

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

*К.Д. Гапонов***СИСТЕМА ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ**

Харківський обласний наркологічний диспансер

Ключові слова: алкогольна залежність, реабілітаційний потенціал, лікувально-реабілітаційний супровід.

Підвищення якості консультативно-діагностичної, лікувально-профілактичної та реабілітаційної допомоги хворим з алкогольною залежністю (АЗ), як і раніше, є актуальною проблемою наркології. Це пов'язано як з високою поширеністю АЗ, так і з недостатньою готовністю спеціалізованої служби до практичного вирішення завдань ефективної психологічної та соціальної реабілітації хворих [1 – 5]. Соціально-економічні реалії сучасності істотно вплинули на структуру та обсяг амбулаторної допомоги хворим на АЗ. Неповне охоплення хворих диспансерним наглядом, розповсюдження доказово необґрунтованої короткострокової, одномоментної допомоги в значній мірі витісняють комплексний підхід до лікування цього захворювання. Після проведення так званих «сциентично декорованих» (за С. М. Круціцьким, 2008) методів (плацебоопосередованої сугестії) без подальшого лікарського спостереження хворі АЗ не отримують необхідного обсягу допомоги, що веде до прогресування хворобливих розладів [6].

Між тим, лікувально-реабілітаційний процес являє собою складну систему, яка спирається на професійну діяльність фахівців в галузі реабілітації, об'єднаних в наркологічну бригаду: - лікар-нарколог стаціонару, лікар-нарколог наркологічного кабінету, лікар-психолог / медичний психолог, за можливості – фахівець з соціальної роботи (соціальний працівник) та ін. Отже, комплексними зусиллями команди поліпрофесійних фахівців забезпечується багатопрофільна діяльність, що передбачає створення підсистеми взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих технологій. Перш за все, до них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та ін. технології, об'єднані в рубриці МКХ-10 Z 50.2 – реабілітація при наявності проблеми, пов'язаних зі вживанням алкоголю.

На сьогоднішній день визнано, що характеристикою, яка дозволяє прогностично оцінити здатність наркологічних хворих до збереження

довготривалих ремісій, реадаптації та повернення до суспільно-корисної діяльності, є реабілітаційний потенціал (РП) [7, 8].

В загалі, процес визначення РП повинен лежати в основі будь-якого реабілітаційного процесу. Однак, питання про зміст і критерії оцінки РП до теперішнього часу залишається дискусійним і недостатньо розробленим. Уточнення РП «є необхідною передумовою не тільки для встановлення прогнозу і правильної побудови реабілітаційної програми, а й для адекватної організації реабілітаційного процесу» [9]. Однак до теперішнього часу термін «реабілітаційний потенціал» зустрічається частіше в науковій літературі і не знаходить належного застосування в практичній медицині і реальній клінічній практиці [10, 11]. В існуючі визначення дефініції «реабілітаційний потенціал» закладається різний зміст. Даний термін був запропонований в 1973 р. В. П. Беловим та І. Н. Єфімовим, за визначенням яких, під РП розуміється «комплекс біологічних, особистісних і соціально-середовищних факторів, які складають основу ресоціалізації хворого» [12]. За М. В. Коробовим, РП – це можливість хворої людини за певних умов при сприятливих реабілітаційних служб і суспільства в цілому приводити в дію біологічні та соціально-психологічні резерви мобілізації реституційних, компенсаторних і адаптивних процесів і інших механізмів, що лежать в основі відновлення його порушеного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві [13]. РП має розглядатися на біологічному, особистісному і соціальному рівні як трирівнева система [14, 15]: рівень 1-го порядку – біологічний (саногенетичний) потенціал – можливість реституції, регенерації або компенсації анатомічних, фізіологічних, функціональних і психічних порушень; рівень 2-го порядку – особистісний (потенціал ресоціалізації особистості) – можливість відновлення або компенсації проявів активної життєдіяльності, тобто адекватної поведінки та орієн-

тації, самообслуговування, пересування, здатності до навчання, спілкування, трудової діяльності, рекреації і творчості; рівень 3-го порядку – потенціал соціальної інтеграції (реінтеграції) в суспільство хворого чи інваліда – можливості індивідуума до відновлення звичного для його (її) статі, віку, рівня і характеру освіти, соціального стану та особистих інтересів способу життя та відновлення статусу в суспільстві, економічної та юридичної самостійності, разом і нарівні зі здоровими людьми.

Таким чином, РП індивіда являє собою складний комплекс факторів, що визначаються на рівні організму, а також можливість або здатність їх взаємодії з факторами зовнішнього середовища [16]. Оцінка закладених і збережених внутрішніх резервів хворої людини та їх «сили», виходячи з його потенційних особливостей, є основною передумовою використання РП в процесі його реабілітації, а отже, визначення більш ефективної інтеграції даної категорії громадян в сім'ю і суспільство.

Треба зазначити, що в дослідницькому полі психіатрії найбільш близькою до втілення ідеї використання РП, є концепція проф. В. А. Абрамова щодо реабілітаційного психіатричного діагнозу [17], який, за визначенням автора, є діагностичним визначенням, що відображає індивідуальні особливості функціональної недостатності пацієнта, систему його особистісних ресурсів, життєдіяльності, сімейної та соціальної підтримки, що застосовується для адекватного вибору психосоціальних методів реабілітації та є основою при складанні індивідуальної реабілітаційної програми пацієнта. Для досягнення такої ж мети, по суті, й використовується РП.

У вітчизняному просторі психоневрології концептуальні засади РП вперше були застосовані М. В. Марковою, Т. Г. Ветрилою, які, при створенні системи медико-психологічного супроводження родини, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, запропонували алгоритм оцінки РП сім'ї, як інтегральної диференціальної характеристики обсягу заходів медико-психологічного втручання [18, 19]. За їх думкою, РП, що відображає ресурси і можливості родини – комплексний показник, що складається з трьох складових: соціально-економічної, психолого-педагогічної та психотерапевтичної активності сім'ї.

Дослідження відомого російського фахівця в галузі реабілітації наркологічних хворих Т. М. Дудко також торкались питань застосування ідеології РП в наркологічній практиці [8, 20]. За

його переконанням, РП наркологічних хворих – це багатofакторна клінічна, психологічна і соціальна діагностика, а також прогностична оцінка здібностей і можливостей хворих на тривалі ремісії, одужання, реадaptaцію і повернення до суспільно корисної діяльності. Вона базується на об'єктивних даних про спадковість, преморбід, соматичний стан, тяжкість та наслідки наркологічного захворювання, особливості особистісного (духовного) розвитку і соціального статусу хворих. Крім того, на переконання Т. М. Дудко, РП також об'єднує індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості і основний напрямок особистісного і соціального розвитку, а так же ціннісну орієнтацію хворих. У практичному ж відношенні, РП – це терапевтична та медико-соціальна перспектива. Основні складові РП, виділені автором, мають різну ступінь вираженості, що дозволяє диференціювати хворих за трьома клінічно окресленими інтегральними групами – хворі з високим, середнім і низьким рівнями РП. Проте, при застосуванні на практиці цієї технології стали зрозумілим деякі труднощі, бо запропонована Т. М. Дудко система оцінки включає в себе визначення стану 53 показників, питома вага яких має до 6 варіантів бальної оцінки [20].

Таким чином, спираючись на концептуальні засади реабілітаційного психіатричного діагнозу, розроблених В. А. Абрамовим, враховуючи попередній досвід фахівців з використання РП в клінічній практиці наркології, психіатрії та медичної психології [14, 17 – 20], нами розроблено алгоритм оцінки РП хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів.

Це було здійснено нами на основі двохетапної роботи, на першому етапі якої було проведено ретроспективний медичної документації 300 (необхідної кількості спостережень від генеральної сукупності) пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру (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.). Аналіз отриманих даних дозволив підтвердити існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, та виділи-

ти його складові (форми), які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи потяжчення медико-соціальних наслідків АЗ: психосоціальний патоморфоз АЗ клінічний патоморфоз АЗ терапевтичний патоморфоз АЗ [21].

В подальшому, спираючись на аналіз та узагальнення результатів клініко-психопатологічного, психодіагностичного та соціально-демографічного порівняльного дослідження 120 чоловіків, хворих на АЗ з діагнозом F10.24 – вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група), та 50 практично здорових чоловіків (порівняльна група), яке було проведене у 2011 – 2012 рр. на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру, нами була встановлена специфічність клінічних та психосоціальних особливостей АЗ, маркером якої є стаж хвороби, що потребують 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 для розробки заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, була доведена необхідність оцінки 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 [22, 23], ідентифікація переважних мотивів вживання алкоголю – із-за необхідності розуміння внутрішньо-психологічних причин АЗ, що лежать у «нефізіологічній» площині, а оцінка ступеню деструкції соціальних параметрів функціонування – як індикатору тяжкості мікро- та мезосоціальних наслідків хвороби [24].

Також критерієм диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, з урахуванням наявності доказової бази щодо зв'язку між наявністю і здатністю сприйняття соціальної підтримки та ефективністю лікування пацієнтів з хворобами залежності, визначені стан когнітивної сфери та комунікаційно-емоційної компетентності, які складають особистісний ресурс сприйняття хворим соціальної підтримки, та реальний стан джерел соціальної підтримки, що мають місце в житті пацієнта [25 – 27].

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних, нами розроблено алгоритм оцінки РП хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів. На нашу

думку, 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. Встановлені нами певні критерії оцінки цих складових були відібрані в ході роботи, основна ідея якої була мінімізувати складнощі застосування даної технології, для адекватного впровадження в клінічну практику.

Таким чином, оцінку психосоціального ресурсу пропонується здійснювати за наступними критеріями: а) спадкова обтяженість за родичами; б) сімейний стан; в) викривлення соціальної реалізації.

Визначення клінічного ресурсу полягає в оцінці наступних показників: а) стаж АЗ; б) вік дебюту АЗ; в) показнику за шкалою AUDIT; г) наявності 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 анозогнозії; 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 (табл. 1). Діапазон показника від 55 до 39 балів свідчить про високий, 38 – 22 балів – середній, 21 – 4 балів – низький РП. Відповідно, в залежності від визначеного рівню РП, визначали об'єм і зміст заходів лікувально-реабілітаційного супроводу.

При дослідженні РП у обстежених чоловіків з АЗ, високий РП виявився наявним у 44 (36,7%) осіб, середній РП – у 53 (44,2%) осіб, а низький – у 23 (19,2%) пацієнтів.

Ідеологічним базисом розробленої нами системи лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ в умовах її патоморфозу, була 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.

Алгоритм визначення реабілітаційного потенціалу хворих на АЗ

Джерело реабілітаційного потенціалу	Критерій оцінки	Стан критерію	Бали
1	2	3	4
Психосоціальний ресурс	Спадкова обтяженість за родичами	відсутня	3
		спадковість АЗ	1
		спадковість захворюваності на психічні розлади	0
	Сімейний стан	власна родина	3
		батьківська родина	2
		самотній	0
	Викривлення соціальної реалізації	відсутність професійного росту	2
		професійна дезадаптація	1
		професійна деградація	0
		відносна сімейна адаптація	2
сімейна дезадаптація		1	
	деструкція сімейних стосунків	0	
Клінічний ресурс	Стаж АЗ	стаж АЗ до 3-х років	3
		стаж АЗ 4 – 5 років	2
		стаж АЗ > 6 років	1
	Вік дебюту АЗ	< 20	0
		20 – 30	1
		> 30	2
	Показник за шкалою AUDIT	небезпечне вживання алкоголю	2
		висока ймовірність алкогольної залежності	1
	Супутні соматичні захворювання	відсутні	3
		патологія однієї системи органів	1
		поєднана патологія декількох систем органів	0
	Тип вживання	епізодичний	1
		постійний	0
	Толерантність до алкоголю	зростання	1
		плато	0
		зниження	0
	Синдром відміни	відсутність клінічно окресленого синдрому відміни	3
		наявність синдрому відміни з обсесивно-систематичним патологічним потягом	1
		виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом	0
	Психопатологічне аранжування в структурі синдрому відміни	відсутнє	3
		субклінічні афективні прояви	2
		клінічно виражені афективні прояви	1
		наявність суїцидальних тенденцій	0
	Показник за шкалою SADQ-C	< 16	3
		16 – 30 балів	1
		> 31 бала	0
	Алкогольна анозогнозія	усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю	3

Таким чином, основною метою нашої системи стала трансформація способу життя хворого та прийняття його соціальним середовищем, у якому пацієнт живе та функціонує. В цілому, ми згодні з точкою зору П. М. Слободянюка, який вважає, що терапія пацієнтів з АЗ в першу чергу повинна бути спрямована на поліпшення здатності пацієнтів вирішувати власні проблеми, тобто на розкриття та вміння застосовувати навички саморегуляції та самоактуалізації пацієнта, які у хворих на АЗ є деформованими [28, 29]. Виходячи з цієї тези, до принципів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ, віднесено: 1. Етапність впливів та заходів – перехід від простої до складної форми психотерапевтичного впливу; 2. Широке охоплен-

ня, інтеграція психотерапевтичних програм (психологічна, сімейна, професійна, суспільна сфера та сфера дозвілля); 3. Акцент на здорових – «збережених» сторонах особистості; 4. Навчання навичкам «оволодіння» та «протистояння» потягу до вживання алкоголю; 5. Кінцева мета – відновлення старих та побудова нових суспільних зв'язків із повною інтеграцією у суспільство; 6. Розширення сфери відповідальності пацієнтів за власне життя та здоров'я; 7. Побудова та навчання навичкам адаптації й вирішення «алкогольних» та «неалкогольних» проблем [28].

В цілому, систему лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ можна представити у наступному вигляді (рис. 1).

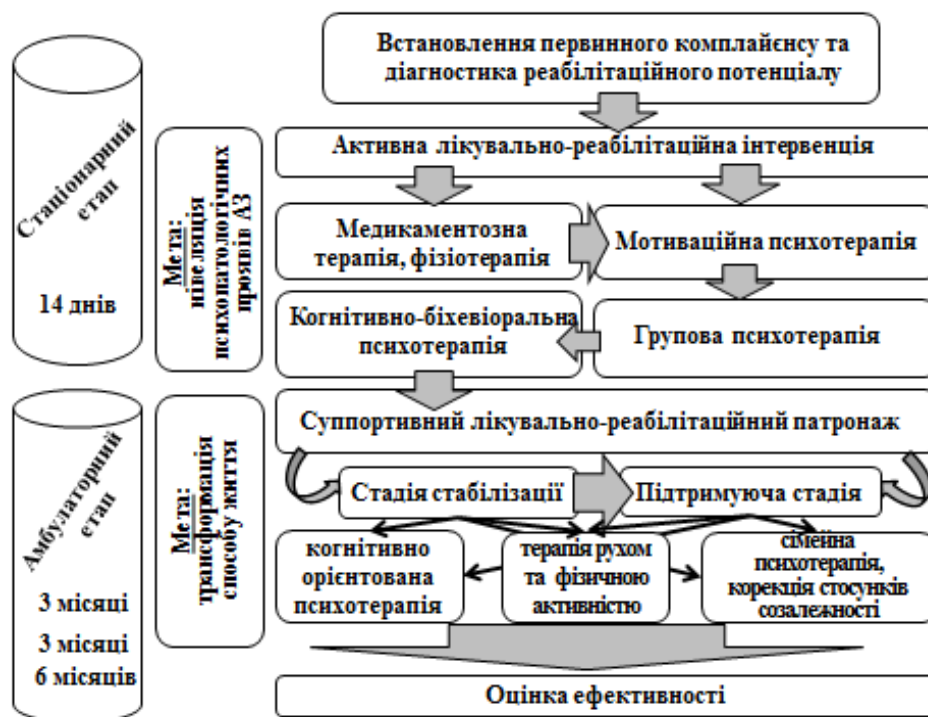


Рис. 1. Система лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ

Вищезазначена система складалася з двох етапів: стаціонарного (14 днів) та амбулаторного (12 місяців) лікування. До початку лікувальних дій здійснювалися заходи щодо встановлення комплайенсу [30] та визначення РП хворого, після чого складався 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. Рівень РП мав пряму пропорційність з об'ємом і змістом психотерапевтичних впливів: за умови високого РП лікувально-реабілітаційна інтервенція мала найбільш масивний характер, який зменшувався зі зниженням РП, за рахунок недостатньої ресурсної бази та низької мотивації пацієнтів щодо трансформації способу життя.

Перший етап активної лікувально-реабілітаційної інтервенції містив масивні різнобічні терапевтичні впливи: медикаментозні, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні, які застосовувалися у паралельно-послідовному режимі: формування активної мотивації до лікування, групова та когнітивно-біхевіоральна психотерапія

– спрямований на досягнення мети максимальної нівеляції психопатологічних проявів АЗ. Вибір виду психотерапевтичних втручань був обумовлений наявною доказовою базою щодо ефективності одних технік порівняно з іншими, при роботі з пацієнтами, які страждають на АЗ [22, 23, 25].

Другий етап суппортивного лікувально-реабілітаційного патронажу, який здійснювався в рамках диспансерно-динамічного нагляду в наркологічному кабінеті за місцем проживання пацієнта, умовно складався з двох стадій: стабілізації та підтримки. Мета цього етапу – трансформація способу життя пацієнта, – обумовлювала його тривалість та змістовне наповнення: на стадії стабілізації перші 3 місяці психотерапевтичні зустрічі проходили з частотою 1 раз у 2 тижні; на підтримувальній стадії роботи – 1 раз на місяць. При цьому базовими психотерапевтичними технологіями були когнітивно орієнтовані впливи, терапія дозованим фізичним навантаженням та елементи сімейної психотерапії. Використання когнітивно орієнтованої психотерапії та психоосвіти мало на меті виявлення та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних установок, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, а також направлення соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару. Терапія рухом та фізичною активністю забезпечувала покращення загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надавало 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 созалежних відносин, було 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.

Комплексна оцінка ефективності застосування системи лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ проводилась відповідно до встановлених особливостей патоморфозу АЗ та джерел реабілітаційного ресурсу, з визначенням змін у клінічній, психосоціальной та особистісній / міжособистісній сферах життя пацієнта.

Редукцію клінічної психопатологічної симптоматики визначали з використанням квантифікованої шкали комплексної оцінки психопатологічних розладів в ремісії (С. М. Круціцький зі співав., 2012), яка була спеціально розроблена для оцінки якості реадaptaції пацієнтів з АЗ у період становлення ремісії. Дана шкала містить бальну оцінку 12 клінічних ознак, до числа яких включені: а) компоненти патологічного потягу до алкоголю (пп. 1 – 4); б) критика до хвороби (п. 5); в) установка на тверезість (п. 6); г) депресія (п. 7); д) тривога (п. 8); е) дисфорія (п. 9); є) астения (п. 10); ж) прояви психоорганічного синдрому (п. 11); з) прояви психопаподібних порушень (п. 12) [7].

Зміни в психосоціальному функціонуванні верифікували за допомогою шкали показників соціального функціонування у хворих з синдромом залежності Е. О. Бойко (2008) – інструменту об'єктивної оцінки, яка дозволяє оцінити особливості особистісних властивостей та соціально спрямованої діяльності хворих, за наступними показниками: 1) агресивна / аутоагресивна поведінка; 2) афективні розлади; 3) психоорганічні порушення; 4) критичні здібності; 5) здатності до самообслуговування; 6) трудова / професійна діяльність; 7) контакти з друзями та знайомими; 8) сімейні відносини; 9) турбота про батьків / дітей; 10) структурування вільного часу, до яких застосована 5-бальна градація вираженості виділених ознак. За свідомством фахівців, дана шкала дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування і прогноз захворювання [31, 32].

Зрушення в особистісній / міжособистісній сферах оцінювали скрізь призму якості життя, як суб'єктивного показнику задоволення особистих потреб, що відображає ступінь внутрішнь-особистісної та міжособистісної комфортності людини. Для визначення динаміки якості життя використовували однойменний опитувальник, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал (фізичне благополуччя, психологічне / емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальна оцінка якості життя) [33], враховуючи наявність даних щодо чутливості цього інструментарію до змін, що виникають в процесі лікування хворих з АЗ [34 – 37].

Періодами оцінювання було обрано 6 та 12 місяців від початку терапії. Дані періоди обрані, враховуючи патогенез АЗ, а саме тому, що, на

наш погляд, лише через 6 місяців вже можливо фіксувати стабільні позитивні клінічні та соціальні зміни (наприклад, в сферах функціонування), а не лише перші – нестабільні позитивні зміни, які швидко піддаються руйнуванню. У свою чергу, через 12 місяців можливо оцінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи набути та закріплені соціальні табл.рни поведінки та чинник «звикання» до змін із частковою втра-тою первинного «емоційно-поведінкового ефекту».

Із усіх досліджених хворих з АЗ (n=120), на початку роботи терапевтичну групу (ТГ) склали

пацієнти, які приймали участь у заходах, розроблених за результатами власних досліджень – 64 особи. У іншу, контрольну групу (КГ), увійшли 56 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію. За різними причинами (відмова від лікування, зміна місця мешкання, та ін.) із усіх хворих із дослідження вибуло 13 осіб. Таким чином, остаточна кількість пацієнтів, що взяли участь у терапевтичному процесі, склала 107 осіб – 54 в ТГ та 53 в КГ. З них високий РП мали 23 особи ТГ та 18 хворих КГ, середній РП – 24 пацієнти ТГ та 23 КГ, низький РП – 7 осіб з ТГ та 12 з КГ (рис. 2).

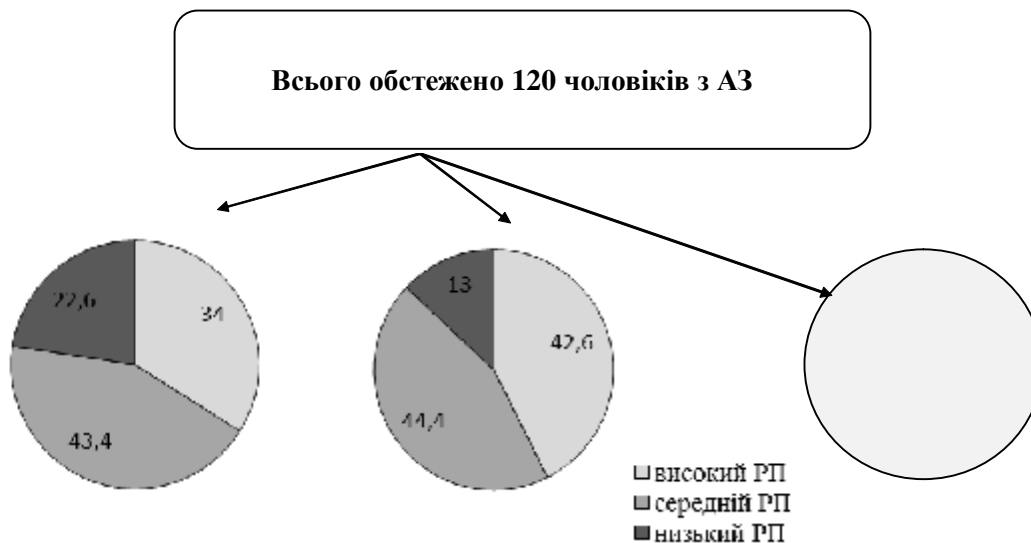


Рис. 2. Розподіл обстежених пацієнтів на групи (розподіл за РП в %).

Результати дослідження редукції клінічної симптоматики, що здійснювалась за шкалою

психопатологічних розладів в ремісії, в інтервалах 6 та 12 місяців, представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Динаміка клінічної психопатологічної симптоматики у пацієнтів з АЗ під впливом заходів лікувально-реабілітаційного супроводу

Показник	Терапевтична група, n = 54		Контрольна група, n = 53	
	6 міс.	12 міс.	6 міс.	12 міс.
Клінічні показники близькі до норми, 0 – 5 балів	23 (42,6±4,9%)	39 (72,2±4,5%)	15 (28,3±4,5%)	12 (22,6±4,2%)
Легкий рівень психопатологічних розладів, 6 – 11 балів	20 (37,0±4,8%)	10 (18,5±3,9%)	16 (30,2±4,6%)	18 (34±4,7%)
Помірний рівень психопатологічних розладів, 12 – 20 балів	11 (20,4±4,0%)	5 (9,3±2,9%)	19 (35,8±4,8%)	15 (28,3±4,5%)
Виражений рівень психопатологічних розладів, 21 – 28 балів	–	–	3 (5,7±2,3%)	8 (15,1±3,6%)

Таким чином, через 6 місяців від початку лікувально-реабілітаційної роботи якісна (компенсована) клінічна ремісія мала місце у 42,6% пацієнтів ТГ та 28,3% – 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. Річний зріз ефективності лікувально-реабілітаційного супроводу у пацієнтів ТГ та диспансерно-динамічного нагляду у хворих КГ виявив наступні результати: 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 діагностовано у 15,1% хворих КГ.

Результати вивчення змін у соціальному функціонуванні пацієнтів, які визначали за допомо-

гою однойменної шкали для хворих з синдромом залежності Е. О. Бойко, представлені в табл. 3. Порівняльний аналіз соціального функціонування виявив вагому різницю стану цього показника у пацієнтів ТГ та КГ. Отже, 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 та 26,4% хворих КГ; низький рівень соціального функціонування – 5,6% осіб ТГ та 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 та 28,3% респондентів КГ; низький рівень – у 3,7% осіб ТГ та 34% пацієнтів КГ; вкрай низький рівень – у 15,1% хворих КГ. Таким чином, в динаміці спостерігається позитивний дрейф показника соціального функціонування серед осіб ТГ та негативний – у осіб КГ.

Таблиця 3

Динаміка соціального функціонування пацієнтів під впливом заходів лікувально-реабілітаційного супроводу

Показник	Терапевтична група, n = 54		Контрольна група, n = 53	
	6 міс.	12 міс.	6 міс.	12 міс.
Нормалізація клінічних та соціальних показників, стабільне соціальне функціонування, 0 – 10 балів	24 (44,4±5,0%)	35 (64,8±4,8%)	13 (24,5±4,3%)	12 (22,6±4,2%)
Часткова нормалізація клінічних та соціальних показників, середній рівень соціального функціонування, 11 – 20 балів	26 (48,1±5,0%)	17 (31,5±4,6%)	14 (26,4±4,4%)	15 (28,3±4,5%)
Часткове поліпшення клінічних та соціальних показників, низький рівень соціального функціонування, 21 – 30 балів	3 (5,6±2,3%)	2 (3,7±1,9%)	23 (43,4±5,0%)	18 (34±4,7%)
Без змін клінічних та соціальних показників, вкрай низький рівень соціального функціонування, 31 – 40 балів	–	–	3 (5,7±2,3%)	8 (15,1±3,6%)

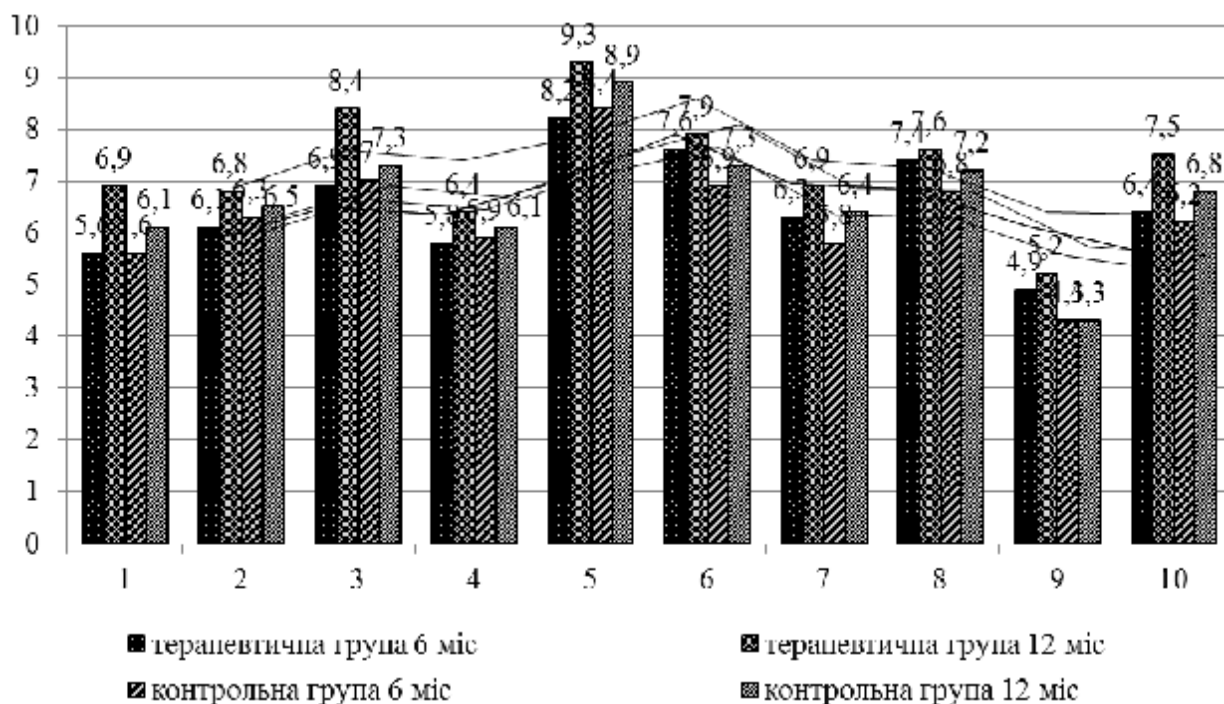
Дослідження якості життя дозволило встановити суб'єктивну оцінку хворого щодо змін в його особистісній / міжособистісній сферах життя, а також в загальному сприйнятті його якості. Отримані в ході цієї роботи дані представлені на рис. 3, з якого видно, що в обох ча-

сових зрізах дослідження, як за загальної оцінкою якості життя, так і за окремими його критеріями, серед пацієнтів ТГ усі показники є вищими, порівняно з хворими КГ.

Таким чином, за дослідженням змін клінічної, психосоціальної, особистісної / міжособистісної

сфер, як і загальної суб'єктивної оцінки якості життя, розроблена на основі вивчення особливостей сучасного патоморфозу АЗ, система лікуваль-

но-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ, довела свою ефективність, порівняно зі стандартними регламентованими лікувальними заходами.



Примітка. Складові (шкали) якості життя за Н. Mezzich et al., 1999 (за віссю координат x): 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне та емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування і незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціо-емоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя.

Рис. 3. Динаміка показників якості життя в процесі лікувально-реабілітаційного супроводу

К.Д. Гапонов

СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Харьковский областной наркологический диспансер

В результате клинико-психопатологического, психодиагностического и социально-демографического обследования 120 мужчин, больных алкогольной зависимостью, разработана, внедрена и доказана эффективность системы лечебно-реабилитационного сопровождения данной категории больных, состоящая из стационарного (14 дней) и амбулаторного (12 месяцев) этапов, объем и содержание мероприятий которой определяется уровнем реабилитационного потенциала – интегрального показателя, содержащего стандартизированную оценку психосоциального, клинического и терапевтического ресурсов пациента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1 (28). — С. 70-79).

K. D. Gaponov

THE TREATMENT AND REHABILITATION SYSTEM SUPPORT OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, AND ITS EFFECTIVENESS

Kharkov regional narcological dispensary

As a result of clinical, psychopathological and psychodiagnostic examination of 120 men with alcohol dependence, developed, implemented and proven effectiveness of treatment and rehabilitation support this category of patients, consisting of stationary (14 days) and outpatient (12 months) phases, the volume content and activities of which depends on the level of rehabilitation potential - integral index that contains standardized assessment of psychosocial, clinical and therapeutic resources of the patient. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 70-79).

Література

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : довідкове видання / О. К. Напресенко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина ; за ред. О. К. Напресенка. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Украинский вестник психоневрологии. – 2010. – Т. 18, вып. 3 (64). – С. 174.
3. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10 – 14.
4. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. “ 2008. “ Том 16, вип. 1(54). “ С. 79.
5. Пішель В.Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В. Я. Пішель, М. Ю. Ігнатів, М. Ю. Полив'яна. – К., 2004. – 83 с.
6. Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е. М. Крупицкий // Психиатрия и наркология в веке: сборник научных статей / под ред. А. Г. Софронова, А. Ю. Егорова. – СПб., 2008. – С. 102 – 107.
7. Клинические и социально-психологические критерии оценки реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии. Методические рекомендации. – СПб., 2012. – 39 с.
8. Дудко Т. Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией : Автореф. дисс. на соискание наук. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.45 «Наркология» / Т. Н. Дудко. – Москва, 2003. – 34 с.
9. Клемешева Ю. Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях центральной нервной системы / Ю. Н. Клемешева, О. Н. Воскресенская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – том 5, №1. – С. 120-123.
10. Основы медико-социальной экспертизы / А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова и др. – М. : Медицина, 2005. – С. 277-353.
11. Аршава І. Ф. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів : Підручник / І. Ф. Аршава, М. І. Черненко. – Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2007. – 608 с.
12. Белов В. П. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка / В. П. Белов, В. А. Вечканов, И. Н. Ефимов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1975. – Вып. 2. – С. 26-31.
13. Коробов М. В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М. В. Коробов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1995. – Вып. 17.
14. Гольдблат Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. В. Гольдблат. – СПб.: Политехника, 2006. – С. 65-67.
15. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р. М. Войтенко – СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. – С. 21-28.
16. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д. И. Лаврова, М. М. Косичкин, О. С. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 93. – С. 10-14.
17. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецк : Каштан, 2009. - 584 с.
18. Маркова М. В. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития: идеология и эффективность внедрения / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 3 (56). – С. 131 – 132.
19. Ветрила Т. Г. Медико-психологичний супровід сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку : Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. н. : спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Т. Г. Ветрила. – Харків, 2010. – 36 с.
20. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: метод. реком. / ННЦ наркологии Росздрава; сост. Т.Н. Дудко и др. – М., 2006. – 74 с.
21. Табачников С. І. Психосоціальні, клінічні та терапевтичні аспекти сучасного патоморфозу алкогольної залежності / С. І. Табачников, К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1 (68). – С. 21 – 27.
22. Marshall E. J. The treatment of drinking problems : a guide for helping professions, - 5th ed. / E. J. Marshall, K. Humphreys, D. M. Ball. – Cambridge University press, 2011. – 260 p.
23. Satharthan Th. Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and Appraising Its Relation to Alcohol Dependence / Th. Satharthan, R.F. S. Job, D. J. Kavanagh // Journal of Clinical Psychology. – 2003. – Vol. 59(3). – P. 351-362.
24. Гапонов К. Д. Клініко-психопатологічні та соціальні індикатори вираженості шкідливих наслідків алкогольної залежності в світі оптимізації її комплексного лікування / К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 43 – 48.
25. Orford J. Asking the right question in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction / J. Orford // Addiction. – 2008. – v. 103. – P. 875 – 885.
26. Пшук Є. Я. Копінг-поведінка чоловіків при алкогольній залежності (особливості формування, психотерапевтична корекція) : Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Є. Я. Пшук. – Харків, 2011. – 19 с.
27. Гапонов К. Д. Динаміка психологічних властивостей пацієнтів в залежності від стажу зловживання алкоголем в аспекті здатності сприйняття ними соціальної підтримки / К. Д. Гапонов // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 38 – 45.
28. Слободянюк П. М. Засади та наукове обґрунтування принципів і підходів щодо формування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології – 2011. – Т. 19, вип. 2 (67). – С. 92 – 96.
29. Слободянюк П. М. Оцінка ефективності застосування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології – 2011. – Т. 19, вип. 3 (68). – С. 98 – 104.
30. Комплаєнс у хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна. – Харків, 2012. – 23 с.
31. Бойко Е. О. Шкала оцнки соціального функціонування у больних с синдромом залежності / Е. О. Бойко // Наркологія. – 2008. – № 9. – С. 61 – 69.
32. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и психотипическим расстройством: Автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / Е.О. Бойко. – ННЦ наркологии, М., 2009. – 34 с.
33. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак, [и др.]. – Х. : РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.
34. Минко А. И. Анализ показателя качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя / А. И. Минко, И. В. Линский, А. В. Бараненко // Украинский медицинский альманах. — 2004. — Т. 7, № 4 (додаток). — С. 83–85.
35. Бараненко О. В. Критерій якості життя та тривалість ремісії під час терапії алкогольної залежності / О. В. Бараненко / Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (додаток). — С. 257.
36. Бараненко А. В. Качество жизни и параметры патологического влечения к алкоголю на этапе становления ремиссии / А. В. Бараненко // Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин: Матеріали української науково-практичної конференції з міжнародною участю. — Харків, 2008. — С. 37–39.
37. Шараневич І.О. Оцінка якості життя у осіб з алкогольною залежністю “ показник ефективності терапії / І.О. Шараневич // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. “ 2008. “ №1 (13). “ С. 82-86.

Поступила в редакцію 24.05.2012