

8. Smith, T. W. Sudden cardiac death: epidemiologic and financial worldwide perspective / T. W. Smith, M. E. Cain // *Journal Interv. Card. Electrophysiology*. — 2006. — Vol. 17. — P. 199–203.
9. Verrier, R. L. Heart Rate, Autonomic Markers, and Cardiac Mortality / R. L. Verrier, A. Tan // *Heart Rhythm*. — 2009. — Vol. 6, Suppl.11 — P. 68–75.
10. Sabir, I. N. Risk stratification for sudden cardiac death / I. N. Sabir, J. A. Usher-Smith, C. L. Huang // *Progress in Biophysics and Molecular Biology*. — 2008. — Vol. 98. — P. 340–346.
11. Прогнозирование и профилактика внезапной кардиальной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда / С. А. Болдуева [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2008. — № 7 (3). — С. 56–62.
12. Макаров, Л. М. Особенности использования анализа вариабельности ритма сердца у больных с болезнями сердца / Л. М. Макаров // *Физиология человека*. — 2002. — Т. 28, № 3. — С. 65–68.
13. Чазова, Е. И. Руководство по нарушениям ритма сердца / Е. И. Чазова, С. П. Голицына; под ред. Е. И. Чазова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 416 с.
14. Национальные российские рекомендации по применению методики Холтеровского мониторирования в клинической практике / Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: В. Н. Комолятова [и др.]; председатель: проф. Л. М. Макаров // *Российский кардиологический журнал*. — 2014. — № 2 (106). — С. 6–71.
15. Albert, C. M. Prediction of Sudden Cardiac Death in Patients with Coronary Heart Disease: The Challenge Ahead / C. M. Albert // *Circulation Cardiovascular Imaging*. — 2008. — Vol. 1. — P. 175–177.
16. Соколов, С. Ф. Клиническое значение оценки вариабельности сердечного ритма / С. Ф. Соколов, Т. А. Малкина // *Сердце*. — 2002. — № 2. — С. 72–75.
17. Хаспекова, Н. Б. Диагностическая информативность мониторирования вариабельности ритма сердца / Н. Б. Хаспекова // *Вестник аритмологии*. — 2003. — № 32. — С. 15–27.
18. Турбулентность сердечного ритма в оценке риска внезапной сердечной смерти / Е. В. Шляхто [и др.] // *Вестник аритмологии*. — 2004. — № 38. — С. 49–55.
19. Heart Rate Turbulence: Standards of Measurement, Physiological Interpretation, and Clinical Use. International Society for Holter and Noninvasive Electrophysiology Consensus / A. Bauer [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2008. — № 52 (17). — P.1353–1365.
20. Watanabe, M. A. Heart Rate Turbulence: a Review / M. A. Watanabe // *Indian Pacing Electrophysiology. J.* — 2003. — Vol. 3. — P. 10–22.
21. Солнышков, С. К. Турбулентность сердечного ритма / С. К. Солнышков // *Вестник Ивановской медицинской академии*. — 2007. — Т. 12, № 1–2. — С. 71–77.
22. Комолятова, В. Н. Турбулентность ритма сердца — новый метод стратификации риска внезапной сердечной смерти: материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы функциональной диагностики» / В. Н. Комолятова, Л. М. Макаров // *Функциональная диагностика*. — 2010. — № 3. — С. 23–24.
23. Deceleration capacity of heart rate as a predictor of mortality after myocardial infarction: cohort study / A. Bauer [et al.] // *Lancet*. — 2006. — Vol. 367. — P. 1674–1681.
24. T-wave alternans predicts mortality in a population undergoing a clinically in dicated exercise test / T. Nieminen [et al.] // *Eur Heart J*. — 2007. — Vol. 28. — P. 2332–2337.
25. Ambulatory ECG-based T-wave alternans predicts sudden cardiac death in high-risk post-MI patients with left ventricular dysfunction in the EPHEBUS study / P. K. Stein [et al.] // *J. Cardiovasc Electrophysiol.* — 2008. — Vol. 19. — P. 1037–1042.
26. Алейникова, Т. В. Возможности Холтеровского мониторирования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) / Т. В. Алейникова, И. И. Мистюкевич // *Проблемы здоровья и экологии* — 2014. — № 1 (39). — С.14–20.
27. Трешкур, Т. В. Альтернатива зубца Т: Способна ли предсказывать непредсказуемое? / Т. В. Трешкур, А. А. Татаринова, Е. В. Пармон // *Вестник аритмологии*. — 2009. — № 58. — С. 42–51.
28. Окишева, Е. А. Оценка информативности новых неинвазивных методов стратификации риска внезапной сердечной смерти (турбулентность сердечного ритма и альтернатива зубца Т) у больных, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.05 / Е. А. Окишева. — М., 2011. — 24 с.
29. Попов, В. В. Турбулентность сердечного ритма и альтернатива Т-волны — новые ЭКГ-маркеры электрической нестабильности миокарда у больных ИБС / В. В. Попов // *Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и научно-практический журнал*. — Тула, 2006. — Т. 13, № 3. — С. 77–80.
30. DiMarco, J. P. Use of ambulatory electrocardiographic (Holter) monitoring / J. P. DiMarco, J. T. Philbrick // *Ann Intern Med.* — 1990. — № 113. — P. 53–68.
31. Фракция выброса и другие предикторы внезапной кардиальной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда / С. А. Болдуева [и др.] // *Сердечная недостаточность*. — 2008. — № 9 (3). — С.111–117.
32. Клинико-психологические факторы, влияющие на риск внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда / С. А. Болдуева [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2007. — № 7. — С. 59–66.
33. Бокерия, Л. А. Сердечная недостаточность и внезапная сердечная смерть / Л. А. Бокерия, О. Л. Бокерия, Л. Н. Киртбая // *Анналы аритмологии*. — 2009. — № 4. — С. 7–20.
34. The MIAMI Trial Research Group: Metoprolol in Acute Myocardial Infarction (MIAMI): a randomized placebo-controlled international trial // *Eur Heart J*. — 1985. — Vol. 6. — P. 199–226.
35. Ардашев, А. В. Постоянная электрокардиостимуляция и дефибриляция в клинической практике / А. В. Ардашев, А. О. Джанджава, Е. Г. Желяков. — М.: Медпрактика, 2007. — 224 с.
36. Prophylactic use of an implantable cardioverter defibrillator after acute myocardial infarction. DINAMIT Investigators / S. H. Hohnloser [et al.] // *N Engl J Med*. — 2004. — Vol. 351, Suppl. 24. — P. 2481–2488.
37. Maron, B. J. Risk stratification and role of implantable defibrillators for prevention of sudden death in patients with hypertrophic cardiomyopathy / B. J. Maron // *Circ J*. 2010. — Vol. 74. — P. 2271–2282.
38. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебно-методическое пособие для студентов лечебного, медико-диагностического факультетов и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран / И. И. Мистюкевич [et al.] // Гомель: ГомГМУ, 2014. — 88 с.
39. Preventing tomorrow's sudden cardiac death today: dissemination of effective therapies for sudden cardiac death prevention / S. M. Al-Khatib [et al.] // *American Heart Journal*. — 2008. — Vol. 156. — P. 613–622.

Поступила 02.03.2015

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.89-008.441.13-08-036.87-036.66 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПЕРЕД СРЫВОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

И. М. Сквир¹, И. К. Сосин²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Харьковская медицинская академия последиplomного образования, Украина

Цель: разработать новые способы оказания помощи лицам с зависимостью от алкоголя (АЗ).

Материалы и методы. С помощью стандартизованного опросника проведено сравнительное исследование рецидивоопасных клинических факторов (раздражительность и другие) у 319 пациентов с АЗ (F 10.202).

Результаты. Установлено, что у лиц с АЗ перед срывом терапевтической ремиссии проявления рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС), кроме признаков влечения к алкоголю ($p < 0,05$), не зависят от длительности воздержания от употребления алкоголя ($p > 0,05$).

Заключение. Пациентов с алкогольной зависимостью в ситуациях угрозы срыва терапевтической ремиссии, независимо от ее длительности, необходимо считать по генерализованному фактору РОКС однородной группой, требующей дифференцированного индивидуального и личностного подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, рецидивоопасные клинические ситуации, срыв ремиссии.

THE COMPARATIVE DESCRIPTION OF CLINICAL RELAPSE-DANGEROUS SITUATIONS IN ALCOHOL-DEPENDENT INDIVIDUALS BEFORE THE FAILURE OF THERAPEUTIC REMISSION OF DIFFERENT DURATION

I. M. Skvira¹, I. K. Sosin²

¹Gomel State Medical University

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Objective: to develop new methods of helping persons suffering from alcohol dependence (AD).

Material and methods. Using a standardized questionnaire we have conducted a comparative study of relapse-dangerous clinical situations (irritability and others) in 319 patients with AD (F 10.202).

Results. It has been found that before the failure of therapeutic remission manifestations of relapse-dangerous clinical situations (RDCC) in patients with AD, in addition to signs of craving for alcohol ($p < 0.05$), do not depend on the duration of abstinence from alcohol consumption ($p > 0.05$).

Conclusion. Patients with alcohol dependence in situations which may lead to the failure of therapeutic remission regardless of its duration using the factor for generalized RBCN should be considered as a homogeneous group, which requires differentiated individual and personal approach to the treatment and diagnostic measures.

Key words: alcohol dependence, relapse-dangerous clinical situations, failure of therapeutic remission.

Введение

Проблема лечения алкогольной зависимости (АЗ) остается чрезвычайно актуальной, прежде всего из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие срывов и рецидивов, происходящих в процессе формирования ремиссии [1, 2, 3]. Особенно огорчительными для всех участников терапевтического процесса являются так называемые «неожиданные» срывы, происходящие на фоне, казалось бы, полного благополучия, без явных клинических предвестников.

Многие авторы в причинах таких срывов ремиссии усматривают субклинические (аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства) факторы, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПВА) и рецидивом АЗ [3, 4, 5]. Ранее эти состояния нами были рубрифицированы, определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) и установлена их клиническая и прогностическая значимость, как факторов дестабилизации ремиссии и угрозы рецидива [6]. Остаются неизученными сравнительные особенности проявления клинических рецидивоопасных факторов у пациентов с АЗ перед срывами терапевтических ремиссий, происходящими на различных этапах ее формирования.

Цель исследования

Разработать новые способы оказания помощи лицам с зависимостью от алкоголя в соответствии с «Планом по реализации Концеп-

ции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», утвержденным Приказом МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года [7].

Материал и методы

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» были обследованы 319 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст пациентов $39,04 \pm 8,20$ года) с АЗ (шифр F 10.200–202 по МКБ-10 [8]). Это были пациенты, у которых после периода абсолютной трезвости длительностью более одного месяца и при отсутствии явных клинических признаков активности АЗ происходил срыв терапевтической ремиссии и рецидив заболевания, после которого они были углубленно исследованы. Из исследования были исключены лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с эндогенными психическими заболеваниями (F 20–39 по МКБ-10 [8]), а также пациенты в период острых и (или) обострения хронических соматических заболеваний.

Пациенты были разделены на три подгруппы сравнения. I подгруппа состояла из 156 человек, находившихся на этапе становления ремиссии (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). II подгруппа ($n = 74$) находилась на этапе стабилизации ремиссии (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя). III подгруппу ($n = 89$) составили лица, нахо-

дившиеся на этапе установившейся ремиссии с воздержанием от употребления алкоголя от 13 до 96 месяцев, медиана (Me) — 26 месяцев; нижняя квартиль (Q25) — 18 месяцев; верхняя квартиль (Q75) — 34 месяца.

В ходе выполнения научной работы применены анамнестический, психопатологический, экспериментально-психологический и лабораторный методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с АЗ в ремиссии была использована разработанная нами «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [6].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , коэффициента ранговой корреляции Спирмена R_s , достоверности отличия по критериям Стью-

дента и χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel», 2010 и «Statistica», 6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала — Уоллиса. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты и обсуждения

Данные о частоте встречаемости РОКС у пациентов трех подгрупп представлены в таблице 1.

Перед срывом терапевтической ремиссии клинические РОКС встречались примерно с одинаковой частотой, независимо от длительности воздержания от употребления алкоголя (таблица 1, $p > 0,05$).

Показатели степени выраженности (в баллах) РОКС в трех подгруппах представлены в таблице 2.

Таблица 1 — Частота рецидивоопасных клинических факторов у пациентов трех подгрупп перед срывом терапевтической ремиссии

Рецидивоопасные клинические состояния	I подгруппа, n = 80		II подгруппа, n = 74		III подгруппа, n = 89	
	n	%	n	%	n	%
1. Раздражительность	45	56,25	37	50,0	43	48,31
2. Плохое настроение	43	53,75	26	35,14	33	37,08
3. Астения	34	42,50	30	40,54	30	33,71
4. Алгии	26	32,50	26	35,14	18	20,22
5. Алкогольные сновидения	22	27,50	14	18,92	14	15,73
6. Увеличение потребления кофе и (или) чая	20	25,0	22	29,73	17	19,10
7. Алкогольные навязчивости	20	25,0	18	24,32**	7	7,87***
8. Тяга к алкоголю	19	23,75	33	44,59**	16	17,98
9. Тревога	18	22,50	22	29,73	26	29,21
10. Плохое самочувствие	18	22,50	19	25,68	29	32,58
11. Учащение курения	15	18,75	16	21,63	14	15,73
12. Бессонница	13	16,25	12	16,22	16	17,98
13. Псевдоабстинентный синдром	6	7,50	2	2,70	6	6,74
14. Гипоманиакальный синдром	5	6,25	3	4,05	3	3,37
15. Индуцированное опьянение	4	5,0	2	2,70	5	5,62

Примечание. Статистические различия ($p < 0,05$) групп: * — I–II; ** — II–III; *** — I–III

Таблица 2 — Средняя выраженность рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех подгрупп перед срывом терапевтической ремиссии

Рецидивоопасные клинические состояния	I подгруппа, n = 80	II подгруппа, n = 34	III подгруппа, n = 27
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
1. Алгии	0,41 ± 0,69	0,56 ± 0,86	0,19 ± 0,48
2. Плохое самочувствие	0,38 ± 0,79	0,38 ± 0,74	0,56 ± 0,89
3. Раздражительность	0,93 ± 1,0	0,74 ± 0,90	0,74 ± 0,86
4. Астения	0,59 ± 0,8	0,62 ± 0,82	0,56 ± 0,89
5. Бессонница	0,20 ± 0,51	0,32 ± 0,58	0,44 ± 1,01
6. Плохое настроение	0,84 ± 1,0	0,74 ± 0,86	0,74 ± 1,07
7. Гипоманиакальное состояние	0,10 ± 0,41	0,10 ± 0,41	0,10 ± 0,35
8. Индуцированное опьянение	0,06 ± 0,3	0,15 ± 0,44	0,14 ± 0,37
9. Алкогольные навязчивости	0,36 ± 0,70	0,36 ± 0,70	0,11 ± 0,42
10. Алкогольные сновидения	0,30 ± 0,54	0,29 ± 0,43	0,14 ± 0,36
11. Псевдоабстинентный синдром	0,08 ± 0,27	0,12 ± 0,39	0,12 ± 0,39
12. Учащение курения	0,30 ± 0,70	0,22 ± 0,58	0,22 ± 0,58
13. Увеличение потребления кофе и (или) чая	0,43 ± 0,81	0,30 ± 0,72	0,30 ± 0,72
14. Тревога	0,30 ± 0,60	0,59 ± 1,08	0,59 ± 1,08
15. Тяга к алкоголю	0,31 ± 0,63	0,21 ± 0,41	0,25 ± 0,59
Сумма баллов	5,59 ± 4,45	5,70 ± 3,76	5,20 ± 4,43

Примечание. Статистические различия ($p < 0,05$) групп: * — I–II; ** — II–III; *** — I–III

По выраженности РОКС, как и по частоте не было выявлено статистически значимых межгрупповых отличий как по отдельным признакам, так и по их сумме (таблица 2, $p > 0,05$).

Далее был проведен градуированный анализ и установлена идентичность подгрупп сравнения по выраженности хотя бы одного из неспецифических РОКС («плохое самочувствие», «раздражительность», «астения», «плохое настроение» и «тревога») (рисунок 1, $p > 0,05$).

Количество пациентов с наличием специфических признаков ПВА («индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алко-

гольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром» и «тяга к алкоголю») оказалось сопоставимым среди пациентов первых двух подгрупп и статистически значимо меньшим в сравнении с ними в III подгруппе (рисунок 2, $p < 0,05$).

Так, на этапе становления ремиссии хотя бы один из пяти вышеотмеченных признаков ПВА наблюдался у 44 (55 %) из 80 пациентов, на этапе стабилизации ремиссии — у 22 (64,71 %) из 34 пациентов, а на этапе установившейся ремиссии признаки ПВА наблюдались только у 7 (25,93 %) из 27 пациентов (рисунок 2, $p < 0,01$).

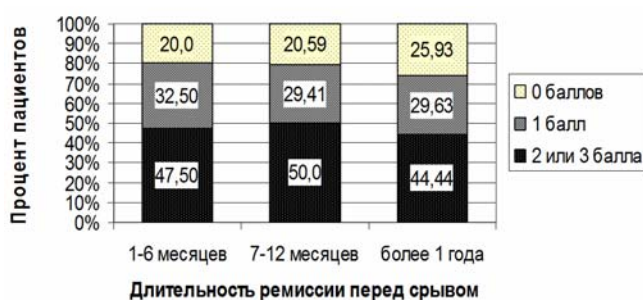


Рисунок 1 — Распределение по градации выраженности неспецифических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп



Рисунок 2 — Распределение по градации выраженности специфических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Далее в трех подгруппах сравнения был вычислен коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

В I подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «раздражительность» ($R_s = 0,72$), «индуцированное опьянение» ($R_s = 0,62$), «учащение курения» ($R_s = 0,54$), «тревога» ($R_s = 0,53$), «плохое настроение» ($R_s = 0,52$) и «тяга к алкоголю» ($R_s = 0,47$).

Во II подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «тревога» ($R_s = 0,62$; $p < 0,05$), «плохое самочувствие» ($R_s = 0,61$; $p < 0,05$), «увеличение потребления кофе и (или) чая» ($R_s = 0,60$; $p < 0,05$), «бессонница» ($R_s = 0,59$; $p < 0,05$), «алгии» ($R_s = 0,57$; $p < 0,05$) и «плохое настроение» ($R_s = 0,50$; $p < 0,05$).

В III подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «плохое настроение» ($R_s = 0,80$; $p < 0,01$) «плохое само-

чувствие» ($R_s = 0,76$; $p < 0,05$), «бессонница» ($R_s = 0,71$; $p < 0,05$), «тревога» ($R_s = 0,69$; $p < 0,05$), «раздражительность» ($R_s = 0,46$; $p < 0,05$) и «тяга к алкоголю» ($R_s = 0,46$; $p < 0,05$).

Наличие корреляции признаков с интегральной выраженностью означает их значимость для пациентов как факторов дестабилизации ремиссии. На всех трех этапах ремиссии перед ее срывом значимыми оказались только два фактора: «тревога» и «плохое настроение». Причем независимо от длительности ремиссии значимость тревоги для пациентов оставалась практически неизменной ($p > 0,05$). Однако тревога, как нами было установлено ранее, у лиц с АЗ в ремиссии представляет собой «конечный результат интеграции адаптационных возмущений биопсихосоциальной системы человека без указаний на причины, к ней приводящие» [9]. Мы считаем, что тревога у лиц с АЗ перед срывом терапевтической ремиссии может быть связана не только и не столько с актуализацией ПВА, а вызываться и

другими социально-психологическими РОКС, что требует дальнейшего дополнительного изучения.

В результате проведенных ранее исследований нами было установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью по субклиническим признакам психических, соматических, вегетативных дисфункций и специфическим клиническим проявлениям алкогольной зависимости, обозначенным как РОКС, на различных этапах формирования компенсированной ремиссии наблюдались статистически и клинически значимые отличия [10]. В настоящем исследовании было установлено, что перед срывом терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью как по частоте встречаемости, так и по выраженности клинических симптомов длительность ремиссии практически не имела значения ($p > 0,05$).

Особенно важным результатов исследования стала установленная закономерность отсутствия у большинства пациентов в терапевтической ремиссии (даже перед ее срывом) признаков патологического влечения к алкоголю. У половины пациентов со срывом ремиссии до шести месяцев их нет. После года у 75 % пациентов перед срывом ремиссии не выявлено признаков влечения к алкоголю. Поэтому не следует ожидать, что перед срывом ремиссии пациенты с алкогольной зависимостью заметят «тягу к алкоголю» и обратятся за помощью. Необходимо ориентироваться не только на клинические данные, но и на другие, прежде всего, личностные, составляющие индивидуальности человека. Причины срыва терапевтической ремиссии кроются как в биологических, так и в социально-психологических проявлениях болезни.

Заключение

Алкогольная зависимость как хроническое заболевание включает периоды как ремиссий, так и обострений, происходящих не только из-за плохого клинического качества ремиссии, но и вследствие других, в том числе психосоциальных закономерностей проявлений болезни при любой ее длительности. Важно понимать, что лечение пациентов с алкогольной зависимостью является системным, длительным и непрерывным динамическим процессом, включающим профилактику, собственно лечение (психотерапевтическое, не-

медикаментозное, лекарственное), реабилитацию и социотерапию. Такое понимание будет способствовать эффективности лечения данного заболевания, снимет стигму зависимости, повысит для пациентов значимость их победы над зависимостью, поднимет престиж самой наркологии.

Пациентов с алкогольной зависимостью в ситуациях угрозы срыва терапевтической ремиссии (независимо от длительности предшествующего воздержания от употребления алкоголя) необходимо считать по генерализованному фактору РОКС однородной группой, требующей, однако, дифференцированного индивидуального и личностного подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям с учетом классификационных основ и полимодальности факторов риска рецидивов алкогольной болезни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєва, І. М. Сквіра; під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. — Харків: Видавництво «Колегіум», 2014. — 1500 с.
2. Алкоголизм: рук-во для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 856 с.
3. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
4. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. центр БГУ, 2012. — 400 с.
5. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients / С. Evren // *Drug and Alcohol Review*. — 2012. — № 31. — Р. 81–90.
6. Сквіра, І.М. Сравнительная характеристика рецидивоопасных клинических факторов на различных этапах формирования ремиссии при алкогольной зависимости / И. М. Сквіра // *Международный медицинский журнал*. — 2013. — Т. 19, № 3 (75). — С. 17–21.
7. Приказ МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года «Об утверждении Плана по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». — Минск: МЗ РБ, 2015. — 7 с.
8. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / под ред. Дж. Э. Купер; пер. с англ. Д. Полтавца — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
9. Сквіра, І.М. Тревога у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях / И. М. Сквіра // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2007. — № 2 (12). — С. 94–97.
10. Сквіра, І. М. Рецидивоопасные клинические состояния у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И. М. Сквіра // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. — 2008. — № 2 (14). — С. 90–93.

Поступила 28.04.2016

УДК 616.379-008.64-07:[616.61-008.6:577.175.6] АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Е. Н. Ващенко¹, Т. В. Мохорт²

¹Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель,
²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: провести анализ взаимосвязи длительности сахарного диабета, фильтрационной способности почек, показателей андрогенного статуса у пациентов с СД 1 типа.