

УДК 616.89-008.441.13

А. В. Гайдабрус, І. В. Липський

Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО СТАНУ КОЛИШНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

В статті наведені результати обстеження колишніх військовослужбовців (ВЗЗ), котрі лікувались від алкогольної залежності. У хворих ВЗЗ було більш виражене ураження периферійної нервової системи, виражене зниження гемоглобіну та підвищення рівня АСТ у сироватці крові, що свідчило про можливе ураження серця, нирок. За результатом порівняння отримали, що у хворих групи ВЗЗ переважають ознаки хронічної інтоксикації серця, тоді, як серед цивільних хворих мали місце патологія печінки. Виявлені достовірні відмінності у досліджуваній групі хворих, які треба враховувати під час лікування та реабілітації.

Ключові слова: колишні військовослужбовці, алкогольна залежність.

Колишні військовослужбовці звільнюються з військової служби в достатньо молодому віці, так для офіцерів граничний вік служби складає 45-55 років (залежить від військового звання). Маючи освіту, певні навички роботи з колективом підлеглих, дана категорія пенсіонерів прагне залишатися соціально активними, продовжує працювати на цивільних посадах. У той же час, колишні військовослужбовці (військовослужбовці звільнені в запас (ВЗЗ)) мають певні захворювання, що заважають повноцінно працювати, спричиняють тимчасову, а в деяких випадках призводять до тривалої або по життєвої втрати працездатності. Однією з хвороб, що має актуальну медико-соціальну проблему не тільки серед цивільних осіб, а і серед колишніх військовослужбовців є алкогольна залежність [3].

Зловживання алкоголем призводить до психічних та соматичних розладів, тому маркерами даних захворювань може бути не тільки дані фізикальних та психоневрологічних обстежень хворих, но і параклінічних (лабораторних) та електрокардіографічних (ЕКГ) досліджень.

Вивчаючи розповсюдження алкогольної залежності серед ВЗЗ та особливості впливу на організм в цілому, результати порівняльних досліджень дають можливість досконаліше вивчити особливості токсичного впливу алкоголю на організм, формування та тяжкість супутніх соматичних захворювань які обтяжують стан хворих категорії ВЗЗ.

Метою роботи було вивчення фізикальних, психоневрологічних та параклінічних (лабораторних) результатів обстежень хворих у залежних від алкоголю ВЗЗ у порівнянні із цивільними особами.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 103 пацієнта, які лікувались з приводу алкогольної залежності у стаціонарній клініці психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону з 2009 по 2012 рік, з них 53 ВЗЗ (як тих, що були звільнені у запас за вислугою років) і 50 цивільних хворих. Дані анамнезу життя та захворювання збирали під час огляду при госпіталізації. Визначення наявних психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин здійснювалось з використанням клініко-психопатологічного методу, відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [6].

Обробку даних виконували методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на ПЕОМ за допомогою програми "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003" [1,2].

Результати дослідження та їх обговорення. Під час госпіталізації хворих - проводили загальний огляд, антропологічні вимірювання (зріст, вага), фізикальне та психоневрологічне дослідження. Більшість хворих мали задовільну вгодованість. Підвищену вгодованість мали більше хворих з групи ВЗЗ (табл. 1).

Хворі госпіталізувались в більшості випадків без ушкоджень шкірних покривів, поодинокі ушкодження траплялись в обох групах та не мали наслідків щодо здоров'я і статистично достовірного значення. Результати об'єктивного обстеження дихальної та серцево-судинної систем були зіставними, у той же час дослідження чутливості периферичної нервової системи (парестезії, оніміння) виявило різницю у показниках досліджуваних груп.

Порушення чутливості було у більшості хворих групи ВЗЗ і складало значну частку - 79,2% хворих, серед цивільних хворих дана патологія зустрічалась у 52% випадків. Погіршення чутливості шкірних покривів можливо є проявом полінейропатії, яка може бути спричиненою токсичною дією алкоголю.

Виявляли наступні порушення чутливості: відчуття оніміння у дистальних відділах рук та ніг, порушення чутливості на зразок "рукавичок" та "панчохів". Таким чином можемо припустити більшу тяжкість прояву інтоксикаційного процесу алкоголем серед хворих ВЗЗ.

Порушення орієнтування хворих у часі та місці знаходження зустрічаємо у майже 19% хворих ВЗЗ та лише у 10% цивільних хворих. Даний вид розладу є ознакою металкогольних психозів, і як бачимо, виразність даної патології більша серед хворих ВЗЗ, що також свідчить про тяжкість токсичного ураження нервової системи алкоголем. У більшості хворих обох груп (98% серед цивільних хворих та 98,1% серед ВЗЗ) емоційний фон був змінений за ейфоричним або дисфоричним типом. Решта якісних показників в переважній більшості відповідали нормі та достовірно не відрізнялись по групам. Інші результати фізикального обстеження подано у таблиці 2. Як можна бачити (табл. 2), жодних достовірних відмінностей між ВЗЗ та цивільними за

усередненими кількісними показниками на момент госпіталізації виявлено не було. Але такі відмінності були виявлені під час подіапазонного аналізу зазначених показників (табл. 3).

Таблиця 1

Якісні данні фізикального та психоневрологічне обстеження ВЗЗ та цивільних осіб, залежних від алкоголю

Ознака	Діапазон (градація ознаки)	Абс. величини (осіб)		Віднос. величини (%)		p ¹⁾
		Цивільні	ВЗЗ	Цивільні	ВЗЗ	
Рівень вдовоаності	задовільний	38	34	76,00	64,15	
	підвищений	12	19	24,00	35,85	
Стан шкіри	без патології	41	50	82,00	94,34	
	є ушкодження	9	3	18,00	5,66	
Опорно-рухова сфера	без патології	50	51	100,00	96,23	
	є патологія	0	2	0,00	3,77	
Пульс	ритмічний	48	52	96,00	98,11	
	аритмічний	2	1	4,00	1,89	
Межі відносної тупості серця	норма	49	50	98,00	94,34	
	розширена	1	3	2,00	5,66	
Тони серця	норма	50	51	100,00	96,23	
	приглушені	0	2	0,00	3,77	
Шуми серця	відсутні	50	51	100,00	96,23	
	вислуховуються	0	2	0,00	3,77	
Патологія вен	відсутні	50	52	100,00	98,11	
	виявляються	0	1	0,00	1,89	
Патологія артерій	відсутні	49	53	98,00	100,00	
	виявляються	1	0	2,00	0,00	
Пальпація живота	безболісна	49	50	98,00	94,34	
	болюча у певних відділах	1	3	2,00	5,66	
Чутливість	норма	24	11	48,00	20,75	2)
	змінена	26	42	52,00	79,25	2)
ЛОП патологія (шепітна мова)	норма	49	51	98,00	96,23	
	патологія	1	2	2,00	3,77	
Зір	норма	48	48	96,00	90,57	
	патологія	2	5	4,00	9,43	
Аутоорієнтування	збережена	50	52	100,00	98,11	
	порушена	0	1	0,00	1,89	
Аллоорієнтування	збережена	45	43	90,00	81,13	
	порушена	5	10	10,00	18,87	
Розлади сприйняття	без розладів	48	51	96,00	96,23	
	є розлади	2	2	4,00	3,77	
Мислення	норма	49	47	98,00	88,68	
	порушене	1	6	2,00	11,32	
Емоційний фон	рівний	1	1	2,00	1,89	
	порушений	49	52	98,00	98,11	
Колір сечі (госпіталізація)	солом'яно-жовтий	49	50	98,00	94,34	
	змінений колір	1	3	2,00	5,66	
Прозорість сечі (госпіталізація)	прозора	37	36	74,00	67,92	
	мутна	13	17	26,00	32,08	
Колір сечі (госпіталізація)	солом'яно-жовтий	50	50	100,00	94,34	
	змінений колір	0	3	0,00	5,66	
Прозорість сечі (госпіталізація)	прозора	45	47	90,00	88,68	
	мутна	5	6	10,00	11,32	

Примітки: ¹⁾ - середні величини представлені у форматі "середня арифметична; ± стандартна похибка середньої арифметичної" ("M ± m");

²⁾ - відмінності з ВЗЗ достовірні при p<0,05 (критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні).

Таблиця 2

Мінімальні, максимальні та середні значення кількісних показників, одержаних в результаті фізикального обстеження ВЗЗ та цивільних осіб, залежних від алкоголю під час госпіталізації

Показники	Значення показників					
	Цивільні			ВЗЗ		
	Мін	Макс	Серед. ариф. ¹⁾	Мін	Макс	Серед. ариф. ¹⁾
Температура тіла °С	36,1	37,6	36,68±0,04	36,0	38,9	36,66±0,05
Довжина тіла (см)	158	190	175,24±0,79	160	191	175,13±0,84
Вага (кг)	60	110	79,18±1,69	50	120	78,92±1,86
Систолічний АТ	85	180	137,40±2,92	90	220	139,77±3,33
Діастолічний АТ	60	140	91,30±2,21	60	160	91,26±2,17
ЧСС ³⁾ , за 1 хвилину	68	130	95,40±2,43	72	120	96,53±2,06
ЧДР ³⁾ , за 1 хвилину	14	22	18,98±0,23	16	22	18,74±0,22

Примітки: ¹⁾ - середні величини представлені у форматі "середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної" ("M±m");

²⁾ - відмінності з цивільними достовірні при p<0,05 (критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні). ³⁾ - умовні позначення: АТ – артеріальний тиск; ЧДР - частота дихальних рухів; ЧСС- частота серцевих скорочень.

Так, було встановлено, що хворі групи ВЗЗ майже рівномірно розподілені за діапазонами, виділеними за ознакою найбільших відмінностей між групами, в той час як цивільних хворих було більше в інтервалі більше 36,6°C (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл обстежених хворих за ознаками температури, зросту та маси тіла.

Діапазон ознаки, °С	Температура тіла				Діапазон ознаки, см	Довжина тіла				Діапазон ознаки, одиниць	Індекс маси тіла, одиниць			
	Кількість хворих					Кількість хворих					Кількість хворих			
	Цивільні		ВЗЗ			Цивільні		ВЗЗ			Цивільні		ВЗЗ	
	Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %		Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %		Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %
<36,6	17	34,00	26 ¹⁾	49,06	<170	7	14,00	12	22,64	<30	42	84,00	43	81,13
>36,6	33	66,00	27 ¹⁾	50,94	>170	43	86,00	41	77,36	>30	8	16,00	10	18,87

Примітки: ¹⁾ – Відмінності з цивільними достовірні при $p < 0,05$ (розраховано точним методом Фішера (ТМФ)).

При цьому, кількість осіб з субфебрильною температурою (>37,0°C) групах порівняння достовірно не відрізнялась (по 2 особи). З огляду на сказане вище, а також на те, що температура тіла свідчить про рівень обміну речовин, можна припустити, що серед цивільних хворих частіше зустрічаються особи з прискореним обмін речовин. Решта результатів фізикального обстеження, навіть при подіапазонному аналізі, не мали достовірних відмінностей в групах порівняння.

Як і в разі аналізу кількісних фізикальних даних, при аналізі усереднених кількісних показників лабораторної діагностики достовірних відмінностей між групами порівняння (як на етапі госпіталізації, так і на етапі виписки із стаціонару) виявлено не було (табл. 4). Однак при подіапазонному аналізі були виявлені низку наступних характерних відмінностей (табл. 5). Так, бачимо, що кількість хворих ВЗЗ, за показником гемоглобіну, майже однакова в інтервалах менше та більше 135, але, якщо в інтервалі менше 135 г/л хворих даної групи достовірно більше, то в інтервалі більше 135 г/л переважають цивільні хворі (табл. 5). В нормі, показник гемоглобіну у чоловіка складає від 135 до 160 г/л. Зниження показників гемоглобіну у хворого свідчить про вірогідність наявності анемії, спричиненою браком заліза, вітаміну В12, фолієвої кислоти в організмі внаслідок наявності хронічних захворювань, а також, що у досліджуваних хворих найбільш вірогідно, аліментарних факторів, тривалої інтоксикації. Підсумком даного результату є те, що показники гемоглобіну крові ВЗЗ під час госпіталізації достовірно менший від показників цивільних хворих.

Таблиця 4

Показники, одержаних в результаті лабораторних обстежень

Показники		Значення показників					
		Цивільні			ВЗЗ		
		Мін.	Макс.	Серед. ариф. ¹⁾	Мін.	Макс.	Серед. ариф. ¹⁾
На момент госпіталізації							
Кл. ан. крові ³⁾	лейкоцити(10 ⁹ /л)	4,0	19,9	8,29±0,51	4,2	23,1	9,10±0,54
	еритроц.(10 ¹² /л)	2,3	5,3	4,19±0,08	2,4	5,5	4,16±0,09
	тромбоц.(10 ⁹ /л)	59,0	540,0	256,10±13,52	102,0	540,0	254,55±14,29
	ШОЕ(мм/год)	2,0	24,0	6,06±0,68	2,0	60,0	7,62±1,41
	гемоглобін(г/л)	64,0	162,0	139,2±2,76	101,0	180,0	138,28±2,62
Біохімія крові:	АЛТ(од/л)	11,0	308,0	57,28±6,79	3,0	223,0	44,13±5,22
	АСТ(од/л)	8,0	384,0	54,68±7,67	10,0	275,0	53,94±7,11
	білірубін (ммоль/л)	3,9	37,7	16,53±1,07	3,9	47,5	16,97±1,31
	глюкоза (ммоль/л)	2,5	13,5	5,16±0,27	3,2	16,4	5,49±0,33
Сеча: питома вага г/л		1003,0	1040,0	1015,61±0,82	1005,0	1025,0	1016,53±0,61
Мікроск. осадку ⁴⁾ : лейкоц. (в п.з.)		0,5	100,0	8,85±2,72	1,0	27,0	5,34±0,78
Білок		0,0	0,1	0,01±0,01	0,0	2,0	0,05±0,04
На момент виписки							
Кл. ан. крові ³⁾	лейкоцити(10 ⁹ /л)	3,9	20,0	7,34±0,39	4,2	18,8	7,20±0,30 ³⁾
	еритроц.(10 ¹² /л)	3,2	5,3	4,18±0,07	3,0	5,3	4,10±0,07
	тромбоц.(10 ⁹ /л)	59,0	491,0	243,62±11,88	70,0	626,0	258,28±15,21
	ШОЕ(мм/год)	2,0	35,0	6,15±0,77	2,0	28,0	6,57±0,81
	гемоглобін(г/л)	75,0	162,0	137,68±2,45	100,0	176,0	136,63±2,11
Біохімія крові:	АЛТ(од/л)	7,0	145,0	44,96±4,66	6,0	139,0	36,21±4,11
	АСТ(од/л)	6,0	119,0	35,92±3,26 ³⁾	8,0	132,0	30,85±2,75 ³⁾
	білірубін (ммоль/л)	2,6	33,0	10,85±0,82 ³⁾	3,6	35,0	10,99±0,96 ³⁾
	глюкоза (ммоль/л)	3,1	17,8	4,99±0,30	3,2	10,0	4,85±0,19
Сеча: питома вага г/л		1002,0	1030,0	1013,69±0,77	1004,0	1025,0	1014,11±0,60 ³⁾
Мікроск. осадку ⁴⁾ : лейкоц. (в п.з.)		0,0	17,0	3,89±0,50	0,0	16,0	3,59±0,39 ³⁾
Білок		0,0	1,5	0,03±0,03	0,0	0,2	0,01±0,01

Примітка: ¹⁾ - середні величини представлені у форматі "середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної" ("M±m"); ²⁾ - відмінності з ВЗЗ достовірні при $p < 0,05$ (критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні); ³⁾ - відмінності зі станом на момент госпіталізації достовірні при $p < 0,05$ (критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні); ⁴⁾ - умовні позначення: кл. ан. крові – клінічний аналіз крові; мікроск. осадку – мікроскопія осадку.

Під час виписки зміни у показниках концентрації гемоглобіну зберігаються (табл. 5). Зберігається рівномірний розподіл хворих ВЗЗ. У той же час більша частина цивільних хворих має показники гемоглобіну такими, що відповідають нормальним показникам – тобто більше 135 г/л. Отримані дані свідчать, що і після проведеної терапії показники гемоглобіну ВЗЗ не нормалізувалися, тобто патологічні процеси виражені сильніше і показники крові не нормалізувалися за час проведеної терапії.

Таблиця 5

Розподіл обстежених хворих за ознаками, одержаними в результаті лабораторного дослідження (гемоглобін, АЛТ)

Діапазон ознаки, г/л	Гемоглобін				Діапазон ознаки, од/л	АЛТ			
	Показники кількості хворих, осіб					Показники кількості хворих, осіб			
	Цивільні		ВЗЗ			Цивільні		ВЗЗ	
Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %		
На момент госпіталізації									
≤135	14	28,00	24 ¹⁾	45,28	≤39	21	42,00	31 ¹⁾	58,49
>135	36	72,00	29 ¹⁾	54,72	>39	29	58,00	22 ¹⁾	41,51
На момент виписки									
≤135	19	38,00	28	52,83	≤39	29	58,00	38	71,70
>135	31	62,00	25	47,17	>39	21	42,00	15	28,30

¹⁾ – Відмінності з цивільними достовірні при $p < 0,05$ (розраховано точним методом Фішера (ТМФ)).

Біохімічний аналіз крові - метод лабораторної діагностики, який дозволяє оцінити роботу внутрішніх органів (печінка, нирки, підшлункова залоза, жовчний міхур і інш.), отримати інформацію про метаболізм (обмін ліпідів, білків, вуглеводів). У той же час, ураження внутрішніх органів є характерною рисою алкогольної інтоксикації. Тому цілком закономірно, що знайдені відмінності відносно норми у показниках аналізів, а відмінності показників у групах показало різний рівень важкості інтоксикації та важкість ураження різних органів та систем.

Середні показники під час госпіталізації АЛТ сироватки крові - були вище норми - $57,28 \pm 6,79$ од/л та $44,13 \pm 5,22$ од/л для цивільних і ВЗЗ відповідно, та АСТ $54,68 \pm 7,67$ од/л – цивільні хворі і $53,94 \pm 7,11$ од/л для хворих ВЗЗ. Різниця у середніх показниках не була достовірною. У той же час, порівнюючи розподіл хворих за інтервалами встановлена достовірна різниця у інтервалах. Згідно показника АЛТ під час госпіталізації (табл. 5) достовірна різниця серед хворих в інтервалі <40 од/л. Даний інтервал відповідає нормальним показникам, і в цьому інтервалі переважають хворі групи ВЗЗ. Кількість цивільних хворих більше у інтервалах розподілу 40 од/л та більше, що перевищує значення норми та свідчить про переважання патологічного процесу (інтоксикації) у печінці. Аналогічну картину бачимо у розподілі по інтервалам АСТ, де також отримали достовірну різницю (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл обстежених хворих за ознаками, одержаними в результаті лабораторного дослідження (АСТ та коефіцієнт де Рітиса)

Діапазон ознаки, г/л	АСТ				Діапазон ознаки, од	Коефіцієнт де Рітиса			
	Показники кількості хворих, осіб					Показники кількості хворих, осіб			
	Цивільні		ВЗЗ			Цивільні		ВЗЗ	
Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %	Абс., осіб	Відн., %		
На момент госпіталізації									
≤39	19	38,00	30 ¹⁾	56,60	≤1,33	38	76,00	29 ¹⁾	54,72
>39	31	62,00	23 ¹⁾	43,40	>1,33	12	24,00	24 ¹⁾	45,28
На момент виписки									
≤39	38	76,00	42	79,25	≤1,33	38	76,00	35	66,04
>39	12	24,00	11	20,75	>1,33	12	24,00	18	33,96

¹⁾ – Відмінності з цивільними достовірні при $p < 0,05$ (розраховано точним методом Фішера (ТМФ)).

В цілому, значення більше 40 од/л АСТ у крові мають переважно цивільні хворі, що представляє розподіл хворих на таблиці (табл. 6). Для більш детального вивчення питання щодо підвищення трансаміназ та ураження внутрішніх органів – підраховали коефіцієнт де Рітиса. Коефіцієнт де Рітиса – відношення активності АСТ та АЛТ у сироватці крові. Значення коефіцієнта в нормі складає $1,33 \pm 0,42$ або діапазон $0,91-1,75$. Коефіцієнт менше 1 свідчить про ураження печінки, коефіцієнт ближче до 2 та більше свідчить про ураження серцевого м'язу [5]. Аналізуючи отримані дані (табл. 6) бачимо, що достовірна більшість цивільних хворих знаходиться в інтервалі $<1,33$, що свідчить про переважання патологічного процесу в печінці.

Під час госпіталізації у діапазоні що дорівнює та більше коефіцієнту $1,33$ знаходиться 24 хворих ВЗЗ та лише 12 цивільних хворих. Отримані дані свідчать про ймовірність патологічного процесу у серцевому м'язі і різниця є достовірною. Після виписки провели аналіз змін рівня трансаміназ сироватки крові. Рівень АЛТ у діапазоні до 40 од/л переважно виявляється у хворих ВЗЗ (табл. 5), рівень АЛТ в діапазоні $40-79$ од/л переважає у цивільних хворих. У решті діапазонів кількість хворих була незначна та не відрізнялася у досліджуваних категоріях хворих. Підвищений рівень АЛТ у цивільних хворих свідчить про зберігання патологічного процесу у печінці під час виписки, що потребує продовження лікування (амбулаторно, за місцем мешкання) та застосування гепатопротекторів.

У той же час, досліджуючи рівень АСТ крові у групах порівняння виявили, що більшість хворих обох груп під час виписки мали рівень АСТ до 40 од/л. Цей показник відповідає нормі, показники зіставні по групам. По 10 хворих мали рівень АСТ в діапазоні 40-79 од/л. В поодиноких випадках виявляли хворих з рівнем АСТ у інших інтервалах. Отриманні данні свідчать про адекватну та достатню терапію, що призвела до нормалізації показників АСТ у крові хворих під час виписки.

Звернули увагу на зміни лабораторних показників під час виписки у порівнянні із показниками під час госпіталізації. Хворі категорії ВЗЗ мали достовірно виражені зміни у більшості показників, у порівнянні із цивільними. Відмічаємо зниження кількості лейкоцитів, так, під час госпіталізації середній показник лейкоцитів у групі був $9,10 \pm 0,54 \cdot 10^9/\text{л}$, під час виписки середній показник складав $7,20 \pm 0,30 \cdot 10^9/\text{л}$. Тобто під час госпіталізації у більшості хворих мало місце лейкоцитоз, який редукував під час лікування. Рівень АСТ та білірубину крові також понизився на фоні лікування. Під час госпіталізації АСТ $53,94 \pm 7,11$ од/л, білірубін $16,97 \pm 1,31$ ммоль/л. На фоні лікування показники зменшились, АСТ нормалізувався до $30,85 \pm 2,75$ од/л, білірубін $10,99 \pm 0,96$ ммоль/л. Показники сечі також зазнали позитивних змін, що свідчить про нормалізацію фільтраційної та секретійної функції. Під час госпіталізації питома вага сечі складала $1016,53 \pm 0,61$ г/л, під час виписки – зменшилась та складала $1014,11 \pm 0,60$ г/л. Під час мікроскопії осаду на момент госпіталізації середній показник лейкоцитів у полі зору складав $5,34 \pm 0,78$, тоді як після лікування зменшився до $3,59 \pm 0,39$ у полі зору.

Зміни лабораторних показників у цивільних хворих зазнали менших змін, констатуємо лише зменшення показників АСТ та білірубину у крові

Решта біохімічних показників крові хворих під час виписки у переважній більшості відповідала нормі, за винятком поодиноких випадків, які були статистично недостовірними у порівнянних групах дослідження.

Отримані результати дослідження показали достовірну різницю по деяким показникам, у той же час, багато показників були зіставними. Очікувано, що багато з яких показників були спів ставними, що можна було очікувати. Дані категорії хворих проживають на одній території, мають однакову культуру. У той же час, отриманні відмінності показують вплив соціо - економічного оточення, вік хворих, особливості та форми зловживання на характер соматичного ураження алкоголем. Отримали маркери ураження печінки, серця у цивільних хворих, що свідчить про значну інтоксикацію організму, недостатню дезінтоксикаційну функцію печінки. Тобто можемо припустити, що має місце функціональна недостатність печінки, а разом із цим більш тяжке ураження внутрішніх органів. Токсичне ураження внутрішніх органів алкоголем серед ВЗЗ менше виражено. Але мають місце клінічні зміни крові у вигляді зниження рівня гемоглобіну. Токсичне ураження периферійної нервової системи також достовірно вираженіше. Данні розлади характерні для тривалої інтоксикації. Тобто має місце тривала інтоксикація в обох групах дослідження, але виражене ураження внутрішніх органів отримали серед цивільних осіб.

Роз'яснення даних результатів можна отримати, розглянувши особливості відбору на військову службу. Кандидат проходить ретельне медичне обстеження, під час якого хронічно хворі, з вадами розвитку виключаються з військової служби. Тобто формулюється категорія здорових осіб. Алкоголізація проходить під час служби, але посилюється під час звільнення і в роки після звільнення. Отримуємо толерантність до алкоголю, але функціональна активність печінки, її дезінтоксикацій на функція зберігається. Під час алкоголізації токсична дія алкоголю зберігається, проявляється у порушенні функції периферійної нервової системи. Таким чином отримуємо результати токсичного впливу алкоголю на особливу категорію хворих, яка проходила під час служби всебічне медичне обстеження і заздалегідь була більш здоровою у порівнянні із цивільними хворими. Дані результати обстеження є доповненням до обстеження анамнезу та клінічного обстеження.

Висновок

Соматичний статус ВЗЗ, залежних від алкоголю, у порівнянні з відповідною категорією цивільних пацієнтів, відрізняється більш значними ураженнями нервової системи, що проявляють себе, зокрема, достовірно більш частими порушеннями чутливості шкірних покривів (частота ознаки 79,25% проти 52,00% при $p < 0,05$); відносно нижчою ($\leq 36,6$ °C) температурою тіла (частота ознаки 49,06% проти 34,00% при $p < 0,05$); відносно нижчим (≤ 135 г/л) вмістом гемоглобіну у сироватці крові на момент госпіталізації (частота ознаки 45,28% проти 28,00% при $p < 0,05$); відносно нижчою (≤ 39 од/л) активністю АЛТ у сироватці крові на момент госпіталізації (частота ознаки 58,49% проти 42,00% при $p < 0,05$); відносно нижчою (≤ 39 од/л) активністю АСТ у сироватці крові на момент госпіталізації (частота ознаки 56,60% проти 38,00% при $p < 0,05$); відносно вищими ($> 1,33$ од) значеннями коефіцієнта де Рітиса на момент госпіталізації (45,28% проти 24,00% при $p < 0,05$);

Отримані данні (перш за все, значення коефіцієнту де Рітиса) можуть свідчити про те, що на тлі характерної для осіб, залежних від алкоголю, поліорганної патології, у хворих ВЗЗ переважають ознаки кардіальної патології, а у цивільних – печінкової.

З'ясування причин зазначених відмінностей потребує подальших досліджень.

Література

1. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер // –М.: Медицина, - 1978. –294 с.
2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич // – К.: Моріон, - 2000 –320 с.

- Линский И.В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И.В. Линский, А.И. Минко, Э.Б. Первомайский // Наркология. - 2005. - № 4. - С. 12–17.
- Малоштан Л.М. Фізіологія з основами анатомії людини / Л.М. Малоштан // - Х., 2003. - 432с.
- Северин Е.С. Биохимия: Учеб. для вузов // Е.С. Северин // - 2003. - 779 с.
- Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов // – М.: Издательство «Триада-Х», - 2002. - 232 с.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Гайдабрус А.В., Линский И.В.

В статье приведены результаты обследования военнослужащих, уволенных в запас (ВУЗ), которые лечились от алкогольной зависимости. У больных ВУЗ было более выраженное поражение периферической нервной системы, выраженное снижение гемоглобина и уровня АсАТ в сыворотке крови, что свидетельствовало о возможном поражении сердца, почек. По результатам сравнения получили, что у больных группы ВУЗ преобладают признаки хронической интоксикации сердца, тогда как среди гражданских больных имело место патология печени. Выявленные достоверные различия следует учитывать при лечении и реабилитации в данной категории больных.

Ключевые слова: бывшие военнослужащие, алкогольная зависимость.

Стаття надійшла 14.11.2013 р.

FEATURES OF THE SOMATIC STATUS OF EX-SERVICEMEN SUFFERING FROM ALCOHOL ADDICTION

Gaydabrus A.V., Linskiy I.V.

The paper presents the results of a survey of ex-servicemen who had been treated for alcohol dependence. The patients of the study group was more pronounced involvement of the peripheral nervous system, marked reduction of hemoglobin and AST levels in the serum, indicating a possible heart and kidney damage. By comparing the results obtained that the patients of the study group, signs of chronic intoxication of the heart, whereas among civilian patients had liver disease. Revealed significant differences should be taken into account in the treatment and rehabilitation in these patients.

Key words: former servicemen, alcohol dependence.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК: 616.33-002.27-006:577.121

В.И. Жуков, Ю.А. Вишник, Ю.И. Белевцов, И.М. Васильева

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

СОСТОЯНИЕ МОНИТОРИНГОВЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОКАНЦЕРОГЕНЕЗОМ И АТРОФИЧЕСКИМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Изучено состояния метаболических мониторинговых показателей у больных раком желудка и определены наиболее значимые диагностические тесты оценки степени тяжести заболевания. У больных обнаружили повышение при атрофическом хроническом гастрите щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, энзимы на фоне увеличения содержания в сыворотке крови Гастрин 17. Оценка мониторинговых показателей у больных раком желудка при II, III стадии опухолевого процесса выявила увеличение в крови глюкозы, ионов Mg^{2+} , мочевины, креатинина, триацилглицеридов и снижение содержания холестерина, альбумина, общего белка. Наибольшие изменения дисфункции мониторинговых показателей были выявлены у больных с IV стадией рака желудка.

Ключевые слова: Рак желудка, гастроканцерогенез, атрофический хронический гастрит

Работа является фрагментом НДР «Обґрунтування і клінічне значення до нозологічних інтегративних метаболічних механізмів пухлин шлунка-кишкового тракту» (№ державної реєстрації 0104U010760).

Рак желудка (РЖ) является одним из основных и нерешенных медико-биологических проблем не только в Украине, а и во всем мире. Ежегодно регистрируется около миллиона новых случаев заболевания данной патологией в мире. Аденокарцинома желудка остается на втором месте среди онкологических заболеваний, приводящих к летальному исходу, уступая лишь раку легкого [6, 9, 10]. Согласно данным проектам GLOBOCAN 2008, результаты которого были представлены в 2010г. Международным агентством изучения рака, самая высокая заболеваемость и смертность по-прежнему регистрируется в странах Восточной Азии. Около 40% случаев заболеваемости выявляется в Китае, где раку желудка самая частая форма опухоли у лиц обоего пола. Высокий уровень заболеваемости отмечается в Японии (77 случаев у мужчин и 33 случая у женщин на 100 тыс. населения), Восточной Европе и тропической части Южной Африки. В США и западной Европе эти показатели заметно ниже [9, 10]. В Украине в 2011 году зарегистрировано 32 случая заболевания на 100 тыс. населения. Из них, 70% больных с впервые установленным диагнозом аденокарцинома желудка, умерли на протяжении первого года. Чаще это заболевание встречается у мужчин в возрасте от 30 до 74 лет, хотя и среди женщин отмечается тенденция к увеличению частоты данной патологии [5, 6, 7]. Свое распространение заболевание получило в результате наличия ряда предрасполагающих патогенетических факторов. К ним относятся курение, алкоголизм, недоброкачественное питание, наследственная предрасположенность, неудовлетворительное состояние производственной и окружающей среды, условия проживания и быта, перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости, хронический атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др. [3, 5, 7]. После открытия в 1982г. Marshall and Warren *Helicobacter pylori* и признания его в последующем ведущим этиологическим фактором в развитии гастрита в 1994г. Международным агентством по изучению рака *Helicobacter pylori* был отнесен к канцерогенам первого порядка – явный канцероген. Проведенные