

Materials and methods. The study involved 90 patients, 60 with essential hypertension of II degree with concomitant CHD, obesity and gout and 30 with essential hypertension of II degree with CHD without obesity and gout. The average age of the patients was $62,2 \pm 1,2$ years. All patients were randomized into 4 groups I group - 30 patients with hypertension II degree with CHD without obesity and gout, II group - 30 patients with hypertension of II degree with CHD, obesity I degree and gout, III group - 18 patients with hypertension II degree of CHD obesity II degree and gout and IV group - 12 patients with hypertension of II degree with CHD obesity III degree and gout.

Results and discussion. There was a significant increase of leptin in all groups of patients, compared with the I group. Thus, in the second group of patients, it increased by 2.3 times, in the third group in 2.8 and 3.5 times in the fourth group. The level of leptin increased according to the increase of BMI. However, the reliable reduction of adiponectin with increasing BMI. Thus, in the second group of patients it decreased by 1.3 times, in the third group of patients in 1.4 times, in the IV group in 2,0 times in comparison with the I group. The highest level of leptin and lowest level of adiponectin noted in IV group of patients with essential arterial hypertension in combination with coronary heart disease, obesity of the third degree and gout. Noted an increased level of the IL-6 in groups of patients with obesity and gout. Thus, the level of IL-6 in the II group of patients was in 1.7 times higher than in I group of patients, respectively, in groups III and IV it was in 1.7 and in 1.6 times higher. It was not observed some changes in the level of IL-6 in patients according to the BMI. Dynamics of CRP was the next: the level of CRP in the II group of patients was in 1.7 times higher than in the I group, in III group in 1.6 and in the IV group in 1.6 times more than in the I group.

Conclusions. Prognostically significant factors of cardio metabolic risk that influence the course of hypertension are the presence of concomitant coronary heart disease, gout, degree of obesity, and the value levels of adiponectin, leptin, IL-6 and CRP.

УДК 616.89-088.441.13-08-036.82

Сквира И.М.

МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ РАННИХ РЕЦИДИВОВ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о роли ряда негативных микросоциальных факторов риска в причинно-следственной иерархии срывов ремиссии и ранних рецидивов у лиц с алкогольной зависимостью в первые 6 месяцев после противоалкогольной терапии. На основе полученных данных сформулированы рекомендации, направленные на раннюю диагностическую идентификацию и таргетную (адресную) противорецидивную терапию при алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, ранние рецидивы, микросоциальные факторы риска, таргетная купирующая терапия.

Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований Харьковской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины и является частью научно-исследовательской темы «Объективизация диагностики и новые подходы к лечению и реабилитации патологической зависимости и коморбидных состояний в наркологии» (№ госрегистрации 0108U002113).

Введение

Проблема лечения алкоголизма чрезвычайно актуальна в связи с масштабами распространения, утяжелением клинических параметров этого заболевания, величиной экономических, демографических и нравственных потерь [1, 4, 5].

В то же время эффективность лечения пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) не вполне удовлетворяет, особенно из-за ранних срывов и рецидивов, которые являются психогенией для семьи пациента, проблемой для производственных отношений и разочарованием для врачей.

Особенно трудными в становлении ремиссии считаются первые месяцы воздержания от употребления алкоголя. В этот период пациенты с АЗ испытывают неуверенность, психическое напряжение, нередко — влечение к алкоголю; жалуются на скуку, неустойчивое настроение, пустоту; у них появляется аффективная патоло-

гия [8, 11, 12]. У многих из них возникают транзиторные или затяжные тревожно-депрессивные состояния: «депрессия у детоксифицированных пациентов» — по терминологии ряда зарубежных специалистов [11].

Алкогользависимый пациент на ранних стадиях ремиссии не готов к лишению алкоголя и радикальному отказу от привычного, сложившегося за многие годы, приемлемого для него алкогольного стереотипа, что нередко проявляется страхом перед трезвостью, расстройствами адаптации с депрессией и разнообразной клинической симптоматикой [3, 7].

Многими авторами обращается внимание на то, что в начале становления ремиссии воздержание от употребления алкоголя зависит не только от клинических, но и от индивидуальных ментальных и социальных факторов [1, 3, 7, 8, 10, 13]. Необходимость вести трезвый образ жизни в обществе, где отказ от потребления

спиртного нередко рассматривается как признак физической или социальной неполноценности приводит пациентов с АЗ к вынужденному ограничению контактов с окружающими. Адаптация к трезвому образу жизни требует перестройки ранее сложившихся общественных отношений. Возникают проблемы «свободного времени», отказа от общения с пьющей компанией и создания нового круга общения, утверждения себя в качестве человека, ведущего трезвую жизнь. В это время среди повседневных ситуаций, лежащих в генезе дестабилизации ремиссионных состояний, выделяют встречи с приятелями, праздники, семейные торжества, приглашения в гости, которые в силу особого восприятия больными, нередко становились пусковым звеном возобновления пьянства [2, 6].

Ранее эти ситуации нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [9]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности микросоциальных РОКС у пациентов с АЗ на этапе становления ремиссии, их взаимосвязь с качеством ремиссии и значение для прогноза и терапии, что и стало целью работы.

Материал и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения противопоказанного лечения, на этапе реабилитации были включены 275 пациентов (средний возраст $38,26 \pm 11,47$ лет) с АЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10, адаптированным к Республике Беларусь). Их социально-демографические характеристики: по полу 230 (83,64%) мужчин и 45 (16,36%) женщин; по семейному положению в браке были 197 (71,64%) человек, в разводе — 45 (16,36%), 26 (9,45%) были холостяками и 7 (2,55%) вдовыми. Длительность АЗ колебалась от 3 до 20 лет, в среднем $7,93 \pm 4,21$ года; кратность лечения была от 1 до 7 раз, медиана (Me) равнялась двум. Из 275 пациентов 247 (89,82%) сообщили, что у них среди окружающих были знакомые с опытом продолжительного (не менее полугода) абсолютного воздержания от употребления алкоголя (т.е. у них имелась возможность взаимной поддержки трезвости с другими пациентами в ремиссии).

Общие критерии включения пациентов в исследование:

- наличие алкогольной зависимости, согласно критериям МКБ-10;
- обращение пациентов за помощью в лечении алкогольной зависимости;
- возраст от 20 до 65 лет включительно;
- информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Дополнительные критерии для формирования трех основных клинических групп сравнения

(были определены априорно, на основе разделения лиц с АЗ на этапе становления ремиссии, в 1–6 месяц включительно воздержания от употребления алкоголя):

– I группа (n=40) — пациенты, у которых на момент исследования был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения, в связи с жалобами на тягу к алкоголю и другие РОКС, угрожаемые срывом ремиссии и рецидивом алкоголизации;

– II группа (n=156) — пациенты с рецидивом АЗ на этапе становления ремиссии (у которых клинические признаки РОКС отсутствовали, жалоб не было, а затем, неожиданно для родственников и врачей у них произошел рецидив алкоголизации, после которого и были исследованы).

– III группа (n=79) — контрольная группа (КГ), составлена из пациентов с АЗ в качественной ремиссии (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент данного исследования отсутствовали), при дальнейшем наблюдении достигшие полной ремиссии (шифр F 10.202).

Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза.

В ходе выполнения работы использовали анамнестический, психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с АЗ применили разработанный нами опросник, позволяющий квантифицировать РОКС. При разработке опросника, мы исходили из установленного положения о наличии интегрального влияния всего комплекса биопсихосоциальных факторов на пациента с АЗ в процессе формирования ремиссии [1, 3, 7]. Выделение конкретных уровней РОКС (клинического, психологического, семейного) объяснялось аналитическим этапом исследования. Согласно цели данной работы нами были проанализированы 6 микросоциальных сфер риска дестабилизации ремиссии (так называемых, «микросоциальных РОКС»), которые, по мнению пациентов, в период воздержания от употребления алкоголя оказывали на них негативное влияние в плане поддержания трезвости. Три вопроса из шести отражали отсутствие одобрения и моральной поддержки посттерапевтических мотиваций трезвости среди: знакомых в быту (соседей, одноклассников, бывших сослуживцев, попутчиков в жизни и т.д.); коллег по работе (напарников, руководителей и/или подчиненных); других лиц с АЗ, воздерживающихся от употребления алкоголя (находящихся в ремиссии АЗ). Последний вопрос изучался в связи с установленной значимостью для поддержания ремиссии сообщества взаимопомощи пациентов

с АЗ [1]. Еще три вопроса отражали прямое провоцирующее проалкогольное влияние на пациентов со стороны: привычного алкогольного окружения знакомых (прежде всего, «собутельников»); провоцирующее воздействие алкогольных традиций и форм домашнего поведения в выходные, праздничные дни, дни микросоциальных семейных событий; систематическое негативное воздействие наступательной телерекламы алкогольных напитков. Частоту встречаемости РОКС пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось, соответственно, как 3, 2, 1 и 0 баллов [9]. По сути, с помощью данного опросника мы надеялись заглянуть во внутренний психический мир пациентов, касающийся плохо доступных для традиционного психопатологического исследования уровней психики, в частности, таких как «сознание» и «личность» больного человека. Простота вопросов теста обеспечивала самостоятельность (без внешней подсказки) ответа на вопрос, исключая нередкие

для обычного клинического интервью аберрации и артефакты, привносимые ситуацией исследования и личностью исследователя.

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ или медианы Me , доверительного интервала при отклонении показателей от нормального распределения и, соответственно, достоверности отличия по критерию Стьюдента или критерию χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в трех группах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты и обсуждения

Частота встречаемости в порядке убывания в контрольной группе микросоциальных РОКС у пациентов трех групп — табл. 1.

Таблица 1
Частота микросоциальных рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n=156		II, n=40		КГ, n=79	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Среди знакомых в быту	26	65,00*	135	86,54***	75	94,94
2. Среди коллег по работе	18	45,00*	119	76,28***	69	87,34
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	29	72,50	156	100***	61	77,22**
4. Проалкогольного окружения	31	77,50	103	66,03	56	70,89
5. Алкогольных традиций	6	15,00*	90	57,69***	44	55,70
6. Алкогольной телерекламы	17	42,50	99	63,46***	41	51,90

Примечания. Различия статистически значимы ($p<0,05$):

* — между I группой и КГ; ** — между II группой и КГ; *** — между I и II группами

На этапе становления ремиссии для пациентов с АЗ весьма характерны микросоциальные РОКС, по большинству исследованных параметров, наблюдающиеся более чем у 50% случаев. Только такая ситуация как провокация срыва и рецидива проалкогольным влиянием окружения оказалась примерно одинаковой ($p>0,05$) (около 2/3 случаев) во всех трех группах, по остальным параметрам обнаружилось межгрупповые отличия (табл. 1).

В сравнении с КГ в I группе пациентов реже ($p<0,05$) обнаруживалось отсутствие поддержки трезвости в быту и среди коллег по работе, а

также негативное влияние алкогольных традиций. В I группе, в сравнении со II, реже ($p<0,05$) наблюдались все изучаемые РОКС, кроме ситуации с провокацией срыва и рецидива негативным влиянием проалкогольного окружения. Во II группе, в сравнении с контролем, значимо чаще ($p<0,05$) встречалась только ситуация с отсутствием поддержки трезвости среди других лиц с АЗ в ремиссии, по остальным РОКС эти группы были схожи между собой ($p>0,05$).

Далее с помощью опросника [9] была исследована (выборочно) степень выраженности (в баллах) микросоциальных РОКС (табл. 2).

Таблица 2
Сравнительная характеристика средней выраженности (в баллах) микросоциальных рецидивоопасных ситуаций у пациентов трех групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n=40	II, n=80	КГ, n=39
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
1. Среди знакомых в быту	1,79±1,36	2,18±1,07	2,35±0,88
2. Среди коллег по работе	1,16±1,34	2,12±1,27***	1,86±1,03
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	1,79±1,27	2,76±0,56***	2,09±1,28**
4. Проалкогольного окружения	1,05±1,13	1,41±1,06***	1,05±1,12**
5. Алкогольных традиций	0,32±0,82*	1,0±1,12***	1,22±1,28
6. Алкогольной телерекламы	1,0±1,0	1,35±1,32***	0,91±1,28**
Суммарный балл РОКС	7,11±3,56*	10,82±3,96***	9,48±2,81

Примечания. Различия статистически значимы ($p<0,05$):

* — между I группой и КГ; ** — между II группой и КГ; *** — между I и II группами

Социальные факторы в целом значимо меньше ($p<0,05$) мешали трезвости пациентам I группы (7,11±3,56 баллов), чем пациентам КГ

(9,48±2,81) ($p<0,05$) и, особенно, II (10,82±3,96) группы ($p=0,01$). Что касается отдельных факторов, то пациенты I группы статистически значи-

мо меньше ($p < 0,05$) жаловались, чем пациенты КГ и II группы, на негативное влияние алкогольных традиций, а в сравнении со II группой, меньше жаловались ($p < 0,05$) на все факторы, кроме отсутствия поддержки трезвости среди знакомых в быту (табл. 2, $p > 0,05$).

Далее был вычислен ранговый коэффициент корреляции Спирмена. В контрольной группе исследованные микросоциальные факторы не имели статистически значимых корреляций между собой и с интегральной выраженностью ($p > 0,05$). В I группе пациентов с интегральной выраженностью микросоциальных РОКС значимую корреляцию между собой ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$) и интегральной выраженностью имели факторы отсутствия поддержки трезвости среди знакомых в быту ($R_s = 0,90$, $p < 0,001$) и среди коллег по работе ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$). Во II группе пациентов с интегральной выраженностью РОКС значимо коррелировал только такой рецидивоопасный фактор как провокация срыва и рецидива влиянием алкогольных традиций ($R_s = 0,79$, $p < 0,01$).

Таким образом, у пациентов с алкогольной зависимостью этап становления терапевтической ремиссии характеризовался выраженными, наблюдающимися во многих сферах общественной жизни, рецидивоопасными ситуациями. Большинство (от 50% до 100%) пациентов жаловались на то, что окружение в целом в обществе, на работе, среди знакомых не понимает их, не поддерживает в трезвой жизни, даже мешает формированию нового образа жизни. Так действует наступательная алкогольная теле-реклама, алкогольные традиции, на работе коллеги в своем большинстве не понимали пациентов, не одобряли их трезвое поведение, нередко склоняли их к употреблению спиртного, а то и совершали насильственный возврат болезни (тайно подливая спиртное). Сами пациенты, только расставшись с привычным для них алкогольным стереотипом, еще не имея нового для них трезвого опыта, с трудом адаптировались в такой обстановке.

В то же время, несмотря на большую значимость микросоциальной обстановки для формирования ремиссии для всех пациентов с АЗ, в процессе исследования были установлены определенные межгрупповые отличия.

Пациенты первой группы и контрольной группы были настроены на избавление от алкогольной зависимости и трезвость, отличались личной ответственностью за свой выбор и стремились преодолевать рецидивоопасные ситуации, используя собственные ресурсы, социальную поддержку, наркологическую помощь. Именно этим объясняется меньшая частота встречаемости и степень выраженности микросоциальных РОКС у пациентов первой группы (угроза срыва ремиссии и боязнь этого привела их за помощью к врачу, в такой ситуации микросоциальные факторы для них отступали на второй план).

Пациенты второй группы (с рецидивом алкоголизма) задолго до первого употребления алкоголя (срыва), в сравнении с пациентами, сохраняющимися в ремиссии, значительно больше ($p < 0,05$) жаловались на отрицательное влияние в плане поддержания трезвости внешних, по отношению к их личности, факторов — «работа», «знакомые», «пациенты», «уговаривали выпить». Для них задолго до срыва был характерен своеобразный «психосоциальный портрет», проявляющийся в терпимости к алкогольным традициям и проалкогольному окружению и недовольством людьми, ведущими трезвый образ жизни, перекладыванием ответственности на других («уговаривали», «не поддерживали» и т. д.). Особо обращает на себя внимание тот факт, что при равных возможностях поддержки трезвости со стороны других пациентов, они в 100,0% случаев были недовольны поддержкой пребывающих в качественной ремиссии лиц с АЗ. Такому явлению мы находим объяснение в отсутствии у пациентов второй группы внутренней (собственной) установки на трезвость. При углубленном анализе было установлено, что большинство этих пациентов лечились преимущественно под давлением социальных обстоятельств, и после лечения, как они сами часто выражались, «держались» (удерживались от употребления алкоголя) в силу необходимости, сохраняя в глубине ядра личности проалкогольную установку, планируя ее осуществить после окончания запрета на употребление алкоголя. На практике такое состояние пациентов представляло собой почву для неизбежного рецидива алкоголизации, происходящего на фоне разрешающего фактора (праздники, давление проалкогольного социума, стресс) намного ранее, чем обычно планировали сами пациенты, объясняя большинство из происходящих ранних (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) срывов ремиссии. Мы считаем, что у этих пациентов после лечения признаки болезни «алкогольная зависимость» ослабевали только на клиническом, собственно, биологическом уровне. У них не было жалоб на влечение к алкоголю, не обнаруживались проявления синдрома отмены и других клинических проявлений АЗ. Но, при этом, после ослабления биологических признаков болезни, представляющих фасад клиники алкогольной зависимости, скрывающий ранее глубинную суть болезни, стало возможным обнаружить алкогольную зависимость на психосоциальном уровне, на уровне личности. Предлагаемое пациентам тестирование по опроснику исключало какую-либо морализацию, не несло в себе оценки пациенту, что позволяло им выразить свое истинное мнение, тем самым приоткрыть, спрятанную за фасадом телесных симптомов и внешних правил поведения, внутреннюю моральную сущность в отношении алкоголя.

Выводы

1. Лечение алкогольной зависимости необходимо проводить не только на уровне индивида, купируя влечение к алкоголю, синдром отмены и другие клинические проявления болезни, но и, обязательно, на уровне личности больного человека («лечить личность»).

2. На этапе реабилитации необходимо проводить работу по укреплению в ядре личности пациентов посттерапевтических мотиваций трезвости, созданию поддерживающей трезвеннической установки социальной обстановки и готовности пациентов к преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

3. Выявление в период воздержания от употребления алкоголя признаков алкогольной зависимости на уровне личности свидетельствует о латентной (скрытой) активности болезни, готовности к срыву ремиссии и требует экстренного, комплексного (социотерапевтического, психотерапевтического, немедикаментозного, фармакологического, реабилитационно-противорецидивного), таргетного (адресного, в зависимости от психопатологической структуры РОКС) вмешательства для стабилизации ремиссии и предупреждения рецидива заболевания.

4. Результаты проведенных нами комплексных лонгитудинальных исследований в рамках докторской диссертации на тему «Рецидивоопасные клинические ситуации ремиссионного периода при алкогольной зависимости» легли в основу создания и работы в г. Гомеле первого Реабилитационного противорецидивного центра "Формула трезвости", позволившего значительно повысить качество ремиссий у алкогользависимых реабилитантов.

Литература

1. 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.
2. Возний Д.В. Дослідження чинників, що впливають на стійкість алкогольної ремісії / Д.В. Возний // Психічне здоров'я. – 2011. – № 2. – С. 27-31.
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. Лелевич В.В. Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси / В.В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2009. – № 1. – С. 67-75.
5. Епідемії алкоголізму, наркоманій та токсикоманій у дзеркалі медичної статистики МОЗ України / [І.В. Лінський та ін.]. – Аналітико-статистичний довідник 1990-2008 рр. – Київ-Харків, 2009. – 168 с.
6. Меликсетян А.С. Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими и длительными ремиссиями / А.С. Меликсетян // Наркология. – 2011. – № 1. – С. 75-81.
7. Рыбакова К.В. Многомерная оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, А.С. Киселев, Е.М. Крупицкий // Матер. науч.-практ. конф. с межд. участ. : «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» в СПб-е 29–30 ноября 2012 года. – СПб., 2012. – С. 114.
8. Сайков Д.В. Алкогольная депрессия: монография / Д.В. Сайков, И.К. Сосин И.К. – Харьков : Коллегиум, 2004. – 336 с.
9. Сквиря И.М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И.М.Сквиря // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ : в 4 т. ; ред. колл. А.Н. Лызинов [и др.]. — Гомель : УО «Гомельский ГМУ», 2008. – Т. 3. – С. 190-193.
10. Aguiar P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar, D. Neto, R. Lambaz, J. Chick [et al.] // Alcohol and Alcoholism. – 2012. – V. 17. – P. 1-9.
11. Eckardt M.J. Neuropsychological functioning in detoxified alcoholics between 18 and 35 years of age / M.J. Eckardt, J.M. Stapleton, R.R. Rawlings, E.Z. Davis [et al.] // Amer. J. of Psychiatry. – 1995. – V. 152, № 1. – P. 53-59.
12. Jenkins C. O.E. Attachment avoidance and anxiety as predictors of 2-Step Group Engagement / C. O.E. Jenkins, J. Tonigan // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2011. – V. 72. – P. 854-863.
13. Walton M.A. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment / M.A. Walton, F.C. Blow, C.R. Bingham [et al.] // Addict. Behav. – 2003. – V. 28. – P. 627-642.

Реферат

МІКРОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗІ РЕЦИДИВІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ХВОРОБИ

Сквиря І.М.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, ранні рецидиви, мікросоціальні фактори ризику, таргетна купіруюча терапія.

Представлені дані щодо ролі низки негативних мікросоціальних чинників ризику в причинно-наслідковій ієрархії зривів ремісії і ранніх рецидивів у осіб з алкогольною залежністю в перші 6 місяців після протиалкогольної терапії. На основі отриманих даних сформульовані рекомендації, спрямовані на ранню діагностичну ідентифікацію та таргетну (адресну) протирецидивну терапію при алкогольній залежності.

Summary

SOCIAL MICRO FACTORS IN THE GENESIS OF EARLY RELAPSE OF ALCOHOL DEPENDENCE

Skvira I. M.

Key words: alcohol dependence, remission, early relapse, social micro risk factors, targeted arresting treatment.

Research aim: to design methods for stabilizing the remission of alcohol dependence.

Material and methods: At the stage of remission (1–6 months of abstinence) 275 patients were studied by clinical, experimental, psychological and statistical methods (mean age 38,26±11,47 years, including 230 men and 45 women) with alcohol dependence (AD) (code ICD-10 F 10.200–202). We studied 6 micro-social risk areas destabilization of remission, which according to patients' opinion, provided a negative impact on them in terms of maintaining sobriety. Three questions reflected the absence of the approval and encouragement of sobriety among friends, at home, work colleagues and other persons with AD in remission. Another three questions reflect a direct effect on provoking pro-alcoholic patients from the usual alcoholic environment, alcoholic traditions, TV advertising of alcoholic beverages.

Comparison groups: I group (n=40) — pay for anti-treatment in connection with complaints of craving to alcohol and other relapse dangerous clinical situation (RDCS); II group (n=156) — Patients with early re-

lapse AD; III (control) group consisted of 79 persons in the qualitative remission (no signs of RDCS).

Results: It has been found out that most of the studied patients with AD complained that the environment in the community, at work place, friends did not support them in a sober life. Sum six factors (in points) were more pronounced in Group II (10,82±3,96), than I (7,11±3,56, $p=0,01$) and control (9,48±2,81, $p>0,05$) groups. Of the various factors patients in Group II ($p<0,05$) complained more than those in groups I and III, the negative influence of alcohol traditions, and compared with I group they complained more on all factors ($p<0,05$). The calculation of the Spearman correlation coefficient showed that in group III investigated factors had significant correlations with each other and with the integral expression ($p>0,05$). In Group I, with the integral expression micro-social RDCS significant correlation between them ($R_s=0,72$, $p<0,05$) and an integral expression factors were lack of support for abstinence among friends, at home ($R_s=0,90$, $p<0,001$) and colleagues at work ($R_s=0,72$, $p<0,05$). In group II with an integral expression of RDCS significantly correlated such factor as "provocation of the influence of alcohol with the help of relapse traditions" ($R_s=0,79$, $p<0,01$).

Discussion: Patients from groups I and III were determined to get rid of alcohol addiction and sobriety, they had personal responsibility for their choices and sought to overcome relapse dangerous situation using the available therapeutic resources. This explains the lower incidence and severity of micro-social RDCS patients in group I (the threat of recurrence led them to the doctor for help, in this situation, social micro-factors for them were not important). Patients in Group II, when compared with patients of groups I and III, long before relapse more ($p<0,05$) complained of adverse effects of external, with respect to their individual factors. They were unhappy with the people leading sober and tolerant pro-alcoholic environment. This is, in our opinion, the evidence of the activity of AD on a personal level.

Conclusions: Identification of symptoms of alcohol dependence during the period of abstinence from alcohol at the individual level indicates a latent disease activity, readiness to relapse and require urgent, comprehensive (social-therapeutic, psychotherapy, non-medical, pharmacological, rehabilitative and recurrent), targeted (targeted, depending on the psychopathology structure RDCS) intervention to stabilize remission and to prevent relapse.

УДК№615.2:615.032.2:6.59.117(477)

Скибина К.П., Ананько С.Я.

ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА УРОВЕНЬ САМОЛЕЧЕНИЯ В УКРАИНЕ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

Статья посвящена актуальному на сегодняшний день вопросу, который волнует многих специалистов: врачей, фармакологов, а также и все население в целом – проблеме самолечения. Данный предмет внимания не является новым. Однако в связи с развитием средств массовой информации, нельзя оставить без внимания вопрос о влиянии рекламы на данную проблему. По словам Татьяны Бахтеевой около 50% приобретенных без рецептов и без назначения врачом препаратов, куплены абсолютно без всякой потребности, а значит не только не послужат скорейшему выздоровлению, а могут и ухудшить состояние больного. В данной статье авторы ссылаются на исследования, которые подтверждают высокий уровень самолечения в Украине и актуальность данного вопроса. Статья представляет собой описание и анализ проблемы, связанной со свободой доступа медицинской информации, а также способы ее решения. Авторами была выбрана методика исследования, которая заключалась в проведении анонимного анкетирования, а также анализировании популярных видеороликов. По исходу данных исследований можно убедиться в существовании прямой корреляционной связи между объемом влияния рекламы и уровнем самолечения. Подводя итоги, следует отметить, что в данной статье получено исчерпывающее освещение проблемы самолечения и предложены альтернативные пути ее решения.

Ключевые слова: СМИ, реклама, лекарственные средства, самолечение

Введение

Прежде чем перейти к обсуждению основной темы данной статьи, необходимо вспомнить содержание присяги, через которую проходит каждый специалист, получивший высшее медицинское образование в Украине. «Клятва лікаря України», утвержденная указом первого Президента нашего государства, Леонида Кравчука, имеет в своем составе 6 основных положений, из которых, в качестве аргументов будут использовано 2 пункта [1]:

– неизменно руководствоваться в своих дей-

ствиях и помыслах принципами общечеловеческой морали, быть бескорыстным и чутким к больным, признавать свои ошибки, достойно продолжать благородные традиции мировой медицины;

– следовать правилам профессиональной этики, не скрывать правды, если это не повредит больному;

В первом, среди перечисленных пунктов клятвы, сказано о том, что медицинское общество не должно изменять традициям мировой медицины, которые, в свою очередь, формиро-