

В рамках лингвокраеведческого изучения прошлого и настоящего Гомеля нами используются такие формы работы, как натурные уроки с выходом на улицы города, подготовка студентами тезисов докладов для студенческих конференций, работа студентов с газетными публикациями областной и региональной прессы о подвигах героев Гомельщины, викторины «Знаешь ли ты историю улиц Гомеля?», «Их именами названы улицы Гомеля».

Данные формы работы обеспечивают вхождение иностранца в мир русской культуры и способствуют развитию готовности будущих врачей к успешной межкультурной коммуникации.

Заключение

Лингвострановедческое изучение истории наименования улиц г. Гомеля иностранными студентами способствует интенсификации процессов аккультурации и социализации будущих врачей, содействует реализации целей нравственного и межкультурного воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сурыгин, В. А. Основы теории обучения на неродном для учащихся языке: монография / В. А. Сурыгин. — СПб.: Златоуст, 2000. — 230 с.

УДК 616.89–008.441.13–037–036.87

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СРЫВА КОМПЕНСИРОВАННОЙ РЕМИССИИ В РЕЦИДИВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

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

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³«Харьковская медакадемия последипломного образования»

г. Харьков, Украина

Введение

Проблема лечения пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) остается чрезвычайно актуальной, в том числе в связи с низкой его эффективностью [1, 2]. Но даже в случаях достижения полной ремиссии, удовлетворенность результатами терапии очень часто омрачается рецидивами заболевания, которые, чаще всего, возникая неожиданно, являются психогенией для семьи пациента, проблемой для производственных отношений и разочарованием для врачей.

Хотя до сих пор нет единства во взглядах ученых на природу рецидивов, но все же складывается обобщенная система представлений, опирающаяся на биопсихосоциальную природу человека и процессуальность алкоголизма [3].

Во-первых, теперь уже стало аксиомой наркологии для успешности лечения алкоголизма необходимость соблюдения принципа абсолютной трезвости [1–4].

Во-вторых, складывается системное представление о факторах, способствующих формированию и сохранению ремиссии АЗ: как можно более высокий уровень осознания болезни и терапевтических установок на лечение, трезвость и социально значимые цели. Причем, установка на трезвость считается обязательным условием для лечения и реабилитации, а стратегической, конечной целью лечения является полное возвращение пациентов в социум. И этот длительный терапевтический процесс требует активного включения самого пациента в работу по преодолению у него пристрастия к алкоголю и поддержки ближайшего окружения и общества [5].

В-третьих, формируются системные представления о причинах срывов и рецидивов АЗ. Причем, в настоящее время очерчены два понятия, характеризующих переход от ремиссии к болезни — это «срыв», означающий употребление алкоголя без возврата клинических признаков болезни и «рецидив», представляющий собой возврат клиники АЗ [4].

Но, несмотря на разделение этих понятий, в подавляющем большинстве научных публикаций речь идет о рецидиве и факторах, приводящих именно к возврату болезни, а не к срыву. С этим невозможно спорить, так как и сами пациенты хотели бы употреблять алкоголь «умеренно» и «не запивать», и их окружение считает употребление алкоголя пациентами в малой дозе без социальных последствий нормальным явлением, устраивающим всех — и пациентов, и родственников, и врачей.

И хотя доказано, что рецидив алкоголизма после срыва неизбежен, только рецидив, создавая очевидные проблемы не оставляет общество равнодушным к себе. Но как повысить настороженность пациентов и их окружения в отношении соблюдения пациентов режима абсолютной трезвости, если их практика доказывает безопасность «символического» употребления — «мол, выпил «чуть-чуть» и не потянуло же, не запил»? И пусть такой период (от срыва до рецидива) длится недолго (дни, недели, месяцы), но это время, которое устраивает всех и для работы с пациентами необходимы серьезные аргументы в пользу абсолютной трезвости. Данных о сравнительном исследовании состояния пациентов до срыва и после срыва (именно срыва, а не рецидива) мы не встретили. Остается не изученным, что происходит с пациентом после срыва, как меняется (и меняется ли?) состояние пациента, как развивается процесс перехода срыва в рецидив.

Цель

Разработка практических рекомендаций по профилактике рецидивов заболевания и повышению эффективности лечения алкоголизма.

Материал и методы исследования

Объектом исследования стало клиническое состояние 163 пациентов с АЗ (130 мужчин и 33 женщины) в полной, компенсированной ремиссии (шифр F 10.202), у которых на фоне ремиссии произошел однократный срыв. Изучаемая ремиссия была длительностью от 1,5 до 11 лет (в среднем $5,4 \pm 1,8$ года). Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, анамнестический и патопсихологический. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Office Excel 2010». Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что после срыва по времени наступления рецидива пациенты разделились на три подгруппы. В первой, относительно самой большой подгруппе пациентов (около 50 %), рецидив АЗ развивался практически сразу после срыва, проявляясь возвратом клиники заболевания.

Во второй подгруппе пациентов (около 30 %), рецидив сразу после срыва не происходил. Но у этих пациентов после срыва нарушался сон, снижалось настроение, возникало состояние, напоминающее состояние отмены алкоголя и другие рецидивоопасные клинические состояния, что у части пациентов становилось мотивом обращения за помощью [5]. Другие же из пациентов этой подгруппы могли не замечать перемен в своем состоянии. При этом у них после однократного срыва, не приведшего к рецидиву алкоголизма, исчезала, имеющаяся в ремиссии критика к болезни, появлялась уверенность в возможности безболезненного 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 подгруппы в течение недели, максимум двух месяцев заканчивался возвратом клиники АЗ (рецидивом).

И только в третьей подгруппе, состоящих примерно из 20 % пациентов, первая проба алкоголя после длительной ремиссии не только не приводила к рецидиву АЗ 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, неразвернутые 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 подгруппах больных.

Во всех подгруппах после срыва был выявлен статистически значимый количественный рост признаков, напрямую и косвенно ассоциированных с патологическим влечением к алкоголю («тяга к алкоголю», «тематические сновидения», «сухая абстиненция», «алкогольные навязчивости» и другие) ($p < 0,05$).

Таким образом, по результатам данного исследования можно констатировать следующее. Состояние пациентов с алкогольной зависимостью в полной, установившейся компенсированной ремиссии приближалось к определяемому ВОЗ понятию «здоровье». Они практически не имели, связанных с алкогольной зависимостью, жалоб на здоровье, были достаточно психологически устойчивы и адаптированы, их качество жизни отличалось тенденцией к гармонизации с ведущим значением социальных факторов. На наш взгляд, это означало, что в процессе терапии и реабилитации были реализованы терапевтические установки на социально-значимые цели и достигнута стратегическая цель лечения — интеграция пациентов в социум.

После срыва (однократного употребления алкоголя в малых дозах, не приведших к рецидиву) состояние пациентов начинало меняться. У, примерно, половины пациентов эти перемены происходили быстро и, проявлялись, прежде всего, на клиническом уровне развитием синдромов патологического влечения к алкоголю, утраты контроля над количеством выпитого, синдрома отмены, забвению альтернативных удовольствий, продолжению употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия, то есть к полному рецидиву алкоголизма. У, примерно, одной трети пациентов эти перемены происходили медленнее, вначале проявляясь плохо осознаваемыми рецидивоопасными клиническими состояниями и (или) когнитивными расстройствами со снижением критики к болезни и нарастающей уверенностью в возможности умеренного употребления алкоголя. Затем, по мере накопления количественных изменений (доза и частота употребления алкоголя) у этих пациентов происходил переход формы употребления алкоголя в новое качество (рецидив). И, примерно, у пятой части пациентов с алкогольной зависимостью с однократным срывом на фоне длительной компенсированной ремиссии перемены в состоянии долгое время (до полугода, а в редких случаях даже более) были не заметны для самих пациентов и их окружения. Однако на самом деле их состояние при углубленном клиническом, экспериментально-психологическом, лабораторном исследовании обнаруживало достоверное отличие от состояния в компенсированной ремиссии и характеризовалось субклиническими психическими и поведенческими расстройствами.

Выводы

1. «Срыв» (однократное употребление алкоголя) у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии представляет собой специфический феномен, который можно обозначить как сложный синдром («рецидивоопасный клинический синдром»), характеризующийся комплексом, объединенных единым патогенезом, эмоциональных, идеаторных, вегетативных и поведенческих симптомов. Срыв имеет свою закономерную динамику развития (синдромокинез) и трансформации (синдромотаксис) в клинически развернутый синдром алкогольной зависимости (рецидив).

2. Важнейшей практической задачей наркологии является формирование психологической культуры пациентов, их окружения и в целом общества правильному пониманию зна-

чимости абсолютной трезвости для формирования компенсированной ремиссии при алкоголизме и пониманию того, что однократный срыв является серьезной проблемой, неизбежно приводящий к возврату заболевания.

3. Кроме того, необходима разработка законодательных актов, защищающих права пациентов и регламентирующих ответственность за подстрекательство пациентов к употреблению малых (провоцирующих) доз алкоголя и ответственность за насильственное введение алкоголя в организм пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник (під редакцією проф. І.К. Сосіна, доц. Ю.Ф. Чуєва) / Кол. авт.: І. К. Сосін [та інше]. — Харків: Колегіум, 2014. — 1428 с.
2. *Объедков, В. Г.* Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год / В. Г. Объедков, О. А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 2 (4). — С. 142–147.
3. *Сквира И. М.* Потенциальная возможность формирования ремиссий при алкогольной зависимости в зависимости от метода лечения [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper099.htm>.
4. *Сквира, И. М.* Рубрификация и принципы терапии рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода в наркологии / И. М. Сквира // Актуальные вопросы психического здоровья: Матер. междунауч.-практ. конф., посвящ. 10-летию кафедры мед. психологии и психотерапии ГрГМУ 30 января 2005 г. — Гродно, 2005. — С. 159–162.
5. Алкоголизм: рук-во для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 856 с.

УДК 616.89-008.441.13-057.875

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРИВЫКАНИЯ К АЛКОГОЛЮ ПЕРВОКУРСНИКОВ И СТАРШЕКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Сквира И. М., Толканец С. В., Абрамов Б. Э., Хмара Н. В.,
Рузанова Л. В., Гут Е. В., Хилькевич С. О.*

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

Введение

Исследователи здоровья студентов, в том числе и самого последнего времени, подтверждают, что алкоголь по-прежнему остается самым распространенным видом аддикций среди студентов, в том числе и медицинских вузов, постсоветского пространства [1]. Такое положение с употреблением алкоголя связывают с тем, что он укоренился в вузовской системе на протяжении десятилетий в виде традиций, являясь самой распространенной вредной привычкой. Погруженность части студентов в алкогольную традицию ведет к искаженному восприятию ими общественного мнения по проблемам алкоголя [2].

В качестве основных причин злоупотребления алкоголем молодыми людьми указывают: дурные примеры родителей; обстановка пьянства в семье, неблагополучие семьи; позитивная реклама в средствах массовой информации; незанятость свободного времени; отсутствие знаний о последствиях алкоголизма; уход от проблем; психологические особенности личности; самоутверждение [3].

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что отношения между родителями среди множества других признаков, в том числе относящихся к семье, на фоне наследственной отягощенности по алкогольной зависимости, являются основной причиной, определяющей отношение потомства мужского пола к алкоголю [4].

Согласно «Плану по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», утвержденного Приказом МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года [5], *целью* исследования явилось сравнительное изучение уровня привы-