

Петрунько О.В.¹, Брюханова Е.Н.^{1, 2}

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664049, г. Иркутск, Юбилейный, 100, Россия)

² ОГБУЗ «Тулунский областной психоневрологический диспансер» (665255, г. Тулун, ул. Ермакова, 17, Россия)

В последние годы проблеме достижения ремиссии при алкогольной зависимости уделяется большое внимание как в России, так и за рубежом. Делается акцент на такие аспекты ремиссии, как этапность её формирования и динамика, виды ремиссии, их длительность, причины рецидивирования алкоголизма, прогностические факторы формирования многолетних ремиссий. Несмотря на использование современных методов лечения, остаются высокими показатели срыва ремиссии и рецидивов при алкогольной зависимости. Прогнозирование развития при алкогольной зависимости ремиссий, их продолжительности и качества, вероятности рецидивирования позволяет оптимизировать терапевтическую тактику и эффективность реабилитации. Приведён современный взгляд на определение, сроки и этапы формирования ремиссий при алкогольной зависимости, их клинико-психопатологическую структуру. Диагностическая оценка ремиссий рассмотрена согласно современным классификациям МКБ-10 и DSM-V. Проанализированы биологические, личностные, социальные и терапевтические факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью. Коморбидные аффективные нарушения, в частности, депрессивные и тревожно-фобические расстройства, церебральная патология (травматического, гипертонического, вертеброгенного генеза), никотиновая зависимость, отнесены к факторам, влияющим на устойчивость клинической картины ремиссии и обуславливающим высокий риск рецидива. Представлены современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости на основе комплексного биопсихосоциального подхода.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголизм, ремиссия, длительные ремиссии

FACTORS OF LONG-TERM REMISSION FORMATION IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Petrunko O.V.¹, Bryukhanova E.N.^{1, 2}

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Yubileyniy 100, Irkutsk 664049, Russian Federation)

² Tulun Regional Psychoneurological Dispensary (ul. Ermakova 17, Tulun 665255, Russian Federation)

Alcohol dependence syndrome is the important modern medico-social issues. In recent years, the problem of achieving remission with alcohol dependence has been given great attention, both in Russia and abroad. The duration, persistence and quality of remission are the indicators of effectiveness of alcohol dependence therapy. The possibility of an objective prediction of the outcome of ongoing therapy, the duration of remissions and the likelihood of relapses of alcohol dependence are urgent needs. Despite a large number of scientific studies, there is no single idea of the factors influencing the formation of remissions in patients with alcoholic dependence syndrome. The article presents the modern view on the terms and stages of the remissions formation in alcohol dependence syndrome, clinical-psychopathologic structure of remissions. Diagnostic assessment of the remissions is examined according to the current classifications of ICD-10 and DSM-V. Biological, personal, social and therapeutic factors of the formation of long-term remissions in patients with alcohol dependence are analyzed. Comorbid affective disorders, in particular, depressive and anxiety-phobic disorders, cerebral pathology (traumatic, hypertonic, vertebrogenic genesis), nicotine dependence, are attributed to factors influencing the stability of the clinical picture of remission and causing a high risk of recurrence. Modern approaches to the prognosis of remission in alcohol dependence on the basis of a complex biopsychosocial approach are presented.

Key words: alcohol dependence syndrome, alcoholism, remission, long-term remission

По современным данным ВОЗ, в России у 31 % мужчин старше 15 лет отмечаются расстройства, связанные с потреблением алкоголя, в том числе: алкогольная зависимость – у 17,4 %, употребление с вредными последствиями – у 13,6 % [42]. Ежегодно в России из-за проблем с алкоголем умирают 487 тыс. человек (352 тыс. мужчин и 135 тыс. женщин) [20]. В ряде городов Сибирского федерального округа свыше половины (до 59 %) всех смертей среди мужского населения в возрасте от 15 до 54 лет вызваны злоупотреблением алкоголя [43].

В современной отечественной наркологии к основным показателям эффективности лечения алкогольной зависимости относят длительность, стойкость и качество достигаемых ремиссий. Однако анализ данных литературы свидетельствует о том, что в течение первых шести месяцев при современных методах лечения вероятность срыва ремиссии наблюдается у 60 % больных алкоголизмом [9]. Прогнозирование развития при алкогольной зависимости ремиссий, их продолжительности и качества, вероятности рецидивирования позволяет оптими-

зировать терапевтическую тактику, эффективность реабилитации.

В последние годы проблеме достижения ремиссии при алкогольной зависимости уделяется как в России, так и за рубежом большое внимание [2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 22, 23, 26, 27, 29, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 41]; исследователи делают акцент на такие аспекты ремиссии, как этапность её формирования и динамика, виды ремиссии, их длительность, причины рецидивирования алкоголизма, прогностические факторы формирования многолетних ремиссий. Существует обилие библиографических источников, где описывается ремиссия при синдроме алкогольной зависимости, однако точных дефиниций понятия «ремиссия» и критериев её определения недостаточно, имеющиеся формулировки весьма условны [4].

Ремиссия при алкогольной зависимости (лат. *remissio* – ослабление, уменьшение) представляет собой период воздержания от алкоголя продолжительностью, необходимой для редукции всех проявлений интоксикации с нормализацией неврологического и соматического статуса [19]. При алкоголизме ремиссия может наступить при проведении специальной терапии (терапевтическая) или без неё (спонтанная). Ремиссия считается неполной, если при отказе от спиртного сохраняются многообразные симптомы алкоголизма, такие как алкогольные сновидения, вегетативные, аффективные расстройства, отсутствие или неполная критика к периоду употребления спиртного.

Интермиссия (лат. *intermission* – прекращение) при алкогольной зависимости – стойкая длительная ремиссия, характеризующаяся утратой или снижением влечения к алкоголю, воздержанием от него, восстановлением критического отношения к периоду пьянства, а также улучшением социально-трудовой адаптации [19]. В случае полной ремиссии постепенно нивелируются расстройства настроения, вегетативные и соматические нарушения, восстанавливаются прежние интересы или возникают новые увлечения, улучшаются семейные взаимоотношения. При отсутствии эпизодов обострения патологического влечения к алкоголю, успешном функционировании пациента в психической, соматической и социальной сферах жизнедеятельности диагностируется качественная ремиссия [34].

Представления как зарубежных, так и отечественных авторов о длительности, закономерностях развития ремиссии при алкоголизме отличаются многообразием. Выделены этапность в становлении ремиссии, её фазы (стадии) различной длительности.

Согласно МКБ-10, ремиссия при синдроме алкогольной зависимости определяется как «воздержание»: ремиссия в настоящее время – F10.20 (ранняя ремиссия – F10.200, частичная – F10.201, полная – F10.202); ремиссия, но в условиях, предохраняющих от алкоголя (в терапевтическом сообществе, в больнице, тюрьме) – F10.21; ремиссия на поддерживающем режиме клинического наблюдения – F10.22; ремиссия на терапии аверсивными препаратами или блокирующими лекарственными средствами (налтрексон или дисульфирам) – F10.23 [18].

В американской классификации DSM-V (2013) в классе «Психические и поведенческие расстройства

при расстройстве употребления алкоголя» выделяют раннюю ремиссию, когда ни один из признаков расстройств, связанных с потреблением алкоголя, не отмечался в течение как минимум 3 месяцев (но менее 12 месяцев), и устойчивую ремиссию, когда в течение 12 месяцев или дольше нет критериев расстройства. Отдельно выделяется спецификатор «в контролируемой среде», если человек находится в условиях, где доступ к алкоголю ограничен [30].

Продолжается дискуссия по определению сроков ремиссии. Так, ряд авторов ремиссией при алкогольной зависимости считают прекращение употребления алкоголя на срок не менее 1 месяца, когда исчезают проявления алкогольной интоксикации [8, 11, 19]. Если оценку ремиссии начинают с более ранних этапов, за ремиссию ошибочно могут принять кратковременные периоды воздержания под действием социальных, биологических и соматических факторов [4].

Предлагаются разные описания этапов ремиссии при алкогольной зависимости: «становление ремиссии», «формирование ремиссии», «стабилизация ремиссии». При этом границы этапов, их длительность определяются условно, не разработаны подходы к их систематике [4].

А.Г. Гофман (2013) ремиссией при алкогольной зависимости считает период не менее 3 месяцев воздержания от потребления спиртного, причём при коротких ремиссиях период трезвости составляет от 3 до 6 месяцев, при ремиссиях средней длительности – от 6 месяцев до 1 года, при длительных ремиссиях – более 1 года. Чаще длительными называют ремиссии при периоде воздержания более 2 лет [7].

В «Порядке оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и «Порядке диспансерного наблюдения за лицами с психическими и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», утверждённых Приказом Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н, определяется стойкая ремиссия, если её срок не менее 3 лет. Тогда комиссия врачей психиатров-наркологов принимает решение о прекращении диспансерного наблюдения [21].

Согласно многочисленным исследованиям, ремиссию оценивают как динамическое состояние [2, 4, 7, 11, 22, 38], по мере формирования её последовательных этапов отмечается более высокая адаптация больного к трезвой жизни. На определённых этапах формирования ремиссии значимыми становятся отдельные предикторы рецидива или стойкости ремиссии. Степень риска рецидива при алкогольной зависимости определяется сочетанием личностных, клинических и социально-психологических факторов [11].

При синдроме алкогольной зависимости в процессе формирования длительных ремиссий отмечаются проявления патологического влечения к алкоголю, психогенно обусловленные нарушения в эмоциональной сфере, трудности межличностного взаимодействия, низкая фрустрационная устойчивость, поведение типа «замещения» [14]. При синдроме алкогольной зависимости средней стадии описаны субстанционные (деструктивные с более неблагоприятным течением заболевания, тяжёлыми социальными последствиями

при отсутствии позитивной переориентации личности пациента) и несубстанционные (конструктивные с менее тяжёлым течением заболевания, более высоким уровнем семейной адаптации пациентов и социально положительной переориентацией личности) формы аддиктивного поведения в период формирования длительных ремиссий, а также вариант с «отсутствием в ремиссии аддиктивных проблем». Субстанционная форма аддиктивного поведения в ремиссии характеризуется приёмом больными различных веществ (например, наркотических и лекарственных средств, чифира, пищи) для изменения своего как психического, так и соматического состояния. Несубстанционной форме аддиктивного поведения свойственна вовлечённость пациентов в различные виды активности с целью улучшения психического состояния. В связи с ипохондрическими нарушениями и сопутствующими соматическими расстройствами больные с «отсутствием аддиктивных проблем» при ремиссии фиксируются на соматическом и социальном благополучии.

Разные по длительности этапы ремиссии описывал Я.Г. Гальперин (1971): становление (5–6 месяцев), неустойчивая (1–2 года), стабильная (3–5 лет) и глубокая ремиссия (более 5 лет трезвости) [6].

Другие этапы ремиссии при алкогольной зависимости предложил выделять О.Ф. Ерышев (2002): формирование, стабилизация и сформировавшаяся ремиссия. Через 1–2 недели после последнего алкогольного эксцесса начинает формироваться ремиссия (длительностью до 6 месяцев) с постепенным исчезновением астенических и аффективных нарушений, снижением интенсивности патологического влечения к алкоголю. На следующем этапе стабилизации ремиссии (длительностью до одного года) начинается нормализация психического статуса и социальная реадaptация. Этап сформировавшейся ремиссии приближается к состоянию практического здоровья [11].

И.Д. Даренский (1997) описывал при алкогольной зависимости ремиссию в виде стойкой компенсации абстинентных проявлений и достижения нормального функционирования регуляторных механизмов, выделяя при этом три её этапа. Первый этап (становление ремиссии) – это период, когда системы регуляции не восстановили своей мощности с компенсаторной гиперпродукцией нейромедиаторов, что клинически проявляется эпизодами обострения патологического влечения к алкоголю, неврозоподобными и психопатоподобными нарушениями. На втором этапе (плато ремиссии) метаболические процессы нормализуются с устойчивой в зависимости от стадии заболевания клинко-психопатологической компенсацией. Третий этап (предрецидив) патогенетически обозначается как нарушение баланса метаболических процессов с клинической декомпенсацией и оживлением абстинентных симптомов [8].

В.В. Постнов (2003) выделяет следующие этапы формирования ремиссии: некомфортной трезвости; эмоционального и телесного благополучия («медовый месяц») с накоплением заблуждений и иллюзий в отношении своих ресурсов и трезвости; расстройства адаптации [22]. Основными проявлениями последнего этапа являются: субдепрессия, синдром эмоци-

онального сгорания, нарушение поведения, астения, реже – обсессии и сексуальные проблемы. Рецидиву алкоголизма предшествуют смешанные эмоциональные и поведенческие расстройства адаптации.

В исследовании Л.К. Шайдуковой (2002) начальный этап ремиссии (до 6 месяцев) – алкогольно-депривационный – рассматривается как переходный от злоупотребления к ремиссии, сопровождается аффективными расстройствами, которые прямо или косвенно опосредованы хроническим алкоголизмом. На более отдалённых стадиях ремиссии возникают нарушения, прямо не связанные с фактом прекращения алкоголизации, происходит манифестация (экзацербация) расстройств, определяющих клинику ремиссии, с выделением ипохондрического, обсессивно-фобического, паранойяльного и астенического вариантов [26].

О.Б. Беседина (2007) изучала ремиссии у больных алкоголизмом в условиях пеницитарных учреждений и выделила три этапа ремиссии: становления, стабилизации и стойкой ремиссии [2]. На этапе становления ремиссии (до одного года) отмечается обострение патологического влечения к алкоголю и появление субстанционной формы аддиктивного поведения (приём чифира). Этап стабилизации ремиссии (от 1 года до 3 лет) характеризуется постепенной редукцией психопатологических нарушений; часть лиц с алкогольной зависимостью включаются в различные виды деятельности с появлением несубстанционной формы аддиктивного поведения. Этап качественной стойкой ремиссии (от 3 до 5 лет и более) протекает без аффективных нарушений, сновидений алкогольной тематики и псевдоабстинентных расстройств, формируется устойчивая установка на трезвость с конкретными планами на будущее и расширением деятельности осуждённых.

У всех больных с алкогольной зависимостью отмечена этапность формирования ремиссий, которая существенно не зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания [2, 4, 7, 11, 22, 38]. На каждом последующем этапе ремиссии регистрируется более высокая адаптация пациента к трезвой жизни. На разных этапах формирования ремиссии решающее значение имеют определённые предикторы рецидива.

При синдроме алкогольной зависимости описываются три варианта течения ремиссий невротического уровня: с депрессивными расстройствами, с церебрально-астенической стадией органического психосиндрома и с тревожно-фобическими симптомами [17]. С учётом описанных вариантов рекомендована дифференцированная терапия пациентов: терапия аффективных нарушений – при депрессивном варианте; проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий по устранению управляемых факторов риска – при психоорганическом варианте; психотерапевтическая коррекция личностных и социально-психологических особенностей – при тревожно-фобическом варианте течения ремиссии невротического уровня при алкогольной зависимости.

Отдельного внимания заслуживают исследования, посвящённые вопросам спонтанных ремиссий [28]. Спонтанные ремиссии классифицируют как: психогенные (связанные с появлением невротиче-

ских, аффективных или психотических расстройств); соматогенные (тяжёлое соматическое заболевание, часто угрожающее жизни); вынужденные (в связи с нахождением в среде, где нет доступа к алкоголю); связанные с другими причинами (угроза разрушения семьи и потери работы, смерть близкого или собутельника с алкоголизмом).

Большинство отечественных и зарубежных авторов сходятся во мнении о том, что на стойкость (продолжительность) ремиссии и частоту рецидивирования алкогольной зависимости влияют многочисленные факторы, которые условно можно разделить на внутренние (биологические), личностные (психологические) и внешние (социальные, средовые) [7, 13, 28].

Данные по таким факторам, как пол и возраст, противоречивы. Так, по мнению ряда авторов [13, 29], у мужчин ремиссии более продолжительные, другие исследователи полагают, что женский пол имеет положительное прогностическое влияние на длительность ремиссии [32, 36], или рассматривают пол как независимый фактор [31]. Одни авторы подчёркивают, что продолжительность ремиссий существенно выше у больных в молодом возрасте [38], другие ассоциируют формирование длительных ремиссий со старшим возрастом [13, 29, 34, 36, 38, 41]. Современные зарубежные исследования свидетельствуют о том, что реже достигают ремиссий лица в возрасте 35–44 лет [37]. Показано влияние этнической принадлежности на формирование длительных ремиссий у больных с алкогольной зависимостью, неблагоприятный прогноз отмечен у лиц индийской [29] и неиспаноязычной белой расы [38].

Рассматриваются следующие причины формирования ремиссии при алкогольной зависимости любой стадии: ухудшение соматического состояния; исчезновение тяги к алкоголю (третья стадия); утрата эйфоризирующего действия алкоголя; ослабление влечения к опьянению; существенное ухудшение состояния после алкогольного эксцесса (после 60 лет) [7]. После перенесённого острого алкогольного психоза в ряде случаев возможно появление коротких ремиссий [13]. Наиболее важными предикторами прогноза ремиссии в первые месяцы её становления являются степень алкогольной гипо- или анозогнозии, установка на трезвость, наличие аффективных нарушений и астенические проявления [11].

Наличие аффективных расстройств, в частности депрессии и тревоги, влияет на устойчивость клинической картины ремиссии и обуславливает высокий риск рецидива [11, 31, 36, 37]. Коморбидная церебральная патология (травматического, гипертонического, вертеброгенного генеза) оказывает модифицирующее влияние на клинко-патодинамические закономерности алкоголизма [3]. Реже достигают ремиссий лица с коморбидной никотиновой зависимостью [35, 37].

Важную роль в формировании длительных ремиссий играют преморбидные особенности личности в виде стеничности, активной жизненной позиции, упорства в достижении цели, разнообразия интересов, ригидности, самостоятельности суждений, отсутствия повышенной внушаемости, присутствия позитивных увлечений, должного внимания к состоянию своего здо-

ровья, стремления сохранить социальный, семейный и материальный статус при условии отсутствия значимых алкогольных изменений личности с утратой критического отношения к употреблению алкоголя [15].

Относительно благоприятный прогноз течения алкогольной зависимости выявляется у пациентов со стеническими преморбидными особенностями личности [1]. У них отмечается медленный темп формирования заболевания, небольшая тяжесть клинических проявлений без значительной алкогольной деградации личности и тяжёлых социальных последствий пьянства. Промежуточное положение в отношении показателей прогрессивности алкогольной зависимости занимают пациенты с астеническими и синтонными преморбидными личностными чертами. У данных больных умеренно выражена социальная дезадаптация, которая по своей глубине не достигает выраженности клинических проявлений болезни. Синдром зависимости от алкоголя с неблагоприятным течением характерен для пациентов с преморбидными неустойчивыми и истеро-возбудимыми особенностями личности.

При рассмотрении алкоголизма как экзо-эндогенной системы (эндогенные предпосылки – экзогенная реализация – эндогенные механизмы биозависимости – экзогенный отказ от злоупотребления) можно сделать вывод, что ремиссия – это часть алкогольной системы, ремиссионные изменения личности являются следствием преморбидных и ситуационных факторов. При удлинении ремиссии роль ситуационных факторов снижается, преобладают личностные отклонения, которые имеют у больных алкоголизмом общие «ремиссионные» особенности, проявляющиеся в усилении тормозимых черт характера [26].

К внешним факторам формирования ремиссии при алкогольной зависимости относят социальный и семейный аспект. Прогностически благоприятным фактором является высокий образовательный уровень [35, 37, 38, 41], стабильные брачные отношения [35, 36, 37], наличие в семье маленьких детей [35], высокий уровень доходов [41], регулярное посещение религиозных служб [35]. На поддержание ремиссии влияют и такие факторы, как: удовлетворение от рабочей деятельности; занятия физкультурой и спортом; хобби; участие в выполнении круга семейных обязанностей во вне рабочее время; отсутствие психотравмирующих ситуаций в семье и на работе; полный разрыв общения со злоупотребляющими алкоголем лицами; поддержка родственниками отказа от потребления спиртного [7]. Стабильность и длительность ремиссии при алкогольной зависимости прямо связаны с качеством жизни пациентов [40].

Трудность адаптации личности к трезвому образу жизни считают интегральным фактором возникновения срывов ремиссии и рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью [22]. На формирование и стойкость ремиссии влияют также индивидуально-психологические особенности личности пациентов в виде акцентуаций характера преимущественно эмотивного, циклотимного, неустойчивого и экзальтированного типа.

Л.К. Шайдукова (2002) рассматривает алкогольную зависимость как «болезнь адаптации»; у пациен-

тов изначально были либо нарушения адаптационных механизмов (различные преморбидные акцентуации характера), либо выраженные алкогольно-личностные трансформации [26]. Психосоциальная адаптация в ремиссии также остаётся патологической. Однако если в период злоупотребления нарушения адаптации имели социально-конфликтную форму, то у этих пациентов в ремиссии нарушения адаптации обрели социально-приемлемую форму.

Современный биопсихосоциальный подход предполагает комплексную оценку биологических, психопатологических, психосоциальных факторов на всех этапах становления ремиссии при алкогольной зависимости. Считается, что по мере формирования ремиссии прогностическое значение биологических факторов неуклонно снижается, уступая личностным и затем социальным факторам. При уже сформировавшейся ремиссии прогностическое значение оказывают такие факторы, как устойчивость адаптации и поддерживающее лечение, при этом вновь актуализируется роль биологических факторов (патологическое влечение к алкоголю и аффективные нарушения) [11].

На прогноз ремиссии также оказывает влияние длительность противоалкогольной терапии (так, при лечебном курсе длительностью до 3 месяцев последующие ремиссии обычно более продолжительны, чем при краткосрочной терапии около 1 месяца), а также регулярность и длительность (многие годы) поддерживающей терапии [11, 13, 33, 39, 41]. В достижении ремиссии при алкогольной зависимости большую роль отводят установке пациента на полный отказ от спиртного [11, 33], вере пациента в возможность достижения поставленной цели и готовность работы над этой целью [38, 39]. В первый год отказа от алкоголя среди лечебных мероприятий ведущими являются поддержание установки на трезвость, лечение импульсивности, депрессии, социальная поддержка [36]. Положительные результаты даёт длительное участие в работе группы анонимных алкоголиков [39].

Предпринимаются попытки анализа современных подходов к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости [16]. Зарегистрирован патент на изобретение способа предупреждения рецидивов алкоголизма с ежемесячным определением содержания пролактина в плазме крови в период ремиссии. Предложена схема терапии тактивином в случае увеличения данного показателя не менее чем на 30 % от нормы [24].

Другой предложенный способ прогнозирования развития ремиссии при алкогольной зависимости предполагает проведение у пациента в течение первых 3 месяцев трезвости анализа следующих показателей: тип течения; преморбидные личностные особенности; конституционально-личностный тип; изменение характера опьянения; длительность предшествующих ремиссий; присутствие спонтанных ремиссий в анамнезе; частота и характер проявлений патологического влечения к алкоголю; тяжесть депрессии; дисфории; внутреннее напряжение; психопатоподобные и психоорганические нарушения; астения; наличие критики к болезни и установки на трезвость; изменения личности в период ремиссии; проведение лечения сенситизирующими средства-

ми; назначение психотропных препаратов; представленность основных компонентов патологического влечения к алкоголю (эмоционального, вегетативного, идеаторного и поведенческого). Для каждого признака определяется прогностический коэффициент. Вероятность развития ремиссии при алкогольной зависимости рассчитывается по сумме коэффициентов перечисленных факторов [25]. Предложенный вариант математического прогнозирования облегчает выбор условий лечения, оптимальную продолжительность пребывания больного в стационаре, разработку реабилитационной программы на постстационарный период, включающую социо- и психотерапевтические мероприятия, а также лекарственную терапию [10].

Определена статистически значимая вероятностная зависимость длительности ремиссии от феноменологических (клинико-психопатологических и клинико-динамических) и нефеноменологических (особенностей социальной адаптации пациентов) характеристик психического состояния. Важным предиктором длительности ремиссии у военнослужащих является тип приспособительного поведения личности [12].

В качестве эффективного инструмента объективной оценки качества ремиссии предложен интегративный подход с клинико-динамической, клинико-социальной и психологической оценкой статуса пациента с алкогольной зависимостью в ремиссии [23]. Данный подход позволяет проводить динамическую оценку реадaptации больных алкогольной зависимостью, определяя ремиссию как компенсированную, субкомпенсированную или некомпенсированную, с учётом количества баллов по шкале комплексной оценки психопатологических расстройств и по шкале общего клинического впечатления, уровня социального функционирования и субъективного восприятия качества жизни по шкале качества жизни (ВОЗ КЖ-100).

Длительность ремиссии со стабилизацией психопатологических нарушений ассоциирована со степенью биологического дефекта процессов метаболизма алкоголя. Для разработки современных способов коррекции алкогольной зависимости актуальным становится поиск маркеров специфических биологических нарушений [27]. К биохимическим маркерам ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью относят снижение содержания ГАМК, изменение активности MAO-B и уровней аутоантител к NMDA-рецепторам и их субъединице NR2A в сыворотке крови [5].

Таким образом, данные отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о том, что на формирование длительных ремиссий при алкогольной зависимости оказывают влияние разнообразные факторы – биологические, личностные, социальные, терапевтические. Для каждого конкретного пациента многообразие данных факторов может рассматриваться только комплексно. Индивидуальный дифференцированный подход при разработке и составлении терапевтических и реабилитационных программ для пациентов с алкогольной зависимостью позволяет не только снизить риск рецидива и улучшить качество жизни больных, но и оптимизировать расходы на оказание наркологической помощи.

**ЛИТЕРАТУРА
REFERENCES**

1. Белокрылов И.В., Кравченко С.Л. Алкоголизм и личность // Алкоголизм: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С. 268–287.
2. Belokrylov IV, Kravchenko SL. (2011). Alcoholism and personality [Alkogolizm i lichnost']. *Alkogolizm: Rukovodstvo dlya vrachev*. Moskva, 268-287.
3. Беседина О.Б., Корнилов А.А. Формирование ремиссий при алкогольной зависимости в условиях пенитенциарных учреждений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 49–51.
4. Besedina OB, Kornilov AA. (2006). Formation of remissions in alcohol dependence in conditions of penitentiary institutions [Formirovanie remissiy pri alkogol'noy zavisimosti v usloviyakh penitentsiarnykh uchrezhdeniy]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*, (1), 49-51.
5. Бохан Н.А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
6. Bokhan NA. (2002). Clinical heterogeneity of alcoholism and co-morbidity: the paradigm of multi-axial conjugation of problems [Klinicheskaya geterogennost' alkogolizma i komorbidnost': paradigma mul'tiaksial'noy sopryazhennosti problem]. *Narkologiya*, (2), 31-37.
7. Винникова М.А. Ремиссии при синдроме зависимости // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 11. – С. 815–821.
8. Vinnikova MA. (2009). Remission in the syndrome of dependence [Remissii pri sindrome zavisimosti]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*, (11), 815-821.
9. Востриков В.В., Павленко В.П., Венков Д.А., Шабанов П.Д. Клинико-биохимические показатели крови больных алкоголизмом в период абстиненции и формирования ремиссии // Психофармакология и биологическая наркология. – 2006. – Т. 6, № 3. – С. 1299–1304.
10. Vostrikov VV, Pavlenko VP, Venkov DA, Shabanov PD. (2006). Clinical and biochemical parameters of blood of patients with alcoholism during the period of abstinence and the formation of remission [Kliniko-biokhimicheskie pokazateli krovi bol'nykh alkogolizmom v period abstinentzii i formirovaniya remissii]. *Psikhofarmakologiya i biologicheskaya narkologiya*, 6 (3), 1299-1304.
11. Гальперин Я.Г. Некоторые клинические особенности периода терапевтической ремиссии больных хроническим алкоголизмом // Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. – М., 1971. – С. 371–376.
12. Galperin YaG. (1971). Some clinical features of the period of therapeutic remission of patients with chronic alcoholism [Nekotorye klinicheskie osobennosti perioda terapevticheskoy remissii bol'nykh khronicheskim alkogolizmom]. *Voprosy kliniki i sovremennoy terapii psikhicheskikh zabolevaniy*. Moskva, 371-376.
13. Гофман А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 110–111.
14. Gofman AG. (2013). Remission in patients with alcoholism [Remissii u bol'nykh alkogolizmom]. *Voprosy narkologii*, (4), 110-111.
15. Даренский И.Д. Оценка фазного течения алкоголизма // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 10. – С. 12–16.
16. Darenskiy ID. (1998). Evaluation of the phase course of alcoholism [Otsenka faznogo techeniya alkogolizma]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, (10), 12-16.
17. Евдокимов В.И., Цветкова Т.Н. Феноменология ремиссии и ее особенности у больных патологическими зависимостями (обзор) // Вестник психотерапии. – 2007. – № 20. – С. 72–81.
18. Evdokimov VI, Tsvetkova TN. (2007). Phenomenology and characteristics of remission in addicts (review) [Fenomenologiya remissii i ee osobennosti u bol'nykh patologicheskimi zavisimostyami (obzor)]. *Vestnik psikhoterapii*, (20), 72-81.
19. Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А., Иовлев Б.В., Рыбакова Т.Г., Вукс А.Я., Ерошин С.П. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод. рекомендации. – СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2006. – 20 с.
20. Eryshev OF, Dubinina LA, Iovlev BV, Rybakova TG, Vuks AY, Eroshin SP. (2006). Prediction of the duration of remission with restorative treatment of patients with alcoholic dependence at the stage of remission [Prognozirovanie dlitel'nosti remissii pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu na etape stanovleniya remissii: metod. rekomendatsii]. Sankt-Peterburg, 20.
21. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192 с.
22. Eryshev OF, Rybakova TG, Shabanov PD. (2002). Alcohol dependence: formation, course, anti-relapse therapy [Alkogol'naya zavisimost': formirovanie, techenie, protivoretsidivnaya terapiya]. Sankt-Peterburg, 192 p.
23. Жиздюк А.А. Основные клинические механизмы в развитии алкоголизации // Актуальные проблемы современной клинической медицины: Тез. докл. науч.-практ. конф. – Подольск, 2005. – С. 105–106.
24. Zhizdyuk AA. (2005). The main clinical mechanisms in the development of alcoholism [Osnovnye klinicheskie mekhanizmy v razvitii alkogolizatsii]. *Aktual'nye problemy sovremennoy klinicheskoy meditsiny: Tezisy dokladov nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Podolsk, 105-106.
25. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
26. Ivanets NN, Tyulpin YuG, Chirko VV, Kinkulkina MA. (2006). Psychiatry and narcology [Psikiatriya i narkologiya]. Moskva, 832 p.
27. Иванов В.Г. Аддиктивное поведение больных алкоголизмом при формировании длительных ремиссий // Региональные аспекты современной аддиктологии. – Томск, 1994. – С. 51–53.
28. Ivanov VG. (1994). Addictive behavior of patients with alcoholism in the formation of long-term remissions [Addiktivnoe povedenie bol'nykh alkogolizmom pri formirovanii dlitel'nykh remissii]. *Regional'nye aspekty sovremennoy addiktologii*. Tomsk, 51-53.

15. Игонин А.Л. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. – 1991. – № 3. – С. 13–16.

Igonin AL. (1991). The modern concept of treatment of patients with alcoholism and drug addiction [Sovremennaya kontseptsiya lecheniya bol'nykh alkogolizmom i narkomaniyami]. *Voprosy narkologii*, (3), 13–16.

16. Коломейчук А.В., Барыльник Ю.Б., Ледванова Т.Ю., Филиппова Н.В. Современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 8. – С. 51–57.

Kolomeichuk AV, Barylnik YuB, Ledvanova TYu, Filipova NV. (2014). Current approaches to the prediction of remission in alcohol dependence [Sovremennye podkhody k prognozirovaniyu remissiy pri alkogol'noy zavisimosti]. *Vestnik neurologii, psikhatrii i neyrokhirurgii*, (8), 51–57.

17. Конищев А.С., Шамов С.А., Старкова И.В. Клинические типы ремиссий хронического алкоголизма // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: Сб. науч. тр. конф. с междунар. участием. – СПб., 2011. – С. 86–87.

Konishchev AS, Shamov SA, Starkova IV. (2011). Clinical types of remission of chronic alcoholism [Klinicheskie tipy remissiy khronicheskogo alkogolizma]. *Nevrozy v sovremennom mire. Novye kontseptsii i podkhody k terapii: Sbornik nauchnykh trudov konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem*. Sankt-Peterburg, 86–87.

18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 300 с.

International Classification of Diseases (revision 10). Classification of mental and behavioural disorders [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-yu peresmotr). *Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv*]. (1994). Sankt-Peterburg, 300 p.

19. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Наркологический энциклопедический словарь Часть 1. Алкоголизм / Под общ. ред. Н.Н. Иванца. – М.: Анахарсис, 2001. – 192 с.

Miroshnichenko LD, Pelipas VE. (2001). Narcological encyclopedic dictionary. Part 1. Alcoholism [Narkologicheskiy entsiklopedicheskiy slovar' Chast' 1. Alkogolizm]. Moskva, 192 p.

20. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: Матер. науч.-практ. конф. – М.: Экон-Информ, 2010. – С. 66–74.

Nemtsov AV. (2010). Alcohol mortality in Russia and ways to reduce alcohol losses [Alkogol'naya smertnost' v Rossii i puti snizheniya alkogol'nykh poter']. *Demograficheskie perspektivy Rossii i zadachi demograficheskoy politiki: Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Moskva, 66–74.

21. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ: Приказ Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260612>.

On the approval of the order of rendering medical assistance on the profile of “psychiatry-narcology” and the procedure for dispensary observation of persons with mental and (or) behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances: Order of the Ministry of Health of Russia N 1034n as of 30.12.2015 [Ob utverzhdenii poryadka okazaniya meditsinskoj pomoshchi po profilu «psikhatriya-narkologiya» i poryadka dispansernogo nablyudeniya za litsami s psikhicheskimi i (ili) rasstroystvami povedeniya, svyazannymi s upotrebleniem psikhooaktivnykh veshchestv: *Prikaz Minzdrava Rossii ot 30.12.2015 g. № 1034n*]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260612>.

22. Постнов В.В., Дереча В.А. Особенности расстройств адаптации в ремиссии у больных алкоголизмом ветеранов боевых действий // Актуальные вопросы военной и практической медицины: Сб. тр. III науч.-практ. конф. врачей Приволжско-Уральского военного округа. – Ставрополь: ЗАО «Пресса», 2002. – С. 57–60.

Postnov VV, Derecha VA. (2002). Features of adaptation disorders in remission in patients with alcoholism veterans of hostilities [Osobennosti rasstroystv adaptatsii v remissii u bol'nykh alkogolizmom veteranov boevykh deystviy]. *Aktual'nye voprosy voennoy i prakticheskoy meditsiny: Sbornik trudov III nauchno-prakticheskoy konferentsii vrachey Privolzhsko-Ural'skogo voennogo okruga*. Stavropol, 57–60.

23. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Незнанов Н.Г., Киселев А.С., Крупицкий Е.М. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезвости // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 4. – С. 63–72.

Rybakova KV, Dubinina LA, Neznakov NG, Kiselev AS, Krupitskiy EM. (2012). Evaluation of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on the clinical and psychosocial assessments [Otsenka kachestva remissii u bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu na osnove klinicheskikh i sotsial'no-psikhologicheskikh kriteriev readaptatsii k trezvosti]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii*, (4), 63–72.

24. Способ предупреждения рецидивов алкоголизма: Патент № 2135190 Рос. Федерация; МПК 6А 61К 35/26 / Даренский И.Д., Гамалея Н.Б.; заявитель и патентообладатель Государственный научный центр наркологии. – № 96107669/14; заявл. 18.04.1996; опубл. 27.08.1999.

Darenskiy ID, Gamaleya NB. (1996). The method of preventing relapses of alcoholism: Patent N 2135190 of the Russian Federation [Sposob preduprezhdeniya retsidivov alkogolizma: Patent № 2135190 Ros. Federatsiya].

25. Способ прогнозирования длительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью в периоде становления ремиссии: Патент № 2238034 Рос. Федерация; МПК 7А 61В 5/16 / Ерышев О.Ф., Иовлев Б.В., Рыбакова Т.Г., Вукс А.Я., Дубинина Л.А., Вердиев К.И.; заявитель и патентообладатель Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – № 2002127702/14; заявл. 15.10.2002; опубл. 20.10.2004.

Eryshev OF, Iovlev BV, Rybakova TG, Vuks AY, Dubinina LA, Verdiev KI. (2002). The method of predicting

the duration of remission in patients with alcohol dependence in the period of remission: Patent N 2238034 of the Russian Federation [*Sposob prognozirovaniya dlitel'nosti remissii u bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu v periode stanovleniya remissii: Patent № 2238034 Ros. Federatsiya*].

26. Шайдукова Л.К. Ремиссионные расстройства у больных алкоголизмом // Казанский медицинский журнал. – 2002. – № 2, Т. 83. – С. 114–118.

Shaidukova LK. (2002). Remission disorders in patients with alcoholism [Remissionnye rasstroystva u bol'nykh alkogolizmom]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*, 83 (2), 114–118.

27. Шулькин Л.М., Косенко Н.А., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин М.З. Клинический обзор ремиссии алкогольной зависимости // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 2 (151). – С. 153–159.

Shulkin LM, Kosenko NA, Kosenko VG, Ageev MI, Shul'kin MZ. (2015). Clinical overview of remission of alcohol dependence [Klinicheskiy obzor remissii alkogol'noy zavisimosti]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*, (2), 153–159.

28. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Федотов И.А. Обратная сторона алкогольной зависимости: Абстиненты и спонтанные ремиссии // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 147–161.

Shustov DI, Agibalova TV, Fedotov IA. (2014). The reverse side of alcohol dependence: abstainers and spontaneous remissions [Obratnaya storona alkogol'noy zavisimosti: Abstinenty i spontannye remissii]. *Voprosy narkologii*, (5), 147–161.

29. Abdin E, Subramaniam M, Vaingankar JA, Chong SA. (2014). The role of sociodemographic factors in the risk of transition from alcohol use to disorders and remission in Singapore. *Alcohol Alcohol*, 49 (1), 103–108.

30. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, 991 p.

31. Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Beekman AT, Penninx BW. (2012). Predictors of the 2-year recurrence and persistence of alcohol dependence. *Addiction*, 107 (9), 1639–1640.

32. Bravo F, Gual A, Lligón A, Colom J. (2013). Gender differences in the long-term outcome of alcohol depen-

dence treatments: an analysis of twenty-year prospective follow up. *Drug Alcohol Rev*, 32 (4), 381–388.

33. Bujarski S, O'Malley SS, Lunney K, Ray LA. (2013). The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *J Consult Clin Psychol*, 81 (1), 13–22.

34. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*, 31 (12), 2036–2045.

35. Dawson DA, Goldstein RB, Ruan WJ, Grant BF. (2012). Correlates of recovery from alcohol dependence: a prospective study over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Clin Exp Res*, 36 (7), 1268–1277.

36. Gilder DA, Lau P, Corey L, Ehlers CL. (2008). Factors associated with remission from alcohol dependence in an American Indian community group. *Am J Psychiatry*, 165 (9), 1172–1178.

37. Han SY, Cho MJ, Won S, Hong JP, Bae JN, Cho SJ, Park JI, Lee JY, Jeon HJ, Chang SM. (2015). Sociodemographic factors and comorbidities associated with remission from alcohol dependence: Results from a nationwide general population Survey in Korea. *Psychiatry Investig*, 12 (3), 316–323.

38. Kalaydjian A, Swendsen J, Chiu WT, Dierker L, Degenhardt L, Glantz M, Merikangas KR, Sampson N, Kessler R. (2009). Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication. *Compr Psychiatry*, 50 (4), 299–306.

39. Moos RH, Moos BS. (2003). Risk factors for nonremission among initially untreated individuals with alcohol use disorders. *J Stud Alcohol*, 64 (4), 555–563.

40. Polak K. (2001). The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome. *Psychiatr Pol*, 35 (6), 1057–1070.

41. Trim RS, Schuckit MA, Smith TL. (2013). Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study. *Alcohol Clin Exp Res*, 37 (8), 1424–1431.

42. WHO. (2014). WHO Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva, 376 p.

43. Zaridze D, Brennan P, Boreham J, Boroda A, Karпов R, Lazarev A, Konobeevskaya I, Igitov V, Terechova T, Boffetta P, Peto R. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48557 adult deaths. *Lancet*, 373 (9682), 2201–2014.

Сведения об авторах Information about the authors

Петрунько Ольга Вячеславна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664049, г. Иркутск, Юбилейный, 100; тел. (3952) 50-68-57; e-mail: petrounko@mail.ru) ● <http://orcid.org/0000-0003-2299-3798>

Petrunko Olga Vyacheslavna – Candidate of Medical Sciences, Docent, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (664049, Irkutsk, Yubileyniy, 100; tel. (3952) 50-68-57; e-mail: petrounko@mail.ru) ● <http://orcid.org/0000-0003-2299-3798>

Брюханова Елена Николаевна – заочный аспирант кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; главный врач, ОГБУЗ «Тулунский областной психоневрологический диспансер» (665255, г. Тулун, ул. Ермакова, 17; e-mail: elenaopnd@mail.ru)

Brukhanova Elena Nikolaevna – Extramural Postgraduate at the Department of Psychiatry and Narcology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; Chief Physician, Tulun Regional Psychoneurological Dispensary (665255, Tulun, ul. Ermakova, 17; e-mail: elenaopnd@mail.ru)