

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

И. М. Сквиря

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении рецидивоопасных клинических ситуаций (тревога и другие) у лиц с алкогольной зависимостью первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.200–202). На основе полученных данных сформулированы рекомендации, направленные на раннюю диагностику и адресную противорецидивную терапию пациентов с алкогольной зависимостью в процессе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение

Введение. Проблема лечения алкоголизма остается чрезвычайно актуальной, прежде всего из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие ранних срывов и рецидивов зависимости, происходящих, по данным большинства авторов, в самом начале формирования ремиссии — на этапе ее становления, определяемом в 4–6 месяцев от начала воздержания от употребления алкоголя [1; 8; 10].

В это время у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) наблюдаются аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПАВ) и срывом алкогольной зависимости (АЗ) [1; 8; 9; 11; 12]. Ранее эти состояния нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [7; 9]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности РОКС ПАЗ при различных типах ремиссии, недостаточно разработаны способы их диагностики и терапии.

Целью нашего исследования была разработка методов профилактики, ранней диагностики и лечения рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения, согласно принятых в наркологии стандартов [3; 5], трехэтапного лечения были включены 275 ПАЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10 [2; 5]).

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 реального разделения лиц

с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии, в 1–6 месяцев включительно воздержание от употребления алкоголя):

- **I группа** (n=79) с качественной ремиссией (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент данного исследования отсутствовали), при дальнейшем наблюдении достигшие полной, ремиссии (шифр F 10.202);
- **II группа** (n=40) — пациенты, у которых на момент данного 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;
- **III группа** (n=156) с декомпенсированной ремиссией (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент исследования отсутствовали, жалоб не было, а затем, неожиданно для родственников и врачей, у них произошел срыв ремиссии и рецидив алкоголизации), пациенты, обратившиеся к наркологу после рецидива алкоголизма, когда и были исследованы.

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

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ применили разработанный нами опросник, позволяющий сканировать и квантифицировать даже слабо выраженные жалобы ПАЗ. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [7].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по

Таблиця 1

Общая характеристика пациентов в I, II и III подгруппах

Показатели		Вся группа, n=275	Подгруппы сравнения		
			I, n=79	II, n=40	III, n=156
Пол	Муж.	230 (83,64%)	63 (79,75%)	34 (85,00%)	133 (85,26%)
	Жен.	45 (16,36%)	16 (20,25%)	6 (15,00%)	23 (14,74%)
Возраст, лет		38,26 ± 11,47	40,34 ± 11,8	39,64 ± 10,43**	36,86 ± 9,21***
Длительность АЗ, лет		7,93 ± 4,21	8,13 ± 3,84	9,12 ± 4,34**	7,52 ± 3,39
Кратность лечения	1-кратное	146 (53,09%)	45 (56,96%)	18 (45,00%)	83 (53,21%)
	2-3-кратное	99 (36,00%)	22 (27,85%)	12 (30,00%)	65 (41,66%)
	Более 3 раз	30 (10,91%)	12 (15,19%)	10 (25,00%)	8 (5,13%)

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса [4; 6]. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты и обсуждения

Вначале было проведено сравнение I, II и III подгрупп по основным демографическим и клиническим параметрам (пол, возраст, длительность АЗ, кратность лечения) (табл. 1).

Далее была установлена частота встречаемости РОКС в подгруппах сравнения, представлена в порядке убывания частоты в I подгруппе табл. 2.

Как следует табл. 1, на этапе становления ремиссии у пациентов всех трех подгрупп имелись РОКС. Примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$) во всех трех подгруппах наблюдались: «алгии», «раздражительность», «плохое настроение», «гипоманиакальное состояние», «алкогольные сновидения» и «учащение курения». В сравнении с I и III подгруппами во II чаще ($p < 0,05$) встречались: «плохое самочувствие», «астения», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстинентный синдром», «увеличение потребления кофе (чая)», «тревога» и «тяга к алкоголю». В I и III подгруппах все 15 клинических РОКС встречались примерно с одинаковой частотой, а около четверти пациентов этих подгрупп отрицали наличие у них клинических РОКС ($p > 0,05$).

Таблиця 2

Частота рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех подгрупп

Показатели	I, n=79		II, n=40		III, n=156	
	n	%	n	%	n	%
1. Раздражительность	38	48,10	19	47,50	88	56,41
2. Плохое настроение	36	45,57	24	60,00	83	53,21
3. Алгии	34	43,04	17	42,50	50	32,05
4. Алкогольные сновидения	31	39,24	16	40,00	47	30,13
5. Увеличение потребления кофе (чая)	26	32,91*	21	52,50**	47	30,13
6. Тяга к алкоголю	24	30,38*	22	55,00**	37	23,72
7. Бессонница	24	30,38	18	45,00**	32	20,51
8. Астения	20	25,32*	21	52,50	66	42,31
9. Плохое самочувствие	18	22,78*	23	57,50**	18	11,54
10. Учащение курения	16	20,25	11	27,50	32	20,51
11. Алкогольные навязчивости	12	15,19*	18	45,00**	20	12,82
12. Тревога	10	12,66*	13	32,50**	24	15,38
13. Псевдоабстинентный синдром	7	8,86*	7	17,50**	16	10,26
14. Индуцированное опьянение	4	5,06*	6	15,00**	4	2,56
15. Гипоманиакальное состояние	2	2,53	2	5,00	8	5,13
Нет жалоб	18	22,78*	0	0,00**	43	27,56

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

Таблиця 3

Сравнительная характеристика средней выраженности (в баллах) рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех подгрупп

Рецидивоопасные клинические состояния	I, n=39	II, n=40	III, n=80
	M ± σ	M ± σ	M ± σ
1. Раздражительность	0,74 ± 0,81	1,21 ± 1,06	0,93 ± 1,0
2. Плохое настроение	0,52 ± 0,67	0,95 ± 1,03	0,84 ± 1,0
3. Алгии	0,39 ± 0,58*	1,05 ± 1,03**	0,41 ± 0,69
4. Алкогольные сновидения	0,39 ± 0,66*	0,82 ± 0,73**	0,3 ± 0,54
5. Увеличение потребления кофе (чая)	0,56 ± 0,9	0,84 ± 1,16	0,43 ± 0,81
6. Тяга к алкоголю	0,3 ± 0,63*	0,63 ± 0,60**	0,31 ± 0,63
7. Бессонница	0,17 ± 0,49*	1,11 ± 1,1**	0,2 ± 0,51
8. Астения	0,3 ± 0,56*	0,89 ± 0,99	0,59 ± 0,8
9. Плохое самочувствие	0,22 ± 0,58*	0,89 ± 0,99**	0,38 ± 0,79
10. Учащение курения	0,78 ± 1,16	0,37 ± 0,68	0,3 ± 0,7
11. Алкогольные навязчивости	0,17 ± 0,38*	0,79 ± 0,71**	0,36 ± 0,7
12. Тревога	0,09 ± 0,29*	0,53 ± 0,61	0,3 ± 0,6
13. Псевдоабстинентный синдром	0,04 ± 0,21*	0,53 ± 0,77**	0,08 ± 0,27
14. Индуцированное опьянение	0,04 ± 0,21*	0,47 ± 0,84**	0,06 ± 0,3
15. Гипоманиакальное состояние	0,13 ± 0,34	0,21 ± 0,42	0,1 ± 0,41
Сумма баллов	4,84 ± 3,79*	11,29 ± 8,31**	5,59 ± 4,45

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

Степень выраженности (в баллах) РОКС в подгруппах сравнения была исследована (выборочно) с помощью специального опросника [7] (табл. 3).

Как следует табл. 3, суммарная выраженность РОКС у пациентов II подгруппы в среднем составила 11,29 ± 8,31 баллов, что превышает суммарную выраженность РОКС пациентов I (4,84 ± 3,79 баллов) и III (5,59 ± 4,45 баллов) подгрупп ($p < 0,01$). Из отдельных признаков во II подгруппе, в сравнении с пациентами I и III подгрупп наиболее выраженными оказались такие РОКС как «бессонница» ($p = 0,002$) и «тяга к алкоголю» ($p = 0,005$). Еще 5 признаков также были сильнее выражены у пациентов II подгруппы, в сравнении с

пациентами I и III подгрупп ($p < 0,05$): «алгии», «плохое самочувствие», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости» и «псевдоабстинентный синдром». По степени выраженности РОКС статистически значимых отличий между I и III подгруппами не было выявлено ($p > 0,05$).

При дифференцированном анализе было установлено, что процент пациентов III подгруппы с высокой градацией выраженности (2 или 3 балла) хотя бы одного из неспецифических РОКС («плохое самочувствие», «раздражительность», «астения», «плохое настроение» и «тревога») оказался идентичным II подгруппе ($p > 0,05$).

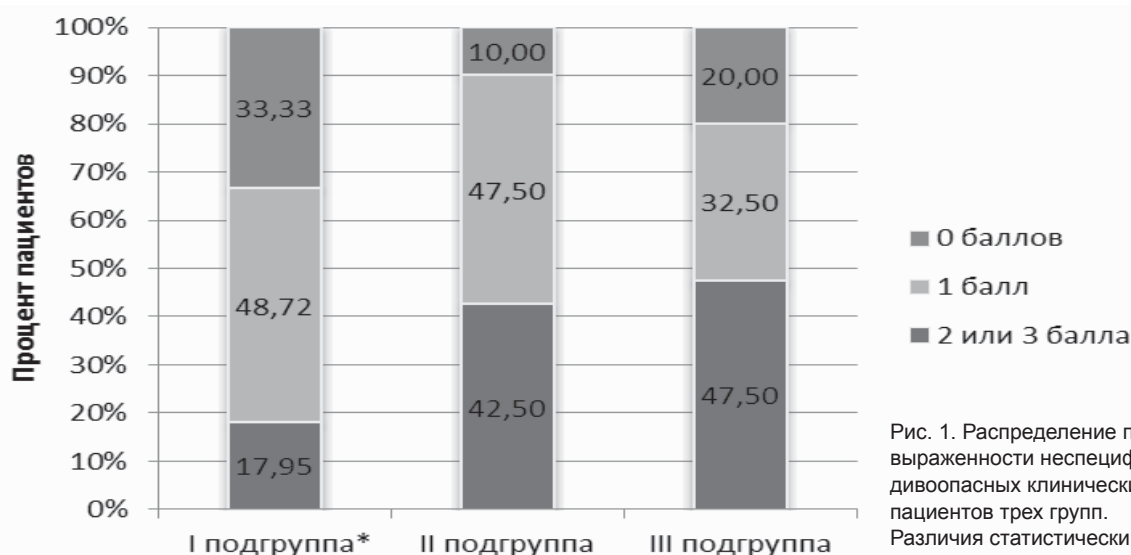


Рис. 1. Распределение по градации выраженности неспецифических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп. Различия статистически значимы ($p < 0,001$): * — между I и II, III группами.

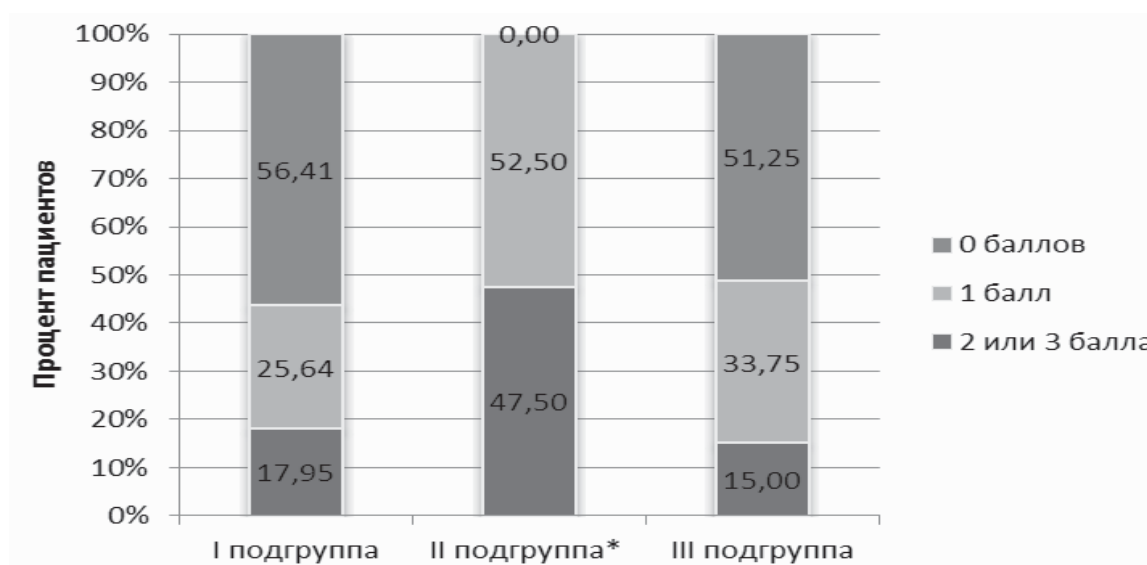


Рис. 2. Распределение по градации выраженности специфических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп. * – Различия статистически значимы ($p < 0,001$): * — между II и I, III группами.

и большим ($p < 0,001$), чем у пациентов I подгруппы (рис. 1).

Количество пациентов с высокой градацией выраженности хотя бы одного из специфических РОКС, напрямую ассоциированных с ПВА («индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром» и «тяга к алкоголю») (рис. 2), оказалось сопоставимым ($p > 0,05$) среди пациентов I и III и значительно меньшим, в сравнении с пациентами II подгруппы ($p = 0,0002$).

Как следует рис. 2 все 40 (100%) пациентов II подгруппы жаловались на разную степень выраженности влечение к алкоголю, в то время как 22 (56,41%) из 39 пациентов I подгруппы и 41 (51,25%) из 80 III подгруппы отрицали наличие у себя тяги к алкоголю. По показателю наличия влечения к алкоголю с высокой степенью статистической значимости II подгруппа пациентов отличалась от двух других подгрупп ($p = 0,00003$), между которыми отличий по выраженности признаков ПВА не выявлено ($p > 0,05$).

Далее был вычислен ранговый коэффициент корреляции Спирмена [6]. По корреляции РОКС между собой и с интегральной выраженностью I и III подгруппы не имели существенных отличий ($p > 0,05$). Корреляция (значимая) РОКС с интегральной их выраженностью в I подгруппе пациентов была следующей (в порядке убывания): «плохое настроение» ($r_s = 0,72$; $p < 0,001$), «учащение курения» ($r_s = 0,64$; $p < 0,001$), «тяга к алкоголю» ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$) «астения» ($r_s = 0,55$; $p < 0,001$) и «раздражительность» ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$). В III подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «раздражительность» ($r_s = 0,72$; $p < 0,001$), «индуцированное опьянение» ($r_s = 0,62$; $p < 0,001$), «учащение курения» ($r_s = 0,54$; $p < 0,001$), «тревога» ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$), «плохое настроение» ($r_s = 0,52$; $p < 0,001$) и «тяга к алкоголю» ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$). Во II подгруппе пациентов корреляционная взаимосвязь изучаемых

признаков между собой была более выражена, чем в I и III подгруппах ($p < 0,05$). С интегральной выраженностью РОКС имели положительную корреляцию все 15 признаков, наибольшая корреляция была выявлена у таких признаков как «астения» ($r_s = 0,84$; $p < 0,001$), «плохое настроение» ($r_s = 0,82$; $p < 0,001$), «плохое самочувствие» ($r_s = 0,79$; $p < 0,001$) и «псевдоабстинентный синдром» ($r_s = 0,79$; $p < 0,001$).

Во II подгруппе пациентов большинство симптомов опросника (табл. 2) по выраженности оказались значимо больше, чем в двух других подгруппах сравнения, что подтверждает возможность использования опросника для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью.

Анализ прогностической значимости показателей, для которых были получены наибольшие различия в I и II подгруппах (подгрупп с качественной и субкомпенсированной ремиссиями), оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6) на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК) [11]. Оценивались ППК, 95% доверительный интервал (ДИ) оценки площади, находилась точка разделения, оценивалась чувствительность (Чв) и специфичность (Сп) данного параметра при использовании найденной точки разделения. Показатели расположены в порядке убывания ППК (табл. 4).

Как следует табл. 4, выявление в период воздержания от употребления алкоголя на этапе становления ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью большинства клинических РОКС сигнализирует об угрозе рецидива алкогольной зависимости. При этом выявление специфических признаков, ассоциированных с влечением к алкоголю (алкогольные навязчивости, псевдоабстинентный синдром и другие) высоко специфически значимо и всегда требует пристального внимания нарколога. Из клинических РОКС наибольшую прогностическую значимость возможности рецидива алкоголизации

Таблиця 4

**Прогностическое значение основных показателей для определения РОКС
у пациентов с алкогольной зависимостью**

Показатель	ППК	95% ДИ	Точка разделения	Чв, %	Сп, %
Сумма всех 15-и РОКС	0,782	0,703–0,848	> 5 баллов	84,4	62,0
Раздражительность	0,739	0,657–0,810	> 0 баллов	82,2	57,6
Тревога	0,714	0,630–0,787	> 0 баллов	57,8	82,6
Астения	0,681	0,596–0,758	> 0 баллов	66,7	65,2
Алкогольные навязчивости	0,672	0,587–0,750	> 0 баллов	48,9	83,7
Тяга к алкоголю	0,655	0,580–0,744	> 0 баллов	46,7	85,9
Псевдоабстинентный синдром	0,624	0,538–0,706	> 0 баллов	31,1	93,5

имела сумма всех 15-и признаков при 6 и более баллах (чувствительность 84,44% и специфичность 61,96%).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что по частоте встречаемости, степени выраженности, корреляции клинических РОКС II подгруппа пациентов (субкомпенсированная ремиссия) статистически и клинически значимо отличалась от пациентов двух других подгрупп, между которыми статистически значимых отличий по вышеотмеченным параметрам не было выявлено ($p > 0,05$). Но, несмотря на схожесть показателей клинических РОКС ПАЗ I (достигших полной ремиссии) и III (с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии) подгрупп, между ними были выявлены некоторые отличия. Первое отличие было в том, что средний возраст пациентов III подгруппы был статистически значимо меньше среднего возраста всех пациентов ($p < 0,01$), прежде всего, за счет большего количества пациентов в возрасте до 26 лет ($p < 0,001$). Соответственно, у них и длительность алкогольной зависимости была меньше, чем у пациентов двух других подгрупп ($p < 0,05$). Второе отличие было выявлено при градуированном анализе, показавшем, что у пациентов III подгруппы задолго до срыва признаки, косвенно связанные с влечением к алкоголю (раздражительность, астения, тревога, алгии и другие) встречались чаще, чем в I подгруппе ($p < 0,001$).

На наш взгляд, ответ на вопрос о причине такого явления и, соответственно, причине наступившего у них рецидива алкоголизма, следует искать в системном (био психосоциальном) подходе к болезни «алкогольная зависимость». Клинические РОКС, исследованные в данной работе отражают преимущественно биологический уровень болезни, на котором признаки алкогольной зависимости после проведенного трехэтапного комплексного лечения ослабевают. Но, возможно, они (признаки алкогольной зависимости) остаются на двух других уровнях функционирования пациентов, что и стало предметом наших дальнейших исследований.

В результате исследования установлены частота встречаемости и степень выраженности рецидивоопасных клинических состояний у лиц с алкогольной зависимостью при различных типах становления терапевтической ремиссии, что позволило разработать принципы терапии пациентов с алкогольной зависимостью

при рецидивоопасных клинических состояниях и сформулировать следующие выводы и рекомендации.

Выводы

Для пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии характерны рецидивоопасные клинические состояния, которые, при включенности пациентов в терапевтическую программу не приводят пациентов к неизбежному срыву, так как или регрессируют (при качественной ремиссии), или, осознаваясь болезнями, мотивируют их на противорецидивное лечение (при субкомпенсированной ремиссии).

Рецидив алкоголизации на этапе становления терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью объясняется системным взаимодействием биологического, психологического и социального уровня функционирования пациентов и не всегда может быть объясним только клиническими проявлениями болезни, что требует исследования механизмов течения зависимости на психосоциальном уровне.

Поддерживающую и противорецидивную терапию у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии следует проводить с учетом структуры, выраженности и динамики рецидивоопасных клинических состояний, а психотерапию необходимо направлять на осознание и словесное выражение чувств, дифференциацию эмоций, развитие способности к управлению эмоциональным состоянием и формирование мотивации к трезвой жизни.

Литература:

1. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: "ЭЛБИ-СПб", 2002. — 192 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца. — К.: «Сфера», 2000. — 464 с.
3. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами / Приказ МЗ РБ 31 декабря 2010 № 1387: Учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья». — Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011. — 374 с.
4. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.
5. Мінко О. І. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: Посібник для лікарів / О. І. Мінко, І. В. Лінський, О. С. Самойлова, О. О. Мінко,

- І. О. Шараневич // Харків: Пляда, 2009. — 108 с.
6. Петри А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.
7. Сквир І. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М.Сквира // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лычиков [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
8. Сосин И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
9. Сосин И. К. Рецидивоопасные клинические ситуации ремиссионного периода в наркологии / И. К. Сосин, Л. В. Лазирская, В. Л. Давыдов, Н. П. Бурмака, А. Н. Иванилова, И. М. Сквир, А. И. Балога, А. С. Комарницкий // Довженківські читання: Матер. 5-й наук.-практ. конф. с міжн. участ. «Нові підходи до психотерапії та фармакотерапії станів залежності від психоактивних речовин», 6-7 квітня 2004 г.
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, P. Ferrinho // *Alcohol and Alcoholism*. — 2012. — Vol. 17. — P. 1–9.
11. Geoffrey M. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans / M. Geoffrey [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000. — Vol. 19. — P. 259–269.
12. Willinger U. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients / U. Willinger, E. Lenzinger, K. Hornik [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. — 2002. — Vol. 37. — P. 609–612.

РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМИСІЇ

І. М. СКВИРА

Представлені дані щодо прояву рецидивонебезпечних клінічних ситуацій (тривога тощо) у осіб з алкогольною залежністю перші 6 місяців формування терапевтичної ремісії (F10.200–202). На основі отриманих даних сформульовані рекомендації, спрямовані на ранню діагностику та адресну противорецидивну терапію пацієнтів з алкогольною залежністю в процесі лікування та реабілітації.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, рецидивонебезпечні клінічні ситуації, лікування

THE RELESE-DANGEROUS CLINICAL CONDITION AE EPY PERSONS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN EARLY TERAPEVTICUS REMISSION

I. M. SKVIRA

The data about on display relapse-dangerous clinical situations (The Anxiety and others) of the alcohol depended patients in the first 6 months remission time (F10.200–202) are presented in this articles. The recommendations are formulated on early diagnostics and address therapy of the patients with alcoholic dependence during treatment and rehabilitation.

Keywords: alcohol addiction, remission, relapse-dangerous clinical situations, treatment