

10. Weakley DR, Birch E The role of anisometropia in the development of accommodative esotropia. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 2000;98:71-79. doi: 10.1067/mpa.2001.114662
11. Плаксина ЛИ, Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения. Москва, РФ: РАОИКП; 1999. 54 с.
12. Бирич ТА, Марченко ЛН Офтальмология: учебник. Минск, Беларусь: Высш. shk. 2007. с. 432-33.
13. Аветисов ЭС, Смольянинова ИЛ Новые возможности улучшения зрительных функций при нистагме. *Вест. Офтальмологии.* 1979;3:26-32.
14. Аветисов СЭ, Кашенко ТП, Шамшинова АМ Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей. Москва, РФ; 2005. 872 с.
15. Грачёва МА, Рожкова ГИ Стереострота зрения: основные понятия, методы измерения, возрастная динамика. *Сенсорные Системы.* 2012;26(4):259-79.
16. Алексеев СВ, Топорова СН, Шкорбатова ПЮ Межполушарные связи глазодоминантных колонок зрительной коры кошек с нарушениями бинокулярного зрения. *Рос Физиол Журн им ИМ Сеченова.* 2008;94(6):627-36.
17. Солнцева ЛИ. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология). Москва, РФ: Классике Стиль; 2006. 256 с.
18. Гайлене ИП Особенности выделения признаков воспринимаемых предметов детьми с нарушениями зрения. *Дефектология.* 1990;2:13-17.
19. Суюндикова ЖТ. Нейродинамические особенности студентов Республики Казахстан: межэтнический аспект. *Вестн Челябинского Гос Пед Ун-та.* 2015;5:172-77.
20. Антропова МВ, Бородкина ГВ, Кузнецова ЛМ Проблемы здоровья детей и их физическое развитие. *Здравоохранение РФ.* 1999;5:17-21.
10. Weakley DR, Birch E The role of anisometropia in the development of accommodative esotropia. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 2000;98:71-79. doi: 10.1067/mpa.2001.114662
11. Plaksina LI, Psihologo-pedagogicheskaya harakteristika detey s na-rusheniem zreniya. Moskva, RF: RAOIKP; 1999. 54 p. (in Russ.)
12. Birich TA, Marchenko LN Oftalmologiya: uchebnik. Minsk, Belarus: Vyssh. shk. 2007. c. 432-33. (in Russ.)
13. Avetisov ES, Smolyaninova IL. Novyye vozmozhnosti uluchsheniya zritelnykh funktsiy pri nistagme. *Vest Ooftalmologii.* 1979;3:26-32. (in Russ.)
14. Avetisov SE, Kaschenko TP, Shamshinova AM Zritelnyye funktsii i ih korrektsiya u detey: Rukovodstvo dlya vrachey. Moskva, RF; 2005. 872 p. (in Russ.)
15. Gracheva MA, Rozhkova GI Stereostrota zreniya: osnovnyye ponyatiya, metody izmereniya, vozrastnaya dinamika. *Sensornyye Sistemy.* 2012;26(4):259-79. (in Russ.)
16. Alekseenko SV, Toporova SN, Shkorbatova PYu Mezhpolutsharnyye svyazi glazodominantnykh kolonok zritelnoy koryi koshek s narusheniyami binokulyarnogo zreniya. *Ros Fiziol Zhurn im IM Sechenova.* 2008;94(6):627-36. (in Russ.)
17. Solntseva LI. Psihologiya detey s narusheniyami zreniya (detskaya tiflopsihologiya). Moskva, RF: Klassike Stil; 2006. 256 p. (in Russ.)
18. Gaylene IP Osobennosti vvideleniya priznakov vosprini-maemykh predmetov detmi s narusheniyami zreniya. *Defektologiya.* 1990;2:13-17. (in Russ.)
19. Suyundikova ZhT. Neyrodinamicheskie osobennosti studentok Respubliki Kazahstan: mezhetnicheskyy aspekt. *Vestn Chelyabinskogo Gos Ped Un-ta.* 2015;5:172-77. (in Russ.)
20. Antropova MV, Borodkina GV, Kuznetsova LM Problemyi zdorovya detey i ih fizicheskoe razvitie. *Zdravoohranenie RF.* 1999;5:17-21. (in Russ.)

REFERENCES

1. Kochina ML, Kaplin IV, Kovtun NM. Rezultaty ispol'zovaniya polarizovannogo sveta dlya issledovaniya glaza. *Vestn Problem Biologii i Meditsiny.* 2014;4(113):45-139. doi: 10.26693/jmbs02.06.08. (in Russ.)
2. Krasilnikova VL. Struktura glaznoy patologii sredi detskogo naseleniya Respubliki Belarus *Oftalmologiya. Vostochnaya Evropa.* 2012;3:105-109. (in Russ.)
3. Kravchenko IA Zabolevaemost detey doskolnogo vozrasta, po dannym vyiborochnogo issledovaniya. *Organizatsiya Zdra-voohraneniya.* 2013;2:6-8. doi: 10.1289/ehp.6667. (in Russ.)
4. Khandekar RB, Abdu-Helmi S Magnitude and determinants of refractive error in Omani school children. *Saudi Medical J.* 2004;25(10):1388-93. doi: 10.1136/bjo.2006.099937.
5. Shrestha RK, Joshi MR, Ghising R Ocular morbidity among children studying in private schools of Kathmandu valley: A prospective cross sectional study. *Nepal Med Coll J.* 2006;8(1):43-46. doi: 10.3109/09286586.2014.964035.
6. Gronlund MA, Andersson S, Aring E, Hard AL, Hellstrom A Ophthalmological findings in a sample of Swedish children aged 4-15 years *Acta Ophthalmol Scand.* 2006;84(2):169-76. doi: 10.1111/j.1600-0420.2005.00615.
7. Amirov AN, Sayfullina FR Zaynutdinova II Rasprostran-Yonnost za-bolevaniy organa zreniya sredi detskogo naseleniya, prozhivayuschego v ekologicheski neblagopriyatnykh rayonah. *Kazanskiy Med Zhurnal.* 2013;1:22-25. (in Russ.)
8. Machinskaya RI, Krupskaya EV Vliyanie funktsionalnoy nezrelosti re-gulvatornykh struktur mozga na organizatsiyu zritelnoy vnimaniya u giperaktivnykh detey 7-8 let. *Vestn Pomorskogo Un-ta.* 2005;2(8):30. doi: 10.11621/npj.2014.0407 (in Russ.)
9. Gadzhieva NR, Gadzhiev RV. Anizometriya kak osnovnoy faktor razvitiya sodruzhestvennogo shodyaschegosya kosoglaziya u detey do dvuh letnego vozrasta. *Oftalmologiya.* 2011;2(6):64-69. (in Russ.)
- Адрес для корреспонденции
246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, 5,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии,
тел. моб.: +375 29 1308999,
e-mail: o.lari@mail.ru
Ларионова Ольга Валерьевна
- Сведения об авторах
Ларионова О.В., ассистент кафедры оториноларингологии с курсом офтальмологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».
Дравица Л.В., к.м.н., доцент кафедры, зав. курсом офтальмологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».
- Address for correspondence
246000, The Republic of Belarus,
Gomel, Lange Str., 5,
Gomel State Medical University,
Department of otorinolaringology with ophthalmology
tel.: +375 29 1308999,
e-mail: o.lari@mail.ru
Larionova O.V.
- Information about of the authors
Larionova O.V., Assistant lecturer of the Department of Otorinolaringology with the course of Ophthalmology, Gomel State Medical University.
Dravitsa L.V., PhD, Ass. Professor of the Department of Otorinolaringology with the course of Ophthalmology, Gomel State Medical University.

Поступила 10.05.2019

УДК 616.89-088.441.13-08-036.66

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В обзоре представлены клинические факторы дестабилизации ремиссии, срывов и рецидивов алкогольной зависимости. Среди таких факторов ведущая роль традиционно отводится патологическому влечению к алкоголю. Однако в ремиссии алкогольной зависимости патологическое влечение к алкоголю является ред-

ким феноменом и даже при значительной выраженности не всегда становится прогностическим фактором рецидива. В настоящее время описаны и многие другие клинические рецидивоопасные факторы, которые необходимо учитывать при лечении и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

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

The review presents the clinical factors of destabilization of remission and relapse in alcohol dependence. Traditionally, among these factors the leading role belongs to the pathological craving for alcohol. However, the craving for alcohol is a rare phenomenon in remission from alcohol dependence and even if expressed significantly it does not always become a predictive factor for relapse. Currently, there are many other clinical relapse-dangerous factors which must be taken into account in the treatment and rehabilitation of alcohol-dependent individuals.

Key words: alcohol dependence, remission, relapse-dangerous clinical conditions, treatment.

I. M. Skvira

The Clinical Structure of Remission from Alcohol Dependence
Problemy Zdorov'ya i Ekologii. 2019 Jul-Sep; Vol 61 (3): 17–24

В настоящее время чрезвычайно актуальным является вопрос эффективности лечения алкогольной зависимости (АЗ), которое бы позволяло не только приостанавливать прогрессирование коморбидной патологии и улучшать качество жизни больных, но и формировать длительные ремиссии с возвращением пациентов в социум. Формирование и поддержание ремиссии АЗ является актуальной и трудной задачей прежде всего из-за того, что на фоне воздержания от употребления алкоголя часто неожиданно возникают рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС), первые признаки которых сопряжены с актуализацией патологического влечения и высокой степенью риска рецидива алкоголизации. Успех лечения АЗ в значительной степени зависит от качества купирования и вторичной профилактики РОКС.

Следовательно, задача состоит в идентификации РОКС ремиссионного периода, чтобы поддерживающую терапию сделать в каждом конкретном случае адресной. На основе анализа литературных данных и многолетнего клинического опыта мы выделили следующие, наиболее часто встречающиеся РОКС.

1. Патологическое влечение к алкоголю (ПВА). В определениях отечественных авторов ПВА занимает место симптомов «первого ранга», патогномичного признака, является стержневым синдромом АЗ, основным фактором дестабилизации ремиссии и главной причиной рецидивов АЗ [1–7].

В последние годы и зарубежные исследователи подчеркивают значимость патологического влечения, обращают внимание на несоответствие терминов «аддикция» и «зависимость» и необходимость ввести в DSM-V более точный термин «craving», соответствующий отечественному ПВА [8].

Отмечено, что у лиц с АЗ первые 3–4 месяца после лечения сохраняющееся ПВА, как правило, проявляется при переутомлении, раз-

дражительности и осознается больными, как угроза срыва, что побуждает их обращаться к врачу. Осознание влечения и попытки его контроля отмечены только после лечения, в том числе и не приведшего к ремиссии [9].

Неосознаваемость влечения у больных АЗ молодого возраста в раннем периоде заболевания обусловлена их общей социально-психологической незрелостью. Отсутствие осознания болезни, сочетающееся с эмоционально-личностными изменениями, определяет неудовлетворительный прогноз [10].

Наиболее благоприятный прогноз ремиссии наблюдался, если ПВА уже в первый год переходило в латентное состояние, носило стертый характер и не осознавалось как потребность в алкоголе, чему способствовали психосоциальная реадaptация и благоприятное социальное окружение [11].

Установлено, что ПВА представляет собой многокомпонентную структуру, в которой можно выделить все составляющие психической деятельности: идеаторную (мысленную), поведенческую (волевою, деятельностную), эмоциональную, сенсорную и вегетативную [1].

В ремиссии АЗ среди компонентов ПВА о высоком риске рецидива свидетельствуют: желание употребить алкоголь без борьбы мотивов, признание допустимости приема алкоголя и обдумывание ситуации выпивки (из проявлений идеаторного компонента), раздражительность, чувство тревоги (из аффективных), активное стремление противоречить окружающим, снижение продуктивности на работе, имитация употребления алкоголя (из поведенческих). Соматовегетативные проявления ПВА редко сопутствовали обострению влечения, являясь признаками высокого риска рецидива АЗ. Идеаторный и поведенческий компоненты ПВА у некоторых больных АЗ в ряде случаев феноменологически напоминали состояния, близкие к сверхценно-паранояльным либо даже идентичные им [1].

Показана неоднозначность структуры ПВА у больных с различным преморбидным складом характера. Так, у астеников бывает более выраженным идеаторный компонент ПВА, а у возбудимых личностей — поведенческий [12].

В целом независимо от характерологических и клинических особенностей ПВА состоит из иерархии симптомов (по убыванию): аффективных, вегетативных, идеаторных и поведенческих [13].

Отмечено наличие в ремиссии хронобиологических механизмов срывов, особенно у пациентов со злокачественным течением АЗ, у которых наибольшая вероятность срыва имела место в сезоны, месяцы и дни с максимальной выраженностью и изменением таких метеоклиматических факторов, как барометрическое давление, гелио- и геомагнитная активность [14].

В ремиссии отмечают два типа актуализации ПВА: аутохтонный (эндогенный) и психогенный (экзогенный) [12].

Эндогенный тип ПВА, имеющий фазный характер, наблюдался у тяжелых больных, сопровождался колебаниями настроения, субдепрессивными состояниями с раздражительностью, чувством дискомфорта, неусидчивостью, психической напряженностью, угрюмостью, резкостью в ответах, нарастающими в предобеденные часы. В это время у пациентов «все мысли вращаются вокруг выпивки». Вечером пациенты с трудом засыпают, ночью у них возникают сновидения алкогольного содержания [1].

Экзогенный тип актуализации ПВА проявлялся у больных в питейных ситуациях, при встречах с собутыльниками, при виде алкоголя, при появлении соматической патологии (но не неврологической). Но, несмотря на то, что эндогенный тип ПВА бывает у тяжелых больных, он угасал в ремиссии быстрее, в течение первых 6 месяцев воздержания от алкоголя, тогда как экзогенный тип влечения к алкоголю угасает значительно медленнее, пропорционально длительности психической зависимости у этих больных [5].

В активной зависимости алкоголь играл значимую роль, выступая в качестве средства релаксации, эйфории, за счет аффективного мышления создающей психологическую защиту от отрицательных эмоций, способствовал повышению самооценки, общению, был формой стереотипного ритуального поведения. И в ремиссии поэтому имеется множество факторов, которые на биопсихосоциальных уровнях создавали мотивы для актуализации ПВА [1, 15].

И в то же время, несмотря на несомненную значимость ПВА как стержневого синдрома АЗ [1, 4], в ремиссии, как отмечал Крупницкий Е. М. (2003), синдром ПВА является довольно редким клиническим феноменом [6].

К тому же имеются доказательства, что высокая степень влечения к алкоголю (craving) не всегда является прогностическим фактором рецидива АЗ [16]. Поэтому в ремиссии АЗ необходимо учитывать и другие РОКС.

2. Тревога. Уже в начале формирования ремиссии вследствие удаления алкоголя из жизненной сферы больного создавались субъективные и объективные предпосылки для возникновения состояния стресса, ведущего к повышению уровня тревоги. Умеренное повышение тревоги, являясь фактором активации приспособительных реакций, способствовало адаптации к новым условиям жизни, а выраженная (патологическая) тревога неадекватна значимости ситуации, снижает эффективность реабилитации, приводя к нарушению деятельности, аффективным расстройствам [17–22].

3. Аффективные расстройства (АР). АР могут возникать на любом этапе ремиссии. Главные симптомы: сниженное настроение, смутная тревога, телесный дискомфорт, апатия, «неприкаянность», отсутствие побуждений. На этом фоне может нарушиться сон, аппетит, могут появиться соматовегетативные симптомы, присущие абстинентной симптоматике, что приводит пациентов к поиску помощи у врачей различных специальностей [11, 18]. Подчеркивается, что аффективные расстройства в ремиссии неразвернутые, отличались структурной нечеткостью, малой дифференцированностью, волнообразностью, синдромологическим непостоянством, диссоциацией депрессивных и вегетативных нарушений [23].

Внешне это может проявляться в исчезновении желания и возможности заниматься продуктивной интеллектуальной, в меньшей степени — физической деятельностью, значительном возрастании употребления никотина и кофеина. Иногда такие расстройства маскируются и заменяются определенными видами деятельности, когда, к примеру, депрессивный фон реминисцента компенсируется повышенной профессиональной деятельностью, неусидчивостью, разговорчивостью и даже искусственно повышенным настроением (так называемая «улыбающаяся депрессия», ассоциирующаяся со старым термином «алкогольный юмор») [18, 21]. Описаны различные варианты аффективных расстройств в ремиссии АЗ: тревожно-астенический, тревожно-депрессивный, тревожно-фобический, тревожно-ипохондрический, тревожный с суицидальными тенденциями, тревожно-дисфорический синдромы [18]. Неблагоприятными для реабилитации являются депрессивные расстройства с чувством безысходности, снижения самооценки, вины на фоне высокой тревоги, враждебности к окружающим, неадекватности рассуждений. Лучше

для прогноза, если депрессивные расстройства в ремиссии проявляются апатией, жалобами на «упадок сил», «подавленное настроение» [24].

Считают, что депрессивные расстройства в ремиссии АЗ отличаются от депрессии эндогенного генеза и входят в структуру ПВА [25], по отношению к которому они могут быть либо первичными, либо вторичными [5].

Первичными считаются преморбидные аффективные проявления, превращающиеся в дальнейшем в сквозные симптомы АЗ, окрашивающие соответствующим образом всю картину болезни. Они выявляются в 20 %, а с учетом скрытых форм возможно и большее число случаев [3].

Вторичные аффективные нарушения возникают под влиянием хронической алкогольной интоксикации [26], чаще носят тревожный либо дисфорический характер, отличаются высокой частотой черепно-мозговых травм и органической неполноценности головного мозга в анамнезе [17].

Выявлено, что депрессии у пациентов с АЗ развиваются в 10–68 % случаев, что в несколько раз превышает их распространенность в популяции [27–29]. На этапе становления ремиссии депрессии встречается у 68 % пациентов в виде тоскливых (28 %), дисфорических (25 %), астенических (23 %), апатических с раздражительностью (16 %), реже других (8 %) состояний [30].

Причем в последние десятилетия отмечается негативный патоморфоз АЗ с трансформацией аффективной патологии либо в сторону увеличения частоты атипичных, трудно дифференцируемых случаев, либо в сторону утяжеления симптоматики, коморбидности психических расстройств с тенденцией к более частому рецидивированию, рекуррентному течению [17, 18, 30–32].

Патоморфоз депрессивных расстройств обнаружился еще и в том, что при ларвированных расстройствах присутствовал скрытый потенциал аутоагрессии или витальное ощущение безысходности с явлениями «алкогольной фрустрации», «фобии трезвости», панических состояний и когнитивно-суицидальными тенденциями у 42 % исследованных пациентов [18].

В последние годы появились сообщения, что достаточно часто встречаются в ремиссии АЗ депрессивные хронические расстройства настроения (циклотимия и дистимия), однако ввиду их легкой выраженности и отсутствия у наркологов адекватной оценки аффективной сферы пациентов не всегда своевременно диагностируются [9].

4. Алкогольный гипоманиакальный синдром (АГС). Описан АГС в ремиссии АЗ, причем выявлено, что в первой стадии АЗ в основном наблюдается «веселая мания», во

второй — проявляются преимущественно «гневливая» и «навязчивая» гипомании. Особенности дисгармоничности у больных с АГС в структуре АЗ проявляются самими разнообразными сочетаниями акцентуаций личностного профиля по шкалам гипомании со шкалами импульсивности, ригидности аффекта, истерии, аутизма. Возникал АГС вскоре после начала формирования ремиссии, его длительность колебалась от одних суток до недели с уменьшением выраженности во второй половине дня. В процессе удлинения ремиссии АГС мог трансформироваться в другие АР. Всегда возникал в результате алкогольной фрустрации вследствие нереализованных алкогольных ожиданий и, возникнув в любом периоде ремиссии, чаще всего заканчивался актуализацией ПВА и рецидивом. У части этих больных (16,52 %) состояния АГС предшествовали запоям. При повторении АГС реализация рецидивов совершалась по типу киндлинга [33].

5. Астенический синдром. Отмечают, что нередко в клинической структуре алкогольной ремиссии проявляются повышенная раздражительность, вспыльчивость, легкая возбудимость, обидчивость, явления невротоза- и психопатоподобных нарушений, раздражительность вплоть до гетероагрессии, дисфории. Такие проявления астенического синдрома коррелируют с сохранностью ПВА, являются признаками низкого качества ремиссии, предикторами высокого риска рецидива АЗ [34].

6. Синдром индуцированного опьянения (СИО). СИО у лиц с АЗ в ремиссии впервые описан Сосиным И. К. в 1983 году. СИО чаще наблюдался в ситуациях застолья, просмотра сцен с употреблением алкоголя, чтения книг на эту тему и представлял собой состояния с малопродуктивным психомоторным возбуждением, напоминающим по клинике алкогольное опьянение [19].

Позже наличие таких состояний у пациентов с АЗ, иногда под другим названием («сухое опьянение», «псевдоопьянение»), было подтверждено и другими авторами [11]. Механизмы возникновения СИО, несомненно, носят условно-рефлекторный характер. На разной стадии СИО у большинства больных может появляться влечение к алкоголю, наступает рецидив алкогольной анозогнозии с желанием усилить «псевдоопьянение» путем приема алкоголя, что нередко больными и реализуется [19].

7. Псевдоабстинентный синдром (ПАС). ПАС в ремиссии характеризовался слабостью, потливостью, беспокойством, тревогой, астеническими расстройствами, тремором и выраженной «тягой» к алкоголю [35–38]. Выделены три формы ПАС: тоскливоапатическая, тревожная и дисфороподобная [38]. При регуляр-

ном наблюдении пациентов в условиях пени-тенциарных учреждений ПАС был зарегистрирован у всех лиц с АЗ до полутора лет воздержания от употребления алкоголя и изредка появлялся у отдельных пациентов до двухлетнего периода абстиненции [36]. По данным Шайдуковой Л. К. (2006), из 418 ремиссий 308 рецидивов у 102 лиц были прямо или косвенно обусловлены ПАС [38]. Появление ПАС вне стационара является факторов высокого риска срыва ремиссии и рецидива АЗ [11, 19, 37–38].

8. Нарушения сна. Нарушения сна представляют собой одну из наиболее распространенных жалоб, озвучиваемых пациентами с АЗ на приеме у врача психиатра-нарколога. В осенне-зимний период сон бывает длительным (до 10–12 часов) в начале ремиссии (1–2 недели), а затем постепенно приходит в норму, что расценивают как реакцию выздоровления [11]. Неблагоприятными знаками в ремиссии АЗ считают неустойчивость сна, частые пробуждения, избыточность даже нейтральных по теме сновидений [11, 39]. По форме диссомнические расстройства разделяют на пресомнические, интрасомнические и постсомнические [11, 18]. Нарушения сна коррелируют с актуализацией ПВА и своей длительностью характеризуют его выраженность [1, 2], на этапе становления ремиссии являются объективным признаком тяжести течения АЗ, недостаточной полноты лечения и высокого риска рецидива [5].

9. Алкогольные сновидения. У лиц с АЗ могут возникать, причем с одинаковой частотой как в синдроме отмены алкоголя, так и в ремиссии алкогольные сновидения [2]. В них «виртуально» переживаются сцены, ярко отображающие поведение больного по отношению к алкоголю: употребление или избегание (их называют «алкопетальные» или «алкофугальные») [1]. Первые 3–4 месяца ремиссии алкогольные сновидения, как правило, являются следствием скрытого ПВА, у ряда больных предшествуют ПАС, проявляются картинками празднеств, звуками текущей воды (вина), звоном стекла, посуды. Благоприятным признаком для последующей ремиссии считается изменение содержания сновидений — от получения удовольствия при выпивке до равнодушия и отрицательного отношения, как впрочем и постепенное урежение и исчезновение сновидений [36]. По содержанию «неискаженных» (при которых исполнение желаний может происходить во сне) сновидений можно судить о подсознательном отношении больного к алкогольной проблеме. Установлено, что сновидения с «алкогольной» тематикой могут характеризовать динамический процесс становления терапевтической ремиссии, выявлять качество и устойчивость трезвеннической установки и

сигнализировать об актуализации алкогольного влечения [1, 2, 19].

10. «Символическое пьянство». У некоторых пациентов в ремиссии и межзапойных периодах появляется несвойственная им ранее привычка употреблять безалкогольные напитки, чаще минеральную воду. Такая привычка возникала как на фоне редуцированного обсессивного влечения к алкоголю, так и вне навязчивых мыслей об алкоголизации. В обоих случаях употребление воды приводило к успокоению, избавлению от раздражительности, дурного сна. Ритуальное употребление воды как бы замещает отдельные звенья условнорефлекторного компонента употребления спиртного, в том числе и тактильного, принося больному удовлетворение. Но само ритуальное пьянство может усиливать психическую зависимость и приводить к срыву [40].

11. Предвестники запойных состояний. Специфические психопатологические расстройства, названные авторами «предикционный комплекс», в преддверии развития истинного запоя выявлены у 72 % больных. Наиболее часто основными предвестниками предстоящего приступа запоя являются: тревога, колебания настроения с дисфорией, ухудшение самочувствия, дисгипнии, идеаторные наплывы алкогольной тематики, вегетативные симптомы, сенсорные расстройства, «поведенческий репертуар». Продром надвигающегося запоя с течением запойного пьянства развивается, как правило, циклично, аутохтонно, нередко совпадая с гелиогеофизическими факторами, приводит к выраженному импульсному ПВА с сужением сознания по типу эквивалентов судорожных расстройств [19].

12. Алгии. Болевые расстройства, особенно непостоянной локализации, неопределенного и меняющегося характера расценивают как психосоматический симптом, характерный для депрессии. Возникновение алгий в ремиссии может быть признаком пробуждающегося компульсивного влечения [11, 19]. Высказывалось предположение, что в основе алгических проявлений ремиссионного периода лежат сенестопатии, которые являются обязательным симптомом зависимостей и в интоксикации имеют положительную эмоциональную окраску, а вне интоксикации, в частности, в ремиссии сенестопатии являются источником разнообразных жалоб больных [11, 15].

13. Учащение курения в ремиссии. Ряд авторов обращал внимание, что увеличение курения у пациентов с АЗ в ремиссии повышает риск рецидива. Если же в процессе формирования ремиссии пациенты с АЗ прекращают курение, то показатель рецидивов АЗ не увеличивается [41].

14. Другие химические аддикции. В период воздержания от употребления алкоголя у пациентов с АЗ описано злоупотребление кофе и крепким чаем, снотворными и транквилизаторами, другими лекарственными средствами [2, 3, 9, 11]. При этом чужеродная наркотизация в ремиссии при компульсивном влечении к алкоголю не приводит к психическому удовлетворению, физическое состояние пациента остается дискомфортным. При обсессивном влечении к алкоголю больной в ремиссии вначале может «насытить» себя любым эйфоризирующим веществом, однако в таких случаях у него быстро обсессивное влечение сменяется компульсивным, которое потребует специфического удовлетворения, после чего наступит рецидив [11].

15. Заместительные нехимические аддикции. В период становления ремиссии пациенты с АЗ испытывают желание «подавить скуку», «справиться с серостью бытия», «однообразием повседневной жизни». Они самостоятельно пытались усиливать «остроту чувств и впечатлений» путем переедания, увлечения острой пищей, азартными играми, «бегством в работу». Наблюдались также сексуальные аддикции, состояния «псевдодуховного поиска». У воевавших ранее пациентов возникло пристрастие к экстремальным видам деятельности. Определенную роль в развитии таких увлечений играла социальная приемлемость и даже одобряемость окружением этих аддикций. Происходит замена алкоголизации на зависимость от «определенных предметов и активностей», что требует учета при поддерживающем лечении, так как может стать причиной расстройства адаптации с рецидивом [42].

Таким образом, определен диапазон неотложных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкогольной зависимости, которые являются показанием для проведения таргетной противорецидивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер ВВ. Алкоголизм. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 264 с.
2. Гофман АГ. Клиническая наркология. Москва, РФ: МИ-КЛОШ; 2003. 215 с.
3. Алкоголизм: руководство для врачей под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. Москва, РФ: Медицинское информационное агентство; 2011. 856 с.
4. Evren C, Durkaya M, Evren B. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*. 2012;31:81-90.
5. Бокий ИВ, Цыпарев СВ. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии (клинико-психологический анализ) Ремиссии при алкоголизме: сб. науч. тр. НИИ неврологии и психиатрии им. В.М. Бехтерева. СПб, РФ; 1989;7-19.
6. Крупицкий ЕМ. Феноменология патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: связь с рецидивом заболевания. *Вопросы Наркологии*. 2003;6:15-20.
7. Schmidt P, Helten C, Soyka M. Predictive value of obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) for outcome in alcohol-dependent inpatients: results of a 24-month follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011;6-14.
8. O'Brien Ch. Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106(5):866-67.
9. Рыбакова КВ. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезвости. *Обзорные Психиатрии и Медицинской Психологии*. 2012;4:63-72.
10. Копытов АВ. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография. Минск, Беларусь: Центр БГУ; 2012. 400 с.
11. Пятницкая ИН. Общая и частная наркология: руководство для врачей. Москва, РФ: Медицина; 2008. 640 с.
12. Абрамочкин РВ. Клинико-психопатологические особенности патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с астеническими и возбудимыми чертами характера в преморбиде. *Вопросы Наркологии*. 2000;4:11-16.
13. Мінко ОІ, Чугай СД. Про зміну оцінки протиалкогольного лікування. Довженківські читання: проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії: матер. XV Української наук.-практ. конф. з міжн. участю. Харків, Україна: Пляєда; 2014;152-160.
14. Артемчук АФ, Сосин ИК, Чернобровкина Т.В. Экологические основы коморбидности аддитивных заболеваний: под ред. проф. Т.В. Чернобровкиной. Харьков, Украина: Коллегиум. 2013. 1148 с.
15. Сосин ИК, Чуев ЮФ. Стабилизация ремиссий при алкогольной зависимости. *Архив Психиатрии*. 2004;36(1):66-68.
16. Miller NS, Gold MS. Dissociation of "conscious desire" (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Ann. Clin. Psychiatry*. 1994;5:99-106.
17. Сосин ИК, Гончарова ЕЮ, Чуев ЮФ. Алкогольная тревога: монография. Харьков, Украина: Коллегиум. 2008. 752 с.
18. Ерышев ОФ, Рыбакова ТГ, Шабанов ПД. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб, РФ: ЭЛБИ-СПб; 2002. 192 с.
19. Сайков ДВ, Сосин ИК. Алкогольная депрессия: монография. Харьков, Украина: Коллегиум; 2004. 336 с.
20. Сосин ИК, Чуев ЮФ. Наркология: монография. Харьков, Украина: Коллегиум; 2005. 800 с.
21. Jenkins C, Tonigan J. Attachment avoidance and anxiety as predictors of 2-Step Group Engagement. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2011;72:854-63.
22. Willinger U, Lenzinger E., Hornik K. [et al.]. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37:609-12.
23. Агibalова ТВ, Винникова МА. Взаимосвязь аффективных расстройств и патологического влечения при болезнях зависимости. В кн.: Матер. XIV съезда психиатров России. Москва, РФ; 2005. с. 325.
24. Тазетдинов ИМ, Менделевич ВД, Фаттахов ФЗ. Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и маркеры эффективности их реабилитации. *Наркология*. 2005;7:48-50.
25. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. Москва, РФ: Практика; 1997. 1056 с.
26. Жислин СГ. Очерки клинической психиатрии. Москва, РФ: Медицина; 1965. 259 с.
27. Bolton JM, Belik SL, Enns MW. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1139-49.
28. Fahlke C, Berggren U., Berglund KJ. Neuroendocrine assessment of serotonergic, dopaminergic, and nor-adrenergic functions in alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(1):97-103.
29. Spak L, Spak F, Allebeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Pshichiatrica Scandinavica*. 2000;102:44-51.
30. Крылов ЕН. Депрессивные расстройства у больных алкогольной зависимостью. *Наркология*. 2004;4:42-49.
31. Mayer R. A commentary on Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106(5):873-74.
32. Mertens JR, Kline AH. Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: Non-problem users versus abstainers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;125:67-74.
33. Серебrenникова ОА. Аналіз результатів клініко-катамнестичного дослідження хворих з алкогольними гіпоманіакальними розладами. *Український Медичний Альманах*. 2000;3(2)(додаток):150-52.
34. Маркозова ЛМ. Опыт применения медихронала при лечении лиц с алкогольной зависимостью. Довженківські читання: Лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних

речовин: матер. VII-ї Укр. наук.-практ. конф. с участ. міжн. спец. Харків, Україна; 2006;102-103.

35. Авербах ЯХ. Повторные абстиненции в клинике алкоголизма. В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. Москва, РФ; 1963. с. 101-106.

36. Беседина ОБ, Корнилов АА. Псевдоабстинентный синдром у зависимых от алкоголя в условиях пенитенциарных учреждений. Кемерово, РФ. *Медицина*. 2004;1:14-17.

37. Шайдукова ЛК. Ремиссионные расстройства у больных алкоголизмом. *Казанский Мед Журн*. 1989;83(2):43-45.

38. Стрелец НВ, Уткин СИ, Григорьева ЕЮ. Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение. *Вопросы Наркологии*. 2000;1:30-39.

39. Foster JH, Marshall EJ, Peters T.J. Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subject following alcohol detoxification – the role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarette and drug use. *Addict Biol*. 1998;3(3):333-43.

40. Вульфвич БМ. Обсессивное влечение в ремиссиях алкоголизма. *Вопросы Социальной и Клинической Психологии при Алкоголизме*. 1973;1:231-33.

41. Kalman D, Kim S, DiGirolamo G. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(1):12-24.

42. Постнов ВВ. Заместительные нехимические аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии. *Наркология*. 2009;11:84.

REFERENCES

1. Al'tshuler VB. Alkogolizm. Moskva, RF: GEHOTAR-Media; 2010. 264 p. (in Russ.)

2. Gofman AG. Klinicheskaya narkologiya. Moskva, RF: MIKLOSH; 2003. 215 p. (in Russ.)

3. Alkogolizm: rukovodstvo dlya vrachej pod red. N.N. Ivanca, M.A. Vinnikovej. Moskva, RF: Medicinskoje informacionnoje agentstvo; 2011. 856 p. (in Russ.)

4. Evren C, Durkaya M, Evren B. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*. 2012;31:81-90.

5. Bokij IV, Cыcarev SV. Patologicheskoe vlechenie k alkogolyu u bol'nyh alkogolizmom v remissii (kliniko-psihologicheskij analiz) Remissii pri alkogolizme: sb. nauch. tr. NII nevrologii i psihiatrii im. V.M. Bekhtereva. Spb, RF; 1989;7-19. (in Russ.)

6. Krupickij EM. Fenomenologiya patologicheskogo vlecheniya k alkogolyu u bol'nyh alkogolizmom v remissii: svyaz' s recidivom zaboljevaniya. *Voprosy Narkologii*. 2003;6:15-20.

7. Schmidt P, Helten C, Soyka M. Predictive value of obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) for outcome in alcohol-dependent inpatients: results of a 24-month follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011;6:14.

8. O'Brien Ch. Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106(5): 866-67.

9. Rybakova KV. Ocenka kachestva remissii u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'yu na osnove klinicheskikh i social'no-psihologicheskikh kriteriev readaptacii k trezвости. *Obozrenie Psihiatrii i Medicinskoj Psihologii*. 2012;4:63-72. (in Russ.)

10. Kopytov AV. Alkogol'naya zavisimost' u podrostkov i molodyh lyudej muzhskogo pola (social'no-psihologicheskije aspekty): monografiya. Minsk, Belarus': Centr BGU; 2012. 400 p. (in Russ.)

11. Pyatnickaya IN. Obshchaya i chastnaya narkologiya: rukovodstvo dlya vrachej. Moskva, RF: Medicina; 2008. 640 p. (in Russ.)

12. Abramochkin RV. Kliniko-psihopatologicheskije osobennosti patologicheskogo vlecheniya k alkogolyu u bol'nyh alkogolizmom s astenicheskimi i vzbudimymi chertami haraktera v premorbide. *Voprosy Narkologii*. 2000;4:11-16. (in Russ.)

13. Minko OI, CHugaj S.D. Pro zminu ocinki protialkogol'nogo likuvannya. Dovzhenkivs'ki chitannya: problema prihil'nosti hvorih narkologicheskogo profilu do terapii: матер. XV Ukraїns'koї nauk.-prakt. konf. z mizhn. uchastyu. Harkiv, Ukraina: Pleyada; 2014;152-160. (in Russ.)

14. Artemchuk AF, Sosin IK, Chernobrovkina T.V. EHkologicheskije osnovy komorbidnosti additivnyh zaboljevanij: pod red. prof. T.V. Chernobrovkinoy. Har'kov, Ukraina: Kollegium. 2013. 1148 p. (in Russ.)

15. Sosin IK, CHuev YUF. Stabilizaciya remissij pri alkogol'noj zavisimosti. *Arhiv Psihiatrii*. 2004;36(1):66-68. (in Russ.)

16. Miller NS, Gold MS. Dissociation of "conscious desire" (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Ann. Clin Psychiatry*. 1994;5:99-106.

17. Sosin IK, Goncharova EYU, CHuev YUF. Alkogol'naya trevoга: monografiya. Har'kov, Ukraina: Kollegium. 2008. 752 p. (in Russ.)

18. Eryshev OF, Rybakova TG, SHabanov PD. Alkogol'naya zavisimost': formirovanie, techenie, protivorecidivnaya terapiya. Spb, RF: EHLBI-SPb; 2002. 192 p. (in Russ.)

19. Sajkov DV, Sosin IK. Alkogol'naya depressiya: monografiya. Har'kov, Ukraina: Kollegium; 2004. 336 p. (in Russ.)

20. Sosin IK, CHuev YUF. Narkologiya: monografiya. Har'kov, Ukraina: Kollegium; 2005. 800 p. (in Russ.)

21. Jenkins C, Tonigan J. Attachment avoidance and anxiety as predictors of 2-Step Group Engagement. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72:854-63.

22. Willinger U, Lenzinger E., Hornik K. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37: 609-12.

23. Agibalova TV, Vinnikova MA. Vzaimosvyaz' affektivnyh rasstrojstv i patologicheskogo vlecheniya pri bolezniah zavisimosti. V kn.: Mater. XIV s'ezda psihiatrov Rossii. Moskva, RF; 2005. p. 325. (in Russ.)

24. Tazetdinov IM, Mendelevich VD, Fattahov FZ. Psihologicheskije i psihopatologicheskije osobennosti bol'nyh narkomanij i markery ehffektivnosti ih rehabilitacii. *Narkologiya*. 2005;7:48-50. (in Russ.)

25. YAspers K. Obshchaya psihopatologiya. Per. s nem. L.O. Akopyana. Moskva, RF: Praktika; 1997. 1056 p. (in Russ.)

26. ZHislins SG. Ocherki klinicheskoy psihiatrii. Moskva, RF: Medicina; 1965. 259 p. (in Russ.)

27. Bolton JM, Belik SL, Enns MW. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1139-49.

28. Fahlke C, Berggren U, Berglund KJ. Neuroendocrine assessment of serotonergic, dopaminergic, and nor-adrenergic functions in alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(1):97-103.

29. Spak L, Spak F, Allebeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102:44-51.

30. Krylov EN. Depressivnye rasstrojstva u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'yu. *Narkologiya*. 2004;4:42-49. (in Russ.)

31. Mayer R. A commentary on Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106(5):873-74.

32. Mertensa JR, Kline AH. Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: Non-problem users versus abstainers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;125:67-74.

33. Serebrennikova OA. Analiz rezul'tativ kliniko-katamnesticnogo doslidzhennya hvorih z alkogol'nimi gipomanial'nimi rozladami. *Ukraїns'kij Medicnij Al'manah*. 2000;3(2)(dodatok):150-52. (in Russ.)

34. Markozova LM. Opyt primeneniya medihronala pri lechenii lic s alkogol'noj zavisimost'yu. Dovzhenkivs'ki chitannya: Likuvannya ta rehabilitaciya osib, zaleznih vid psihooaktivnih rечovин: матер. VII-ї Укр. наук.-практ. конф. с участ. mizhn. spec. Harkiv, Ukraina; 2006;102-103. (in Russ.)

35. Авербах ЯХ. Повторные абстиненции в клинике алкоголизма. В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. Москва, РФ; 1963. с. 101-106. (in Russ.)

36. Besedina OB, Kornilov AA. Psevdoabstinentnyj sindrom u zavisimyh ot alkogolya v usloviyah penitenciarnyh uchrezhdenij. Кемерово, RF. *Медицина*. 2004;1:14-17. (in Russ.)

37. SHajdukova LK. Remissionnye rasstrojstva u bol'nyh alkogolizmom. *Kazanskij Medicinskij Zhurnal*. 1989;83(2):43-45. (in Russ.)

38. Strelac NV, Utkin SI, Grigor'eva EYU. Psevdoabstinentnyj sindrom pri razlichnyh formah zavisimosti: klinika i lechenie. *Voprosy Narkologii*. 2000;1:30-39. (in Russ.)

39. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subject following alcohol detoxification — the role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarette and drug use. *Addict Biol*. 1998;3(3):333-43.

40. Vul'fovich BM. Obsessivnoe vlechenie v remissiyah alkogolizma. *Voprosy Social'noj i Klinicheskoy Psihologii pri Alkogolizme*. 1973;1:231-33 (in Russ.)

41. Kalman D, Kim S, DiGirolamo G. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(1):12-24.

42. Postnov VV. Zamestitel'nye nekhimicheskije addicicii u bol'nyh alkogolizmom v remissii. *Narkologiya*. 2009;11:84. (in Russ.)

Адрес для корреспонденции
246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, 5,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Курс психиатрии кафедры неврологии и нейрохирургии с
курсом медицинской реабилитации,
Тел.: +375 232 315945,
e-mail: psychiatry@gsmu.by
Сквиря Иван Михайлович

Сведения об авторах
Сквиря И. М., д.м.н., доцент курса психиатрии кафедры
неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации
УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Address for correspondence
246000, Republic of Belarus,
5 Lange Street, Gomel,
Gomel State Medical University,
Psychiatry course of the Department of Neurology and Neuro-
surgery with the course of Medical Rehabilitation,
Tel.: +375 232 315945,
e-mail: psychiatry@gsmu.by
Skvira Ivan Michailovich

Information about the authors
Skvira I.M., MD, Associate Professor, Psychiatry Course, De-
partment of Neurology and Neurosurgery with the course of Medical
Rehabilitation, Gomel State Medical University

Поступила 12.02.2015

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.34-007.43-03:611.26-073.4-8-053.1

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОТОБРАЖЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

А. Н. Чуканов, И. В. Тихоненко

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Цель: определить оптимальный перечень диагностических манипуляций, использование которых позволит эффективно выявлять и дифференцировать пороки развития билиарной системы плода, сопровождающихся отсутствием ультразвукового отображения желчного пузыря.

Материалы. Исследовались плоды при моноплодной беременности в сроках гестации 16–37 недель.

Результаты. Определен оптимальный перечень диагностических манипуляций, включающих динамическую сонографию, биохимическое исследование околоплодных вод, магнитно-резонансную томографию, которые необходимо проводить при отсутствии ультразвукового отображения желчного пузыря в ходе скринингового ультразвукового обследования беременных с целью выявления врожденных пороков развития плода.

Обозначены случаи и условия проведения биохимического исследования околоплодных вод.

Разработаны нормативы процентильных значений концентрации общей щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы в амниотической жидкости.

Заключение. Если желчный пузырь плода не может быть визуализирован при ультразвуковом исследовании, то следует заподозрить изолированную агенезию желчного пузыря, атрезию желчевыводящих путей, муковисцидоз, анеуплоидии, множественные врожденные пороки развития.

Ввиду крайне неблагоприятного прогноза в случае билиарной атрезии верифицирующее ультразвуковое исследование следует повторять несколько раз в динамике в течение ближайшей недели, и если желчный пузырь не обнаруживается, то для дифференциальной диагностики необходимо дополнительно использовать такие методы, как МРТ и биохимический анализ околоплодных вод с целью определения изменения в них концентрации пищеварительных ферментов по сравнению с нормативными значениями, определенными авторами.

Ключевые слова: пренатальная диагностика, врожденные пороки развития, желчный пузырь, билиарная атрезия, пищеварительные ферменты.

Objective: determine the optimal checklist of diagnostic procedures, whose application will make it possible to effectively identify and differentiate malformations of the biliary system of the fetus accompanied by the absence of ultrasound imaging of the gallbladder.

Material. The fetuses in single-fetal pregnancy in the period of gestation of 16-37 weeks were examined.

Results. The study has determined the optimal checklist of the diagnostic procedures, including dynamic sonography, biochemical amniotic fluid test, magnetic resonance imaging, which should be carried out in the absence of ultrasound imaging of the gallbladder during the screening ultrasound examination of pregnant women aimed at the identification of the congenital malformations of the fetus.

The cases and conditions of the biochemical amniotic fluid testing have been identified. The standards of the percentile values of the total alkaline phosphatase and gamma-glutamyl transpeptidase concentrations in amniotic fluid have been developed.

Conclusion. If the gall bladder of the fetus cannot be visualized by ultrasound, isolated agenesis of the gall bladder, atresia of the biliary tract, cystic fibrosis, aneuploidy, multiple congenital malformations should be suspected.