.doi.org/10.22141/2308-2097.52.2.2018.132617>

5. Stephen, W. Porges. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. International Journal of Psychophysiology 2001; (42): 123–146. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00156-2).

УДК 616.89–008.441.13–003.96–037

И. М. Сквиря, М. И. Сквиря, Б. Э. Абрамов

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИОННАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) остается одной из самых социально значимых проблем для нашего государства, в связи с чем считается крайне важным найти способы объективной оценки эффективности ее лечения и качества ремиссии [1].

В период формирования ремиссии у пациентов с АЗ отмечено наличие специфической клиники ремиссионных состояний. К таким состояниям относят многочисленные, многоуровневые, полисистемные и полиорганные симптомокомплексы, которые нередко актуализируются у больных в ремиссионных, могут быть результатом скрытого влечения к алкоголю, а также формой, маскирования или замещения патологии. Подобные расстройства чаще носят доклинический уровень выраженности, длительно сохраняются в период воздержания от употребления алкоголя, (а у части лиц, вследствие истощения адаптационных механизмов, даже усиливаются к моменту достижения полной ремиссии), плохо осознаются больными. В то же время эти состояния актуализируют влечение к алкоголю, практически всегда коррелируют с рецидивом АЗ [2].

Традиционно основные показатели эффективности наркологической службы в лечении алкогольной зависимости (АЗ) разделяют на две группы: а) показатели эффективности организации помощи; б) показатели результативности организованной помощи, среди которых основными считаются продолжительность и качество ремиссии АЗ [3].

Но если с показателями организации наркологической помощи и определения длительности ремиссии нет проблем, то определения качества ремиссии при алкогольной зависимости многие годы все еще остается одной из актуальнейших задач наркологии [1–4].

Цель

На основе клинической и лабораторной идентификации состояния неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) объективизировать определение качества ремиссии алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, были включены 71 пациент с АЗ на этапе полной тера-

певтической ремиссии (шифр F 10.202 по критериям МКБ-10) с воздержанием от употребления алкоголя более 6 месяцев, разделенные на две, репрезентативные по социально-демографическим и клинико-anamнестическим параметрам подгруппы ($p>0,05$). I-я подгруппа из 32 человек находилась в состоянии ремиссии высокого качества (РВК), а II-я подгруппа из 39 пациентов находилась в момент исследования в ремиссии низкого качества (это были пациенты, обратившиеся за помощью к психиатру-наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на появление тяги к алкоголю и другие клинические рецидивоопасные ситуации, угрожаемые срывом ремиссии и рецидивом алкоголизации [4]. Критерий исключения – лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимости (шифр F 10.1), пациенты с другими психическими и поведенческими расстройствами, а также больные в период острых или в период обострения хронических соматических заболеваний.

Методы исследования: клинико-психопатологический, анамнестический, экспериментально-психологический, лабораторный (общий анализ крови). Изучение НАРО проводили путем вычисления отношения лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы [5]. Степень НАРО разделяли по диапазонам показателя лимфоциты/сегменты: «реакция тренировки» (РТ) от 0,33 до 0,51, «реакция спокойной активации» (РСА) от 0,52 до 0,74, «реакция повышенной активации» (РПА) свыше 0,75 и «реакция стресс» (стресс) – 0,32 и менее. Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2019. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования установлено, что показатели общего анализа крови (ОАК) у всех 71 (100 %) пациентов находились в границах физиологической нормы. Это подтвердило возможность использования ОАК для цели данного исследования. Сравнение показателей ОАК в подгруппах – табл.

Таблица 1 – Значения лабораторных показателей у пациентов в I и II подгруппах

Показатели	I подгруппа, n=32	II подгруппа, n=39	$P_{(I-II)}$
Эритроциты, $\times 10^{12}$ / мл	4,43 $\pm$ 0,48	4,34 $\pm$ 0,51	0,502
Гемоглобин, г/л	144,06 $\pm$ 11,76	143,74 $\pm$ 15,59	0,922
СОЭ, мм/час	6,32 $\pm$ 5,28	6,05 $\pm$ 5,08	0,832
Лейкоциты, $\times 10^9$ / мл	6,45 $\pm$ 1,62	6,39 $\pm$ 1,58	0,869
Эозинофилы, %	1,74 $\pm$ 1,46	1,76 $\pm$ 1,60	0,954
Палочкоядерные, %	1,48 $\pm$ 1,09	1,50 $\pm$ 1,56	0,960
Сегментоядерные, %	56,74 $\pm$ 7,05	65,17 $\pm$ 7,63	<0,001
Лимфоциты, %	35,28 $\pm$ 6,00	26,45 $\pm$ 7,21	<0,001
Моноциты, %	4,89 $\pm$ 2,30	4,98 $\pm$ 2,58	0,872
Лимфоциты/сегменты	0,65 $\pm$ 0,21	0,42 $\pm$ 0,19	<0,001

Как следует из таблицы, большинство показателей ОАК (количество эритроцитов, лейкоцитов, процент моноцитов, уровень гемоглобина и скорость оседания эритроцитов) не имели значимых отличий в подгруппах сравнения ($p>0,05$). В то же время у пациентов II подгруппы в сравнении с I-й подгруппой оказались статистически значимо выше процентное содержание сегментоядерных нейтрофилов (65,17 $\pm$ 7,63 против 56,74 $\pm$ 7,05,

$p < 0,001$), а ниже лимфоцитов ($26,45 \pm 7,21$ против $35,28 \pm 6,00$, $p < 0,001$) и отношение лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы ($0,42 \pm 0,19$ против $0,65 \pm 0,22$, $p < 0,001$), что подтверждает возможность использования ОАК для объективизации качества ремиссии и диагностики РОКС.

По градации выраженности НАРО пациенты двух групп распределились (в процентах) следующим образом (рисунок 1).

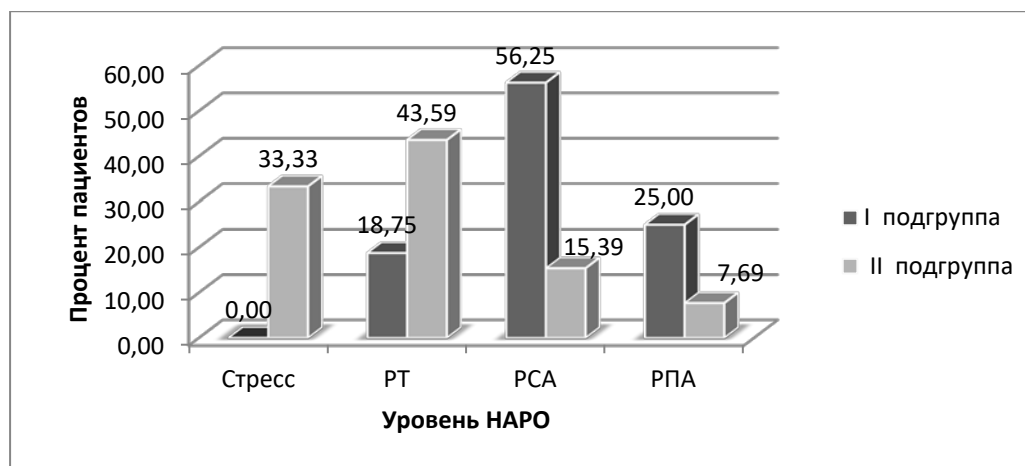


Рисунок 1 – Сравнительное распределение пациентов двух подгрупп по степени неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО)

В I подгруппе преобладала «реакция РСА, которая наблюдалась у 18 (56,25%) из 32 пациентов, в то время как во II-й подгруппе эта степень НАРО была у 6 (15,39) из 39 человек ($p < 0,001$). РТ наблюдалась в I подгруппе у 6 (18,75%) из 32 пациентов, а во второй группе – у 17 (43,59%) из 39 пациентов ($p < 0,05$). РПА наблюдалась у 8 (25,00%) из 32 пациентов первой группы и 3 (7,69%) из 39 пациентов II-й подгруппы ($p < 0,05$). Реакции «стресс» в I подгруппе не было, а во II подгруппе была у 13 (33,33%) из 39 пациентов ($p < 0,001$).

Иными словами, в I-й подгруппе пациентов по НАРО наблюдалось «нормальное распределение» с пиком на реакции спокойной активации, а во II-й подгруппе пациентов максимальные пики по частоте наблюдения приходились на низкие уровни НАРО – «реакцию тренировки» и «реакцию стресс». Выявление у лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии реакций «стресс» и «тренировка» (при них уровень НАРО менее 0,52) с высокой степенью значимости (чувствительность 76,92%, специфичность 81,25%) характерно для ремиссии низкого качества с рецидивоопасными клиническими ситуациями и угрозой рецидива алкоголизации. А выявление в ремиссии реакции «стресс» типично для рецидивоопасных ситуаций и специфично для возможного рецидива алкоголизации (чувствительность 30,95%, специфичность 100,0%).

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о высокой терапевтической и прогностической значимости уровня неспецифической адаптационной реакции организма пациентов с алкогольной зависимостью.

Выводы

Измеряя уровень неспецифической адаптационной реакции организма в процессе терапии, мы можем оценивать силу терапевтического воздействия на каждом этапе лечения и, в зависимости от нее, оценивать прогноз лечения алкогольной зависимости. Ремиссия высокого качества, как тактическая цель лечения и критерий его эффективности, наступает при условии достижения, с помощью терапии, высокого

уровня неспецифической адаптационной реакции организма, значительно повышающей порог реагирования, как на внешние, так и на внутренние рецидивоопасные факторы и обеспечивающей энергетический субстрат специфических саногенетических механизмов лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Максимчук, В. П. Оценка уровня алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь / В. П. Максимчук, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – 10 (3). – С. 379–388.
2. Сквир, И. М. Ремиссии и рецидивы алкогольной зависимости (биопсихосоциальные аспекты) : монография / И. М. Сквир ; ГомГМУ. – Минск : Колорград, 2024. – 447 с.
3. Клименко, Т. В. Эффективность, результативность, качество и безопасность наркологической помощи в субъектах Российской Федерации (по результатам выездных мероприятий в субъекты Российской Федерации в 2021 г.) / Т. В. Клименко, А. А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2022. – № 2–3 (209). – С. 5–24. DOI: 10.47877/0234-0623_2022_2-3_5
4. Сквир, И. М. Рецидивоопасные клинические состояния у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И. М. Сквир // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2008. – № 2 (14). – С. 90–93.
5. Гаркави, Л. Х. Антистрессовые реакции и активационная терапия / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко. – М. : ИМЕДИС, 1998. – 656 с.

УДК 616.89-008

А. О. Скугаревский, Ю. М. Каминская, М. М. Скугаревская

*Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
г. Минск, Республика Беларусь*

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Введение

Когнитивные процессы – это психические процессы, с помощью которых происходит обработка информации человеческим сознанием. Когнитивные нарушения могут быть ведущим симптомом таких психических расстройств, как деменция, легкое когнитивное расстройство. В то же время когнитивные нарушения различной степени выраженности носят трансдиагностический характер, наблюдаются и при других психических расстройствах, таких как шизофрения, биполярное расстройство и др. Применение физических упражнений в составе программ когнитивной реабилитации является перспективным эффективным и безопасным методом улучшения когнитивных функций пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Цель

Проведение нарративного обзора литературы по проблеме эффективности применения физических упражнений для коррекции когнитивных нарушений при психических расстройствах.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ баз данных eLibrary, Pubmed, Google Scholar по ключевым словам «физические упражнения», «когнитивные функции», «когнитивные нарушения», «когнитивная реабилитация», «психические расстройства», «шизофрения».