

I. К. Сосін¹, д-р мед. наук, проф., зав. каф. наркології, I. М. Сквіра², канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, наркології та медичної психології

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків, Україна),

² Гомельський державний медичний університет (м. Гомель, Білорусь)

НОВІ ПІДХОДИ ДО ІНТЕГРОВАНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

У статті наведені дані про інтегровану діагностику можливості рецидиву алкогольної залежності. Встановлено, що комплексне дослідження з використанням клінічних, психологічних та інструментальних методів з високим ступенем значущості (чутливість 81,4 %, специфічність 80,0 %) дозволяє діагностувати можливість рецидиву алкогольної залежності. Обговорено рекомендації щодо стабілізації ремісії при алкогольної залежності.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, рецидив, рецидивонебезпечні клінічні ситуації, діагностика

Однією з актуальних проблем сучасної наркології є розробка таких терапевтичних підходів до більш ефективного лікування алкогольної залежності, які базуються, по-перше, на визнанні концепції щодо поліморфізму клініки ремісійних станів, по-друге, належності основної більшості цих станів до категорії «факторів ризику рецидивів», по-третє, своєчасній (невідкладній) та комплексній їх клініко-діагностичній ідентифікації з метою (по-четверте) превентивних, таргетних, купіруючих, патогенетично обґрунтованих протирецидивних терапевтичних інтервенцій [1].

Відомі способи прогнозування рецидивів алкогольної хвороби у більшості своїй сконцентровані на ранньому виявленні психофізіологічних, клініко-патопсихологічних та психопатологічних ознак загострення тих синдромів та симптомів, які в наркологічній науці відносять до категорії облігатних, специфічних (патогномонічних), ключових, нозологічно притаманних ознак алкогольної психічної і фізичної залежності і, безумовно, в ремісійному періоді вони утворюють клінічний реєстр так званих рецидивонебезпечних клінічних ситуацій, станів, факторів ризику рецидиву алкогольної хвороби. Перш за все, це такі як «псевдоабстинентний синдром», «тематичні сновидіння», депресивні стани, алкогольна тривога, патологічний потяг до алкоголю, диссомнічні та дисфорічні розлади тощо [2, 3].

Щодо клінічної ідентифікації та об'єктивізації загострення даних ознак сучасна наркологія, психіатрія, патопсихологія мають загальновідомий та великий арсенал валідних методів психологічного інтерв'ювання, тестів, шкал, опитувальників, у тому числі: Шкала динаміки патологічного потягу до алкоголю в постабстинентному стані на етапі формування ремісії [4]; Шкала Монтгомері — Асберг (MADRS) для оцінки ступеня вираженості клінічних ознак депресивних розладів [5]; Госпітальна шкала оцінки тривоги (HADS) для визначення психологічних проявів тривоги і депресії [6]; Шкала Гамільтона для оцінки депресивної симптоматики [7]; Тест Спілберґера — Ханіна на особистісну та реактивну тривожність [8]; Шкала загального клінічного враження (CGI) для кількісної оцінки терапевтичної ефективності препаратів [9] та інші.

Відомий спосіб прогнозування зривів і рецидивів при алкогольній залежності, який полягає в тому, що в період ремісії здійснюють моніторинг і клінічну ідентифікацію псевдоабстинентного синдрому (поява ознак відміни алкоголю на тлі абсолютного утримання пацієнта від алкоголю в період ремісії). Спосіб є відносно достовірним і специфічним, проте він більше стосується початкового етапу становлення ремісії [2].

Відомий також спосіб прогнозування на підставі не менш специфічного для алкогольної хвороби феномена, суть якого в тому, що поява в ремісійному періоді у алкогользалежного пацієнта так званих «тематичних сновидінь» (з фабулою на провокаційну для респондента алкогольну проблематику) символізує наближення зриву і рецидиву алкоголізації. Тест досить надійний, проте він вимагає поінформованості пацієнта в патогенетичній суті даного феномена, що необхідно для об'єктивної аутоідентифікації сновидінь. Крім того, багато хворих схильні до амнезування тематичних сновидінь, у зв'язку з чим результативність тесту може знижуватися, що є недоліком способу [10].

Відомий також спосіб прогнозування рецидивів при алкогольній хворобі, що базується на клінічному постулаті: поява у пацієнта в ремісійному періоді депресивних епізодів або депресивних станів, дисфорічних проявів, як правило, патогенетично зумовлює відновлення алкоголізації. Спосіб передбачає участь пацієнтів, що перебувають в ремісії, в програмах регулярного тестового моніторингу на наявність латентної або клінічно актуалізованої депресивної (афективної) симптоматики. Депресія в таких випадках розглядається як рецидивонебезпечний клінічний стан, який вимагає невідкладної таргетної купіруючої протирецидивної терапії [11].

Відомим є спосіб, при якому визначають факт загострення патологічного потягу до алкоголю в ремісійному періоді. Спосіб припускає використання відповідних шкал, які об'єктивізують появу складових ознак даного клінічного феномена. Під час дослідження патологічного потягу до алкоголю застосовують найбільш визнані в світі чотири шкали виміру ступеня інтенсивності потягу: обсесивно-компульсивну [12], пенсільванську [13], опитувальник потреби в алкоголі, а також візуальну аналогову шкалу [14].

Застосовують також Шкалу динаміки патологічного потягу до алкоголю в постабстинентному стані і на етапі формування ремісії, яка включає такі розділи (складові потягу): 1) Усвідомлення потреби в алкоголі. 2) Тривога. 3) Дратівливість, дисфорія. 4) Пригніченість. 5) Почуття страху. 6) Почуття провини. 7) Поведінкові розлади [4].

Загальний недолік всіх зазначених та інших аналогічних способів полягає у тому, що вони орієнтовані на монодіагностику одного ізольованого синдрому або симптому. У той же час перелічені та інші

рецидивонебезпечні клінічні ситуації (РНКС) нерідко не виступають ізольовано, а навпаки, сполучаються один з одним, а також асоціюються з безліччю соціальних, психологічних факторів ризику. Крім цього практично кожна з усіх відомих РНКС не завжди спостерігається з постійною частотою у кожного пацієнта.

У зв'язку з цим інша частина дослідників, виходячи в своїх пошуках більш ефективних оптимізованих модифікацій способів прогнозування рецидивів за рамки вузькопрофесійних специфічних ознак алкогольної залежності, запропонувала комплексні, комбіновані, багатфакторні, багатометричні способи прогнозування рецидивів та ідентифікації якості ремісій [14, 15, 16].

Найбільш ефективним вважається спосіб комплексного прогнозування можливості зривів і рецидивів у клініці алкогольної ремісії, який базується на розробленні «прогностичної карти ремісії при алкоголізмі», що включає 150 ознак, які відображають анамнестичні відомості про хворого та його соціально-психологічні дані про динаміку ремісії (різних її етапів). Спосіб дозволяє з певним ступенем точності прогнозувати якість ремісій і превентивну діагностику очікуваних рецидивів [17, 18]. Разом з тим, тест громіздкий, потребує багато часу для реалізації і важко відтворюється в повсякденній клінічній практиці нарколога.

Метою нашого дослідження було розроблення більш удосконаленого багатомірного способу інтегрованої діагностики можливості рецидивів у алкогользалежних пацієнтів в ремісійному періоді.

До складу нового інтегрованого прогностичного тесту був залучений, згідно з Патентом на корисну модель № 29650 «Спосіб експертно-діагностичної ідентифікації латентного тремору при алкогольній і наркотичній залежностях» (І. К. Сосін зі співавт., 2008), новий лазерний метод [19] визначення психофізіологічного феномена тремору, який дає інтегративне уявлення щодо неспецифічних, загальнобіологічних, загальнопсихологічних складових усіх ключових ознак алкогольної залежності на етапі їх загострення у ремісійному періоді до рецидивонебезпечного клінічного рівня. Мають місце також рецидивонебезпечні соціальні фактори (наприклад, стреси тощо), проявами яких є також тремор.

Лазерний тест дає чітке уявлення про комплексну здатність випробуваного виконувати тестові завдання на точність координації цілеспрямованих сенсомоторних рухів та дій, на спроможність пацієнта шляхом візуально-мануального наведення лазерного променя від лазерної указки на розташовану на відстані 2—3 метрів від пацієнта стандартну стрілецьку спортивну мішень та фіксацію променя в межах центру («внутрішньої десятиці») протягом 5—10 секунд, у випадку появи у процесі 2—3-кратного виконання тесту спровокованого тремтіння у формі коливання лазерного «зайчика» за межі «десятки», тест на наявність тремору вважається позитивним, а тяжкість тремору оцінюється в пропорційній залежності від амплітуди коливань променя.

Крім того, технологія запропонованого способу передбачала оцінку відомого, теж інтегративного, показника якості життя [20, 21, 22]. В дослідженні був застосований адаптований до наркології міжнародний тест «Показник якості життя» (ПЯЖ) [21] по 10 шкалам, що охоплюють основні сфери життя людини: 1 — фізичне

благополуччя; 2 — психологічне та емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування і незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціоемоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя. Кожна з 10 перерахованих шкал оцінюється за 10-бальною системою, де 1 бал — «дуже погано», 10 балів — «прекрасно» [21].

10 наявних шкал тесту ПЯЖ логічно рубрикуються в три основні компоненти якості життя: а) суб'єктивне благополуччя (шкали № 1, 2, 10); б) виконання соціальних ролей (шкали № 3, 4, 5, 8); в) зовнішні умови життя (шкали № 6, 7, 9). Під час оцінювання інтегрального ПЯЖ підсумовують показники окремих шкал і виводять загальний результат в балах. Можливий градієнт квантифікаційної оцінки кожної шкали — від 1 до 10 балів. Отже, максимальна сумарна оцінка показника якості життя при ідеальній (прекрасній) якості життя може складати 100 балів, а мінімальна — «Погано» 10 балів [21].

До теперішнього часу можливості тесту «Показник якості життя» [21], а також лазерного тесту на тремор в комплексному прогнозі рецидивів алкогольної хвороби цілеспрямовано не вивчалися. Отже, новизну запропонованої корисної моделі забезпечує використання поєданого тестування ПЯЖ + ідентифікація тремору з використанням лазерних технологій. В наркології ПЯЖ допомагає характеризувати особливості особистості хворих, опосередковано та адекватно відображає динаміку (поліпшення — погіршення) стану пацієнтів в процесі терапії і рекомендовано як критерій ефективності лікування алкоголізму [23].

Всього запропонованим способом було досліджено 102 пацієнти у віці від 25 до 55 років (середній вік пацієнтів $41,8 \pm 7,2$ роки) з алкогольною залежністю в повній ремісії.

Серед обстежених у 60 (58,82 %) мала місце компенсована ремісія, тобто ознаки РНКС на час спостереження були відсутні (I підгрупа), а в II-й підгрупі (42 пацієнти, або 41,18 %, перебувавших до того в стані субкомпенсованої ремісії) був констатований факт звернення до нарколога за терміновою протирецидивною терапією, у зв'язку зі скаргами на появу тяги до алкоголю та інші клінічні ситуації, що загрожували зривом ремісії та рецидивом алкоголізації.

Основні демографічні та клінічні особливості обстежених наведені в табл. 1.

Таблиця 1
Загальна характеристика пацієнтів I та II підгруп

Показники	Усі обстежені, n = 102	I підгрупа, n = 60	II підгрупа, n = 42	$P_{(3-4)}$
Стать (ч/ж)*	82/20	47/13	35/7	0,74
Вік, років	$41,8 \pm 7,2$	$42,7 \pm 8/1$	$40,2 \pm 7,8$	0,62
Давність алкогольної залежності, років	$8,3 \pm 4,3$	$8,20 \pm 5,1$	$8,35 \pm 5,6$	0,84
Кратність лікування (разів)	$2,20 \pm 1,28$	$2,21 \pm 1,35$	$2,19 \pm 1,39$	0,79
Тривалість ремісії, місяців	$16,8 \pm 6,8$	$18 \pm 7,1$	$15 \pm 8,3$	0,28

Примітка. * — Співвідношення даних в підгрупах порівняння $P_{(3-4)}$ проводилося за співвідношенням чоловіків і жінок. За цією схемою порівнювали й інші параметри

Далі в результаті порівняння підгруп за наявністю основних специфічних клінічних рецидивонебезпечних ситуацій було встановлено, що при можливості зриву ремісії у 42 пацієнтів II підгрупи завжди була хоч одна рецидивонебезпечна ситуація (чутливість дорівнює 100 %). Але при цьому у 49 (81,5 %) із 60 осіб I підгрупи також було виявлено не менше однієї із клінічних РНКС. Таким чином по наявності одного із клінічних РНКС маємо високу чутливість (100 %), але низьку специфічність (18,5 %) прогнозування зриву ремісії.

При порівнянні в двох підгрупах середніх показників ПЯЖ ($M \pm \sigma$) були одержані такі дані табл. 2.

Таблиця 2

Порівнянні дані середніх показників якості життя

Показник якості життя	Підгрупи порівняння		$P_{(2-3)}$
	I (n = 60)	II (n = 42)	
1. Фізичне благополуччя	8,02 ± 1,41	6,60 ± 1,43	< 0,0001
2. Психологічне благополуччя	8,30 ± 1,37	5,88 ± 1,98	< 0,0001
3. Самообслуговування і незалежність	8,77 ± 1,25	7,67 ± 2,13	0,0038
4. Працездатність	9,10 ± 1,28	8,56 ± 1,74	0,0871
5. Міжособистісна взаємодія	8,85 ± 1,39	7,95 ± 2,17	0,0201
6. Соціоемоційна підтримка	8,40 ± 1,66	7,23 ± 2,06	0,0029
7. Громадська та службова підтримка	8,18 ± 1,57	7,12 ± 2,25	0,0092
8. Самореалізація	8,63 ± 1,18	7,84 ± 1,94	0,0196
9. Духовна реалізація	7,23 ± 1,93	6,84 ± 2,47	0,3832
10. Загальне сприйняття якості життя	8,58 ± 1,37	7,23 ± 2,41	0,0015
Інтегрована оцінка якості життя	83,7 ± 0,9	73,2 ± 1,27	< 0,0001

Прогностичну значущість показників, для яких була одержана найбільша різниця в I та II підгрупах, оцінювали за допомогою діагностичного тесту ROC, (MedCalc-v.9.6) на основі порівняння площі під характеристичною кривою (ППК). Оцінювали ППК, 95 % інтервал довіри (ІД) оцінки площі, знаходили «точку поділу» (рівень балів, нижче котрого з великою вірогідністю прогнозується рецидив), оцінювали чутливість (Чт) та специфічність (Сп) даного параметра [24]. Показники розташовані по мірі убування ППК (табл. 3).

Таблиця 3

Прогностичне значіння основних показників для прогнозу рецидиву алкогольної залежності

Показники якості життя	ППК	95 % ІД	Точка поділу	Чт, %	Сп, %
Сума 1, 2, 10 шкал ПЯЖ	0,872	0,729—0,931	≤ 22	81,4	80,0
Клінічні ознаки	0,835	0,762—0,893	> 3	80,0	77,2
Сума усіх шкал ПЯЖ	0,754	0,657—0,835	≤ 73	55,8	92,73

Суб'єктивне благополуччя (шкали № 1, 2, 10) є найбільш значущим для прогнозу рецидиву алкогольної залежності при 22 або менше балів (чутливість 81,4 %, специфічність 80,0 %).

Тест на замір латентного тремору за допомогою лазерної указки підтверджує наявність тремору у 33 (78,6 %) із 42 пацієнтів II підгрупи проти 5 (8,3 %) пацієнтів I підгрупи (0,001), а, разом з цим, і високий ризик рецидиву алкогольної залежності за даними комплексної діагностики.

Запропонований спосіб інтегрованої діагностики можливості рецидивів алкогольної залежності пацієнтів, який базується на трьох технологічних складових (діагностичній ідентифікації рецидивонебезпечних клінічних ситуацій, моніторингу показника якості життя та лазерній об'єктивізації наявності тремору), є простим, легким щодо відтворення, валідним і може знайти широке застосування в наркології.

Суть запропонованої прогностичної модифікації можна сформулювати таким чином. Спосіб інтегрованої діагностики можливості рецидивів алкогольної залежності, що містить визначення специфічних симптоматичних та синдромологічних ознак алкогольної залежності, а саме псевдоабстинентного синдрому, тематичних сновидінь, станів астенічної дратівливості, депресивних та дисфорічних проявів, тривожних розладів, диссомнічних порушень, патологічного потягу до алкоголю тощо, який відрізняється тим, що додатково проводять цілеспрямований тестовий моніторинг загальнопсихологічного показника якості життя та діагностику латентного тремору лазерним методом, та при наявності у пацієнта однієї та більше специфічної рецидивонебезпечної клінічної ситуації; зменшенні загального (сумарного) показника якості життя до 73,0 і нижче балів; зниженні сумарної кількості балів за трьома шкалами тесту («фізичне благополуччя», «психологічне благополуччя» і «загальне сприйняття якості життя») до рівня 22 або менше балів; проявів у пацієнта латентного або очевидного тремору за даними лазерного скринінгу, діагностують можливість зриву ремісії і алкогольний рецидив [25, 26].

Використання запропонованого способу дає панорамне клінічне уявлення про якість ремісії не тільки по ключовим діагностичним специфічним для клініки алкоголізму феноменам, які можуть бути важкими щодо аутоідентифікації для пацієнта і його сімейного оточення, а на підставі визначення двох таких інтегративних показників як якість життя з використанням міжнародної шкали та наявності проявів у пацієнта латентного або очевидного тремору за даними лазерного скринінгу.

Список літератури

1. Новые аспекты использования препарата налтрекс в наркологии при клинически рецидивоопасных ситуациях [Текст] / [И. К. Сосин, И. В. Куприенко, Ю. Ф. Чуев и др.] // Искусство лечения: Журнал современного врача. — № 6 (006), декабрь, 2003. — С. 77 — 82.
2. Портнов А. А. Клиника алкоголизма [Текст] / А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая. — Л.: Медицина, 1973. — 392 с.
3. Стрельчук И. В. О стержневых симптомах и синдромах в клинике алкоголизма [Текст] / И. В. Стрельчук. — М., 1976. — С. 229—231.
4. Альшулер В. Б. Алкоголизм [Текст]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 264 с.

5. Montgomery S. A. New depression scale designed to be sensitive to change [Text] / S. A. Montgomery, M. A. Asberg // Br. J. Psychiatry. — 1979. — Vol. 2. (Suppl.). — P. 221—229.

6. Сосин И. К. Алкогольная тревога (Монография) [Текст] / И. К. Сосин, Е. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2008. — 752 с.

7. Hamilton M. A. A rating scale for depression [Текст] / M. A. Hamilton // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. — 1960. — Vol. 23. — P. 56—62.

8. Hanin Y. L. The development and validation of the Russian form of the Start- Trate-Anxiety Inventori [Текст] / Y. L. Hanin, C. D. Spilberger // In.: Spilberger C. D. and Diaz-Guerra (Eds.) Cross-cultural Anxiety. — Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1983. — 1989. — Vol. 2. — P. 15—26.

9. Busner J. The Clinical global Impression Scale: Errors in Understanding and Use [Текст] / J. Busner, S. D. Targum, D. S. Miller // Compr. Psychiatry. — 2009. — Vol. 50, 3. — P. 257—262.

10. Сосин И. К. Наркология : монография [Текст] / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 700 с.

11. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия : монография [Текст] / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.

12. Anton R. F. The obsessive compulsive drinking scale [Текст] / R. F. Anton, D. N. Moak, P. K. Latham // Arch. Gen. Psych. — 1996. — Vol. 53, № 3. — P. 225—231.

13. Flannery B. A. Psychometric properties of the Penn alcohol craving scale [Текст] / B. A. Flannery, J. R. Volpicelli, H. M. Pettinati // Alc. Clin. Exp. Res. — 1999. — Vol. 23, № 8. — P. 1289—1295.

14. Крупицкий Е. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии [Электронный ресурс] / Е. Крупицкий, А. Борцов. — Режим доступа : <http://www.narcom.ru/cabinet/online/83.html>. Дата доступа 21.04.2013 года.

15. Меликсетян А. С. Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими и длительными ремиссиями [Текст] / А. С. Меликсетян // Наркология. — 2011. — № 1. — С. 75—81.

16. Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения тразодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью [Текст] / [Е. М. Крупицкий, С. М. Ериш, К. В. Рыбакова и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1. — С. 29 — 36.

17. Ерышев О. Ф. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме [Текст] / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, Т. Н. Балашова. В кн.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С. 16—31.

18. Рыбакова К. В. Многомерная оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью [Текст] / [К. В. Рыбакова, Л. А. Дубинина, А. С. Киселев, Е. М. Крупицкий] // Матер. науч.-практ. конф. с межд. участ.: «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», Санкт-Петербург, 29—30 ноября 2012 года. — СПб., 2012. — С. 114.

19. Патент України № 29650 МПК А61В 5/16. Спосіб експертно-діагностичної ідентифікації латентного тремору при алкогольній і наркотичній залежностях [Текст] / І. К. Сосін, О. В. Друзь, В. О. Яценко, П. С. Швецов, І. М. Сквіра, Г. М. Іванілова, С. І. Тараненко; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. — № u 200708994; заявл. 06.08.07; опубл. 25.01.08 // Бюл. Держ. департ. інтелект. власності. — 2008. — № 2.

20. Минко А. И. Анализ показателя качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя [Текст] / А. И. Минко, И. В. Линский, А. В. Бараненко // Украинский медицинский альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. — С. 83—85.

21. Mezzich J. E. Validization an efficient quality life index [Текст] / [J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Lin, et al.] // Abstracts 11 World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. — P. 427—428.

22. Критерий качества жизни в психиатрической практике : монография [Текст] / Н. А., Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др.; под общ. ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.

23. Шараневич И. О. Динамика качества жизни у лиц с алкогольной зависимостью как оценка эффективности лечения [Текст] / И. О. Шараневич // Довженковские чтения: проблема рецидива в современной наркологии. — Харьков, 2009. — С. 200—203.

24. Петри А. Наглядная медицинская статистика [Текст] / А. Петри, К. Эзбин; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.

25. Патент України № 79063 МПК (2013.01) А61В 5/00. Спосіб інтегрованої діагностики можливості рецидивів алкогольної залежності. Винахідник(и): Сосін І. К., Сквіра І. М., Чуев Ю. Ф., Гончарова О. Ю., Скобелев В. О., Кюсєв О. В.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. — № u201211655. заявл. 09.10.2012. 24); опубл. 10.04.2013. // Бюл. Держ. департ. Інтелект. власності. — 2013. — № 7.

26. Бараненко О. В. Критерий качества жизни и длительность ремиссий во время лечения алкогольной зависимости [Текст] / О. В. Бараненко // Украинский вестник психоневрологии. — 2007. — Т. 15, вып. 1 (50), дополнение. — С. 257.

Надійшла до редакції 27/05.2013 р.

И. К. Сосин¹, И. М. Сквіра²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков, Украина),

² Гомельский государственный медицинский университет (г. Гомель, Беларусь)

Новые подходы к интегрированному прогнозированию рецидивов при алкогольной зависимости

В статье представлены данные об интегрированной диагностике возможности рецидива алкогольной зависимости. Установлено, что комплексное исследование с использованием клинических, психологических и инструментальных методов с высокой степенью значимости (чувствительность 81,4 %, специфичность 80,0 %) позволяет диагностировать возможность рецидива алкогольной зависимости. Обсуждены рекомендации по стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидив, рецидивоопасные клинические ситуации, диагностика.

I. K. Sosin¹, I. M. Skvira²

¹ Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv, Ukraine),

² Gomel State Medical University (Gomel, Belarus)

The new approaches to an integrated prognosing of recurrences in alcohol dependence

The article presents data on the integrated diagnostic capabilities of relapse of alcohol dependence. It is established that a comprehensive study using clinical, psychological and instrumental methods with a high degree of importance (sensitivity 81.4 %, specificity 80.0 %) to diagnose the possibility of relapse of alcohol dependence. Discussed recommendations to stabilize the remission of alcohol dependence.

Keywords: alcohol dependence, remission, relapse-dangerous clinical situation, diagnosis.