

тривогою; для хворих із патологічними МВА — «патологічна складова» у змісті має незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, уникнення проблем.

В цілому особистісні риси у хворих мають «переддиспозиційну» основу без досягнення патологічного рівня, «перехідну» із формуванням акцентуації та патології та «патологічну» із вираженими патологічними рисами особистості. Загальним між тяжкістю клінічної картини АЗ та наявністю психологічної переддиспозиції є спадковість у матері та батька, вік дебюту АЗ менш 20 р., стаж вживання алкоголю більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна доза у межах 1001—1250 мл.

Ми вважаємо, що для розробки комплексних лікувальних заходів із врахуванням як медикаментозної терапії так й психотерапії, необхідно обов'язково отримувати весь спектр об'єктивної інформації щодо життя хворого. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати не лише існуючі проблеми у пацієнтів, а на наш погляд, що є більш важливим, — встановити потребу та необхідний рівень корекції при інтегративній психотерапії.

УДК 616.89-008.441.13-036.22(477)

### КОГОРТНЕ ПОПУЛЯЦІЙНО-ГЕНЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

*О. С. Самойлова*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків*

*Ключові слова:* стани залежності, популяційно-генетичне дослідження

Метою цієї роботи є вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, ігроманії тощо), механізмів їх реалізації під впливом зовнішнього середовища та для розробки нових підходів щодо профілактики терапії.

Такі дані можуть бути одержані лише шляхом лонгitudінальних (багаторічних) когортних досліджень сімей із проявами залежностей, що свого часу виконав серед родин шахтарів засновник сучасної доказової медицини А. L. Cochrane.

Протягом першого півріччя 2010 р. було обстежено 220 хворих (чоловіків) з різними видами наркотичної залежності у віці від 18 до 46 років.

Досліджували: родинний анамнез, поточний адиктивний статус та показник якості життя.

Побудову моделі успадкування буде зроблено на підставі розподілу патологічних особливостей (станів залежності різного походження), що вивчаються у поколіннях родичів пробандів.

Визначення впливу генетичної обтяженості на клінічний перебіг захворювання буде проводитись шляхом відстеження динаміки клінічних проявів залежності протягом тривалого терміну (щонайменше 10—15 років) спостереження за контингентом.

Набір первинного матеріалу триває.

УДК 616.895.4-071-08:615.214

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

*О. В. Скринник, О. С. Серікова*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харків*

*Ключові слова:* біполярний афективний розлад, зловживання алкоголем, особливості перебігу

Як показали епідеміологічні дослідження, 46,2 % пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР) зловживають алкоголем (R. C. Kessler, 1997). Вживання алкоголю значно погіршує перебіг БАР, знижуючи ефективність традиційних схем терапії.

Метою нашого дослідження стало комплексне вивчення особливостей перебігу БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

Було досліджено 98 історій хвороб 52 пацієнтів з БАР. Вони були поділені на 2 групи: основна — 27 хворих з БАР, що зловживали алкоголем, група зіставлення — 25 хворих з БАР, які не вживали алкоголь. Середній вік —  $39,4 \pm 12,6$  років. Середня тривалість захворювання  $11,3 \pm 4,7$  років. Під час дослідження аналізували особливості перебігу, частота та тривалість фаз.

Під час оцінювання перебігу БАР було виявлено, що середня кількість перенесених епізодів складала в основній групі  $9,2 \pm 6,8$ , а в групі зіставлення —  $7,8 \pm 4,2$  ( $p > 0,05$ ). Середня частота фаз на протязі року —  $0,7 \pm 0,4$  в основній групі, та  $0,9 \pm 0,6$  ( $p > 0,05$ ) у групі зіставлення. У пацієнтів основної групи частіше спостерігалися маніакальні епізоди ( $8,6 \pm 3,4$  фази), ніж в групі порівняння —  $3,5 \pm 2,5$  фази, ( $p > 0,05$ ). Депресивна фаза частіше була у хворих, що не зловживають алкоголем — ( $3,0 \pm 2,53$ ) фази в основній групі та ( $5,5 \pm 3,3$ ) — у групі зіставлення, ( $p > 0,05$ ).

Результати дослідження свідчать про більш несприятливий перебіг БАР у хворих, що зловживають алкоголем.

УДК 616.89-008.441.13-08-06

### РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*И. М. Сквиря*

*Гомельский государственный медицинский университет (Республика Беларусь)*

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость, лечение, ремиссия, рецидивоопасные клинические состояния

Современная парадигма лечения алкогольной зависимости, основанная на закономерности процессуального течения данного заболевания с невозможностью биологического излечения, предполагает необходимость соблюдения пациентами режима абсолютной трезвости, получившего определение «ремиссия», под которой подразумевается не всякое воздержание от употребления алкоголя, а только сопровождаемое ослаблением признаков болезни. Поэтому, сохраняющиеся, или вновь возникающие в ремиссии, ассоциированные с алкогольной зависимостью симптомы (влечение к алкоголю, алкогольная депрессия, псевдоабстинентный синдром и другие), ранее определенные нами как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС), ставят под сомнение сохранение ремиссии, являются факторами высокого риска рецидива алкогольной зависимости.

Целью исследования явилось создание способа прогнозирования устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости и разработка практических рекомендаций по лечению больных.

500 пациентов (средний возраст  $39,4 \pm 6,2$  года) с алкогольной зависимостью (шифр по МКБ-10 F 10.2), по собственному желанию разделившиеся на две группы сравнения, в течение года наблюдения исследованы клиническим, патофизиологическим и статистическим методами. В первую группу вошли 450 пациентов, прошедших курс противоалкогольного лечения с использованием системного подхода с интегральной психотерапией, во вторую группу были включены 50 случаев формирования ремиссии после традиционного курса противоалкогольного лечения, завершеного сеансом опосредованной, ятрогенно ориентированной (на внушенном страхе перед употреблением алкоголя на фоне действия запрета) психотерапии.

Установлено, что клинически выраженные РОКС с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) из 500 пациентов первой группы наблюдались у 81 (16,2 %), а из 50 пациентов второй группы — у 24 (48 %) ( $p = 0,0003$ ). На этапе полной ремиссии (после 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) клинически