

Н.Ю. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Профілактика депресивних розладів в осіб, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками

Обстежено 65 пацієнтів, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, та 160 пацієнтів із алкогольною залежністю. Описано особливості клінічних варіантів депресії при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками, часте трансформування в алкогольну залежність із більш тяжкими формами депресії, негативні соматичні та економічні наслідки цих станів. Представлено спеціально розроблену комплексну програму профілактики вживання алкоголю зі шкідливими наслідками із розвитком депресивних розладів.

Ключові слова: вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, депресивні розлади, профілактика.

Вступ

Термін «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками» (ВАШН) введений у Десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10, рубрика F1.1) замість терміна «вживання без залежності» і має такі діагностичні критерії:

- наявність чітких даних про те, що вживання психоактивної речовини зумовило чи значною мірою посилює фізичну або психічну шкоду, включаючи порушення суджень, дисфункціональну поведінку, що може призвести до несприятливих наслідків у міжособистісних стосунках, до депресії, соматичних проблем і навіть інвалідності;
- природа шкоди має бути чітко встановлена та зазначена;
- психоактивну речовину особа має вживати постійно протягом не менше 1 міс чи періодично впродовж 1 року (World Health Organization, 1992).

Ця психопатологія не відповідає критеріям будь-якого іншого психічного чи поведінкового розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивної речовини в той самий період (за винятком гострої інтоксикації — F 10.0).

Щодо кількості щоденного алкоголю робоча група Королівського коледжу психіатрів (Royal College of Psychiatrists) і Королівського коледжу лікарів (Royal College of Physicians) описує щоденне вживання понад 50 і 35 од. алкоголю як «ймовірно шкідливе» для чоловіків та жінок відповідно.

Депресивні розлади (ДР) при ВАШН в науковій літературі детально не описані. Доступні публікації переважно містять тлумачення цього поняття, наголошують на актуальності зазначеної проблеми, але не дають достатньої інформації щодо можливих шляхів її вирішення, не містять інформації відносно алгоритмів і цілісної системи лікувально-діагностичної та профілактичної допомоги в подібних випадках (Barclay G.A. et al., 2008; Сосін І.К., Чувєв Ю.Ф., 2014). Проте, як свідчить клінічний досвід, ці порушення слід вважати

одним із основних об'єктів ранньої діагностики та профілактики більш потужних аддиктивних, психічних, у тому числі афективних, а також соматичних і неврологічних розладів. Саме особи з ВАШН є потенційними хворими на алкогольну залежність (АЗ) — F1.2, згідно критеріїв МКХ-10.

Надзвичайно показовою є статистична інформація щодо соматичної патології в багатопрофільному стаціонарі, виникнення та розвиток якої пов'язані зі вживанням алкоголю. Термічна травма виникає в 26%, гостре отруєння етанолом — у 23%, отруєння іншими речовинами — у 9%, травми — у 14% (переломи кісток — у 7%, черепно-мозкова травма — у 7%, травма ока — у 1%), колото-різані поранення — у 11%, шлунково-кишкова кровотеча — у 3%, загострення панкреатиту та панкреонекроз — у 7%, алкогольний цироз печінки — у 2%, стенокардія та інфаркт міокарда — у 4%, пневмонія — у 2%, інсульт — у 1% таких пацієнтів. У середньому 13% усіх випадків стаціонарного лікування в загальносоматичній лікарні пов'язані зі вживанням алкоголю. Економічні витрати на лікування цих хворих становлять 9% усіх витрат такої лікарні (за 1 міс — близько 100 тис. в еквіваленті доларів США) (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2011). Це лише в одній соматичній лікарні (не кажучи про психіатричні) та ще й у країні з відносно скромним бюджетом медичної галузі!

Результати проведених досліджень свідчать про взаємозв'язок алкогольних патернів із самогубством: 52% суїцидентів вживали спиртні напої в день або напередодні суїциду, 57% (за даними анамнезу) — хронічно випивали. Більшість самогубств здійснено з п'ятниці на суботу, в неділю та понеділок, що може бути пов'язане з підвищенням частоти та кількості вживаного алкоголю (Ласый У.В. і соавт., 2012; Лебедева-Несєвєра Н.А., Кирьянов Д.А., 2012). Наведені дані свідчать про надзвичайне значення алкогольних проблем не лише для пацієнтів суто психіатричного та наркологічного, але й соматичного і неврологічного профілю, тобто для медичної галузі в цілому. Більше того, вони потребують

розгляду на загальнодержавному рівні. При цьому вони вказують на необхідність значної обізнаності в питаннях аддиктології як представників нейронаук, так і лікарів-інтерністів, соціологів та інших суміжних спеціалістів.

Мета дослідження — розроблення комплексної системи психопрофілактики ДР в осіб, які вживають алкоголь із шкідливими наслідками, яка враховує основні причини, закономірності формування та клінічну структуру депресії в цих пацієнтів.

Об'єкт і методи дослідження

Обстежено 65 осіб чоловічої статі віком 24–53 роки, які вживають алкоголь із шкідливими наслідками, у тому числі з депресією (1-ша група), та 160 пацієнтів чоловічої статі віком 32–56 років із АЗ та ДР (2-га група). Діагностичний комплекс об'єднав соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичні (скринінг-шкала AUDIT — виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Спілбергера — Ханіна (оцінка рівня реактивної та особистісної тривожності), методика Леонгарда — Шмішека (вивчення акцентуацій характеру), загальноклінічні та лабораторні, за показаннями — нейрофізіологічні (електроенцефалографія, магнітнорезонансна томографія головного мозку та внутрішніх органів), і призначені лікарями-інтерністами спеціальні соматичні та неврологічні методи. За показниками, отриманими при цих дослідженнях, проведено порівняльну первинну оцінку хворих зазначених груп та їх стану в динаміці.

Результати та їх обговорення

У всіх пацієнтів мала місце ціла гама медичних, психологічних і соціальних негараздів, які за достатньої тривалості патогенної ситуації об'єднані в так зване

хибне коло, за якого традиційні форми поведінки в мікрооточенні та/чи конфліктні життєві обставини стали мотивом до зловживання алкоголем, що послужило першопричиною виникнення ДР або зумовило посилення вже існуючої психогенної, ендогенної чи цереброорганічної депресії. Зазначене коло включає також соматичну складову (пов'язані з алкоголізацією внутрішні захворювання) та негативні соціальні наслідки (критика з боку оточуючих, порушення сімейних і виробничих стосунків, інколи делінквентна поведінка тощо).

Результати аналізу отриманих даних свідчать про схожість основних клінічних варіантів ДР у групах обстежених, але є розбіжності в частоті їх виявлення. У 1-й групі був такий їх розподіл: тривожно-депресивний — у 32 (49,2%), дисфоричний — у 10 (15,4%), астеничний — у 8 (12,3%), іпохондричний — у 7 (10,8%), простий — у 6 (9,2%) і апатичний — у 2 (3,1%) пацієнтів. Більшість (46–79,3%) цих осіб раніше системно не лікувалися ні від зловживання алкоголем, ні від депресії. В інших виявляли терапевтичну резистентність, зумовлену, на наш погляд, відсутністю комплексного підходу з урахуванням усіх складових хибного кола. У 2-й групі був інший розподіл депресивних синдромів: депресивно-іпохондричний — у 68 (42,5%), астенично-депресивний — у 33 (20,6%), тривожно-депресивний — у 31 (19,4%), депресивно-дисфоричний — у 14 (8,8%), апатико-депресивний — у 7 (4,35%) і простий депресивний — у 7 (4,35%) пацієнтів.

Такі кількісні відмінності, на нашу думку, свідчать про те, що за відсутності ефективного лікування вживання алкоголю зі шкідливими наслідками з великою вірогідністю може трансформуватися в АЗ. Тому особи з ВАШН мають бути суб'єктами профілактики більш тяжких форм наркологічних захворювань із ДР. Ці твердження підкріплюють і результати вивчення в динаміці показників, отриманих за допомогою вищезазначених психодіагностичних методів.

Проведення профілактики, медичної та соціальної реабілітації в таких випадках є проблематичним у зв'язку з низкою факторів:

- значна різноманітність походження ДР у таких осіб;
- поширеність їх атипичних, стертих клінічних форм;
- ігнорування самими пацієнтами існуючих в них як афективних порушень, так і зловживання алкоголем;
- непомітність депресії для близьких хворого внаслідок її маскування систематичним пияцтвом;
- після повної або часткової редукції симптомів ВАШН збереження депресії, прихованої за соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації.

За несприятливого перебігу ВАШН на тлі систематичної алкоголізації в таких осіб закріплюються індивідуально-психологічні стереотипи девіантної поведінки, поглиблюються порушення в процесах адаптивності та самоактуалізації, що, у свою чергу, заважає гармонізації міжосо-

бистісної взаємодії у буденному житті, запобіганню міжособистісним та внутрішньоособистісним конфліктам, посилюються преморбідні тенденції до депресивного реагування на численні ускладнення соматичних, цереброорганічних і соціальних негараздів, зумовлених зловживанням алкоголем, зростає небажання пацієнтів визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте життя, професійну діяльність, долю сім'ї та інші соціальні відносини, відсутні установки на одужання. Усі ці фактори можна розглядати як основні об'єкти впливу психотерапії при здійсненні профілактичних заходів.

Важливою причиною ухилення цих хворих від медичної допомоги є й те, що вони бояться, що після звернення до нарколога і взяття на відповідний облік будуть дискриміновані та ізольовані від суспільства, матимуть професійні обмеження (наприклад неможливість отримати водійське посвідчення чи користуватися ним за наявності останнього), бути соціально утиснутими (ймовірність втрати батьківські права, неможливість ужити батьківські права, неможливість всиновити дитину, відсутність права на зброю тощо). Така ситуація свідчить про необхідність удосконалення існуючої системи наркологічної допомоги.

З метою оптимізації допомоги цим хворим нами розроблено і використано відповідну програму, в якій профілактика будується на єдиній методичній основі, що полягає у ранньому виявленні, 3-етапному лікуванні (1 — купірування поточної депресії та патологічного потягу до алкоголю, 2 — стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів, 3 — протирецидивна терапія, спрямована на усунення чинників ризику зазначеної патології) та оптимальній реабілітації хворих, спрямованій на визначення та корекцію біологічних, психологічних та соціальних факторів, що провокують розвиток та підтримують депресію. Програма включає диференційну діагностику первинних і повторюваних психогенних, ендогенних і соматогенних депресій (для цього виділено відповідні діагностичні критерії) з уточненням вираженості та реєстру ДР, а також диференційовану систему лікувально-профілактичних заходів, яка передбачає інтегрування методів як біологічного, так і психотерапевтичного впливу. Вона будується із врахуванням механізмів розвитку депресії, її клінічних варіантів ВАШН, особливостей особистості пацієнта та його мікросоціального оточення, наявності хворобливих соматичних та неврологічних наслідків алкогольної інтоксикації. Курсове лікування включає три етапи: 1 — купірування поточної депресії, 2 — стабілізуюча терапія з переваженням корекції особистісних та інколи вже існуючих когнітивних розладів, 3 — протирецидивна терапія з корекцією чинників ризику зазначеної патології та з невідкладною допомогою у разі появи ознак патологічного потягу до алкоголю.

Медикаментозна психотропна терапія проводиться згідно з рекомендаціями від-

повідних державних стандартів і включає застосування антидепресантів, нормотиміків, транквілізаторів, снодійних засобів, фізіотерапію (електросон, масаж тощо), рефлексотерапію, за наявності показань — нейролептиків із тимолептичними властивостями, гепатопротекторів і ноотропних препаратів. Соматотропну терапію здійснюють спільно з лікарями-інтерністами. Психотерапія спрямована на гармонізацію внутрішньої картини хвороби, зміцнення установки на тверезий спосіб життя з урахуванням внутрішньоособистісних мотивів алкоголізації, усунення несприятливих психотравматичних життєвих обставин, зміну ставлення пацієнта до таких впливів. Із методів психотерапевтичної корекції перевагу надають раціональній та сімейній психотерапії.

У рамках профілактики ДР необхідне проведення психоосвітньої роботи, яка включає інформування пацієнтів про особливості їх недуги, причини виникнення та клінічні прояви депресії, прояви патологічного потягу до алкоголю, а також про важливість тривалих комплексних лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. Варто пояснити хворому та його оточенню, що погіршення загального самопочуття, яке супроводжується втратою задоволення від звичайної діяльності, надмірною втомлюваністю, зниженням активності та працездатності, порушенням сну, апетиту може свідчити про наявність ДР та має бути приводом для звернення до лікаря. Психоосвітня робота передбачає також заходи щодо інформування широких верств населення щодо сучасних наукових даних із проблем наркології та психіатрії в контексті біопсихосоціальної медичної концепції.

У вітчизняній медицині домінує установка, що лікувально-профілактичні заходи при алкогольних проблемах ефективні лише за умови повної відмови пацієнта від спиртного. Але все більшого визнання закордонними і деякими українськими спеціалістами отримувє терапевтична концепція самоконтрольованого вживання алкоголю. Остання надає можливість поступово знижувати дозу напоїв і, відповідно, зменшувати зумовлені ними шкідливі наслідки. Такий підхід найбільш коректний у разі соціальної адаптованості особи (а це притаманне більшості людей із ВАШН), тоді особа усвідомлює наявність алкогольної проблеми і мотивована до лікувально-профілактичних заходів, її особистісні цілі збігаються з результатами медичної допомоги, які прогноуються.

Вважаємо доцільним продовження вітчизняної та міжнародної наукової дискусії з приводу самої концепції та відповідних змін в організації наркологічної допомоги.

Висновки

Проблема депресивних, соматичних і неврологічних порушень у структурі ВАШН, а також їх суїцидологічних і економічних наслідків — надзвичайно актуальна. Діагностика цих станів передбачає виявлення біологічних, психологічних та соціальних чинників, клінічних варіантів розвит-

ку, вираженості та реєстру зазначеної патології. Профілактика цих порушень має здійснюватися у три етапи (1 — купірування поточної депресії та патологічного потягу до алкоголю, 2 — стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів, 3 — протирецидивна терапія, спрямована на усунення чинників ризику зазначеної патології), бути ситемною, комплексною і поєднувати фармакотерапевтичні, психотерапевтичні та за наявності показань — соматотропні лікувальні впливи та психоосвітню роботу з пацієнтом, його близькими та широкими верствами населення. Профілактику і реабілітацію слід спрямовувати на корекцію стану здоров'я цих осіб і недопущення його погіршення (формування синдрому АЗ, більш тяжких форм депресії, коморбідних соматичних і неврологічних розладів), підвищення рівня життєдіяльності цієї численної групи населення.

Список використаної літератури

Говорин Н.В., Сахаров А.В. (2011) Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре. Соц. клин. психиатр., 21(2): 33–36.

Ласый У.В., Новодворская М.В., Евсегнев Р.А. (2012) Анализ предсмертных записок и протоколов расследования по факту суицида: связь факта употребления алкоголя и анамнеза злоупотребления алкоголем с триггерами и мотивами суицида. Соц. клин. психиатр., 22(2): 57–62.

Лебедев-Несевря Н.А., Кирьянов Д.А. (2012) Самоубийства и злоупотребление алкоголем: анализ взаимосвязи на материалах исследования в Пермском крае. Вест. Перм. ун-та, 4(12): 108–110.

Сосін І.К., Чуев Ю.Ф. (2014) Наркологія: Націон. підруч. Колегіум, Харків, 1500 с.

Barclay G.A., Barbour J., Stewart S. et al. (2008) Adverse physical effects of alcohol misuse. Adv. Psychiatr. Treat., 14: 139–151.

World Health Organization (1992): 75–76.

Профілактика депресивних расстройств у лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями

Н.Ю. Напреенко

Резюме. Обследовано 65 пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, и 160 пациентов с алкогольной зависимостью. Описаны особенности клинических вариантов депрессии при употреблении алкоголя с вредными последствиями, частая трансформация в алкогольную зависимость с более тяжелыми формами депрессии, негативные соматические и экономические последствия этих состояний. Представлена специально разработанная комплексная программа профилактики употребления алкоголя с вредными последствиями с развитием депрессивных расстройств.

Ключевые слова: употребление алкоголя с вредными последствиями, депрессивные расстройства, профилактика.

Preventive treatment of depressive disorders in patients who consume alcohol with harmful effects

N.Yu. Napryeyenko

Summary. 65 patients who consume alcohol with harmful effects and 160 patients with alcohol dependence were examined. Features of clinical variants of depression while alcohol consuming with harmful effects, frequent transformation into alcohol dependence with more severe forms of depression, negative somatic and economic consequences of these conditions are described. A specially developed complex program of preventive treatment of alcohol consuming with harmful effects with depressive disorders was represented.

Key words: alcohol consuming with harmful effects, depressive disorders, preventive treatment.

Адреса для листування:

Напреенко Наталія Юріївна
01601, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
E-mail: napr_center@bigmir.net

Одержано 24.07.2015

Реферативна інформація

Завтрак — залог успешного гликемического контроля

У больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа, которые пропускают завтрак, значительно повышается уровень глюкозы в крови после обеда и ужина — к такому выводу в ходе нового рандомизированного исследования, результаты которого опубликованы онлайн в журнале «Diabetes Care», пришли ученые Университета Тель-Авива (Tel Aviv University), Израиль. Они подчеркнули, что при изучаемой патологии часто наблюдается постпрандиальная гипергликемия, способствующая угнетению функции инсулинпродуцирующих β -клеток поджелудочной железы и развитию сердечно-сосудистых осложнений, а потому одной из основных задач при лечении пациентов с СД 2-го типа является уменьшение амплитуды колебаний уровня глюкозы в плазме крови.

В данной работе участвовали 22 пациента с СД 2-го типа, у которых гликемический контроль осуществляли только с помощью диеты или диеты и антигипергликемического препарата метформина. Кроме того, 7 участников принимали лекарственные средства для лечения гипертонической болезни. Всех пациентов наблюдали в течение двух тестовых дней, в которые они употребляли стандартные наборы еды (жиры — 20%, углеводы — 54%, белки — 26%), энергетическая ценность которых составляла 700 ккал: 1-й прием пищи происходил в 08:00, 2-й — в 13:30, 3-й — в 19:00. В один из тестовых дней участники получали 3-разовое питание, во второй — 2-разовое (только обед и ужин). Для оценки гликемических показателей у всех пациентов в одинаковое время суток отбирали пробы венозной крови.

Ученые отметили, что, как они и ожидали, через 180 мин после завтрака уровень глюкозы, инсулина, С-пептида и глюкагоноподобного пептида значительно изменялся. У завтракавших пациентов он был существенно выше показателей участников, которые не завтракали

($p < 0,0001$), и выше, чем у них же перед обедом ($p < 0,0001$). В то же время, если эти пациенты пропускали утренний прием пищи, то уровень глюкозы в плазме крови после обеда у них был на 39,8%, а после ужина — на 24,9% выше, чем в предыдущий тестовый день с 3-разовым питанием ($p < 0,0001$). Так, максимальные показатели глюкозы в плазме крови в те дни, в которые участники пропускали завтрак, составляли после обеда 14,9 ммоль/л и после ужина — 16,3 ммоль/л, а в дни с завтраком — 10,6 и 13,0 ммоль/л соответственно. Пропуск утреннего приема пищи приводил также и к изменению уровня инсулина. В дни без завтрака он был ниже после обеда на 17%, а после ужина на 7,9%, чем в дни с завтраком ($p < 0,0001$), а пики его выработки через 30 и 60 мин после приема пищи были на 24,7 и 10,8% ниже. Значения С-пептида отражали уровни инсулина. К тому же 2-кратный прием пищи способствовал повышению уровня глюкагона и свободных жирных кислот и снижению активности синтеза глюкагоноподобного пептида, а 3-кратный — приводил к обратным результатам.

Руководитель работы доктор Даниела Якубович (Daniela Jakubowicz) отметила, что в этом исследовании им впервые удалось доказать важность первого приема пищи. Они полагают, что после него возрастает активность β -клеток поджелудочной железы, что и приводит к изменению метаболических показателей в течение последующих суток. Ученые констатировали, что они знали о преимуществе регулярного питания, но были немного удивлены тем, насколько значимые последствия может обусловить пропуск завтрака.

Jakubowicz D., Wainstein J., Ahren B. et al. (2015) Fasting until noon triggers increased postprandial hyperglycemia and impaired insulin response after lunch and dinner in individuals with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. Diabetes Care, July 28 [Epub ahead of print].

Tucker M.E. (2015) Skipping breakfast worsens glycemia in type 2 diabetes. Medscape, August 4 (<http://www.medscape.com/viewarticle/849018>).

Юлія Котикович