УДК 616.89-008.441.13

Д-р мед. наук А. П. АРТЕМЧУК[1],
канд. мед. наук О. А. АРТЕМЧУК[2],
канд. мед. наук К. А. АРТЕМЧУК[2]

БІОЛОГІЧНІ ЕКСПРЕС-КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМІСІЇ ПІСЛЯ СТРЕСОПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

[1] ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
[2] ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука», Харків

У публікації наведено матеріали багаторічних досліджень щодо науково-практичної розробки об'єктивних прогностичних критеріїв вірогідності формування терапевтичних ремісій у хворих, залежних від алкоголю, після стресопсихотерапії за методом О. Р. Довженка.

Ключові слова: біологічні критерії, терапевтична ремісія, алкоголізм, стресопсихотерапія.

Концепція емоційно-стресової психотерапії в наркології визначає психотерапевтичний процес як систему активного втручання у життєдіяльність організму з метою відновлення внутрішніх змінених параметрів особистісного та біологічного гомеостазу [1]. Це досягається шляхом пресингування (стресування) захисних регуляторних біологічних та психогенних механізмів і водночас апеляції до духовних складових особистості: через свідомість, передсвідомість та неусвідомлювані процеси, пробуджуючи у хворої людини невідкладну потребу в саморозвитку та самовираженні, відбудові таких властивостей та якостей, які будуть підіймати її у власних очах і очах інших людей.

Метою цього дослідження є пошук біологічних (метаболічних, нейрофізіологічних, нейропсихологічних) критеріїв, які з високим ступенем надійності дадуть змогу спеціалістові прогнозувати результати протиалкогольного лікування методом стресопсихотерапії (СПТ).

За допомогою анамнестичних та клініко-психопатологічних, електрофізіологічних (електроенцефалограма (ЕЕГ)), біохімічних (визначення вмісту ряду центральних та периферійних гормонів у сироватці крові радіоімунохімічним методом; концентрації апоВ- та апоА-вмісних ліпопротеїнів (ЛП) у нативній та інкубованій сироватці; екскреції адреналіну та норадреналіну через сечу), фізіологічних (вимірювання артеріального (АТ) та скроневого (СТ) тиску) було обстежено 1640 хворих із алкогольною залежністю (АЗ) різного віку на етапах становлення терапевтичної ремісії.

Ураховуючі функціонально-метаболічні та токсикологічні властивості алкоголю, його різноспрямовані ефекти, поєднані з негативними факторами природного та виробничого середовищ, безпосередній вплив на функціональний стан біологічних мембран (флюїдизуюча дія [2]), можна чекати на виникнення розбіжностей у динаміці ряду фізіологічних, метаболічних та інших біологічних показників на етапах перебігу алкогольної хвороби та становлення терапевтичної ремісії в осіб різних професій.

Добре відомо, що етанол порушує рідинно-кристалічний стан клітинних мембран, у яких зростає рухливість молекул ліпідів та білків. Змінення фазового стану мембран чинить суттєвий вплив на процеси мембранного транспорту речовин, системи трансмембранного передавання інформації, активність мембранно-зв'язаних елементів, іонний та мікроелементний склад клітин [2].

За хронічної дії етанолу відбувається зменшення вмісту в мембранах холестерину, кількості мембранозв'язаних аміногликантів, змінення фонду мікроелементів, гормонів та ферментів, що позначається на сомато-неврологічному, психічному, електрофізіологічному, метаболічному статусі пацієнтів, показниках їх крові, лімфи, судинного тонусу тощо. Зазначені зміни відбуваються на підґрунті розвитку толерантності клітин до етанолу при його регулярному вживанні, а також фіксації інших параметрів зміненого гомеостазу. Вони також пов'язані із таким інтегральним загальнобіологічним феноменом, як резистентність організму.

Одним із найбільш інтегральних базисних, вітальних, рівнів оцінки стану гомеостазу у нормі й при патології є серцево-судинна система характеристики АТ. Саме система кровообігу із її складним і досконалим функціональним апаратом перша реагує на всі подразнення з боку зовнішнього та внутрішнього середовищ. Через зміни АТ та СТ можна судити про активність процесів мозкової регуляції судинного тонусу; стан периферійного кровообігу; ступінь вираженості атеросклеротичних уражень судин; реологічні властивості крові та інші параметри життєдіяльності.

www.mps.kh.ua

© А. П. АРТЕМЧУК, О. А. АРТЕМЧУК, К. А. АРТЕМЧУК, 2017

У 433 пацієнтів віком від 20 до 46 років із різних професійних груп (I — водії, трактористи; II — електрогазозварники, ливарники; III — особи, які зайняті у холодній обробці металу; IV — будівельники; V — робітники хімвиробництв; VI — офісні працівники) для визначення судинного тонусу проведено 4-разове дослідження показників АТ на етапах:

першому — купірування синдрому відміни алкоголю (СВА) на 6–12-й дні після вживання алкоголю у 268 пацієнтів (*перше дослідження*);

другому — проведення СПТ за методом О. Р. Довженка на 15–25-й дні повної тверезості (165 хворих), після завершення 2,5-годинного колективно-групового релаксаційного сеансу СПТ (*друге дослідження*);

третьому — після процедури індивідуального стрес-кодування (ІСК) пацієнтів (*третє дослідження*);

четвертому — на 2–5-й дні після процедури ІСК (*четверте дослідження*).

У кожній професійній групі був свій комплекс негативно діючих професійних шкідливих факторів, які також позначалися на резистентності організму, функціональній активності різних рівнів гомеостатичного регулювання, клініці АЗ і, що закономірно, на компенсації порушених функцій, у тому числі на показниках АТ. Найбільш злоякісними у плані професійних шкідливих факторів токсикохімічного складу та клініки АЗ є обстежені II (електрогазозварники, ливарники) та V (робітники хімвиробництв) груп. На другому місці за цими характеристиками — хворі на АЗ I (водії автотранспорту) та III (слюсарі, токарі) груп, які перебувають під негативною дією якісно інших та менш шкідливих професійних факторів.

Певні розлади АТ визначено у середньому за вибіркою у 40,31 % хворих на 6–15-й дні тверезості (*перше дослідження*) та в 3,5 разу рідше ($p < 0,05$) — у 12,31 % після СПТ (*четверте дослідження*).

У переліку цих розладів є:

— межова артеріальна гіпертонія (МАГ) у 20,31 % хворих при *першому* та у 6,36 % – при *четвертому дослідженні* ($p < 0,05$);

— артеріальна гіпертонія (АГ) I ст. відповідно у 13,81 % та 3,08 % ($p < 0,05$); II ст. — у 3,20 та 1,33 %; III ст. — у 2,99 та 0 % обстежених;

— гіпотонія — відповідно у 0 та 1,54 % пацієнтів.

У контрольній групі, до якої входили 78 осіб того ж віку, які не отримували СПТ, на 15–25-й дні утримання від уживання алкоголю змінені показники АТ спостерігалися у вигляді МАГ — у 16,36 %; АГ I, II, та III ст. — відповідно у 9,67; 1,42 та 0 %; гіпотонії — у 0,34 % обстежених. Показники МАГ та АГ I ст. у контрольній групі траплялися достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж після СПТ (*четверте дослідження*).

Таким чином, СПТ позитивно впливає на периферійний судинний тонус хворих на АЗ та приводить до нормалізації АТ.

Середні значення АТ при першому дослідженні за усією вибіркою хворих на АЗ, становили: зліва (систолічне 131,52±7,51 мм рт. ст.; діастолічне — 74,83±5,17 мм рт. ст.); справа (систолічне 130,56±7,53 мм рт. ст.; діастолічне — 74,33±5,10 мм рт. ст.).

При *четвертому дослідженні* середні показники АТ зросли; найбільше саме діастолічного тиску: *зліва* (систолічний 132,33±7,17 мм рт. ст.; діастолічний — 78,00±4,53 мм рт. ст.); *справа* (систолічний 131,17±7,17 мм рт. ст.; діастолічний — 79,33±3,83 мм рт. ст.).

Відносно професійних груп найвищі показники систолічного тиску *зліва* на 6–15-й дні СВА (*перше дослідження*) визначено у V (144,36±8,12 мм рт. ст.), II (136,12±11,06 мм рт. ст.) та III (135,08±6,24 мм рт. ст.) групах, тобто у клінічно та професійно обтяжених групах. Достовірно нижчим (у межах норми) був цей показник у IV (122,70±3,26 мм рт. ст.), I (126,36±7,00 мм рт. ст.) та VI (126,17±10,00 мм рт. ст.) групах (при $p < 0,05$ між усіма групами, крім I–VI; II–III та IV–VI).

Найвищий показник систолічного тиску *справа* при *першому дослідженні* був у V (144,38±6,25 мм рт. ст.) групі; найнижчий (у межах норми) – у IV (121,46±2,10 мм рт. ст.) та I (122,54±8,08 мм рт. ст.) групах (при $p < 0,05$ між усіма групами, крім I–IV; I–VI).

Найвищий показник діастолічного тиску *зліва* при *першому дослідженні* був у I (88,31±4,28 мм рт. ст.), V (81,27±5,25 мм рт. ст.) та III (79,12±6,33 мм рт. ст.) групах; найнижчий — у IV (62,67±2,30 мм рт. ст.), VI (66,39±9,81 мм рт. ст.) професійних групах (при $p < 0,05$ між усіма групами, крім III–V; IV–VI).

Найвищий показник діастолічного тиску *справа* при *першому дослідженні* був у I (85,38±5,25 мм рт. ст.) та V (82,52±4,64 мм рт. ст.) групах; найнижчий — у IV (60,00±3,50 мм рт. ст.) та VI (64,56±7,00 мм рт. ст.) професійних групах (при $p < 0,05$ між усіма групами, крім I–V; III–V; IV–V).

Таким чином, за показниками АТ — систолічного та діастолічного, *зліва* та *справа* на етапі купірованого СВА (6–15-й дні тверезості) спостерігаються суттєві розбіжності між II та V професійними групами, з одного боку, та I, III, IV, VI групами — з іншого.

На 2–5-й дні після СПТ (тобто при *четвертому дослідженні*) найвищі показники систолічного АТ *зліва* були характерними для II та V найбільш клінічно та професійно обтяжених (відповідно

www.mps.kh.ua

147,63±8,36 та 138,42±4,34 мм рт. ст.), нижчими ($p < 0,05$) у VI (118,63±8,51 мм рт. ст.) та IV (129,63±4,26 мм рт. ст.) професійних групах.

Найвищі показники систолічного тиску *справа* при *четвертому дослідженні* зафіксовано у II (145,66±9,38 мм рт. ст.) та V (135,67±3,42 мм рт. ст.) групах; значно нижчими ($p < 0,05$) вони були у VI та IV групах (відповідно 115,67±9,36 та 126,45±5,36 мм рт. ст.).

За показниками діастолічного АТ після СПТ (*четверте дослідження*) у професійних групах зберігається подібний порядок. Найвищі його значення *зліва* визначено у I (88,36±3,62 мм рт. ст.), III (86,58±4,22 мм рт. ст.) та V (85,41±6,37 мм рт. ст.) професійних групах; найнижчі ($p < 0,05$) — у IV та VI клінічно та професійно неускладнених групах (відповідно 60,00±4,00 та 71,36±5,10 мм рт. ст.).

Найвищі показники діастолічного тиску *справа* були у III (88,36±5,25 мм рт. ст.) та V (88,33±4,60 мм рт. ст.) групах; найнижчі — у IV та VI групах (відповідно 62,41±3,36 та 74,51±6,23 мм рт. ст.). Статистично достовірні розбіжності за показниками систолічного і діастолічного тиску *зліва* та *справа* є вираженими між усіма групами, крім I–III; III–V.

Отримані дані свідчать про обов'язковий характер розладів судинного тонусу у хворих на АЗ, їх збереженість у частини обстежених на етапах лікування, а також про закономірне зростання проявів гіпертензії у професійних групах, обтяжених виробничими шкідливостями токсичної дії.

На 2–5-й дні після СПТ (*четверте дослідження*) адаптаційні ефекти з боку судинної системи (тобто підвищення або зниження систолічного АТ *зліва* та *справа* у бік норми) спостерігалися у 66,15% випадків; найчастіше у VI, III та I професійних групах (відповідно у 80,00; 76,19 та 75,35%). Нормалізація діастолічного тиску була у 76,92% обстежених; найчастіше у I, III та VI професійних групах (відповідно у 100,00; 95,24 та 80,00%).

Таким чином, нормалізація систолічного та діастолічного тиску *зліва* та *справа* під впливом СПТ відбувається насамперед у тих професійних групах, у виробничих процесах яких немає професійних шкідливостей токсичної дії та зберігаються адаптаційно-компенсаторні механізми. Мобілізаційні реакції на етапах лікування свідчать про достатню рухливість процесів нейрогуморальної регуляції периферійного судинного тонусу у хворих на АЗ і мають важливе клініко-прогностичне значення. Вони можуть використовуватися як ранні прогностичні критерії оцінки ефективності проведеної СПТ [4].

Асиметрію показників АТ (тобто більші значення *зліва*, ніж *справа*, або навпаки *справа*) визначено при *першому дослідженні* у 50,75% хворих: найчастіше у IV (у 71,43% випадків), II (у 62,50%) та VI (у 60,56%) професійних групах. Не було асиметрії показників АТ на 7–15-й дні СВА у 69,23% осіб III групи та 66,67% — I групи.

Наявність фізіологічної функціональної асиметрії показників АТ при їх вимірюванні (*зліва — справа*) відображає нормальний стан тонусу периферійних судин та центральних нейрорегуляторних механізмів. Відсутність такої асиметрії у значної частини обстежених III та I груп свідчить про суттєві розлади міжпівкульних церебральних відносин у цих хворих при *першому дослідженні* і є відображенням парабіотичного стану. Статистично достовірні розбіжності 6–15-й дні тверезості виявлено між групами: I–II; I–IV; I–V; I–VI; II–III; III–IV; III–V; III–VI.

На 2–5-й дні після СПТ (тобто після фрустраційного навантаження, яким є СПТ,— *четверте дослідження*) функціональна асиметрія показників АТ залишилася тільки у 23,08% обстежених; при цьому у 15,38% — вона з'явилася, у 13,85% — ні.

Появу або зникнення у частини хворих на АЗ фізіологічної асиметрії показників АТ після СПТ треба розцінювати як результат напруження адаптаційних процесів та активації мобілізаційних реакцій. Це свідчить про високу рухливість міжпівкульних церебральних взаємовідносин в обстежених хворих.

Загальне зменшення числа осіб із наявністю функціональної асиметрії показників АТ після СПТ свідчить про те, що формування нової, безалкогольної функціональної системи життєдіяльності у хворих на АЗ відбувається за законами синергетики: через зупинку звичного перебігу нейрофізіологічних та метаболічних процесів, через хаос, стан парабіозу з подальшим включенням іншої послідовності регуляторних процесів.

Найбільше зменшилася питома вага хворих із асиметрією АТ після СПТ у VI (у 10 разів: від 60,56% при *першому дослідженні* до 6,67% — при *другому*), у III (у 3 рази: від 30,77 до 9,52%), у IV (у 2 рази: від 71,43 до 33,3%), тобто в клінічно та професійно неускладнених групах.

Водночас збереження асиметрії показників АТ у значної частини хворих на АЗ V групи після СПТ може свідчити або про велику інертність процесів регулювання судинного тонусу; або про недостатність потужності лікувального стресу, який припадає на стадію резистентності загальної неспецифічної реакції на стрес (ЗНРС); або про стадію виснаження ЗНРС у цих хворих [5].

Найчастіше появу функціональної асиметрії показників АТ після СПТ було відзначено в IV групі (50% випадків); не відновлювалася асиметрія у II групі (0%); низька питома вага хворих із функціональною асиметрією була у III групі (4,76%).

www.mps.kh.ua

Трансформація функціональної асиметрії показників АТ після СПТ у протилежну («феномен перефазування» показників АТ) відбулася тільки у 26,15 % усіх пацієнтів: найчастіше у IV (66,67 % випадків) та VI (60,00 %) групах; не було трансформації у I та III групах; дуже малу кількість пацієнтів із такою трансформацією зафіксовано у II та V групах (до 25,00 %). Статистично достовірні розбіжності за цим феноменом виражено між усіма професійними групами, крім I–III; II–V; IV–VI.

Феномен трансформації функціональної асиметрії показників АТ у протилежну, як і зникнення або появу асиметрії, а також падіння — зростання абсолютних значень АТ у результаті СПТ слід відносити до прогностично позитивних змін, які свідчать про високу реактивність організму пацієнта, стадію мобілізації ЗНРС (на яку припадає СПТ) та достатню вираженість дозованого лікувального стресу, а також про наявність резервів адаптації.

При узагальненій кількісно-якісній оцінці негативних характеристик судинного тонусу у хворих на АЗ різних професій на 6–15-й дні тверезості (*перше дослідження*) визначається, що найбільшу клінічну інформативність мають: відсутність «феномену трансформації» функціональної асиметрії показників АТ у протилежну; низька частота появи або зникнення фізіологічної функціональної асиметрії показників АТ; низька частота проявів падіння — зростання систолічного та діастолічного АТ.

Ці найбільш стійкі негативні ознаки свідчать: про малу рухливість процесів регуляції судинного тонусу під впливом СПТ у великої кількості хворих на АЗ; в інших випадках — про недостатню інтенсивність лікувального стресу.

Виявлені закономірності можна трактувати як:

— наслідки багаторічної алкогольної інтоксикації;

— результати багаторічної дії негативних професійних шкідливих факторів;

— біологічні маркери АЗ;

— залишкові прояви синдрому відміни алкоголю.

Найбільш неблагополучними за показниками судинного тиску після СПТ виявилися хворі II та V професійних груп (перше рангове місце); на другому місці — хворі на III та IV груп; на третьому — пацієнти I групи, на четвертому — VI групи.

При сумарній кількісно-якісній оцінці позитивних змін судинного тонусу у хворих на АЗ внаслідок СПТ найвищу інформаційну цінність мають: загальна кількість випадків зниження — підвищення показників систолічного та діастолічного АТ; загальна кількість випадків появи — зникнення фізіологічної асиметрії показників систолічного та діастолічного АТ; кількість випадків трансформації функціональної асиметрії показників АТ у протилежну.

Отже, найбільш благополучними за позитивними змінами судинного тонусу після СПТ є пацієнти VI групи (перше рангове місце), IV (друге місце) та I (третє місце). Надалі розподілилися обстежені II та III груп (четверте місце), V (п'яте місце).

Аналогічні дослідження АТ у 148 хворих на АЗ безпосередньо до та після процедури короткочасного ІСК — «закладання коду», тобто до (*друге дослідження*) та після (*третє дослідження*) імперативних сугестій, що відповідають за повну відсутність потягу до алкоголю з цієї миті та за неможливість його вживання (внаслідок високого ризику виникнення негативних наслідків при порушенні «коду»), матеріалізованих короткостроковими (упродовж 30–40 с), дозованими, спеціально спрямованими фізіогенними маніпуляціями (депривація зору, пальцеве надавлювання в зонах виходу трійникового нерву (точки Валле), зрошення полості рота та зіву струмінем плацебо-препарату тощо), сприяло появі стандартних змін досліджених параметрів АТ. Зазначені процеси дають змогу проводити ранню ефективну експрес-діагностику стану адаптаційно-компенсаторних механізмів у хворих на АЗ та прогнозувати результати їх лікування вже на цьому етапі.

Так, при другому вимірюванні АТ у більшості пацієнтів виявлено нормалізацію систолічного та діастолічного АТ *зліва* та *справа* відносно *першого дослідження* (6–15-й дні тверезості). При цьому усі професійні групи стають абсолютно однорідними, й усілякі статистично достовірні розбіжності за показниками АТ між ними зникають. Водночас серед обстежених різко зростає чисельність хворих із функціональною фізіологічною асиметрією АТ (від 50,75 % при *першому дослідженні* до 77,7 % — при *другому*).

Асиметрію судинного тонусу безпосередньо перед процедурою ІСК (*друге дослідження*) визначено у V групі — у 100 % хворих; у II та IV групах — у 83,33 %; у VI групі — у 71,74 %; у III групі — у 72,22 %, що відображає інтенсивність «стресу очікування». Безпосередньо після її завершення (*третє дослідження*) середні показники систолічного та діастолічного АТ *зліва* та *справа* дещо зростають, при цьому збільшується і кількість хворих із підвищенням АТ до рівня I–III ст. АГ.

Ці зміни ілюструють достатню інтенсивність (силу) лікувального стресу, який викликав зазначені мобілізаційні зсуви судинного тонусу. Про мобілізаційні процеси свідчить також і зростання загальної кількості пацієнтів із реакцією підвищення або зменшення АТ: систолічного у середньому за вибіркою — до 86,49 %; діастолічного — до 87,16 %.

www.mps.kh.ua

Такий перебіг показників АТ та кількості хворих із їх змінами у результаті процедури «закладання коду» визначає можливі межі позитивної дії СПТ.

Чисельність хворих на АЗ із наявністю функціональної асиметрії показників АТ *зліва — справа*, яка досягала 77,78 % при *другому дослідженні* (тобто до процедури ІСК), знизилася до 46,62 % — безпосередньо після процедури завершального ІСК (*третє дослідження*).

Чисельність пацієнтів із феноменом трансформації («перефазування») показників асиметрії у протилежні при *третьому дослідженні* (тобто безпосередньо після процедури ІСК) становила 36,49 %, при цьому у 20,95 % осіб з'явилася асиметрія; у 12,84 % — зникла.

Таким чином, загальна чисельність пацієнтів із позитивними змінами АТ після завершальної ІСК (поява або зникнення асиметрії показників систолічного та діастолічного АТ; феномен їх трансформації («перефазування») у протилежні, а також зростання або зниження АТ) досягла 91,3 % за усією вибіркою, що також відповідає максимально можливим показникам (87–93 %) становлення довготривалих терапевтичних ремісій при використанні методу СПТ. Саме такий найбільш високий відсоток ефективності СПТ показали наші катамнестичні спостереження та матеріали інших авторів [1, 3, 6–11].

Отже, у результаті СПТ за методом О. Р. Довженка вже під час процедури завершального, дозованого, фізіогенно-матеріалізованого ІСК, що триває лише 25–30 с, позитивно змінюються провідні характеристики АТ у більшості хворих на АЗ, ідентифікуючи цим початок терапевтичної ремісії.

Разом із тим позитивні ефекти СПТ визначаються у меншій кількості випадків і мають менш виражений характер у тих професійних групах хворих на АЗ, де є негативні комплекси виробничих шкідливостей, насамперед токсичної дії (II група — електрогазозварники, ливарники; V група — робітники хімвиробництв).

Це свідчить про високу ефективність методу СПТ при АЗ; наявність об'єктивних, біологічних (судинних та інших прогностичних) критеріїв її позитивної дії; суттєві відновлювані, мобілізаційні процеси в організмі хворої людини внаслідок СПТ; участь у складному процесі становлення терапевтичної ремісії при АЗ ряду інших (супровідних або вхідних) негативних факторів та впливів, у тому числі професійно-виробничих.

Відповідно до теорії та практики синергетичної медицини позитивні зміни у хворих на АЗ під впливом СПТ відбуваються стрибкоподібно, миттєво, за схемою: фрустрація → зупинка, розпад патологічної системи функціювання — «хаос» → активація та переключення багатьох вітальних функцій (у тому числі судинного тиску) → формування нової функціональної системи життєдіяльності → зникнення потягу до вживання алкоголю → позитивні перебудовні процеси у сфері вищих особистісних цінностей. Саме ці зміни показників АТ, раніше наведені та проаналізовані, можуть використовуватися як найпростіші — фізіологічні (біологічні) експрес-критерії прогнозу якості терапевтичної ремісії.

Аналогічні дані одержано і в плані змін показників СТ на етапах лікування 183 хворих на АЗ. Так, відразу після процедури ІСК (*третє дослідження*) у хворих із подальшою терапевтичною ремісією відбувається зниження високих показників СТ до нормальних; вирівнюються їх значення *справа* й *зліва*, тобто зникає функціональна асиметрія. Через 2–5 дн після проведення СПТ (*четверте дослідження*) знову відновлюється асиметрія показників СТ, наявна перед процедурою ІСК (*зворотне перефазування*).

Серед хворих на АЗ із подальшим рецидивом при *третьому* та *четвертому дослідженнях* не відбувалися ті зміни АТ (зниження — підвищення АТ; виникнення — зникнення функціональної асиметрії; феномен трансформації показників у протилежні), що наявні в осіб з терапевтичною ремісією.

Як інші біологічні та психологічні прогностичні критерії якості СПТ, що доведено нами на матеріалах дослідження 735 хворих на АЗ, можуть виступати позитивні зміни вмісту гормонів у сироватці крові та катехоламінів у сечі, деяких мікро- та макроелементів у біологічних тканинах, а також показників ситуаційної та особистісної тривоги, тривалості індивідуальної (суб'єктивної) хвилини, стану інтелектуально-мнестичної сфери (працездатність, втомлюваність, кількість похибок тощо), оціненої за допомогою проби Бурдона.

Так, після СПТ у чоловіків, хворих на АЗ, спостерігається зниження (у бік норми) вмісту фолікулостимулюючого гормону гіпофізу (ФСГ) та лютеїнізуючого гормону (ЛГ), різке зменшення (нижче норми) — соматотропного гормону гіпофізу (СТГ); зниження (нижче норми) вмісту периферійних гормонів — кортизолу, тироксину (T_4 — тетрайодтироніну), естрадіолу.

СПТ сприяє прогностично-позитивним змінам ряду гормональних коефіцієнтів: АКТГ/пролактин та ФСГ/T_3 — зниженню нижче норми; ФСГ/ТТГ — зниженню до норми (АКТГ — адренокортикотропний гормон гіпофізу; T_3 — трийодтиронін; ТТГ — тіреотропний гормон гіпофізу).

Позитивні ефекти СПТ визначаються як через адренергічні, так і норадренергічні механізми симпатоадреналової системи; більш активно — через норадренергічну ланку (підвищення середньодобової екскреції норадреналіну із сечею (вище норми),

www.mps.kh.ua

зростання середньодобової швидкості його виділення (вище норми) й швидкості його виділення в ранковий період (вище норми)).

Дослідження спектра ЛП у хворих на АЗ до (*перше дослідження*) і після (*четверте дослідження*) СПТ виявило подальше зменшення й так малого вмісту ЛП проміжної щільності (ЛППЩ), а також ЛП дуже низької щільності (ЛДНЩ) й подальше зростання (на 62,5%) ЛП низької щільності (ЛНЩ), що свідчить про стимуляцію процесів перетворення апоВ-вмісних ЛП в інтактній сироватці.

Перерозподілення апоА-вмісних ЛП in vivo під впливом СПТ визначалося нормалізацією (по відношенню до першого дослідження та до контрольної групи здорових осіб вмісту ЛП високої щільності підфракції ($ЛВЩ_{2a}$)).

Таким чином, СПТ стимулює перетворення апоВ-вмісних ЛП в інтактній сироватці крові хворих на АЗ до стадії їх надходження у тканинні структури. Механізм накопичення ЛНЩ після СПТ відповідає нормальному перенесенню холестерину та тригліцеридів за схемою: ЛДНЩ → ЛППЩ → ЛНЩ.

Все зазначене свідчить про те, що СПТ хворих на АЗ створює позитивний мозаїчний вплив на окремі стадії перетворення ЛП сироватки крові, а саме: посилює перетворення апоВ-вмісних ЛП, що визначається у збільшенні вмісту фракції ЛНЩ; нормалізує до рівня контрольної групи вміст апоА-вмісних ЛП — $ЛВЩ_{2a}$.

ЕЕГ хворих на АЗ за 5–10 дн до СПТ (*перше дослідження*) показала розлади функціонального стану кіркових нейронів, ретикулярної формації стовбура головного мозку, «неспецифічних ядер» здорового горба, порушення корково-фугальних відносин у поєднанні зі змінами з боку вегетативної реактивності.

Через 5–10 дн після СПТ (*четверте дослідження*) у пацієнтів спостерігалася картина відновлення церебральних механізмів вегетативної реактивності із підвищенням тонусу симпатичної нервової системи (зменшення або зникнення нестійкості ізолінії). Нормалізація ЕЕГ виявлялася й у вигляді зменшення її редукції, деякого відновлення зональних розбіжностей. Спостерігалося також відновлення α-ритму (його домінування, регулярності та амплітуди). Разом із тим на ЕЕГ пацієнтів зберігалися зміни, які свідчать про локалізацію патологічних розладів у підкоркових структурах мозку.

Результати дослідження підтверджують об'єктивність одного із законів функціонування організму, закладеного у висновку: «Частина відображає ціле». Одержані дані використовуються нами як об'єктивні прогностичні критерії становлення терапевтичної ремісії після СПТ.

Список літератури

1. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях / А. Р. Довженко, А. Ф. Артемчук, З. Н. Болотова [и др.] // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1988.— Т. LXXXVIII, вып. 2.— С. 94–97.
2. Изменение физико-химических свойств биологических мембран при развитии толерантности к этанолу / С. А. Сторожок, Л. Ф. Панченко, Ю. Д. Филиппович [и др.] // Вопр. мед. химии.— 2001.— Т. 47, № 2.— С. 198–208.
3. *Энтин Г. М.* Лечение больных алкоголизмом по методу народного врача СССР А. Р. Довженко: метод. рек. / Г. М. Энтин.— М.: Медицина, 1990.— 16 с.
4. Патент на винахід: UA 36590. Спосіб раннього прогнозування ефективності лікування хворих на алкогольну залежність за методом О. Р. Довженка / А. П. Артемчук.— Опубл. 16.04.2001 р., бюл. № 3.
5. Патент на винахід: UA 36589A. Спосіб прогнозування ефективності лікування хворих на алкоголізм за методом О. Р. Довженка / А. П. Артемчук.— Опубл. 16.04.2004 р., бюл. № 3.
6. *Артемчук А. Ф.* Система контрактного обслуживания больных наркологического профиля с использованием принципов страховой медицины / А. Ф. Артемчук // Укр. вісн. психоневрології.— 1995.— Т. 3, вип. 2 (6).— С. 232–233.
7. *Артемчук А. Ф.* Ранний прогноз эффективности стрессопсихотерапии больных алкоголизмом по методу А. Р. Довженко / А. Ф. Артемчук // Укр. вісн. психоневрологии.— 1998.— Т. 6, вип. 3 (18).— С. 84–87.
8. *Артемчук А. Ф.* Новые страховые принципы организации наркологической помощи / А. Ф. Артемчук // Междунар. мед. журн.— 2000.— Т. 6, № 1.— С. 33–36.
9. *Евтушенко В. Г.* Основные положения методики эмоционально-стрессовой терапии по А. Р. Довженко / В. Г. Евтушенко // Довженківські читання: Актуальні питання соціальної клінічної наркології: матер. IX Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю; Харків, 8–9 липня 2008 р.— Харків, 2008.— С. 69–71.
10. *Донская И. Д.* Опыт применения стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко в амбулаторных условиях / И. Д. Донская, С. Л. Донская // Довженківські читання: Актуальні питання соціальної клінічної наркології: матер. IX Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. Участю; Харків, 8–9 липня 2008 р.— Харків, 2008.— С. 62–66.
11. *Эпштейн И. Ц.* Приемы и способы психотерапии, включенные в эмоционально-стрессовую терапию алкоголизма по методу А. Р. Довженко // Довженківські читання: Актуальні питання соціальної клінічної наркології: матер. IX Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. Участю; Харків, 8–9 квітня 2008 р.— Харків, 2008.— С. 98–106.

www.mps.kh.ua

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЕКСПРЕСС-КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ СТРЕССОПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

А. Ф. АРТЕМЧУК, А. А. АРТЕМЧУК, К. А. АРТЕМЧУК

В публикации приведены материалы многочисленных исследований по научно-практической разработке объективных прогностических критериев вероятности формирования терапевтических ремиссий у больных, зависимых от алкоголя, после стрессопсихотерапии по методу А. Р. Довженко.

Ключевые слова: биологические критерии, терапевтическая ремиссия, алкоголизм, стрессопсихотерапия.

BIOLOGICAL EXPRESS-CRITERIA OF FORMING THERAPEUTIC REMISSION AFTER STRESS PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

A. P. ARTEMCHUK, O. A. ARTEMCHUK, K. A. ARTEMCHUK

The article presents the results of long-term studies on development of objective prognostic criteria of probability of formation of therapeutic remissions in patients addicted to alcohol after stress psychotherapy by O. R. Dovzhenko.

Key words: biological criteria, therapeutic remission, alcoholism, stress psychotherapy.

Надійшла 01.02.2017

www.mps.kh.ua