

УДК 616.89-008.441.13-074

**ЛАБОРАТОРНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВООПАСНЫХ  
КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА  
У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Сквира И. М., Кондратенко Е. М., Бордок Г. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельская центральная городская поликлиника»**

**Учреждение**

**«Гомельский областной наркологический диспансер»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Основная задача наркологии при лечении алкогольной зависимости — достижение ремиссии (абсолютное воздержание от употребления алкоголя с ослаблением признаков алкогольной болезни) [2]. Появление у пациентов в ремиссии алкоголизма таких признаков, названных нами «рецидивоопасные клинические состояния» (РОКС) практически всегда коррелирует со срывом ремиссии [3]. Чаще в ремиссии РОКС носят стертый характер, не осознаются пациентами, но актуализируют влечение к алкоголю и, в итоге, ведут к рецидиву алкогольной зависимости [3]. Поэтому данные расстройства в период ремиссии требуют экстренной диагностики и неотложного вмешательства для предупреждения рецидива заболевания.

С этой целью традиционно используется субъективный и объективный анамнез, а также оценка психопатологического, неврологического и соматического статуса пациентов. Однако, клинически определить РОКС не всегда удается из-за ряда факторов, таких как субклиническая выраженность симптомов, алекситимия пациентов, а, порой, и их нежелание дать правдивую информацию о своем состоянии [5].

Поэтому, в настоящее время главным направлением к выявлению РОКС ремиссионного периода у лиц с алкогольной зависимостью считается комплексный подход, в том числе с применением специально разработанных тестов [3, 4].

Однако, применение таких тестов требует специальных условий и дополнительного времени, что не всегда приемлемо в ситуации краткосрочности амбулаторного приема. В то же время при диспансерном или консультативном наблюдении лиц с алкогольной зависимостью является обязательным назначение общего анализа крови [2], а в литературных источниках отсутствуют данные о показателях общего анализа крови пациентов с алкогольной зависимостью в РОКС ремиссионного периода.

***Цель исследования***

Экспресс-диагностика РОКС ремиссионного периода у лиц с алкогольной зависимостью.

***Материал и методы исследования***

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» проведено исследование 2-х репрезентативных по основным социально-демографическим показателям групп лиц мужского пола с алкогольной зависимостью (шифр по МКБ-10 F 10.202 [2]). I группу из 40 человек (средний возраст  $39,9 \pm 5,3$  года) составили пациенты с алкогольной зависимостью в состоянии полной компенсированной ремиссии (воздержание от употребления алкоголя более 6 месяцев) (шифр F 10.202) [2]. II группу пациентов (средний возраст  $39,7 \pm 5,7$  года) составили 31 человек с РОКС, возникшими на фоне полной ремиссии алкогольной зависимости (субкомпенсированная ремиссия). В исследование не включались лица без синдрома зависимости (шифр F 10.1) [2], пациенты с психозами и с острыми соматическими заболеваниями.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-динамический, анамнестический, экспериментально-психологический методы. Изучение неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) проводили путем вычисления отношения лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы [1]. Степень НАРО разделяли по диапазонам показателя лимфоциты/сегменты: «реакция тренировки» (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» — менее 0,32. Статистическая обработка данных (средние значения, доверительный интервал, средняя ошибка среднего, значимость p) проводилась с помощью компьютерной программы Excel. Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Результаты исследования общего анализа крови в 2-х группах сравнения представлены в таблице 1.

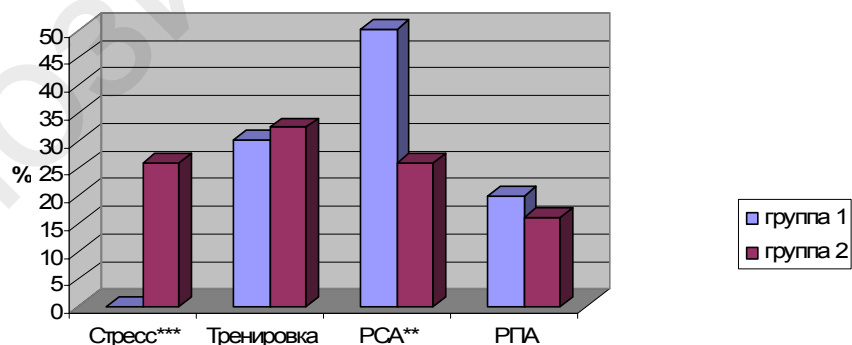
Таблица 1 — Значения лабораторных показателей у пациентов I и II группы

Показатели*	I группа (n=40)	II группа (n = 31)	p
Эритроциты, $10^{12}$ / мл	$4,5 \pm 0,16$	$4,36 \pm 0,11$	$> 0,05$
Гемоглобин, г / л	$143,9 \pm 2,7$	$143,7 \pm 2,7$	$> 0,05$
СОЭ, мм/час	$6,2 \pm 0,65$	$6,2 \pm 0,25$	$> 0,05$
Лейкоциты, $10^9$ / мл	$6,4 \pm 0,65$	$6,2 \pm 0,25$	$> 0,05$
Эозинофилы, %	$1,79 \pm 0,55$	$1,66 \pm 0,24$	$> 0,05$
Палочкоядерные, %	$1,5 \pm 0,37$	$1,4 \pm 0,18$	$> 0,05$
Сегментоядерные, %	$58,4 \pm 2,3$	$62,05 \pm 1,87$	$> 0,05$
Лимфоциты, %	$33,1 \pm 1,8$	$30,2 \pm 1,86$	$> 0,05$
Моноциты, %	$5,0 \pm 0,87$	$5,1 \pm 0,45$	$> 0,05$
Лимфоциты/сегменты	$0,58 \pm 0,05$	$0,48 \pm 0,04$	0,02

Примечание. \*Даны средние величины и средняя ошибка среднего значения ( $M \pm m$ ).

Как следует из таблицы 1, большинство показателей общего анализа крови не имели значимых отличий в группах сравнения ( $p > 0,05$ ). В то же время у пациентов 2-й группы в сравнении с 1-й оказались значимо ниже ( $p = 0,02$ ) отношение лимфоциты / сегментоядерные нейтрофилы, что подтверждает возможность использования общего анализа крови для диагностики РОКС ремиссионного периода.

У пациентов 1-й группы средняя выраженность НАРО равнялась  $0,57 \pm 0,018$  балла, во 2-й группе этот показатель был равен  $0,48 \pm 0,05$  баллов ( $p = 0,02$ ). По градации выраженности НАРО пациенты двух групп распределялись следующим образом (рисунок 1).



Примечание. Статистически значимые различия II группы по отношению к I: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Рисунок 1 — Сравнительное распределение пациентов двух групп по степени неспецифической адаптационной реакции организма

В 1-й группе из 40 обследованных преобладала «реакция спокойной активации», которая наблюдалась у 20 (50 %) пациентов, в то время как во 2-й группе эта степень НА-

РО была у 8 (25,8 %) человек из 31 ( $p < 0,01$ ). «Реакция тренировки» определялась в 1-й группе у 12 (30 %) из 40 человек, во 2-й — у 10 (32,3 %) ( $p > 0,05$ ). «Реакция повышенной активации» отмечалась у 8 (20 %) из 40 пациентов 1-й группы и у 5 (16,1 %) из 31 — 2-й ( $p > 0,05$ ). «Реакция стресс» у обследованных 1-й группы пациентов не определялась, во 2-й была у 8 (25,8 %) из 31 человек из 31 обследованного ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, при возникновении на фоне компенсированной ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью РОКС (состояний, угрожаемых срывом ремиссии) по данным общего анализа крови выявлены следующие закономерности.

Уровень большинства показателей общего анализа крови значимо не изменялся ( $p > 0,05$ ). В то же время статистически значимо ( $p = 0,02$ ) при возникновении РОКС ремиссионного периода при алкогольной зависимости уменьшалось относительное соотношение форменных элементов крови лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы, что свидетельствует о снижении общей неспецифической адаптационной реакции организма. Для полной, компенсированной ремиссии при алкогольной зависимости характерной неспецифической адаптационной реакцией является «реакция спокойной активации». При возникновении на фоне ремиссии РОКС у пациентов с алкогольной зависимостью «реакция спокойной активации» наблюдалась статистически достоверно реже ( $p < 0,01$ ) и значимо чаще наблюдалась «реакция стресс» ( $p < 0,001$ ). Выявление у пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя «реакции стресс» (чувствительность 25,8 %, специфичность 100 %) свидетельствует о наличии у пациентов РОКС.

#### **Заключение**

В наркологической и общемедицинской практике можно использовать показатели общего анализа крови для экспресс-диагностики РОКС ремиссионного периода у лиц с алкогольной зависимостью. Выявление в период ремиссии неспецифической адаптационной «реакции стресс» может служить доказательством наличия у пациентов с алкогольной зависимостью РОКС, требующего (с учетом его клинической специфичности) неотложной помощи согласно «Протоколам диагностики и лечения».

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гаркави, Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. — Ростов н/Д: Ростовский университет, 1979. — 221 с.
2. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р.А.Евсегнеев. — Минск, 2005. — 196 с.
3. Сквиря, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. и 17-й итоговой сессии ГГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лызык [и др.]. — Гомель: ГГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
4. Современные лабораторные маркеры употребления алкоголя / О. И. Тарасова [и др.] // Клини. фармакол. и терапия. — 2007. — Т. 16, № 1. — С. 1–5.
5. Яковченко, В. А. Контроль терапевтической ремиссии у пациентов алкоголизмом / В. А. Яковченко // Вопросы наркологии. — 1995. — № 2. — С. 57–59.

**УДК 616.89-008.444.13-036.66:616-074:611.018.5**

### **ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПОМОЩЬЮ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ**

**Сквиря И.М., Кондратенко Е. М., Бордок Г. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельская центральная городская поликлиника»**

**Учреждение**

**«Гомельский областной наркологический диспансер»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Разработка объективных критериев контроля ремиссии остается одной из актуальнейших задач наркологии. С этой целью традиционно используется субъективный и объ-