**Артемчук Олексій Анатолійович. Формування терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих залежних від алкоголю : Дис... канд. наук: 14.01.17 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Артемчук О.А. Формування терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих залежних від алкоголю. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.17 – наркологія – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харків, 2008 р.  В дисертації зроблено теоретичне обґрунтування та нове вирішення наукової задачі, яка полягає у формуванні терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих залежних від алкоголю, шляхом застосування нової фармакотерапевтичної технології адаптаційно метаболічної дії (патентована назва «Композит 1».  Встановлено, що ризик повернення до алкогольного зловживання на етапі формування терапевтичної ремісії у досліджених зростає внаслідок виснаження адаптаційних механізмів.  Показано, що вміст фракції ліпопротеїнів високої щільності (апоА-вміщуючих ЛП) і, особливо, їх підфракції ЛВП2ау сироватці крові є суттєвими маркерами фаз процесу становлення терапевтичної ремісії у хворих на алкогольну залежність, а вміст ліпопротеїнів проміжної щільності (апоВ-вміщуючих ЛП) – маркером, власне, АЗ.  Виявлені нові свідчення про тісний взаємозв’язок між актуальним психічним і соматичним станом осіб, що залежні від алкоголю, – та їх наявним метаболічним статусом. На цьому ґрунті розроблена та апробована в амбулаторних умовах спеціальна фармакотерапевтична технологія «Композит 1» адаптаційно-метаболічної дії. Показано, що її застосування суттєво поліпшує психічний, соматичний та метаболічний статус пацієнтів.  Доведено, що повна терапевтична ремісія в амбулаторних умовах може бути досягнута більш ніж у половині випадків, при цьому застосування «Композиту 1» достовірно знижує кількість хворих, які достроково перервали лікування унаслідок повернення до пияцтва. | |
| |  | | --- | | 1. В дисертаційній роботі дано теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової проблеми – формування терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих залежних від алкоголю шляхом застосування нової фармакотерапевтичної технології адаптаційно-метаболічної дії (патентована назва «Композит 1»), створеної на підставі вивчення клініко-психопатологічних, соматичних та метаболічних (ліпопротеїнових) взаємовідносин.  2. Показано, що повна терапевтична ремісія (відповідно МКХ-10 –6 місяців тверезості) в амбулаторних умовах може бути сформована більше ніж у половини (57,06%) пацієнтів, при цьому застосування технології «Композит 1» достовірно (р<0,05) знижує, по відношенню до ІІ групи, кількість хворих, що достроково припиняють лікування: на етапі купіруваного синдрому відміни алкоголю – в 3,0 рази (з 14,12% до 4,71%), в ранньому післяабстинентному періоді – в 2,71 рази (з 22,35% до 8,24%) і на етапі терапевтичної ремісії – в 1,28 рази (з 48,24% до 37,65%).  3. Встановлено, що ризик повернення до вживання алкоголю на етапі повної терапевтичної ремісії залишається високим у частини пацієнтів обох груп внаслідок виснаження адаптаційних механізмів, що визначається в зростанні частоти:  – інтенсивних (3 бали) спонтанних скарг на пригнічений настрій – на 20,41% (р<0,001), ознак клінічної та субклінічної депресії за шкалою HADS – на 25,10% (р<0,01) та 18,47% (р<0,01), відповідно;  – занижених (<60 сек, вимір № 3) оцінок тривалості «суб’єктивної хвилини», що свідчить про емоційну напругу – на 23,31% (р<0,001);  – випадків підвищення артеріального тиску до рівня межової артеріальної гіпертонії (систолічний/діастолічний АТ від 140/90 до 159/94 мм рт. ст.) – на 28,27% (р<0,01);  – проявів апатії (за результатами інтерпретації вибору помаранчево-червоного кольору в тесті Люшера) – в 3,57 рази (р<0,05), що обумовлює необхідність динамічного спостереження та своєчасної корекції виникаючих розладів у хворих на АЗ у стані ремісії з метою профілактики рецидиву хвороби.  4. Перехід від алкогольної інтоксикації до повної тверезості супроводжується неухильним зменшенням вмісту фракції ліпопротеїнів високої щільності (клас апоА- вміщуючих ЛП) в нативній сироватці крові: із первинно надвисокого рівня (150,5% від норми, р<0,05) – до зниженого (67,8% від норми, р<0,05), при цьому найбільш істотно зменшується вміст підфракції ЛВЩ2а(в 2,63 рази, р<0,05), що дозволяє віднести ці показники до метаболічних (ліпопротеїнових) маркерів фази становлення терапевтичної ремісії у хворих на АЗ.  5. Вміст ліпопротеїнів проміжної щільності (клас апоВ-вміщуючих ЛП) у нативній сироватці крові хворих на всіх етапах формування ремісії стало залишається замалим (36,0–77,5% від норми, р<0,05), що дозволяє трактувати цей показник, як біохімічний маркер власне АЗ.  6. У осіб залежних від алкоголю на всіх етапах спостереження виявлено численні достовірні (р<0,05) прямі та зворотні кореляційні відносини між інтенсивністю скарг, показниками самооцінки функціонального стану за методикою САН, артеріальним тиском, пульсом – і вмістом у сироватці крові різних фракцій ліпопротеїнів, що свідчить про стійкий взаємозв’язок між актуальним психічним і функціональним станом пацієнтів, – з одного боку, та їх метаболічним статусом – з іншого, і обгрунтовує можливість їх корекції шляхом спрямованої модифікації обміну речовин.  7. Розроблено, апробовано в амбулаторних умовах та впроваджено у практику фармакотерапевтичну технологію «Композит 1» (комплекс відомих – офіцінальних лікарських препаратів, а саме: бензоналу, нікотинової кислоти, сечовини, рибоксину, аланіну, ацетилсаліцилової кислоти, пірацетаму, піроксану, циннаризину, які об’єднані патогенетично-детермінованою послідовністю їх застосування та клінічно зваженими дозами), яка спрямована на прискорення елімінації алкоголю і токсичних продуктів його окислення, корекцію вегетосудинних розладів і порушень обміну, а також активацію адаптогенних та саногенетичних механізмів організму.  8. Шляхом співставлення пацієнтів із груп порівняння показано, що застосування на етапах алкогольної інтоксикації і синдрому відміни (візити І, ІІ) фармакотерапевтичної технології «Композит 1» дозволяє досягнути достовірно (р<0,05) більш значних результатів на наступних етапах спостереження, ніж у ІІ групі, а саме:  – знизити середню інтенсивність спонтанних скарг у хворих, відносно ІІ групи, на руховий неспокій – на 16,31%, агресивність – на 23,72%, тривожність – на 12,35%, жахи – на 21,67%, імпульсивність – на 22,14%;  – зменшити частоту субклінічної та клінічної тривоги, відносно ІІ групи, – на 17,38% і на 65,45%, відповідно, а також субклінічної депресії – на 40,07%, оцінених за шкалою HADS;  – послабити емоційну напругу, що проявилося у зростанні усереднених значень показника тривалості «індивідуальної хвилини», відносно ІІ групи, – на 13,12%;  – поліпшити функціональний стан пацієнтів, що позначилося на зростанні усереднених показників «самопочуття», відносно ІІ групи, – на 11,99%, «активності» – на 13,08% та «настрою» – на 15,51%, оцінених за методикою САН;  – оптимізувати психофізичний стан хворих І групи, що позначилося багаточисельними відмінностями у результатах досліджень в І, ІІ групах за допомогою тесту Люшера;  – прискорити, відносно ІІ групи, зниження концентрації у сироватці крові окремих фракцій класу апоА-вміщуючих ЛП, зокрема ліпопротеїнів високої щільності – на 10,62-29,13%, сумарно усіх ЛП – на 14,81-21,74%, а також нормалізацію систолічного і діастолічного АТ, відповідно, на 9,50% та 7,14%. | |