

ОТНОШЕНИЕ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ К СОЦИАЛЬНЫМ РЕЦИДИВООПАСНЫМ СИТУАЦИЯМ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА РЕМИССИИ

Сквира И. М.¹, Сосин И. К.², Гончарова Е. Ю.², Абрамов Б. Э.², Сквира М. И.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³«Харьковская медицинская академия последиplomного образования»

г. Харьков, Украина

Введение

Проблема лечения алкогольной зависимости (АЗ) до настоящего времени считается чрезвычайно трудной задачей, прежде всего из-за того, что в начале становления ремиссии воздержание от употребления алкоголя зависит не только от клинических, но и от индивидуальных ментальных и социальных факторов [1, 2, 3]. Необходимость вести трезвый образ жизни в обществе, где отказ от потребления спиртного нередко рассматривается как признак физической или социальной неполноценности приводит пациентов с АЗ к вынужденному ограничению контактов с окружающими. В это время среди повседневных ситуаций, лежащих в генезе дестабилизации ремиссионных состояний, выделяют встречи с приятелями, праздники, семейные торжества, приглашения в гости, которые в силу особого восприятия больными, нередко становились пусковым звеном возобновления пьянства [4].

Ранее эти факторы дестабилизации ремиссии нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [5].

Цель

Разработка способов стабилизации ремиссии на основе изучения отношения пациентов к социальным рецидивоопасным клиническим ситуациям.

Материал и методы исследования

На этапе становления ремиссии (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) исследованы 275 пациентов (средний возраст $38,26 \pm 11,47$ лет, из них 230 мужчин и 45 женщин) с АЗ (шифр по МКБ-10 F 10.200). Были изучены 6 социальных сфер риска дестабилизации ремиссии, которые, по мнению пациентов, оказывали на них негативное влияние в плане поддержания трезвости. Вопросы отражали отсутствие одобрения и моральной поддержки трезвости среди знакомых в быту, коллег по работе, других лиц с АЗ в ремиссии; прямое провоцирующее проалкогольное влияние на пациентов со стороны привычного алкогольного окружения, алкогольных традиций, телерекламы алкогольных напитков [5]. Группы сравнения: I группа (n = 40) — обратившиеся для противорецидивного лечения в связи с жалобами на влечение к алкоголю и другие РОКС; II группа (n = 156) — пациенты с ранними рецидивами АЗ; III (контрольную) группу составили 79 человек в ремиссии высокого качества (без признаков РОКС).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica» 6.0. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Частота встречаемости социальных РОКС представлена в таблице 1.

Степень выраженности социальных РОКС представлена в таблице 2.

На этапе становления ремиссии для пациентов с АЗ весьма характерны социальные РОКС, наблюдающиеся по большинству параметров с различной частотой в группах сравнения, более чем у половины респондентов (таблица 1, $p < 0,05$).

Сумма шести факторов (в баллах) была больше выражена у пациентов II группы ($10,82 \pm 3,96$), чем I ($7,11 \pm 3,56$, $p = 0,01$) и контрольной ($9,48 \pm 2,81$, $p > 0,05$) групп. Из отдельных

факторов пациенты II группы больше жаловались, чем пациенты I и III групп, на негативное влияние алкогольных традиций, а в сравнении с I группой, больше жаловались на все факторы (таблица 2, $p < 0,05$).

Таблица 1 — Частота социальных факторов дестабилизации ремиссии у пациентов трех групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n = 40		II, n = 156		КГ, n = 79	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Среди знакомых в быту	26	65*	135	86,54***	75	94,94
2. Среди коллег по работе	18	45*	119	76,28***	69	87,34
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	29	72,5	156	100***	61	77,22**
4. Проалкогольного окружения	31	77,5	103	66,03	56	70,89
5. Алкогольных традиций	6	15*	90	57,69***	44	55,7
6. Алкогольной телерекламы	17	42,5	99	63,46***	41	51,9

Примечания. Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I группой и КГ; ** — между II группой и КГ; *** — между I и II группами.

Таблица 2 — Сравнительная характеристика средней выраженности (в баллах) социальных рецидивоопасных ситуаций у пациентов трех групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n = 40	II, n = 80	КГ, n = 39
	M ± σ	M ± σ	M ± σ
1. Среди знакомых в быту	1,79 ± 1,36	2,18 ± 1,07	2,35 ± 0,88
2. Среди коллег по работе	1,16 ± 1,34	2,12 ± 1,27***	1,86 ± 1,03
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	1,79 ± 1,27	2,76 ± 0,56***	2,09 ± 1,28**
4. Проалкогольного окружения	1,05 ± 1,13	1,41 ± 1,06***	1,05 ± 1,12**
5. Алкогольных традиций	0,32 ± 0,82*	1,0 ± 1,12***	1,22 ± 1,28
6. Алкогольной телерекламы	1,0 ± 1,0	1,35 ± 1,32***	0,91 ± 1,28**
Суммарный балл РОКС	7,11 ± 3,56*	10,82 ± 3,96***	9,48 ± 2,81

Примечания. Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I группой и КГ; ** — между II группой и КГ; *** — между I и II группами.

Вычисление коэффициента корреляции Спирмена показало, что в III группе исследованные факторы не имели значимых корреляций между собой и с интегральной выраженностью ($p > 0,05$). В I группе с интегральной выраженностью социальных РОКС значимую корреляцию между собой ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$) и интегральной выраженностью имели факторы отсутствия поддержки трезвости среди знакомых в быту ($R_s = 0,90$, $p < 0,001$) и коллег по работе ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$). Во II группе с интегральной выраженностью РОКС значимо коррелировал фактор «провокация рецидива влиянием алкогольных традиций» ($R_s = 0,79$, $p < 0,01$).

Таким образом, пациенты второй группы (с рецидивом алкоголизма) задолго до первого употребления алкоголя (срыва), в сравнении с пациентами, сохраняющимися в ремиссии, значимо больше жаловались на отрицательное влияние в плане поддержания трезвости внешних, по отношению к их личности, факторов — «работа», «знакомые», «пациенты», «уговаривали выпить» ($p < 0,05$). Для них задолго до срыва был характерен своеобразный «психосоциальный портрет», проявляющийся в терпимости к алкогольным традициям и проалкогольному окружению и недовольством людьми, ведущими трезвый образ жизни, перекладыванием ответственности на других. Такому явлению мы находим объяснение в отсутствии у них внутренней (собственной) установки на трезвость. При углубленном анализе было установлено, что большинство этих пациентов лечились преимущественно под давлением социальных обстоятельств, и после лечения, как они сами часто выражались, «держались» (удерживались от употребления алкоголя) в силу необходимости, сохраняя в глубине ядра личности проалкогольную установку, планируя ее осуществить после окончания запрета на употребление алкоголя. На практике такое состояние пациентов представляло собой почву для неизбежного рецидива алкоголизации, происходящего на фоне разрешающего фактора (праздники, давление проалкогольного социума, стресс) намного ранее, чем обычно планировали сами пациенты, объясняя большинство из происходящих ранних (до шести месяцев воздержания от употреб-

ления алкоголя) срывов ремиссии. Мы считаем, что у этих пациентов после лечения признаки болезни «алкогольная зависимость» ослабевали только на клиническом, собственно, биологическом уровне. У них не было жалоб на влечение к алкоголю, не обнаруживались проявления синдрома отмены и других клинических проявлений АЗ. Но, при этом, после ослабления биологических признаков болезни, представляющих фасад клиники алкогольной зависимости, скрывающий ранее глубинную суть болезни, стало возможным обнаружить алкогольную зависимость на психосоциальном уровне, на уровне личности. Предлагаемое пациентам тестирование по опроснику исключало какую-либо морализацию, не несло в себе оценки пациенту, что позволяло им выразить свое истинное мнение, тем самым приоткрыть, спрятанную за фасадом телесных симптомов и внешних правил поведения, внутреннюю моральную сущность в отношении алкоголя.

Выводы

1. Лечение алкогольной зависимости необходимо проводить не только на уровне индивида, купируя влечение к алкоголю, синдром отмены и другие клинические проявления болезни, но и, обязательно, на уровне личности больного человека («лечить личность»).

2. На этапе реабилитации необходимо проводить работу по укреплению в ядре личности пациентов посттерапевтических мотиваций трезвости, созданию поддерживающей трезвеннические установки социальной обстановки и готовности пациентов к преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

3. Выявление в период воздержания от употребления алкоголя признаков алкогольной зависимости на уровне личности свидетельствует о латентной (скрытой) активности болезни, готовности к срыву ремиссии и требует экстренного, комплексного (социотерапевтического, психотерапевтического, немедикаментозного, фармакологического, реабилитационно-противорецидивного), таргетного (адресного, в зависимости от психопатологической структуры РОКС) вмешательства для стабилизации ремиссии и предупреждения рецидива заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва) / І. К. Сосін [та ін.]. — Харків: Колегіум, 2014. — 1500 с.
2. *Ершов, О. Ф.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ершов, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
3. Aguiar P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. — 2012. — Vol. 17. — P. 1–9.
4. *Сквира, И. М.* Комплексный подход к определению качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквира // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2016. — № 3. — С. 35–39.
5. *Сквира, И. М.* Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквира // *Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. кол. А. Н. Лызинов [и др.]*. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.

УДК 616.12-007.61-079.4

«СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ» ПОДРОСТКОВ-СПОРТСМЕНОВ И ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Скуратова Н. А.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди специалистов клинической медицины, под наблюдение которых попадают подростки, регулярно занимающиеся профессиональной спортивной деятельностью, понятие «спортивное сердце» (СС) используется гораздо чаще, чем оно диагностируется на самом