

О. В. Бараненко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ РЕЗУЛЬТАТУ ТЕРАПІЇ

Дотепер ефективність лікувально-реабілітаційних заходів при алкогольній залежності залишається недостатньою. Це пов'язано з багатьма причинами, в тому числі і з надмірними вимогами до наркологічної служби без урахування хронічного перебігу залежності від алкоголю з високим ризиком рецидиву, який найчастіше не пов'язаний з суто медичними проблемами. Одним з принципів доказової медицини є орієнтація на кінцевий результат лікування. При цьому під ним розуміють вижив пацієнт чи ні для гострих станів, та якість життя для не гострих станів. Абсолютно очевидно, що залежність від алкоголю, як хронічне захворювання з високим ризиком рецидивів, за винятком деяких станів, що спостерігаються в його клініці (синдром відміни з делірієм та синдром відміни з судомами), не несе безпосередньої загрози для життя хворого і цілком доцільно оцінювати результат ефективності протиалкогольної терапії з використанням саме показника якості життя [1]. В той же час, фактори, що дестабілізують ремісії і провокують розвиток рецидивів (так само як і фактори, які сприяють становленню і поглибленню ремісій), відповідно до сучасної парадигми оцінки психічних та поведінкових розладів, можуть бути поділені на біологічні (клінічні), психологічні і соціальні, що, в той же час, відповідає і основним складовим поняття якості життя. Окрім цього виділяють фактори, які мають випадковий характер та відповідно не піддаються прогностичній оцінці [2]. Можливість прогнозування ефективності терапії, імовірність мінімізації впливу динамічних факторів прогнозу та врахування ваги статичних факторів прогнозу і відповідно адекватна оцінка реальних цілей терапії, на нашу думку, надасть можливість оптимізувати лікувально-реабілітаційний процес у осіб з синдромом залежності від алкоголю.

Метою дослідження стало визначення прогностичних критеріїв ефективності протиалкогольної терапії на основі даних щодо критеріїв якості життя та деяких інших показників, отриманих в ході дослідження.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (на основі МКХ-10) [3,4], психодіагностичний з використанням опитувальника «Показник якості життя» (Mezzich et al., 1999) [5, 6], глосарію патологічного потягу до алкоголю за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (1992) [7]; динамічне спостереження на протязі 24 тижнів; клініко-анамнестичний (вік на початок зловживання алкоголем, вік хворого на момент обстеження, строк зловживання алкоголем, толерантність, тривалість попередніх ремісій, (показники, які були оцінені як прогностично цінні за літературними джерелами) [2], а також прогредієнтність алкогольної хвороби [8] (період з моменту початку систематичного вживання алкоголем до вираженої симптоматики синдрому відміни). Методи математичної статистики: вірогідність розходжень середніх значень у групах обчислювалася за допомогою 2-вибіркового *t*-критерію Стьюдента [9]; у найпростіших альтернативних розподілах обчислювалася точним

методом Фішера (ТМФ). Для оцінки прогностичної цінності використовувалася неоднорідна послідовна процедура Вальда у модифікації Е. В. Гублера [10, 11].

Було обстежено 120 осіб чоловічої статі середнім віком ($31,16 \pm 0,52$) років з діагнозом «синдром алкогольної залежності» за МКХ-10 (F 10.25 або F10.26). Основну симптоматику залежності від алкоголю склали наявність на протязі останніх 12 місяців у обстежених таких ознак: періодична потреба вживати алкоголь; втрата кількісного та ситуаційного контролю за його вживанням; синдром відміни в умовах припинення або значного скорочення вживання алкоголю; ознаки толерантності; втрата альтернативних алкогольним інтересів; подовження вживання, незважаючи на очевидні медичні або соціально-психологічні проблеми. Перша група пацієнтів ($n = 45$) отримувала, окрім стандартної протиалкогольної терапії, підтримуючу протирецидивну терапію препаратом мілдронат; друга група ($n = 45$) додатково отримувала налтрексону гідрохлорид; третя група ($n = 30$) отримувала лише стандартну протиалкогольну терапію.

За результатами наступного спостереження обстежені пацієнти були поділені на дві групи — першу, у хворих якої зберігалася ремісія протягом усього періоду спостереження, тобто повна ремісія за МКХ-10 ($n = 79$) та другу ($n = 41$), яку склали особи, в яких відмічався рецидив (відновлення зловживання алкоголем в період ремісії з поверненням симптоматики, характерної для синдрому залежності) [12]. Розподіл учасників обстеження на ці дві групи здійснювався незалежно від того, яку терапію вони отримували на етапі становлення ремісії.

Під час вивчення анамнестичних особливостей обстежених першої та другої груп отримано такі дані (табл. 1).

Таблиця 1

Клініко-анамнестичні показники обстежених першої та другої груп

Показники	Середні значення ($M \pm m$)	
	Перша група	Друга група
Вік початку алкоголізації	$24,56 \pm 0,69$	$23,33 \pm 0,74$
Строк зловживання	$10,11 \pm 0,40$	$10,08 \pm 0,44$
Тривалість захворювання	$5,14 \pm 0,29$	$6,63 \pm 0,38^{1)}$
Темп прогредієнтності	$4,97 \pm 0,23$	$3,46 \pm 0,23^{2)}$
Тривалість попередніх ремісій (місяців)	$7,93 \pm 0,40$	$5,40 \pm 0,35^{2)}$
Толерантність (л міцних алкогольних напоїв)	$0,81 \pm 0,02$	$0,89 \pm 0,04$

Примітка:

¹⁾ — різниця з даним показником у першій групі обстежених вірогідна ($p < 0,05$);

²⁾ — різниця з даним показником у першій групі обстежених вірогідна ($p < 0,01$)

Вірогідні відмінності спостерігалися за такими параметрами як прогредієнтність ($p < 0,01$) (строк формування алкогольної залежності у першій групі був значно меншим, ніж у другій), тривалість захворювання та тривалість попередніх ремісій ($p < 0,01$). Цілком очевидно, що саме ці фактори із перелічених в першу чергу впливають на тривалість ремісій у майбутньому.

Під час обстеження за допомогою опитувальника «Показник якості життя» (Mezzich et al., 1999) отримано такі дані (табл. 2.). За 7-ма з 10-ти шкал опитувальника «Показник якості життя» виявлено достовірні розбіжності поміж обстеженими, у яких спостерігалась ремісія протягом періоду спостереження, та обстеженими, у яких відмічався рецидив, що ствердило припущення щодо цінності показника якості життя як критерію прогнозу ефективності протиалкогольної терапії. Звертає на себе увагу той факт, що розбіжності були виявлені не тільки серед динамічних показників опитувальника, а саме фізичного благополуччя ($p < 0,05$), психологічного/емоційного благополуччя ($p < 0,01$), працездатності ($p < 0,05$) та загального сприйняття якості життя ($p < 0,05$), які дуже залежать від афективних розладів та астеничних проявів, а і серед таких статичних факторів, як самореалізація ($p < 0,01$), соціоемоційна підтримка ($p < 0,05$) та суспільна і службова підтримка ($p < 0,01$), які, як було продемонстровано у наших попередніх дослідженнях [13], суттєво не змінюються на протязі протиалкогольної терапії.

Таблиця 2
Показник якості життя для обстежених першої та другої груп

Показники	Середні значення ($M \pm m$)	
	Перша група	Друга група
Фізичне благополуччя	4,93 ± 0,25	3,96 ± 0,21 ¹⁾
Психологічне/емоційне благополуччя	4,96 ± 0,23	3,63 ± 0,17 ²⁾
Самообслуговування і незалежність у діях	5,76 ± 0,23	5,79 ± 0,35
Працездатність	5,28 ± 0,25	4,29 ± 0,26 ¹⁾
Міжособистісна взаємодія	6,47 ± 0,27	5,58 ± 0,38
Соціоемоційна підтримка	7,29 ± 0,24	6,31 ± 0,25 ¹⁾
Суспільна і службова підтримка	6,04 ± 0,23	5,04 ± 0,24 ²⁾
Самореалізація	6,13 ± 0,18	4,83 ± 0,18 ²⁾
Духовна реалізація	4,71 ± 0,21	5,23 ± 0,34
Загальне сприйняття якості життя	5,51 ± 0,17	4,71 ± 0,19 ¹⁾

Примітка:

¹⁾ — різниця з даним показником у обстежених першої групи вірогідна ($p < 0,05$)

²⁾ — різниця з даним показником у обстежених першої групи вірогідна ($p < 0,01$)

Середні значення патологічного потягу до алкоголю (ППА) подано в табл. 3. Як видно з наведених у ній результатів, у групі обстежених, у яких спостерігалась повна ремісія, було виявлено вірогідну різницю за показниками емоційної лабільності ($p < 0,05$) та відношення до хвороби і лікування ($p < 0,05$) (відповідно для афективного ($p < 0,05$) та ідеаторного компонентів ППА в цілому ($p < 0,05$), оскільки вказані показники є їхніми складовими частинами).

Таблиця 3

Показники ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (1992) для обстежених першої та другої груп

Показники	Середні значення ($M \pm m$)	
	Перша група	Друга група
Субдепресивний стан	1,83 ± 0,11	2,10 ± 0,11
Тривога	1,83 ± 0,09	1,88 ± 0,11
Емоційна лабільність	1,01 ± 0,08	1,29 ± 0,10 ¹⁾
Дисфорія	1,03 ± 0,11	1,25 ± 0,12
Афективний компонент в цілому	4,97 ± 0,27	6,52 ± 0,37 ¹⁾
Алкогольні сновидіння, порушення сну	1,10 ± 0,10	1,42 ± 0,11
Мімічні реакції	0,60 ± 0,06	0,56 ± 0,07
Зміни апетиту	0,99 ± 0,09	1,00 ± 0,09
Вегетативний компонент в цілому	2,54 ± 0,15	2,98 ± 0,20
Відношення до алкоголю	1,54 ± 0,09	1,67 ± 0,10
Відношення до хвороби та лікування	1,10 ± 0,08	1,38 ± 0,09 ¹⁾
Ідеаторний компонент в цілому	2,46 ± 0,15	3,04 ± 0,16 ¹⁾
Поведінковий компонент в цілому	0,94 ± 0,07	0,96 ± 0,08

Примітка:

¹⁾ — різниця з даним показником у обстежених першої групи вірогідна ($p < 0,05$)

²⁾ — різниця з даним показником у обстежених першої групи вірогідна ($p < 0,01$)

На наступному етапі роботи для побудови моделі імовірного прогнозу ефективності протиалкогольної терапії ми розраховали діагностичні коефіцієнти показників, які були отримані в ході дослідження. Всі дані були оброблені за допомогою неоднорідної послідовної процедури Вальда. Суть цієї процедури полягає у тому, що розраховані для кожної ознаки діагностичні (у даному випадку прогностичні) коефіцієнти (ДК) порівнюються із відповідними значеннями бажаного рівня достовірності диференціації: достовірності диференціації на рівні $p < 0,05$ відповідає значення діагностичних коефіцієнтів $\Sigma ДК > 13$ одиниць, на рівні $p < 0,01$ — $\Sigma ДК > 20$ одиниць, а на рівні $p < 0,001$ — $\Sigma ДК > 30$ одиниць. Кожна ознака може бути або самодостатньою для впевненого прогнозу, або такою, що забезпечує необхідну достовірність лише у сукупності з іншими. В останньому разі ДК різних ознак додаються одна до одної, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності прогнозу). Під час розрахунків ДК їхній знак (позитивний або негативний) залежить лише від співвідношення кількості хворих — носіїв відповідних ознак в групах порівняння і від того, якій групі дослідник призначив те чи інше лікування. В нашому випадку першу групу порівняння склали обстежені, у яких спостерігалась ремісія, а другу — пацієнти, у яких відмічався рецидив.

Сумарні величини прогностичного коефіцієнта наведено на рис. 1. Цілком очевидно, що з методів, використаних в обстеженні, найбільша прогностична цінність (при зіставленні сумарної величини ДК за модулем) притаманна показнику якості життя (Mezzich et al., 1999) — 57,36 балів, за ним у порядку зменшення значущості слідує: глосарій патологічного потягу до алкоголю за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (43,32 бали) та клініко-анамнестичні показники (31,66 бали).

Прогностичні коефіцієнти показника якості життя подано в табл. 4, 5.

Сумарна прогностична цінність (ΣДК) даних за опитувальником «Показник якості життя» складає 34,40 бали (відповідає $p \leq 0,001$). Із окремих складових частин опитувальника як критерію вірогідності ремісії найбільшу прогностичну цінність мають значення: за шкалою «Самообслуговування і незалежність у діях» (ДК = -11,25; MI = 1,45) та за шкалою «Психологічне/емоційне благополуччя» (ДК = -5,05; MI = 0,69). З використанням цих показників можна зробити прогноз з вірогідністю на рівні $p \leq 0,05$. Прогноз з вірогідністю рівня $p \leq 0,01$, згідно з отриманими даними, можна зробити за допомогою трьох показників — двох вищезгаданих та показника загального сприйняття якості життя (ДК = -4,62; MI = 0,58); для цих трьох показників (ΣДК = -20,82).

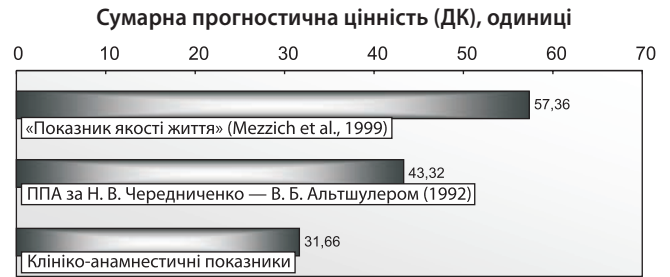


Рис. 1. Сумарне (за модулем) значення прогностичного коефіцієнта для всіх методик обстежень, що використовувалися у дослідженні

Таблиця 4

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності показника якості життя (вірогідність ремісії)

Ознаки (показник якості життя)	Діапазон ознаки	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p)*	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Самообслуговування і незалежність у діях	> 6	20	1	0,000775	-11,25	1,45
Психологічне/емоційне благополуччя	> 5	24	5	0,015208	-5,05	0,58
Загальне сприйняття якості життя	> 5	34	8	0,004097	-4,52	0,69
Самореалізація	> 4	69	20	0,000008	-3,62	0,98
Суспільна і службова підтримка	> 4	64	20	0,000267	-3,29	0,78
Працевдатність	> 4	43	14	0,025804	-3,11	0,48
Соціоемоційна підтримка	> 6	52	19	0,019273	-2,61	0,43
Фізичне благополуччя	> 3	72	31	0,017112	-1,90	0,34
Міжособистісна взаємодія	> 3	65	36	0,041969	-0,81	0,06
Духовна реалізація	> 5	12	12	0,037204	1,76	0,07
Сумарні прогностична цінність (ΣДК) та інформативність (ΣMI) маркерів					-34,40	5,84

Примітка: * — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ)

Таблиця 5

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності показника якості життя (вірогідність рецидиву)

Ознака (показник ЯЖ)	Діапазон ознаки	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p)*	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Самореалізація	≤ 4	10	21	0,000008	4,98	0,74
Міжособистісна взаємодія	≤ 3	7	12	0,041969	4,10	0,31
Самообслуговування і незалежність у діях	≤ 3	7	10	0,017112	3,31	0,18
Суспільна і службова підтримка	≤ 4	15	21	0,000267	3,22	0,37
Соціоемоційна підтримка	≤ 6	27	22	0,019273	0,87	0,04
Працевдатність	≤ 4	36	27	0,025804	0,51	0,02
Загальне сприйняття якості життя	≤ 5	45	33	0,005757	0,41	0,01
Психологічне/емоційне благополуччя	≤ 6	59	40	0,000775	0,07	0,00
Фізичне благополуччя	≤ 5	55	36	0,015208	-0,08	0,00
Духовна реалізація	≤ 5	67	29	0,037204	-1,88	0,31
Сумарні прогностична цінність (ΣДК) та інформативність (ΣMI) маркерів					15,53	1,93

Примітка: * — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ)

З критеріїв вірогідності рецидиву найбільшу прогностичну цінність мають показники за шкалами «Самореалізація» ≤ 4 бали (ДК = 4,98; MI = 0,74) та «Міжособистісна взаємодія» ≤ 3 бали (ДК = 4,98; MI = 0,74). Для прогнозу рецидиву з вірогідністю $p \leq 0,05$ необхідні значення чотирьох показників опитувальника «Показник якості життя» — окрім вищевказаних, також прогностичну цінність мають такі показники як «Самообслуговування і незалежність у діях» ≤ 3 бали (ДК = 3,31; MI = 0,37) та «Суспільна і службова підтримка» ≤ 4 бали (ДК = 3,22; MI = 0,04). У сумі прогностичні критерії цих чотирьох показників складають більш ніж 13 одиниць, що необхідно для прогнозу з вірогідністю $p \leq 0,05$.

Прогностичні критерії для компонентів ППА наведено на рис. 2. Компоненти ППА як для вірогідності ремісії, так і рецидиву розподілилися таким чином: ідеаторний компонент (ДК = -3,47 для вірогідності ремісії і ДК = 3,01 для вірогідності рецидиву), афективний (ДК = -2,52 для вірогідності ремісії і ДК = 0,73 для вірогідності рецидиву), поведінковий (ДК = -2,09 для вірогідності ремісії і ДК = 0,47 для вірогідності рецидиву) та вегетативний компонент ППА (ДК = -1,87 та ДК = -0,87 відповідно).

Цілком очевидно, що для вірогідного прогнозу рецидиву діагностична значущість компонентів ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером недостатня, оскільки величина ДК для більшості компонентів менша за одиницю.

Прогностична цінність окремих показників глосарію патологічного потягу до алкоголю за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (1992) наведена в табл. 6, 7. Як прогностичні критерії ремісії, показники глосарію ППА мають сумарно високу прогностичну цінність ($p \leq 0,01$). Окремі найбільш вагомні складові частини — наявність алкогольних сновидінь (ДК = -4,47; MI = 0,42), субдепресивний стан ≤ 1 бал (ДК = -2,60; MI = 0,04), емоційна лабільність ≤ 1 бал (ДК = -2,81; MI = 0,04), ідеаторний компонент у цілому ≤ 2 бали (ДК = -3,47; MI = 0,53). В той же час, як прогностичний фактор рецидиву зловживання алкоголем показник ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером виявився неінформативним. Імовірно, що більшої прогностичної цінності цей показник набуває наприкінці основної протиакогальної терапії (на 3—4-й тиждень від госпіталізації хворого).

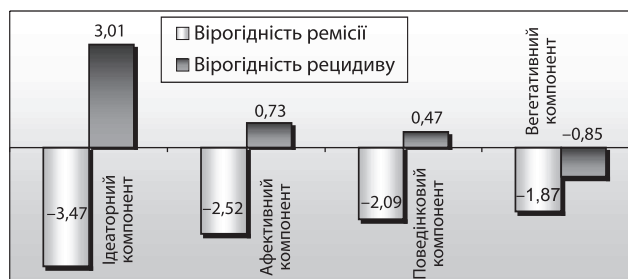


Рис. 2. Прогностичні критерії складових частин ППА за глосарієм Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулера

Таблиця 6

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності показника ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (вірогідність ремісії)

Ознаки ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером	Діапазон ознаки (бал)	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p)*	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Субдепресивний стан	≤ 1	30	11	0,078372	-2,60	0,24
Тривога	≤ 1	29	14	0,153720	-1,40	0,08
Емоційна лабільність	≤ 1	63	22	0,002296	-2,81	0,59
Дисфорія	≤ 1	57	24	0,052624	-2,00	0,29
Афективний компонент в цілому	≤ 7	67	25	0,002992	-2,52	0,52
Алкогольні сновидіння	≤ 0	21	5	0,036596	-4,47	0,42
Мімічні реакції	0,00	32	18	0,144703	-0,74	0,03
Зміна апетиту	≤ 1	58	33	0,127194	-0,69	0,04
Вегетативний компонент в цілому	≤ 3	60	26	0,059945	-1,87	0,27
Відношення до алкоголю	≤ 1	35	14	0,088760	-2,22	0,22
Відношення до хвороби та лікування	≤ 1	56	22	0,028323	-2,30	0,37
Ідеаторний компонент в цілому	≤ 2	40	12	0,012696	-3,47	0,53
Поведінковий компонент	≤ 1	65	37	0,115945	-0,69	0,05
Сумарні прогностична цінність (Σ ДК) та інформативність (Σ MI) маркерів					-27,76	3,63

Примітка: * — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ)

Під час оцінки прогностичної цінності клініко-анамнестичних показників отримано такі дані (табл. 8, 9): сума прогностичних коефіцієнтів для клініко-анамнестичних показників відповідає рівню $p \leq 0,01$ (ДК = -24,40; MI = 3,75). Найбільша прогностична цінність імовірності позитивного результату лікування виявлена для таких показників як тривалість попередніх ремісій більше ніж 6 місяців

(ДК = -6,81; MI = 1,35), темп прогресивності захворювання (ДК = -5,44; MI = 1,13) та вік початку зловживання алкоголем вищий ніж 28 років (ДК = -3,25; MI = 1,13).

В той же час, сума прогностичних коефіцієнтів вірогідності достовірного розвитку рецидиву для клініко-анамнестичних показників виявилася статистично недостовірною (ДК = 4,87. MI = 0,42).

Таблиця 7

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності показника ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (вірогідність рецидиву)

Ознаки ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером	Діапазон ознаки (бал)	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p)*	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Субдепресивний стан	> 1	49	30	0,078372	-0,37	0,01
Тривога	> 1	50	27	0,153720	-0,92	0,06
Емоційна лабільність	> 1	16	19	0,002296	2,51	0,22
Дисфорія	> 1	22	17	0,052624	0,64	0,02
Афективний компонент в цілому	> 7	12	16	0,002992	3,01	0,25
Алкогольні сновидіння	> 0	58	36	0,036596	-0,31	0,01
Мімічні реакції	0,00	47	23	0,144703	-1,34	0,12
Зміна апетиту	> 1	21	8	0,127194	-2,43	0,15
Вегетативний компонент в цілому	> 3	19	15	0,059945	0,73	0,02
Відношення до алкоголю	> 1	44	27	0,088760	-0,36	0,01
Відношення до хвороби та лікування	> 1	23	19	0,028323	0,93	0,04
Ідеаторний компонент в цілому	> 2	39	29	0,012696	0,47	0,01
Поведінковий компонент	> 1	14	4	0,115945	-3,68	0,20
Сумарні прогностична цінність (ΣДК) та інформативність (ΣMI) маркерів					-1,11	1,11

Примітка: * — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ);

Таблиця 8

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності клініко-анамнестичних показників (вірогідність ремісії)

Ознаки (клініко-анамнестичні показники)	Діапазон ознаки	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p) 2)	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Тривалість попередніх ремісій	> 6 міс	36	5	0,000133	-6,81	1,35
Темп прогресивності захворювання	> 5 років	42	8	0,000241	-5,44	1,13
Рік початку алкоголізації	> 28 років	19	6	0,095188	-3,25	0,23
Вік хворого	> 24 років	33	12	0,065609	-2,63	0,27
Спонтанні ремісії	Є	33	12	0,065609	-2,63	0,27
Толерантність	≤ 1 л	73	32	0,020586	-1,82	0,32
Тривалість зловживання алкоголем	≤ 9 років	41	18	0,108747	-1,81	0,18
Сумарні прогностична цінність (ΣДК) та інформативність (ΣMI) маркерів					-24,40	3,75

Примітки: 2) — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ);

Таблиця 9

Прогностичні коефіцієнти та міри інформативності клініко-анамнестичних показників (вірогідність рецидиву)

Ознака (клініко-анамнестичні показники)	Діапазон ознаки	Частоти ознак (осіб)		Достовірність відмінностей частот ознак (p) 2)	Діагностичні коефіцієнти (ДК)	Міри інформативності (MI)
		ремісія	рецидив			
Вік хворого	≤24 років	46	29	0,065609	-0,24	0,00
Рік початку алкоголізації	≤28 років	60	35	0,095188	0,00	0,03
Тривалість зловживання алкоголем	> 9 років	38	23	0,108747	-0,42	0,01
Темп прогресивності захворювання	≤ 5 років	37	33	0,000241	1,26	0,11
Тривалість попередніх ремісій	≤ 6 міс	43	36	0,000133	0,99	0,08
Толерантність	> 1 л	6	9	0,020586	3,52	0,18
Спонтанні ремісії	нема	46	29	0,065609	-0,24	0,00
Сумарні прогностична цінність (ΣДК) та інформативність (ΣMI) маркерів					4,87	0,42

Примітки: 2) — достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ);

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

— методика вивчення якості життя є досить інформативним критерієм прогнозу терапії алкогольної залежності; її інформативність вище ніж інформативність глосарію патологічного потягу за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером та клініко-анамнестичних показників;

— за даною методикою можна зробити вірогідний прогноз результатів терапії незалежно від виду підтримуючої терапії або навіть її відсутності;

— з методів дослідження, які були використані, тільки показник якості життя має самодостатню прогностичну цінність як предиктор рецидиву (сумарна прогностична цінність (ΣDK) = 15,53 ($p \leq 0,05$);

— із складових частин опитувальника «Показник якості життя» найбільшу прогностичну цінність як критерій вірогідності ремісії мають значення шкали «Самообслуговування і незалежність у діях» та «Психологічне/емоційне благополуччя»; за двома цими показниками можна зробити прогноз з вірогідністю $p \leq 0,05$;

— з критеріїв вірогідності рецидиву найбільшу прогностичну цінність мають показники за шкалами «Самореалізація» ≤ 4 бали ($DK = 4,98$; $MI = 0,74$) та «Міжособистісна взаємодія» ≤ 3 бали ($DK = 4,10$; $MI = 0,31$);

— для прогнозу рецидиву з вірогідністю $p \leq 0,05$ необхідні значення чотирьох показників опитувальника «Показник якості життя»;

— якщо показники якості життя або інші дані свідчать про високу імовірність рецидиву на протязі 24 тижнів після проведення лікування, дуже можливо, що згадані у дослідженні методи підтримуючої протирецидивної терапії не дадуть очікуваного ефекту, отже більш доцільним буде проведення протирецидивної терапії за допомогою алкогольсенсibiliзуючих засобів, в тому числі, пролонгованої дії.

Список літератури

1. Минко А. И., Линский И. В. Качество жизни, аффективный статус и приверженность терапии на протяжении первого месяца антиалкогольного лечения // Вісник психіатрії та психофармакології. — № 1 (9), 2006. — С. 123—125.
2. Минко А. И. Прогнозирование эффективности лечения больных алкоголизмом // Международный медицинский журнал. — 1998. — № 3. — С. 104—105.
3. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Изд-во Триада-Х, 2002. — 232 с.
4. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: довідник. — Перекл. з англ. С. І. Міхняка, І. Й. Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
5. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds». — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999, — P. 427—428.
6. Марута Н. А. и др. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак, Е. Е. Семькина, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленская / Под общ ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.
7. Чередниченко Н. В., Альтшуллер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю

у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992, № 3—4. — С. 15—17.

8. Лекции по наркологии: Изд-е второе, переработанное и расширенное / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.

9. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

10. Артемчук А. П., Артемчук О. А. Зовський В. М., Купрієнко І. Ф. Науковий твір «Спосіб раннього прогнозу та діагностики алкогольної залежності за допомогою спеціальних комплексних таблиць». Свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір № 10970, UA, 10.09.2004.

11. Корошніченко Д. М., Лінський І. В. Диференціальна діагностика залежності від героїну і залежності від метадону // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — № 1 (21), 2009. — С. 56—64.

12. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика рецидивов. Наркология. — № 2, 2003. — С. 43—47.

13. Бараненко О. В. Параметры качества жизни у осіб з алкогольною залежністю після ліквідації проявів синдрому відміни та на етапі становлення ремісії. Український вісник психоневрології. — Т. 14, вип. 2 (47). — 2006. — С. 33—36.

Надійшла до редакції 19.03.2009 р.

А. В. Бараненко

Параметры качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя, как прогностический критерий результата терапии

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Несмотря на большое количество исследований, проблема прогноза результатов терапии при алкогольной зависимости остается актуальной. В статье рассматриваются возможности применения показателя качества жизни как прогностического критерия ремиссии или рецидива. Обследовано 120 человек с синдромом алкогольной зависимости, получавших поддерживающее лечение различными препаратами (налтрексон или милдронат), либо же не получавших противорецидивной терапии. Установлено, что показатель качества жизни является достаточно ценным прогностическим критерием вне зависимости от проводимой противорецидивной терапии. В случае если результаты исследований свидетельствуют о высокой вероятности рецидива, рекомендуется использовать терапию, основанную на алкогольсенсibiliзующих средствах.

О. В. Бараненко

Parameters of quality of life at alcohol dependent persons, as a therapy outcome predictors

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

In spite of a plenty of researches, the issue of outcome prognosis of alcohol dependence therapy remains actual. In the article the possibilities of application of index of quality of life as a predictor of relapse are considered. 120 persons with the alcohol dependence syndrome have take part in research; some of them have got anti-relapse treatment by mean of different medications (naltrexon or mildronat). It was established, that the index of quality of life is a reliable predictor of therapy outcome indifferently in relation to prescribed therapy. In case if the obtained data are indicating a high probability of relapse, it is recommended to use the therapy based on alcohol aversive pharmacological agents, such as disulfiram.