

І. О. Шараневич, заочний аспірант відділу профілактики та лікування алкоголізму
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПОВНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМИСІЇ В ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Проблема алкогольної залежності залишається однією з актуальніших медико-соціальних проблем як в Україні, так і в більшості країн світу не тільки у зв'язку з розповсюдженням майже у 10 % населення та недостатньою ефективністю терапії (близько 60 % осіб поновлюють алкоголізацію в перші ж 6 місяців після лікування) [1—3], а й у зв'язку з численними медико-соціальними наслідками [4—5].

На жаль, сучасні знання про механізми формування алкогольної залежності досить фрагментарні і це не дозволяє розробити достатньо ефективні методи лікування. В силу цих причин алкогольна залежність має перебіг як хронічне захворювання з високим ризиком рецидиву. У зв'язку з цим, відповідно до положень ВООЗ та ООН, оптимальним підходом до лікування таких пацієнтів є безперервне амбулаторне спостереження, яке в змозі забезпечити пацієнта додержуватись режиму підтримуючого лікування і таким чином мінімізувати ризики рецидиву [6—8], що, враховуючи низький рівень комплаєнтності осіб, які залежать від алкоголю, не є простим завданням.

У той же час відмічається зростання інтересу до медикаментозної терапії алкогольної залежності [7—10], що обумовлено цілою низкою обставин. По-перше, останні досягнення в галузі нейробіології дозволили визначити провідні нейромедіаторні системи, які відповідають за початок вживання алкоголю і підтримання певного його рівня; встановлено також, що фармакологічна зміна цих нейротрансмітерів або відповідних рецепторів може модифікувати прояви залежності [9—10]. По-друге, нові лікарські засоби, які сприяють скороченню вживання алкоголю у тварин, можуть також приводити до аналогічних результатів і у людей [11]. І, нарешті, по-третє, розроблення препаратів для лікування інших адиктивних розладів, таких як нікотинова або опіоїдна залежність, припускає можливість створення та/або використання цих препаратів для лікування і алкогольної залежності [9]. Можливо, саме це обумовлює інтенсивні пошуки нових підходів до лікування алкогольної залежності, заснованих на використанні різних фармакологічних засобів [7, 10, 11], в тому числі препаратів сенсibiliзуючої пролонгованої дії [12—14]. У той же час підкреслюється необхідність сполучення фармакотерапії з психотерапією [15].

Вищезазначений аналіз дозволив сформулювати робочу гіпотезу дослідження: тривала підтримуюча терапія ін'єкційним пролонгом сенсibiliзуючої дії в змозі забезпечити поліпшення психоемоційного стану, підвищення рівня комплаєнтності та якості життя осіб, залежних від алкоголю, яке є достатнім для формування повної терапевтичної ремісії.

У зв'язку з цим метою дослідження було виявити біологічні, психологічні та соціальні фактори, які сприяють формуванню повної терапевтичної ремісії у осіб, які залежать від алкоголю, в умовах підтримуючого лікування пролонгом дисульфіраму.

Методи дослідження включали клініко-психопатологічний, вивчення важкості алкогольної залежності за

допомогою опитувальника SADQ-C (Stockwell, 1994) [5], вивчення якості життя за методикою Mezzich (1999) [16], катamnестичний, статистичний.

Для реалізації поставленої мети обстежено в динаміці та проліковано 100 чоловіків з діагнозом синдром залежності від алкоголю. Основна симптоматика залежності в обстежених включала наявність патологічного потягу до алкоголю з втратою кількісного контролю, прояви синдрому відміни в умовах повної відсутності або значного зменшення кількості спожитого етанолу, високу толерантність, ознаки анозогнозії, втрату альтернативних алкогольним інтересів.

Лікування проводилось в амбулаторних умовах за стандартною схемою, відповідно до «Нормативів надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «наркологія» (Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р.), але завершувалось, за згодою пацієнта, сенсibiliзуючим лікуванням, а саме внутрішньом'язовим введенням 2 мл пролонгу дисульфіраму — тетлонгу-250 [13, 14].

За результатами катamnестичного спостереження протягом 6 місяців (термін досягнення повної ремісії за МКХ-10) пацієнти були поділені на дві групи. Першу склали 67 осіб, які після 6 місяців спостереження продовжували перебувати в стані терапевтичної ремісії. У другу групу увійшли 33 пацієнта, у яких мав місце рецидив та поновлення алкоголізації. Пацієнти обох груп не відрізнялись ні за віком (середній вік пацієнтів першої групи склав $40,97 \pm 0,99$ років, проти $40,00 \pm 1,40$ років у другій, $t = -0,56$, $p > 0,05$), ні за давністю хронічної алкоголізації ($8,64 \pm 0,26$ років, проти $9,82 \pm 0,67$, $t = 1,78$, $p > 0,05$). У той же час у пацієнтів першої групи достовірно рідше спостерігалась обтяжена алкоголізмом спадковість ($0,87 \pm 0,12$, проти $1,48 \pm 0,15$, $t = 3,2$, $p < 0,01$) (рис. 1).

Під час проведення оцінки ступеня важкості алкогольної залежності за допомогою міжнародного підходу з використанням опитувальника SADQ-C, встановлено,

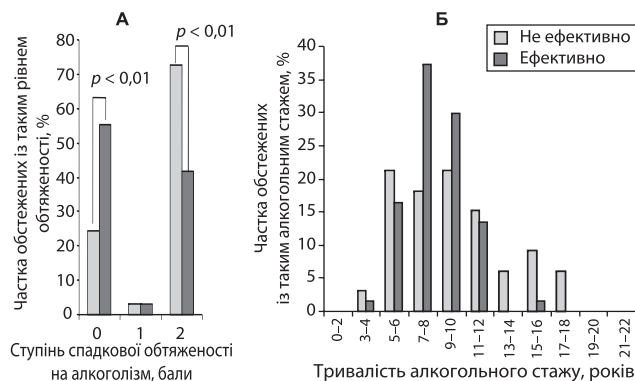


Рис. 1. Розподіл хворих, у яких лікування було неефективним, і хворих, у яких лікування було ефективним, за ступенем спадкової обтяженості на алкоголізм (А) і за тривалістю алкогольного стажу (Б)

що вираженість основних проявів залежності в обстежених обох груп була схожою без достовірної різниці (запитання № 13 — толерантність до 0,25—0,3 л міцних напоїв ($t = 1,55, p > 0,05$), № 14 — толерантність до 0,5 л міцних напоїв ($t = 0,6, p > 0,05$), № 15 — толерантність до 1,0 л міцних напоїв ($t = 0,22, p > 0,05$), № 16 — толерантність до 2 л міцних напоїв ($t = -0,23, p > 0,05$), № 6 — боязливність спілкування ($t = 1,82, p > 0,05$), суб'єктивна оцінка їмовірного похмілля: № 17 — слинотеча ($t = 1,83, p > 0,05$), № 18 — тремор кінцівок ($t = 1,1, p > 0,05$), № 19 — тремор тіла ($t = 1,83, p > 0,05$), № 20 — потяг до алкоголю ($t = 1,45, p > 0,05$). У той же час симптоматика наявного стану відміни у пацієнтів першої групи була достовірно нижчою, ніж у пацієнтів другої групи за такими проявами як № 1 — легкий гіпергідроз ($t = 2,72, p < 0,05$), № 2 — тремор кінцівок ($t = 2,27, p < 0,05$), № 3 — загальний тремор ($t = 3,41, p < 0,01$), № 4 — виражений гіпергідроз ($t = 2,70, p < 0,05$), № 5 — жах ($t = 2,25, p < 0,05$), № 7 — відчай ($t = 2,48, p < 0,05$), № 8 — переляк ($t = 2,24, p < 0,05$), а також № 9 — обов'язкове ранкове вживання однієї дози алкоголю ($t = 2,12, p < 0,05$), № 10 — обов'язкове ранкове вживання декількох доз ($t = 2,71, p < 0,05$), № 11 — вживання декількох доз алкоголю для зняття насамперед тремору ($t = 2,48, p < 0,05$), або № 12 — просто нездоланий потяг до алкоголю вранці після попереднього його вживання ($t = 2,09, p < 0,05$). Ці відміни дозволяють стверджувати, що ступінь важкості алкогольної залежності в цілому та синдрому відміни зокрема у пацієнтів з позитивним результатом лікування був нижчим, ніж у осіб з рецидивом алкоголізації (рис. 2).

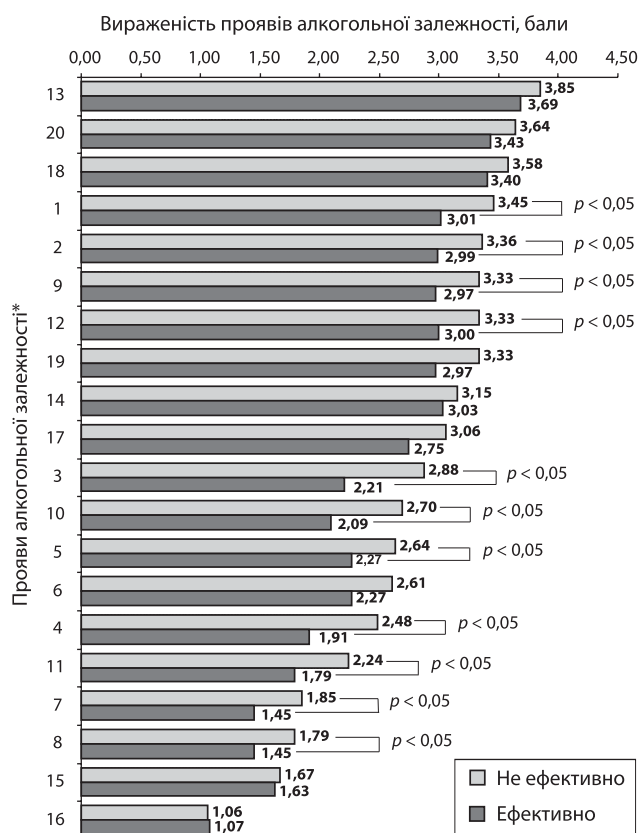


Рис. 2. Виразність різних проявів алкогольної залежності на момент початку терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Відповідно до вимог доказової медицини, для алкогольної залежності, як і для інших розладів не гострого характеру (окрім синдрому відміни з делірієм та/або з судомами), основним критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних заходів є показник якості життя. Нами проведено порівняння пацієнтів обох груп стосовно оцінки ними якості свого життя в динаміці.

Оцінка обстеженими якості життя до лікування показала відсутність достовірних розбіжностей стосовно таких характеристик як фізичне та психологічне благополуччя, самообслуговування та працездатність, тобто того, що можна віднести до психосоматоневрологічних ознак наслідків хронічної алкоголізації.

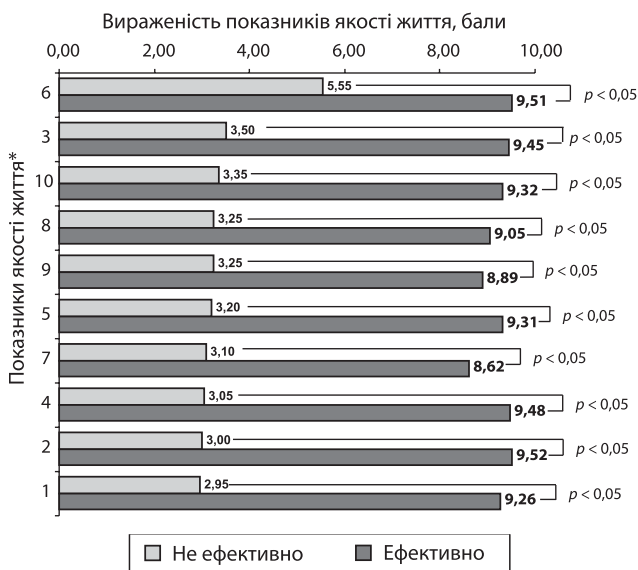
У той же час достовірні різниці відмічалися за такими показниками як міжособиста взаємодія ($t = -3,23, p < 0,01$), соціоемоційна підтримка ($t = -4,21, p < 0,01$), громадська та службова підтримка ($t = -5,27, p < 0,01$), самореалізація ($t = -2,42, p < 0,05$), духовна реалізація ($t = 2,09, p < 0,05$), загальне сприйняття якості життя ($t = -4,00, p < 0,01$), тобто характеристик, які насамперед стосуються загальної адаптації індивіда у сім'ї та суспільстві (рис. 3).



Умовні позначення: 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне благополуччя; 3 — самообслуговування та незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособиста взаємодія; 6 — соціоемоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя

Рис. 3. Показники якості життя на момент початку терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Порівняння показника якості життя після лікування у пацієнтів з групи з повною ремісією показало достовірну позитивну динаміку за всіма складовими на відміну від пацієнтів, які поновили алкоголізацію ($t = -15,34, p < 0,001$). Постійне динамічне спостереження за цими пацієнтами дозволяє стверджувати, що такий низький рівень самооцінки якості життя пацієнтами, у яких відмічався рецидив, сприяв скорішому прийняттю рішення про необхідність повторного звертання по допомогу до нарколога (рис. 4).



Умовні позначення: * — 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне благополуччя; 3 — самообслуговування та незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособиста взаємодія; 6 — соціоемоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя.

Рис. 4. Показники якості життя на момент завершення терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Таким чином, проведене дослідження дозволяє стверджувати, що позитивний результат при лікуванні осіб з алкогольною залежністю за допомогою ін'єкційного пролонгу дисульфіраму — тетлонгу-250, тобто формування повної ремісії можливо очікувати у випадках відсутності обтяженої алкоголізмом спадковості, нетяжких проявах алкогольної залежності і синдрому відміни алкоголю та наявності достатньої психосоціальної адаптації людини, що суб'єктивно оцінюється як покращання якості життя.

Крім того, результати цього дослідження привертають увагу до першочергових чинників рецидиву, ігнорування або неврахування вираженості яких зводять нанівець усі терапевтичні та реабілітаційні заходи.

И. А. Шараневич

Факторы формирования полной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью

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

В статье представлена биопсихосоциальная характеристика пациентов двух групп: тех у которых удалось достичь полной терапевтической ремиссии и тех, кто возобновил алкоголизацию после сенсibiliзирующего лечения пролонгом дисульфирама — тетлонгом-250. У пациентов первой группы установлены факторы формирования полной терапевтической ремиссии. Показано, что эти пациенты достоверно отличались отсутствием наследственной отягощенности алкоголизмом отца или матери, менее выраженной степенью алкогольной зависимости и синдрома отмены, а также наличием позитивной динамики показателя качества жизни после проведенного лечения. Также подчеркивается, что знание и коррекция динамических факторов рецидива позволят минимизировать вероятность его возникновения.

Список литературы

1. Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435с.
2. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 2. — 504 с.
3. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В. и соавт. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология. — 2002, № 9. — С. 2—9.
4. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Аналітичний огляд, вип. IV. — X., 2007. — 52 с.
5. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: ЭКСМО, 2004. — 736 с.
6. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями // Наркология. — 2006, № 1. — С. 56—59.
7. Robert M. Swift. Лекарственная терапия алкогольной зависимости // Обзор современной психиатрии. — 2001, вып. 3(11). — С. 61—70.
8. Ерышев О. Ф., Аркадьев В. В., Эбонг К. Современные тенденции фармакотерапии больных с алкогольной зависимостью. Обзор. Соощ. 2 // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003, № 5, № 6. — С. 254—256.
9. Синклайр Дж. Д., Салимов Р. М. Новый эффективный способ лечения пристрастия к алкоголю: угашение с помощью антагонистов опиатных рецепторов // Наркология. — 2002, № 5. — С. 37—40.
10. Крупицкий Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссии и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежное исследование // Вопросы наркологии. — 2003, № 1. — С. 51—60.
11. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. И. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
12. Патент Украины № 5533 от 28.12.94. «Способ получения инъекционной формы дисульфирама».
13. Собетов Б. Г., Фильц О. О., Лінський І. В. та ін. Протицидивна терапія алкогольної залежності ін'єкційним пролонгом дисульфіраму «Тетлонг-250»: Метод. рекомендації. — К., 2006. — 24 с.
14. Шараневич И. А. Лечение алкогольной зависимости аверсивными препаратами. У зб.: Довженківські читання: Сучасний погляд на лікування станів залежності та патології потягів: Матер. 8-ї Укр. наук.-практ. конф. — X., 2007. — С.228—234.
15. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу, 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912 с.
16. Mezzych Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Igbal 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.

Надійшла до редакції 19.02.2008 р.

I. A. Sharanevich

Factors of formation of full therapeutic remission in alcohol-dependent persons

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

The biopsychosocial characteristic of patients which belong to two different groups is submitted in article. First group is presented by patients who achieved full therapeutic remission and second group is presented by patients which renewed alcoholization after treatment with long-acting form of disulfiram — Tetlong-250. In patients of first group the factors of formation of full therapeutic remission are established. It is shown, that these patients statistically valid differed from patients of second group by absence of hereditary inclination to alcoholism among nearest relatives (father or mother); less expressed degree of alcohol dependence and withdrawal syndrome; and also presence of positive dynamics of parameter of quality of life after the carried out treatment. Also it is emphasized, that the knowledge and correction of dynamic factors of relapse will allow minimizing probability of its occurrence.