

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66-07

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КАЧЕСТВА РЕМИССИИ
У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ*И. М. Сквиря*

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: разработать, апробировать и внедрить в практику новые методы оказания помощи лицам, страдающим зависимостью от алкоголя.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование репрезентативной выборки пациентов с алкоголизмом (F 10.202) в компенсированной (I группа, n = 88) и субкомпенсированной (II группа, n = 44) ремиссии.

Результаты. Установлено, что комплексное (клиническое, психологическое, лабораторное) обследование с высокой степенью значимости (чувствительность — 81,4 %, специфичность — 80,0 %) позволяет диагностировать угрозу рецидива у лиц с алкогольной зависимостью.

Заключение. Предложенный комплексный подход к определению качества ремиссии является новым, эффективным, простым и легко доступным способом оказания таргетной помощи лицам с зависимостью от алкоголя.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидив.

THE INTEGRATED APPROACH TO THE DETERMINATION
OF THE QUALITY OF REMISSION IN PATIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE*I. M. Skvira*

Gomel State Medical University

Objective: to develop, test, and introduce new methods of helping people suffering from alcohol dependence.

Material and methods. We have performed a comparative study of a representative sample of patients with alcohol dependence (F 10.202) in compensated (I group, n = 88) and subcompensated (II group, n = 44) remission.

Results. It has been found that the highly significant comprehensive examination using clinical, psychological, and laboratory methods (sensitivity — 81.4 %, specificity — 80.0 %) makes it possible to diagnose the threat of relapse in patients with alcohol dependence.

Conclusion. The proposed integrated approach to the determination of the quality of remission is a new, effective, simple, and easily accessible way of providing targeted assistance to persons with alcohol dependence.

Key words: alcohol dependence, remission, relapse.

Введение

К формированию ремиссий, как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью», естественно, сводятся все терапевтические усилия наркологов. Однако клинический опыт показывает, что любая ремиссия представляет собою не стабильный, а, напротив, изменчивый период течения болезни [1].

В этот период у пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) отмечено наличие специфической клиники ремиссионных состояний. К ним относят многочисленные, многоуровневые, полисистемные и полиорганные симптомокомплексы, которые нередко актуализируются у больных в ремиссионных состояниях, могут быть результатом скрытого влечения к алкоголю, а также формой маскирования или замещения патологии [2].

Подобные расстройства чаще носят доклинический уровень выраженности, длительно сохраняются в период воздержания от употребления алкоголя (а у части лиц вследствие истощения адаптационных механизмов даже

усиливаются к моменту достижения полной ремиссии [3]), плохо осознаются больными. В то же время эти состояния актуализируют влечение к алкоголю, практически всегда коррелируют с рецидивом АЗ [1–4].

По этой причине данные расстройства в период ремиссии требуют экстренной диагностики и неотложного вмешательства для предупреждения рецидива заболевания. Ранее эти состояния нами были идентифицированы, рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (состояния) (РОКС) [5].

Цель исследования

Разработать новые методы оказания медицинской помощи лицам, страдающим зависимостью от алкоголя (согласно «Плану по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», утвержденному Приказом МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 г. [4]).

Материалы и методы

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» были обследованы 132 пациента в возрасте от

27 до 55 лет (средний возраст — $41,8 \pm 7,2$ года) с АЗ в полной ремиссии (шифр F 10.202 по МКБ-10 [6]). В исследование не включались лица, злоупотребляющие алкоголем, но без признаков зависимости (F 10.1), с эндогенными психическими заболеваниями (F 20-39 по МКБ-10 [9]), а также находящиеся в периоде острых и (или) обострения хронических соматических заболеваний.

Разделение на группы сравнения было произведено по признаку наличия РОКС: I группа пациентов ($n = 88$) находилась в состоянии компенсированной ремиссии, в ремиссии высокого качества (РВК), II группа ($n = 44$) — в ремиссии низкого качества (РНК), пациенты с РОКС, возникшими на фоне полной ремиссии (обратившиеся для противорецидивного лечения).

В ходе выполнения работы применены анамнестический, клиничко-динамический, клиничко-психопатологический, лабораторный и экспериментально-психологический методы. Из экспериментально-психологических методов применялись тесты: «Показатель качества жизни» (ПКЖ) [7], «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [8], «Самочувствие, активность, настроение» (САН) [4], а также тест Люшера [9].

С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния лиц с АЗ был применен разработанный нами опросник,

позволяющий выявлять и оценивать даже слабо выраженные жалобы. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях пациентов с АЗ в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») отмечали в специальных графах, что оценивалось, соответственно, как 3, 2, 1 и 0 баллов [5].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica», 6.0. Оценка значимости различия частот наблюдений в четырехпольных таблицах проводилась с помощью χ^2 -критерия Пирсона, сравнение данных в двух независимых группах — с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Высчитывали средние значения M , 95 % доверительный интервал ДИ. Прогностическую значимость различных показателей оценивали с помощью ROC-анализа (MedCalc-v.9.6). Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты и обсуждение

Вначале нами было проведено сравнение I (РВК) и II (РНК) групп по основным демографическим и клиническим параметрам (таблица 1).

После установления репрезентативности групп нами было проведено с помощью теста Манна-Уитни сравнение клинических показателей, полученных с помощью опросника [5] (таблица 2).

Таблица 1 — Общая характеристика пациентов в I и II группах

Показатели (M, 95 % ДИ)	I группа (n = 88)	II группа (n = 44)	p
Пол (м/ж)	70/18	36/8	0,64
Возраст, лет, M	42,7 (37,6–47,76)	40,2 (36,1–44,3)	0,62
Стаж алкоголизма, лет	8,2 (6,1–10,3)	8,35 (6,2–10,5)	0,84
Кратность лечения, M	2,2 (1,4–2,8)	2,19 (1,5–2,88)	0,95
Длительность ремиссии, месяцев	9,45 (5,2–13,65)	8,94 (6,3–10,54)	0,28

Таблица 2 — Значения клинических показателей у пациентов в I и II группах

Показатели	I группа (n = 88)	II группа (n = 45)	p
1. Алгии	0,52 (0,40–0,65)	0,91 (0,65–1,17)	0,023
2. Плохое самочувствие	0,32 (0,21–0,42)	0,78 (0,53–1,02)	0,002
3. Раздражительность	0,48 (0,35–0,61)	1,20 (0,93–1,46)	< 0,001
4. Астения	0,40 (0,27–0,51)	0,91 (0,66–1,16)	< 0,001
5. Бессонница	0,22 (0,12–0,32)	0,76 (0,47–1,04)	0,005
6. Плохое настроение	0,51 (0,39–0,63)	0,98 (0,72–1,24)	0,005
7. Гипоманиакальный синдром	0,20 (0,08–0,31)	0,29 (0,12–0,45)	0,352
8. Индуцированное опьянение	0,07 (0,01–0,12)	0,33 (0,14–0,53)	0,053
9. Алкогольные навязчивости	0,16 (0,09–0,24)	0,60 (0,39–0,81)	0,001
10. Алкогольные сновидения	0,35 (0,23–0,47)	0,71 (0,47–0,95)	0,014
11. Псевдоабстинентный синдром	0,07 (0,0–0,12)	0,38 (0,18–0,57)	0,018
12. Учащение курения	0,55 (0,40–0,65)	0,49 (0,24–0,73)	0,998
13. Увеличение потребления кофе	0,66 (0,45–0,87)	0,84 (0,51–1,18)	0,472
14. Тревога	0,17 (0,09–0,25)	0,71 (0,50–0,92)	< 0,001
15. Тяга к алкоголю	0,16 (0,07–0,25)	0,58 (0,37–0,79)	0,002
Сумма баллов	4,84 (4,14–5,54)	7,36 (6,52–8,20)	< 0,001

Во II группе пациентов большинство симптомов, включенных в опросник (таблица 2), оказались значимо выше, чем в группе сравнения, что подтверждает возможность их использования для диагностики РОКС у лиц с АЗ.

Далее в I и II группах проводилось сравнение патопсихологических показателей по тестам ПКЖ [7], САН [4], тревоги по тесту Люшера [9] и тесту ИТТ [8]. Также сравнивали лабораторные показатели (гемоглобин, печеночные ферменты, общий анализ крови). При исследовании общего анализа крови проводили вычисление соотношения «лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы», отражающего уровень неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) [10].

Структура показателя качества жизни (ПКЖ) в I и II группах показана на рисунке 1.

Из 10 шкал ПКЖ во II группе в сравнении с I группой наиболее значимо снизились оценки по трем шкалам (физическое благополучие, психологическое благополучие и общее восприятие качества жизни), отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие» (рисунок 1, $p < 0,01$).

Показатели теста САН в I и II группах соответственно равнялись: самочувствие — 5,70 (4,9–6,5) и 4,69 (3,4–6,0) баллов ($p = 0,011$); активность — 5,55 (4,6–6,4) и 4,86 (3,6–6,1) баллов ($p = 0,035$); настроение — 5,77 (4,9–6,5) и 4,62 (3,3–6,0) баллов ($p = 0,004$).

Сравнение ситуативной интегративной тревоги по ИТТ представлено на рисунке 2.

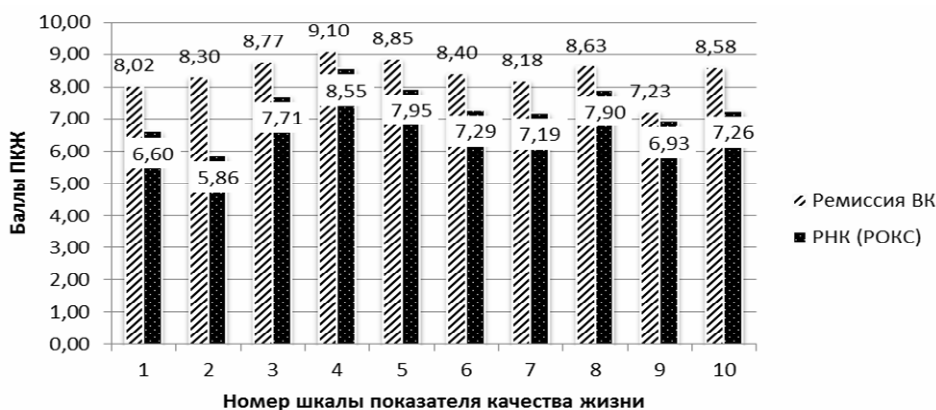


Рисунок 1 — Сравнительная структура ПКЖ в I (РВК) и II (РНК) группах

Примечание. Шкалы ПКЖ: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни



Рисунок 2 — Структура ИТТ у пациентов в I (РВК) и II (РНК) группах

Примечание. Компоненты интегративной тревоги: ЭД — эмоциональный дискомфорт, АСТ — астенический компонент, ФОБ — фобический компонент, ОП — оценка перспектив, СЗ — реакция социальной защиты, ИСТ — интегративная ситуативная тревога. Межгрупповые отличия значимы: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Показатели тревоги по тесту Люшера в I и II группах соответственно равнялись 1,0 (0,12–1,88) и 3,43 (0,12–1,88) балла ($p < 0,001$).

Анализ прогностической значимости показателей, для которых получены различия в I и II

группах с помощью теста Манна-Уитни, оценивали на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК). Оценивались площадь под кривой, 95 % доверительный интервал (ДИ) оценки площади, находилась точка разделе-

ния, оценивалась чувствительность (Чв) и специфичность (Сп) данного параметра при использовании найденной точки разделения. Показатели расположены в порядке убывания ППК (таблица 3).

Таблица 3 — Прогностическое значение основных показателей для определения РОКС у пациентов с алкогольной зависимостью

Показатель	ППК	95 % ДИ	Точка разделения	Чв, %	Сп, %
Тревога по Люшеру	0,927	0,810–0,982	> 2	76,19	100,0
Субъективный ПКЖ	0,872	0,729–0,931	≤ 22	81,40	80,0
Клинические РОКС	0,782	0,703–0,848	> 5	84,44	61,96
Тревога по тесту ИТТ	0,761	0,624–0,867	> 5	50,0	94,74
Интегральный ПКЖ	0,754	0,657–0,835	≤ 73	55,8	92,73
Настроение по САН	0,746	0,586–0,869	≤ 4,7	63,16	90,91
Лимфоциты/сегменты	0,735	0,610–0,835	≤ 0,52	67,50	69,23
Раздражительность	0,728	0,645–0,800	> 0	81,82	56,99
Тревога	0,705	0,621–0,780	> 0	56,82	81,72
Самочувствие по САН	0,705	0,542–0,836	≤ 4,4	52,63	95,45
Активность по САН	0,673	0,509–0,811	≤ 4,6	57,89	81,82
Скука	0,669	0,584–0,745	> 0	43,18	91,40
Астения	0,666	0,581–0,744	> 0	65,91	64,52

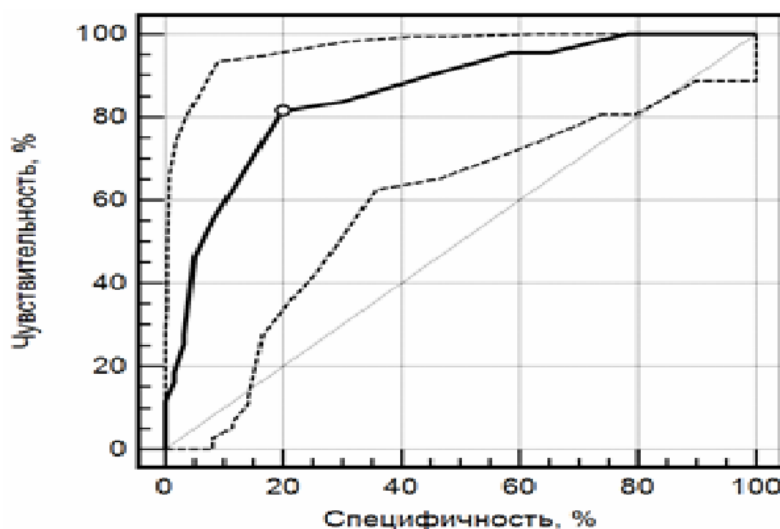


Рисунок 3 — ROC-кривая компонента ПКЖ «субъективное благополучие»

Примечание. Сплошной линией показана характеристическая кривая, пунктиром — 95 % ДИ оценки площади под кривой

Показатель качества жизни по сумме трех шкал (физическое благополучие, психологическое благополучие и общее восприятие качества жизни), отражающих субъективное состояние пациента, прогностически значим при 22 и менее баллах (чувствительность — 81,4 % и специфичность — 80,0 %), что хорошо иллюстрируется рисунком 3.

Клинический опросник РОКС также имел высокое прогностическое значение при 5 и более баллах для диагностики ситуаций, угрожающих срывом ремиссии (чувствительность — 84,44 %, специфичность — 61,96 %). Из других показателей наибольшую прогностическую значимость (в порядке убывания) имели: ситуативная тревога по тесту ИТТ (> 5 баллов), интегральный показатель качества жизни (≤ 73),

самооценка настроения по тесту САН (≤ 4,7 балла), НАРО (≤ 0,52 балла), самооценка самочувствия (≤ 4,4 балла), самооценка активности (≤ 4,6). Высокое прогностическое значение для диагностики РОКС имело наличие жалоб пациентов (> 0 баллов), прежде всего, на раздражительность, тревогу, скуку и астению.

Пациентам с алкогольной зависимостью, у которых в период воздержания от употребления алкоголя были выявлены рецидивоопасные клинические ситуации, проводилась комплексная (социотерапевтическая, психологическая, таргетная терапевтическая, в зависимости от структуры выявленного расстройства) помощь и укреплялась установка на абсолютную трезвость с продолжением участия в долгосрочных программах психотерапии и реабилитации.

Таким образом, впервые использование комплексного клинического, патопсихологического и лабораторного исследования пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя позволило объективизировать качество ремиссии, выявить прогностически значимые показатели для стандартизованной идентификации рецидивоопасных клинических ситуаций. В практике для их выявления можно использовать данные анамнеза, клинические признаки (выявляемые при осмотре пациентов, а также с использованием стандартизованных опросников), психологические тесты и объективизированный (в частности, с помощью общего анализа крови) уровень неспецифической адаптационной реакции организма.

Выводы

1. Для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя разработанный нами опросник [5] имеет прогностическую значимость при положительном ответе более чем на 5 вопросов (чувствительность — 84,44 %, специфичность — 61,96 %).

2. В комплексной диагностике рецидивоопасных клинических ситуаций можно использовать известные психологические тесты. Тест Люшера имел высокую прогностическую значимость при тревоге более 2 баллов (чувствительность — 76,19 % и специфичность — 100 %), «интегративный тест тревожности» — при ситуативной тревоге более 5 баллов (чувствительность — 50 % и специфичность — 94,74 %). Тест «показатель качества жизни» прогностически высоко значим (чувствительность — 81,4 %, специфичность — 80,0 %) при 22 и менее баллах по сумме трех шкал, отражающих субъективное благополучие пациентов. Само-

оценка настроения по тесту «самочувствие, активность, настроение» 4,7 и менее балла прогностически значима с чувствительностью 63,16 % и специфичностью 90,91 %.

3. Из лабораторных показателей прогностическую значимость для диагностики рецидивоопасных ситуаций имело соотношение «лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы» менее 0,52 (чувствительность — 67,5 % и специфичность — 69,23 %).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Наркология: Национальный підручник / під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. — Харків: Видавництво «Колегіум», 2014. — 1428 с.
2. Артемчук, А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина / под ред. д.м.н., проф. Т. В. Чернобровкиной. — Харьков: Коллегиум, 2013. — 1148 с.
3. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 856 с.
4. 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.
5. Сквиря, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: Сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: Гом ГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
7. Validation an efficient quality life index / J. E. Mezzich [et al.] // Abstracts 11 World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». — Hamburg, Germany, 6–11 August 1999. — P. 427–428.
8. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб., 1997. — 23 с.
9. Драгунский, В. В. Цветовой личностный тест: практическое пособие. — Минск: Харвест, М.: АСТ, 2000. — 448 с.
10. Гаркави, Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. — Ростов: Издательство Ростовского университета, 1979. — 221 с.

Поступила 19.01.2016

УДК 616-002.5.5+615.28]:616-08-039.57

МОДЕЛЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

И. В. Буйневич¹, Ж. Е. Сверх¹, Д. Ю. Рузанов¹, М. Н. Михасёв²,
Т. А. Коржич², А. С. Ширяев³, С. В. Бутько³

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника»

³Гомельская областная туберкулезная клиническая больница

В статье дана характеристика эпидемической обстановки по туберкулезу в г. Гомеле. Основным компонентом, определяющим успешное решение проблемы туберкулеза, является организация контролируемой химиотерапии на всех этапах лечения пациента. Проведен анализ эффективности модели амбулаторного лечения туберкулеза в городских условиях. Представлен порядок организации амбулаторного лечения туберкулеза в городе, обозначены мероприятия по повышению приверженности лечению.

Ключевые слова: туберкулез, контролируемая химиотерапия, лекарственная устойчивость, амбулаторное лечение.