

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

DOI:10.15587/2313-8416.2015.47411

МЕТАМОРФОЗИ ПАТОМОРФОЗУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА НОВІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ ЛІКУВАННЯ

© К. Д. Гапонов, С. І. Табачніков

Дослідженням підтверджено існування патоморфозу алкогольної залежності (АЗ) на сучасному етапі, на основі чого розроблено алгоритм оцінки реабілітаційного потенціалу хворого на АЗ як критерію диференціації заходів лікувально-реабілітаційного супроводу – інтегрального показника, що містить стандартизовану оцінку психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів хворого. Впровадження даної технології довело її ефективність на усіх рівнях функціонування хворого

Ключові слова: алкогольна залежність, патоморфоз, реабілітаційний потенціал, лікувально-реабілітаційний супровід, лікування, новітні підходи

Aim: to elaborate the differentiated system of medical and rehabilitation accompaniment of patients from the position of biopsychosocial approach to the modern pathomorphism of alcohol addiction (AA).

Methods: retrospective analysis of medical documentation, clinical and anamnestic, social and demographic, clinical and psychopathologic, psychodiagnostic, statistical.

Results. In the research it was proved an existence of such phenomenon as pathomorphism of AA in the modern period, identified its meaning content and marked out its psychosocial, clinical and therapeutic forms that can exist separately or turn from the one to another causing the complication of medical and social effects of AA. It was also established the specificity of clinical and psychopathologic and social peculiarities of AA that were systematized as indicators of intensity of the harmful effects of AA that were united into clusters of signs in aspect of optimization of its complex treatment: minimal, apparent and heavy harmful effects. It was proved the necessity of its detection as a criterion of differentiation of the choice of content and volume of measures of medical and rehabilitation accompaniment of patients with AA depending on heaviness of the harmful effects of an alcohol disease. It was detected the peculiarities of an ability to perception of the social support in persons with alcoholic addiction. Compromise of emotional and volitional features of person and the low communicative and emotional competence that form a personal resource of perception of the social support and also the negative dynamics of the aforesaid phenomenon in patients with AA in progression of disease were defined as the main impact factors on the process of perception of the social support.

On the base of analysis and generalization of received data there was elaborated an algorithm of assessment of rehabilitation potential (RP) of patients with AA as a criterion of differentiation of the volume and content of the measures of medical and rehabilitation accompaniment – an integral indicator that includes a standardized assessment of psychosocial, clinical and therapeutic resources of patient. The two-phased system of medical and rehabilitation accompaniment that consists of inpatient and out-patient treatment and differentiated depending on the RP of patient was scientifically ground, elaborated and introduced into clinical practice.

Conclusions. An introduction of this system with detection of changes in clinical, psychosocial and personal\interpersonal spheres of patient lives proved its efficiency compared with measures of regulated therapy

Keywords: alcohol addiction, pathomorphism, rehabilitation potential, medical and rehabilitation accompaniment, treatment, newest approaches

1. Вступ

Розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків алкоголізації населення сучасної України дають підставу віднести алкогольну залежність (АЗ) до розряду медико-соціальної патології, що представляє собою реальну загрозу здоров'ю нації, сприяє депопуляції та геноциду молодого покоління [1, 2]. АЗ в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин (ПАР) залишається домінуючою. За даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, до теперішнього часу досягає 1 млн. чоловік, а в структурі невідкладної психіатричної допомоги розлади, зумовлені АЗ, займають одне з перших місць [3].

2. Обґрунтування дослідження

Несприятливі зрушення в розповсюдженні АЗ та недостатня ефективність її лікування обумовлені негативним впливом комплексу факторів – епідеміологічних, соціокультуральних, особистісних та ін., особливе вагоме місце серед яких займає феномен патоморфозу АЗ, який фіксується багатьма сучасними дослідниками [2–5].

Між тим, не дивлячись на реальність патоморфозу АЗ, який підтверджується клінічною практикою, та необхідність його дослідження як запиту практичної наркології, наукові дослідження цього питання, з огляду на методологічну й організаційну складність його вивчення, довгий час залишались поза увагою науковців.

3. Мета роботи

Оптимізація комплексного лікування осіб з АЗ, з урахуванням її патоморфозу.

4. Матеріали, контингент і методи дослідження

На першому етапі роботи з метою встановлення динаміки епідеміологічних характеристик АЗ в Харківській області було проведено аналіз статистичних відомостей наркологічних закладів м. Харкова та Харківської області за 1990, 2000 та 2010 рр.

На другому етапі для верифікації проявів патоморфозу АЗ було здійснено ретроспективний аналіз медичної документації 300 (необхідної кількості спостережень від генеральної сукупності) пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків) (по 100 – за кожен досліджуваний рік, з діагнозом алкоголізму I та II стадії у зрізі 1990 р. та синдрому залежності від алкоголю: в наступний час утримання F10.20, активна залежність F10.24, постійне F10.25 та епізодичне F10.26 вживання та станом відміни алкоголю F10.3 у зрізах 2000 та 2010 рр.). Для досягнення мети роботи було створено «Карту дослідження патоморфозу АЗ», яка містила наступну інформацію: анамнестичну, соціально-демографічну, оцінку психо-соціальної та трудової дезадаптації, клініко-психопатологічну та терапевтичну. Перша частина включала соціально-демографічні відомості – вік, стать, освіта, соціальний та сімейний стан, професійна діяльність, рівень дезадаптації. Ступінь трудової, міжособистісної сімейної та особистісної дезадаптації визначали за шкалою, розробленою Н. К. Ліпгарт (1984) [5]. Друга, клінічна, містила дані щодо формування, розвитку, динаміки, прогресивності, ремісій та ін. клінічних ознак, а також соматоневрологічних та соціальних наслідків АЗ. Третя частина була присвячена вивченню особливостей терапії АЗ в різні часові періоди.

На третьому етапі роботи для встановлення особливостей клінічного аранжування перебігу АЗ в умовах її сучасного патоморфозу, а також його соціальних та психологічних предикторів, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків) було обстежено 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F10.24 – вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група). Тривалість АЗ до 3-х років була притаманна 35 особам (29,2±4,5 %), від 4 до 5 років – 45 пацієнтам (37,5±4,8 %), від 6 до 9 років – 40 хворим (33,3±4,7 %). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків.

Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність активної залежності від алкоголю на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (у відповідності до критеріїв МКХ–10), стаж АЗ менше 10 років та згода на участь у розроблених заходах лікувально-реабілітаційного супроводу протягом не менше року після виписки зі стаціонару. Критеріями виключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також

залежності від інших ПАР. Контингент обстежених був однорідним за базовими показниками, що дозволило вважати результати дослідження такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

На четвертому етапі роботи, для оцінки ефективності розроблених заходів лікувально-реабілітаційного супроводу, основну групу було поділено на дві підгрупи: терапевтичну (ТГ), пацієнти якої приймали участь у заходах, розроблених за результатами власних досліджень – 64 особи, та контрольну (КГ) – 56 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію. За різними причинами (відмова від лікування, зміна місця мешкання, та ін.) із дослідження вибуло 13 осіб. Таким чином, остаточна кількість пацієнтів, що взяли участь у терапевтичному процесі, склала 107 осіб – 54 пацієнти в ТГ та 53 – в КГ.

Клініко-анамнестичний метод застосовувався для ідентифікації можливої схильності до аддиктивних хвороб; вивчалися переважаність анамнезу, особливості розвитку особистості, різні аспекти виховання у сім'ї.

Соціально-демографічний метод полягав у вивченні таких характеристик, як розподіл обстежених за віком, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом, видом трудової діяльності та т. і.

Клініко-психопатологічну оцінку АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений використанням, окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно діагностичних критеріїв МКХ–10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT [6] – для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначення ступеню небезпечності його вживання, шкали SADQ-C [7], адаптованої для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів [8] – для оцінки вираженості проявів АЗ, та опитувальника «Мотиви вживання алкоголю», розробленого В. Ю. Зав'яловим [9]. Застосування даного методичного інструментарію дало можливість адекватно описати весь діапазон тяжкості розладів, які виникали внаслідок уживання алкоголю в обстежених хворих та надати характеристику:

- а) стилю уживання алкоголю й пов'язаній із цим небезпеці для здоров'я;
- б) виявити та діагностувати АЗ;
- в) встановити мотиви та наслідки уживання алкоголю.

Дослідження соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G. D. Zimet [10] та адаптована Н. О. Сиротою і В. М. Ялтонським [11].

Вивчення здатності сприйняття соціальної підтримки здійснювали в декілька етапів. Спочатку, для ідентифікації базових особистісних характеристик – особистісних властивостей обстежених як преморбідного тла для розвитку та прогресивності АЗ, використовували 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттла (форма С) Sixteen Personality Factor Questionnaire [12]. Потім, для ідентифікації наявності та вираженості комунікаційно-емоційної компетентності, за допомогою опитувальника А. Мехрабіана в

модифікації М. Ш. Магомед-Емінова [13] оцінювали аффіліацію (котру розуміли як потребу в спілкуванні, дружбі, любові та здатність до них), яка є важливішим соціогенним копінг-ресурсом, що дозволяє встановлювати емоційно довірливі стосунки з оточуючими, високий ступінь розвитку якої обумовлює наявність високого дистрес-редуруючого потенціалу особистості, та алекситимію (з використанням Торонтської шкали алекситимії (TAS) [12], як якість, полярну аффіліації, яка обумовлює бідність міжособистісних зв'язків з тенденцією до патологічної залежності або перевагою самотності, униканням спілкування з іншими [14].

Комплексну оцінку ефективності застосування системи лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ проводили відповідно до встановлених особливостей патоморфозу АЗ та джерел реабілітаційного ресурсу, з визначенням змін у клінічній, психосоціалній та особистісній/міжособистісній сферах життя пацієнта. Редукцію клінічної психопатологічної симптоматики визначали з використанням квантифікованої шкали комплексної оцінки психопатологічних розладів в ремісії [15], яка була спеціально розроблена для оцінки якості реадaptaції пацієнтів з АЗ у період становлення ремісії. Зміни в психосоціальному функціонуванні верифікували за допомогою шкали показників соціального функціонування у хворих з синдромом залежності [16]. Зрушення в особистісній/міжособистісній сферах оцінювали скрізь призму якості життя, як суб'єктивного показнику задоволення особистих потреб, що відображає ступінь внутрішньособистісної та міжособистісної комфортності людини, для чого використовували однойменний опитувальник, розроблений Н. Mezzich, Cohen, Ruirerez, Liu & Yoon [17], враховуючи наявність даних щодо чутливості цього інструментарію до змін, що виникають в процесі лікування хворих з АЗ. Оцінку ефективності проводили через 6 та 12 місяців від початку терапії.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної й критерієм Вілкоксона для непараметричної статистики. Також обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [18]. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакету програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки SPSS 11.0 [19].

5. Результати дослідження та їх обговорення

На основі проведеної роботи (ретроспективний аналіз медичної документації за 1990 р., 2000 р., 2010 р. та комплексне обстеження 120 чоловіків, хворих на АЗ), ідентифіковані форми сучасного патоморфозу АЗ, які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи потягнення медико-соціальних наслідків АЗ: психосоціалний патоморфоз АЗ клінічний патоморфоз АЗ терапевтичний патоморфоз АЗ.

Відповідно до встановлених закономірностей, означені чинники, які виступають індикаторами наявності однієї форми патоморфозу, та, одночасно, предикторами формування іншої.

Психосоціалними індикаторами/предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування психосоціалної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до клінічної форми, визначені ($p \leq 0,05$): збільшення серед загальної кількості хворих на АЗ питомої ваги осіб молодого віку; збільшення кількості непрацюючих (тимчасово або тривалий час) осіб з АЗ; зростання кількості осіб з більш високим освітнім цензом, що страждають на АЗ; зростання кількості осіб з вираженою трудовою та особистісною дезадаптацією на тлі стабільно вираженої міжособистісної сімейної дезадаптації.

Клінічними індикаторами/предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування клінічної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до терапевтичної, встановлені ($p \leq 0,05$): зменшення середнього віку першого вживання алкоголю; зменшення середнього віку дебюту АЗ; збільшення серед вживаних спиртних напоїв питомої ваги слабоалкогольних напоїв та пива; збільшення середньої добової дози вживаного алкоголю; збільшення частки супутніх захворювань шлунково-кишкового-тракту та центральної нервової системи на тлі стабільно високого рівню супутньої патології серцево-судинної та дихальної систем; зростання темпу формування АЗ; нівелювання боротьби мотивів в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю; збільшення істеричних, дисфорично-експлозивних та депресивно-тривожних форм сп'яніння; «помолодшання» віку виникнення стану відміни; посилення компульсивно-вітальних проявів патологічного потягу до алкоголю в структурі стану відміни; зменшення кількості алкогольних психозів.

Серед особливостей терапії АЗ виділені тенденції, що мають достовірний вплив на клінічний та терапевтичний патоморфоз АЗ ($p \leq 0,05$): збільшення питомої ваги психотерапії в комплексному лікуванні АЗ; збільшення питомої ваги антидепресивних, антипсихотичних та нормотимічних засобів в комплексному лікуванні АЗ; зменшення питомої ваги аверсивної терапії; поява кінезіотерапії в комплексному лікуванні АЗ та зникнення працетерапії.

На основі аналізу особливостей клінічного аранжування перебігу АЗ та соціалної реалізації пацієнтів в умовах її патоморфозу на сучасному етапі, виділені клінічні та соціалні ознаки, характерні для пацієнтів з різною тривалістю АЗ, що мають достовірний вплив на її перебіг та впливають на вираженість шкідливих наслідків АЗ, $p < 0,01$ (табл. 1).

Доведено, що встановлена специфічність клініко-психопатологічних та соціалних особливостей АЗ, маркером якої є тривалість хвороби, потребує обов'язкового визначення як критерій диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби. При цьому, при розробці заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих

на АЗ, окрім рутинного клініко-психопатологічного аналізу, обов'язковими є оцінка ступеню небезпеки та тяжкості її проявів за допомогою шкал AUDIT та SADQ-C, враховуючи наявність доказової бази щодо диференціації терапевтичних впливів в залежності від отриманих результатів [20, 21], ідентифікація переважних мотивів вживання алкоголю – із-за необхідності розуміння внутрішньо-психологічних причин АЗ, що лежать у «нефізіологічній» площині, а саме, напруженості мотивації та ступеню охоплення особистості вабленням до вживання алкоголю, а оцінка ступеню деструкції соціальних параметрів функціонування – як індикатору тяжкості мікрота мезосоціальних наслідків хвороби, з урахуванням наявності доказової бази щодо зв'язку між наявністю і здатністю сприйняття соціальної підтримки та ефективністю лікування пацієнтів з хворобами залежності [20].

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних, розроблено алгоритм оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів [22, 23].

РП хворого на АЗ – інтегральний показник, що містить стандартизовану оцінку трьох джерел РП, з урахуванням встановлених особливостей сучасного патоморфозу АЗ: психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів.

Оцінку психосоціального ресурсу пропонується здійснювати за наступними критеріями:

- а) спадкова обтяженість за родичами;
- б) сімейний стан;
- в) викривлення соціальної реалізації.

Таблиця 1

Індикатори вираженості шкідливих наслідків АЗ

Мінімальні шкідливі наслідки	
Тривалість АЗ	1–3 роки
Клінічні ознаки	<ul style="list-style-type: none"> – безпечне вживання алкоголю за тестом AUDIT; – зовнішня провокація періодичного первинного потягу до алкоголю; – виникнення вторинного потягу після будь-якої дози спиртного з частковою втратою кількісного контролю; – переважання одноденних ексцесів або псевдозапоїв; – відсутність клінічно окресленого синдрому відміни; – наявність субафективних (депресивних) коливань; – усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю; – наявність помірних проявів фізичної залежності від алкоголю (середній показник за шкалою SADQ-C 14,18±0,43 бали); – переважання соціально-психологічних мотивів вживання алкоголю
Викривлення соціальної реалізації	
Відсутність професійного росту	
Виражені шкідливі наслідки	
Тривалість АЗ	4–5 років
Клінічні ознаки	<ul style="list-style-type: none"> – висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT; – трансформація первинного потягу у внутрішню потребу; – порушення здатності контролю та звуження репертуару і асортименту вживаного алкоголю; – психологічна та/або соматична шкода; – переважання псевдозапоїв або постійного вживання на тлі високої толерантності; – гіпергідроз, тремор та їх посилення в першу добу стану відміни; – уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції та наявність синдрому відміни з обсеєсивно-систематичним патологічним потягом в його структурі; – виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C 46,64±1,07 балів); – переважання особистісно-значущих мотивів вживання алкоголю
Викривлення соціальної реалізації	
професійна та сімейна дезадаптація	
Тяжкі шкідливі наслідки	
Тривалість АЗ	більше 6 років
Клінічні ознаки	<ul style="list-style-type: none"> – висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT; – постійне вживання алкоголю на тлі низької толерантності або істинні запої; – спонтанний компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю та повна втрата ситуаційного контролю в стані сп'яніння; – зміна форми сп'яніння: агресивна з руховою активністю, дисфорично-експлозивна або депресивна з тривожним афектом; – виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом в його структурі; – алкогольна анозогнозія; – сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього середовища; – виражені сомато-вегетативні прояви; – продовження вживання алкоголю, незважаючи на очевидність його шкідливих наслідків; – значна вираженість гіпергідрозу, тремору рук та бажання похмелитися протягом першої та другої-третьої доби стану відміни; – виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C 56,49±1,83 балів); – переважання патологічних мотивів вживання алкоголю
Викривлення соціальної реалізації	
професійна деградація, сімейна деструкція	

Визначення клінічного ресурсу полягає в оцінці наступних показників:

- а) стаж АЗ;
- б) вік дебюту АЗ;
- в) показнику за шкалою AUDIT;
- г) наявність супутніх соматичних захворювань;
- д) типу вживання;
- е) феномену толерантності;
- є) синдрому відміни;
- ж) психопатологічного аранжування в структурі синдрому відміни;
- з) показнику за шкалою SADQ-C;
- і) алкогольної анозгнозії;
- к) провідних мотивів вживання алкоголю.

Терапевтичний ресурс визначається нами за станом наступних характеристик:

- а) особистісних особливостей;
- б) стану соціальної підтримки;
- в) мотивації до лікування.

Для об'єктивізації рівню РП у хворих на АЗ стан кожного з вищезазначених показників оцінюється за допомогою бальної оцінки з точки зору впливу даного критерію на стан РП. Діапазон показника від 55 до 39 балів свідчить про високий, 38–22 балів – середній, 21–4 балів – низький РП.

Ідеологічним базисом розробленої системи лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ в умовах її патоморфозу, є теза про те, що терапевтичний процес повинен бути комплексним, бо мішені впливу, що потребують трансформації, лежать в різній площині: психофізіологічній, когнітивній, емоційній, поведінковій та ін., і тому дія на них повинна бути багатовекторною, з сполученням дії терапевтичних, соціальних та родинних впливів, які відчуває пацієнт. Таким чином, основною метою є трансформація способу життя хворого та прийняття його соціальним середовищем, у якому пацієнт живе та функціонує.

Лікувально-реабілітаційний процес повинен забезпечуватися спільними послідовними зусиллями команди фахівців (лікар-нарколог стаціонару, лікар-нарколог наркологічного кабінету, лікар-психолог/психолог/психотерапевт) із застосуванням підсистеми взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих технологій.

В цілому, систему лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ можна представити у наступному вигляді (рис. 1). Вищезазначена система складається з двох етапів: стаціонарного (14 днів) та амбулаторного (12 місяців) лікування. До початку лікувальних дій здійснюються заходи щодо встановлення комплайенсу та визначення РП хворого, після чого складається індивідуальний план лікувально-реабілітаційного супроводу, спрямований на розв'язання питань його трудової, професійної, сімейної реабілітації, кінцевою метою якої було відновлення, корекція й формування нормативних особистісних і соціальних якостей хворих, повернення пацієнтів у родину й суспільство,

формування у хворого нового стилю життя, розуміння своїх цінностей і життєвих завдань на новому більш високому рівні, навчання техніці профілактики рецидивів.

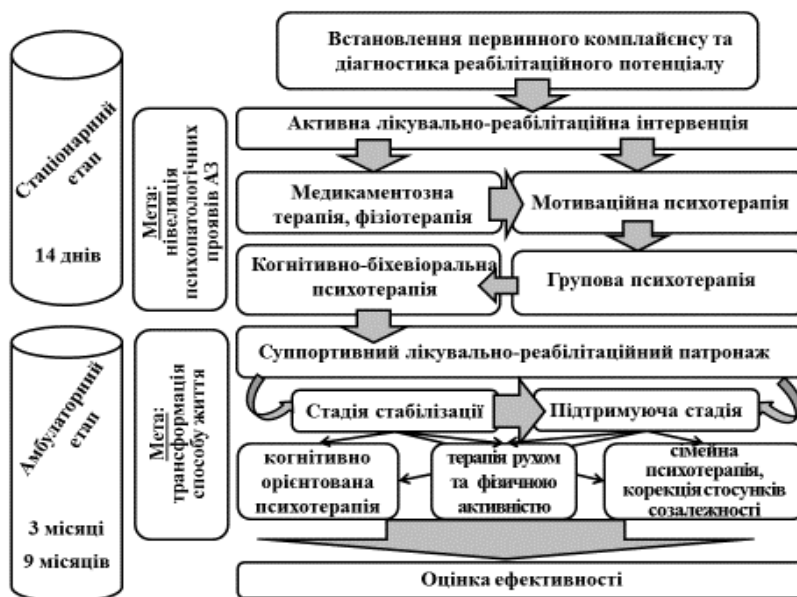


Рис. 1. Система лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ

Рівень РП має пряму пропорційність з об'ємом і змістом психотерапевтичних впливів: за умови високого РП лікувально-реабілітаційна інтервенція має найбільш масивний характер, який зменшується зі зниженням РП, за рахунок недостатньої ресурсної бази та низької мотивації пацієнтів щодо трансформації способу життя.

Перший етап активної лікувально-реабілітаційної інтервенції містить масивні різнобічні терапевтичні впливи: медикаментозні, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні, які застосовуються у паралельно-послідовному режимі: формування активної мотивації до лікування, елементи групової та когнітивно-поведінкової терапії – спрямований на максимальну нівеляцію психопатологічних проявів АЗ. Вибір виду психотерапевтичних втручань обумовлений наявною доказовою базою щодо ефективності одних психотехнік порівняно з іншими, при роботі з пацієнтами, які страждають на АЗ [21].

Другий етап супортивного лікувально-реабілітаційного патронажу, який здійснюється в рамках диспансерно-динамічного нагляду в наркологічному кабінеті за місцем проживання пацієнта, умовно складається з двох стадій: стабілізації та підтримки. Мета цього етапу – трансформація способу життя пацієнта, – обумовлює його тривалість та змістовне наповнення: на стадії стабілізації перші 3 місяці психотерапевтичні зустрічі проходять з частотою 1 раз у 2 тижні; на підтримувальній стадії роботи – 1 раз на місяць. При цьому базовими психотерапевтичними технологіями є когнітивно орієнтовані впливи, терапія дозованим фізичним навантаженням та елементи сімейної психотерапії. Використання когнітивно орієнтованої психотерапії та психоосвіти має на меті виявлення

та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних установок, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, а також напрацювання соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару. Терапія дозованими рухом та фізичною активністю забезпечує покращення загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надає змогу пацієнтам відчувати власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи – покращити емоційне тло настрою. Метою сімейної психотерапії та корекції соціальних відносин, є оволодіння та прийняття пацієнтом:

а) природи власних дезадаптивних емоцій;

б) їх зв'язку із індивідуальними базовими дисфункціональними переконаннями та іраціональними установками;

в) набуття навиків асертивності, відстоювання власних інтересів, вміння отримувати позитивну підтримку щодо власної поведінки.

За визначенням змін клінічної, психосоціальної, особистісної/міжособистісної сфер, як і загальної суб'єктивної оцінки якості життя, розроблена на основі вивчення особливостей сучасного патоморфозу АЗ система лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ довела свою ефективність, порівняно зі стандартними регламентованими лікувальними заходами.

Через 6 місяців від початку лікувально-реабілітаційної роботи якісна (компенсована) клінічна ремісія мала місце у 42,6 % пацієнтів, з якими проводились розроблені лікувально-реабілітаційні заходи (терапевтична група, ТГ) та у 28,3 % хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію (контрольна група, КГ); відносно компенсована – 37,0 % осіб ТГ та 30,2 % з КГ; неповна (субкомпенсована) клінічна ремісія – у 20,4 % хворих ТГ та 35,8 % пацієнтів КГ; «зрив» клінічної ремісії (декомпенсація) – у 5,7 % хворих КГ. Через 12 місяців якісна (компенсована) клінічна ремісія спостерігалась у 72,2 % хворих ТГ та 22,6 % осіб КГ; відносно компенсована – у 18,5 % пацієнтів ТГ та 34 % хворих КГ; неповна (субкомпенсована) – у 9,3 % осіб ТГ та 28,3 % пацієнтів КГ; повна декомпенсація клінічної ремісії була діагностована у 15,1 % хворих КГ.

Через півроку від початку роботи стабільне соціальне функціонування було характерним для 44,4 % обстежених ТГ та 24,5 % осіб КГ; середній рівень соціального функціонування – 48,1 % пацієнтів ТГ і 26,4 % хворих КГ; низький рівень соціального функціонування – 5,6 % осіб ТГ й 43,4 % обстежених КГ. Через рік результати виявились ще більш полярними: стабільне соціальне функціонування діагностовано у 64,8 % осіб ТГ та 22,6 % хворих КГ; середній рівень – у 31,5 % пацієнтів ТГ і 28,3 % респондентів КГ; низький рівень – у 3,7 % осіб ТГ й 34 % пацієнтів КГ; вкрай низький рівень – у 15,1 % хворих КГ. Отже, в динаміці спостерігався позитивний дрейф показнику соціального функціонування серед осіб ТГ та негативний – у осіб КГ.

Дослідженням якості життя щодо суб'єктивної оцінки хворого змін в його особистісній/міжособи-

стійсній сферах життя, а також в загальному сприйнятті його якості, встановлено, що в обох часових зрізах дослідження, як за загальної оцінкою якості життя, так і за окремими його критеріями, серед пацієнтів ТГ усі показники були вищими, порівняно з хворими КГ ($p < 0,01$).

6. Висновки

В результаті дослідження визначені психосоціальні, клінічні і терапевтичні форми патоморфозу АЗ на сучасному етапі, на основі чого науково обґрунтована, розроблена та впроваджена у практику система лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, що складається зі стаціонарного та амбулаторного лікування, диференційована залежно від РП хворого. Метою першого етапу є максимальна редукція психопатологічної симптоматики, другого – трансформація способу життя пацієнта, що досягається застосуванням елементів групової, когнітивно-біхевіоральної, когнітивно орієнтованої, сімейної психотерапії, а також терапії дозованим фізичним навантаженням. Впровадження даної системи із визначенням змін у клінічній, психосоціальной та особистісній/міжособистісній сферах життя пацієнтів, довело її ефективність порівняно з заходами регламентованої терапії.

Література

1. Табачников, С. І. Національна концепція профілактики вживання психоактивних речовин дітьми та молоддю в Україні [Текст] / С. І. Табачников, А. М. Вієвський, І. К. Сосін, І. В. Лінський // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2014. – Т. 7. – № 4 (26). – С. 104–106.
2. Сосіна, І. К. Наркологія [Текст]: національний підручник / за ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. – Харків: Колегіум, 2014. – 1500 с.
3. Строков, В. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.) [Текст] / В. Строков. – Харків, 2011. – 144 с.
4. Аймедов, К. В. Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор) [Текст] / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2 (12). – С. 151–166.
5. Животовська, Л. В. Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю [Текст] / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психіатрії. – 2010. – Т. 14. – № 1. – С. 23–28.
6. Babor, Th. F. AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test [Text] / Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro // WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General. – 2001. – P. 28.
7. Stockwell, T. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples [Text] / T. Stockwell, T. Sitharthan, D. Mcgrath, E. Lang // Addiction. – 1994. – Vol. 89, Issue 2. – P. 167–184. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00875.x
8. Минко, А. И. Поддерживающая терапия лиц с сформированной мотивацией при зависимости от алкоголя

а период формирования терапевтической ремиссии [Текст] / А. И. Минко, И. А. Шараневич // Зб.: «Довженківські читання: реалістичні цілі лікування та якість життя хворих наркологічного профілю». – Харків: Видавництво «Плеяда», 2010. – С. 57.

9. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.

10. Zimet, G. D. The multidimensional scale of perceived social support [Text] / G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet, G. K. Farley // J. Personality assessment. – 1988. – Vol. 52, Issue 1. – P. 30–41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2

11. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков [Текст] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзор. психит. и мед. психол. – 1994. – № 1. – С. 63–74.

12. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика (методики и тесты) [Текст] / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 2001. – 672 с.

13. Кривулина, Е. Н. Комплексное клинико-психологическое исследование лиц с алкогольной зависимостью [Текст]: учебное пособие / под ред. докт. мед. наук Е. Н. Кривулина. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 88 с.

14. Thorberg, F. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review [Text] / F. Thorberg, R. Young, K. Sullivan, M. Lyvers // Addictive Behaviors. – 2009. – Vol. 34, Issue 3. – P. 237–245. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.016

15. Дубинина, Л. А. Клинические и социально-психологические критерии оценки реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии [Текст] / Л. А. Дубинина, К. В. Рыбакова, Т. Г. Рыбакова, И. Ю. Бакман // Методические рекомендации. – СПб., 2012. – 39 с.

16. Бойко, Е. О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости [Текст] / Е. О. Бойко // Наркология. – 2008. – № 9. – С. 61–69.

17. Juan, E. Validization an efficient quality life index [Text] / E. Juan, C. Mezzich, L. Neal et al. // Abstracts XI World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». – Hamburg, Germany, 1999. – P. 427–428.

18. Гублер, Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Е. В. Гублер. – М.: Медицина, 1978. – 296 с.

19. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: МОРИОН, 2000. – 320 с.

20. Orford, J. Asking the right question in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction [Text] / J. Orford // Addiction. – 2008. – Vol. 103, Issue 6. – P. 875–885. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x

21. Marshall, E. J. The treatment of drinking problems: a guide for helping professions, – 5th ed. [Text] / E. J. Marshall, K. Humphreys, D. M. Ball. – Cambridge University press, 2011. – 260 p.

22. Гапонов, К. Д. Реабілітаційний потенціал хворих на алкогольну залежність та його значення при формуванні плану лікування [Текст] / К. Д. Гапонов // Матеріали XIII Української науково-практичної конференції з міжнародною участю Довженківські читання: «Проблема прива-

бливості наркологічної допомоги. Від служби до послуги», присвяченої 95-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О. Р. Довженка. – Харків, 2013. – С. 80–89.

23. Табачников, С. І. Удосконалення лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на алкогольну залежність в умовах її сучасного патоморфозу. Методичні рекомендації [Текст] / С. І. Табачников, К. Д. Гапонов, М. В. Маркова. – Київ, 2013. – 24 с.

References

1. Tabachnikov, S. I., Vievskiy, A. M., Sosin, I. K., Linsky, I. V. (2014). National concept of substance use prevention of children and youth in Ukraine. International psychiatric, psychotherapeutic and psychoanalytic journal, 7 (4 (26)), 104–106.

2. Sosina, I. K., Chujev, Ju. F. (2014). Narcology: national textbook. Kharkov: College, 1500.

3. Stokov, V. (2011). Mental and behavioral disorders due to substance use and state drug assistance to the population of Ukraine (informational and analytical review for 1990–2010). Kharkiv, 144.

4. Aymedov, K. V. (2007). Clinical pathomorphosis Sme-na and dependence in the modern addyktolohyy (overview). Journal of Psychiatry and psychopharmatherapy, 2 (12), 151–166.

5. Zhyvotovska, L. V., Sonnyk, G.T. (2010). Features psychosocial maladjustment persons with alcohol dependence. Journal of Taurian psyhyatryy, 14 (1), 23–28.

6. Babor, Th. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test. WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General, 28.

7. Stockwell, T., Sitharthan, T., Mcgrath, D., Lang, E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. Addiction, 89 (2), 167–184. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00875.x

8. Minko, A. I., Sharanovich, I. A. (2010). Maintenance therapy with individuals generated motivation for alcohol dependence and the period of formation of therapeutic remission. Coll.: «Dovzhenkivski read: realistic treatment goals and quality of life of patients with substance abuse profile». Kharkiv: Publishing House «Pleiad», 57.

9. Zavyalov, V.Y. (1988). Psychological aspects of formation of alcohol dependence. Novosibirsk: Nauka, 198.

10. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52 (1), 30–41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2

11. Sirota, N. A., Yaltonsky, V. M. (1994). Coping behavior and psychoprophylaxis psychosocial disorders in adolescents. Review of Psychiatry and Medical Psychology, 1, 63–74.

12. Raigorodskii, D. Y. (2001). Practical psychological testing (methods and tests). Samara: Publishing House «Bachrach», 672.

13. Krivulina, E. N. (2010). A comprehensive clinical and psychological study of people with alcohol dependence: a tutorial ed. Doctor. Sciences. Chelyabinsk Univ Pearce, 88.

14. Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. Addictive Behaviors, 34 (3), 237–245. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.016

15. Dubynyna, L. A., Rybakova, K. V., Rybakova, T. G., Bakman, Y. Ju. (2012). Clinical and socio-psychological criteria for assessing patients with alcohol addiction rehabilitation phases of remission. Guidelines. SPb., 39.
16. Boiko, E. O. (2008). Rating scale of social functioning in patients with dependence syndrome. Drug Addiction, 9, 61–69.
17. Juan, E., Mezzich, C., Neal, L. et al. (1999). Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». Hamburg, Germany, 427–428.
18. Gubler, E. V. (1978). Computational methods of analysis and detection of pathological processes. Moscow: Medicine, 296.
19. Lapach, S. N., Chubenko, A.V., Babich, P.N. (2000). Statistical methods in biomedical research using Excel. Kyiv: MORION, 320.
20. Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. Addiction, 103 (6), 875–885. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x
21. Marshall, E. J., Humphreys, K., Ball, D. M. (2011). The treatment of drinking problems: a guide for helping professions, – 5th ed. Cambridge University press, 260.
22. Gaponov, K. D. (2013). Rehabilitation potential of patients with alcohol dependence and its importance in shaping the treatment plan. Proceedings of XIII Ukrainian scientific-practical conference with international participation Dovzhenkovski read: «The problem attractiveness drug treatment . From the service to the service «dedicated to the 95th birth anniversary of Honoured Doctor of Ukraine, USSR People's physician A. R. Dovzhenko. Kharkiv, 80–89.
23. Tabachnikov, S. I., Gaponov, K. D., Markova, M. V. (2013). Improving the treatment and rehabilitation of patients with accompaniment alcohol dependence in terms of its modern pathomorphosis. Guidelines. Kyiv, 24.

Дата надходження рукопису 12.06.2015

Гапонов Костянтин Дмитрович, кандидат медичних наук, асистент, кафедра наркології, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176
головний лікар, КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер», вул. Очаківська, 15, м. Харків, Україна, 61000
E-mail: onardis@ukrpost.net

Табачников Станіслав Ісакович, доктор медичних наук, професор, завідувач відділом, відділ соціальної та клінічної наркології, Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, вул. Фрунзе, 103, м. Київ, Україна, 04080
E-mail: tabachnikov1940@ukr.net

УДК: 611.018.74:611.813:616.379-008.64-092.9:615.214:57.012.4

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.45937

АНАЛІЗ МОРФОМЕТРИЧНИХ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГІПОКАМПУ ЩУРІВ З АЛОКСАНОВИМ ДІАБЕТОМ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ ЦИТИКОЛІНУ

© В. І. Жилюк, В. Й. Мамчур, Н. С. Петрук, А. Е. Лєвих

Мета роботи: визначити морфометричні та ультраструктурні особливості гемомікроциркуляторного русла гіпокампу у щурів з алоксановим діабетом на тлі експериментальної терапії цитиколіном. Встановлено, що цитиколін чинить виразну ендотеліопротекторну активність, яка виявляється збільшенням щільності та площі функціонуючих ендотеліальних клітин, активацією процесів біосинтезу РНК, а також істотним зменшенням змін ультраструктури складових гематоенцефалічного бар'єру у гіпокампі

Ключові слова: ендотелій, цитиколін, гіпокамп, ультраструктура, морфометричні показники, алоксановий діабет

Aim: determine morphometric and ultrastructural features of blood microcirculation in hippocampus of rats with alloxan diabetes under experimental therapy with citicoline.

Materials and methods. The research was carried out on 48 white male Wistar rats (250–300 g) randomized in 3 groups by 16 animals: I – intact (distilled water, intragastrically); II – animals with diabetes (distilled water, intragastrically); III – animals with diabetes+citicoline (500 mg/kg, intragastrically). Diabetes was reproduced by single subcutaneous injection of alloxan monohydrate (150 mg/kg). Blood glucose level was determined on the 11th day after administration of alloxan using a glucometer. Citicoline and distilled water were introduced once a day during 20 days starting from the 11th day after administration of alloxan. In morpho-functional study of hippocampal CA1-zone neurons the histological sections were deparaffinized and dyed with gallocyanin-chrome alum by Einarson for specific detection of RNA. Pictures were received with a microscope Axioskop (Zeiss, Germany).