

УДК 616.89

*И.А. Бабюк, Б.Б. Ивнев, О.Є. Шульц, Н.В.Побережная, Л.А.Гашкова,  
Г.М.Фирсова, О.П.Старущенко*

## АДАПТОЛ И НООФЕН В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПИВНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького

Ключевые слова: пивной алкоголизм, подростки

По данным ВОЗ среди 30 стран Европы Украина является абсолютным лидером по количеству подростков и молодых людей, регулярно употребляющих алкоголь (в т.ч. пиво и слабоалкогольные напитки) [12]. По мнению ряда авторов, в возрасте 14 -16 лет до 76% подростков уже имеют опыт употребления алкоголя низкой крепости) [9]. С 1993 по 2003 гг. подростков (15 -16 лет), перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3,7 раза, молодых людей (17 -19 лет) – почти в 8 раз) [3]. Среди обратившихся за помощью к наркологам, примерно в 15 – 20% случаев диагностирован «пивной алкоголизм» [2,5]. За последние годы употребление пива в стране возросло в 40 раз) [12]. По данным специалистов, этому способствовали следующие факторы: высокая доступность напитка, разнообразие марок и широкий ассортимент с содержанием алкоголя от 5% и более, убежденность населения в безопасности пива, семейная предрасположенность, лояльное отношение в обществе и агрессивная телевизионная реклама [8].

Доказано, что систематическое употребление пива вызывает ускоренный тип течения алкогольной зависимости в среднем за 2-3 года, т.н. «пивной алкоголизм». Он проходит три закономерные стадии: психическую зависимость, затем физическую, на фоне которых формируется органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и последующей глубокой социальной дезадаптацией [1,6]. Ранний пивной алкоголизм характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии с дистрофией в головном мозге, иногда частично обратимыми при отказе от спиртосодержащих напитков. Постоянное потребление пива сказывается не только на психическом, но и соматическом здоровье человека. Регулярный повышенный объем жидкости увеличивает нагрузку на сердце, и почки, а содержащиеся в нем

соли тяжелых металлов (кобальт, кадмий, медь и др.) постепенно формируют состояние хронического отравления организма) [3]. Также соли кадмия нарушают обмен ряда необходимых микроэлементов, угнетают ферменты пищеварения и синтез ряда гормонов, негативно влияя на сперматогенез у мужчин, и также вызывают угрозу заболевания раком молочной железы у женщин. В пиве содержатся растительные аналоги женских половых гормонов, которые у юношей подавляют выработку метилтестостерона, что ведет к развитию вторичного гипогонадизма и копулятивной дисфункции). Наконец, пивной алкоголизм у молодых людей серьезно сказывается на учебе, трудоспособности, отношениях с родителями и окружающими, способствует делинквентному поведению в обществе [4].

Вышеизложенное делает очевидным актуальность поисковых решений в сфере лечения и профилактики состояний пивной зависимости у молодых людей. Особое внимание исследователей и практических врачей обращено к проблеме купирования симптомов отмены потребления пива (абстинентного синдрома) с последующим формированием состояния стойкой стабилизации [7].

Постабстинентное состояние, как ранний этап становления ремиссии, является критическим периодом, во время которого рецидив срыва наибольший. При этом в клинической картине преобладают недомогание, общая слабость, неустойчивое внимание, раздражительность, эмоциональная лабильность, различные проявления вегетативной гиперреактивности, так называемый «астенический симптомокомплекс» [11]. Эти нарушения с патологическим влечением к алкоголю в постабстинентном периоде нередко становятся основным содержанием психического дискомфорта, требующего неотложной коррекции [10].

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность комплексного применения пре-

паратов – дневного транквилизатора Адаптола и ноотропа Ноофена в терапии постабстинент-

ных расстройств у больных пивным алкоголизмом при амбулаторном наблюдении.

### Материал и методы исследования

Под амбулаторным наблюдением находилось 30 пациентов (21 юношей и 9 девушек) в возрасте от 17 до 20 лет, страдающих пивным алкоголизмом в течении 1 – 2 лет, на этапе постабстинентного состояния без явлений хронических соматических болезней, выраженных психических расстройств и органической церебральной патологии. У всех больных наблюдалась развернутая клиническая картина II стадии алкоголизма (F10.2), на что указывало: первичное патологическое влечение к пиву, утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), заострение преморбидных личностных особенностей. У пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, с постоянной формой злоупотребления пивом на фоне высокой толерантности. В структуре абстинентного синдрома отмечались типичные сомато – вегетативные и психопатологические расстройства. Степень тяжести ААС квалифицировалась как легкая у 18 пациентов и как средняя – у 12.

Длительность наблюдения составляла 30 дней с оценкой состояния на 1, 7, 15 и 30 сутки. Для оценки структуры выраженности расстройств и их редукции в динамике использовались стандартные психометрические шкалы: шкала тревоги Гамильтона (НАМА), шкала общего клинического впечатления (сgі, сg –s, сgі – і). С целью определения тяжести зависимости применялись тест скрининга алкогольной зависимости и тест Мотивационного напряжения к алкоголю В.Ю. Завьялова, визуальная аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю) [ ]. Регистрировали соматические показатели – пульс, АД, ЭКГ, данные лабораторных анализов.

Результаты обрабатывались на PC ASUS Z99 со статистическим программным обеспечением для Windows XP.

С первого дня лечения назначали на фоне рациональной психокоррекции порошок Ноофен по 500 мг дважды, утром и днем, 750 мг на ночь; Адаптол (мебикар) по 600 -900 мг трижды в сутки, ежедневно, на протяжении одного месяца. При этом учитывали, основное ноотропное свойство Ноофена на антигипоксическом действии, улучшении ГАМК –эргической нейромедиатор-

ной передачи, повышении энергетических ресурсов, активации метаболических процессов, улучшении функциональных особенностей нейронов, что важно для эффективной адаптации и налаживания процесса обучения у молодых людей. Также, Ноофен, усиливая контролируемую функцию кортикальных структур над лимбическими и другими субкортикальными структурами, оказывает мягкое транквилизирующее действие, уменьшая напряженность, тревогу, страх, эмоциональную лабильность, раздражительность и плаксивость, нормализует сон. Сравнительные клинические исследования при лечении неврозоподобных состояний указывают на преимущества Ноофена перед диазепамом и пирарцетамом.

Адаптол является дневным транквилизатором с выраженной анксиолитической активностью, а также отсутствием побочных эффектов и высоким профилем безопасности. Механизм действия препарата обусловлен проникновением действующей субстанции через гемато –энцефалический барьер с последующим воздействием на структурно – функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы. Среди других выраженных клинических эффектов следует отметить вегетостабилизирующий, умеренный транквилизирующий без снижения скорости реакций, умеренный ноотропный, улучшение умственной и физической работоспособности при условии их снижения, антигипоксический, анальгетический и, как суммация вышеперечисленного, увеличение адаптогенной активности, антистрессовое и стрессоропротекторное действие. При этом Адаптол, в отличие от препаратов бензодиазепинового ряда, не оказывает миорелаксирующего эффекта, не угнетает сократительную функцию миокарда, не влечет нежелательных центральных эффектов: подавленности, вялости, сонливости, эмоционального безразличия, способствует налаживанию комплайн –эффекта. Прием препарата не накладывает ограничений на профессиональную деятельность человека, связанную с повышенной концентрацией внимания. Благодаря химической инертности, отсутствию образования активных метаболитов и кумуляции (90% введенной дозы выводится из организма в неизменном виде преимущественно с мочой на протяжении суток), клинически значимого

взаимодействия с другими препаратами, Адаптол может назначаться вне зависимости от фар-

макотерапии основного и сопутствующего заболевания.

### Результаты исследований и их обсуждение

У наблюдаемых больных (n=30) выявились высокие показатели согласно Мичиганского теста-скрининга алкогольной зависимости (MAST) и теста мотивационного напряжения к алкоголю (МНА) В.Ю. Завьялова. Значение теста MAST колебались в пределах от 12 до 24 (в среднем 16,4 при минимальном значении 10 для подтверждения диагноза «алкоголизм».) Среднее значение МНА было 42 балла. В представленной выборке преобладание личностных мотивов над социальными коррелировало с высоким уровнем аффективной патологии и замедленной динамикой выздоровления. По шкале Гамильтона психическая тревога (12,8) примерно в 2 раза превалировала над соматической (7,8) с общей суммой баллов 20,6.

В процессе назначенного лечения препаратов Адаптол и Ноофен установлено следующее: С 3-4 го дня лечения у больных, находившихся в постабстинентном состоянии отмечалось снижение уровня тревоги, чувство внутреннего напряжения, раздражительности, плаксивости. К концу первой недели стабилизировался фон настроения, уменьшалась интенсивность проявлений идеаторного компонента патологического влечения к пиву, нивелировались проявления вегетативных расстройств. К 10-му дню терапии в целом у пациентов отмечалось по шкале тревоги Гамильтона снижение показателей на 60%, а к 3-4 неделе лечения – полностью купировались тревожные, депрессивные и вегетативные нарушения. (Рис1)

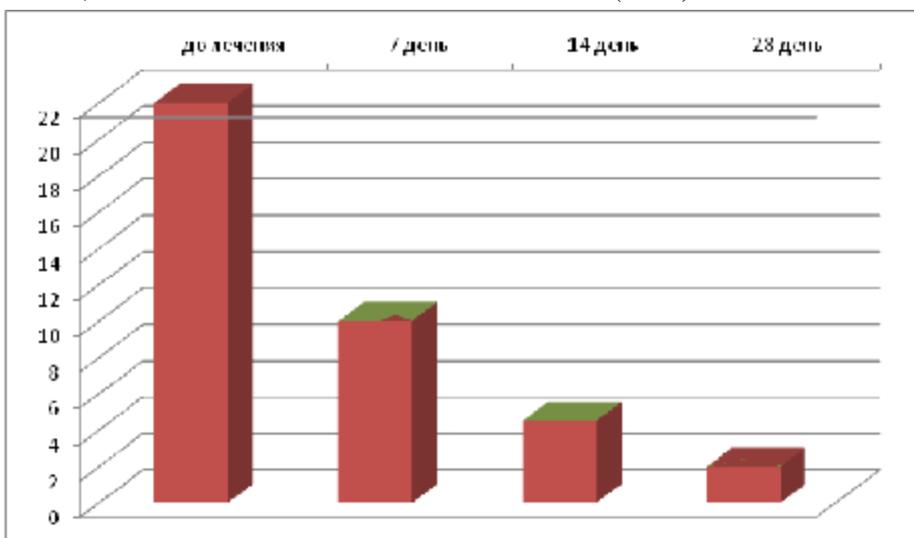
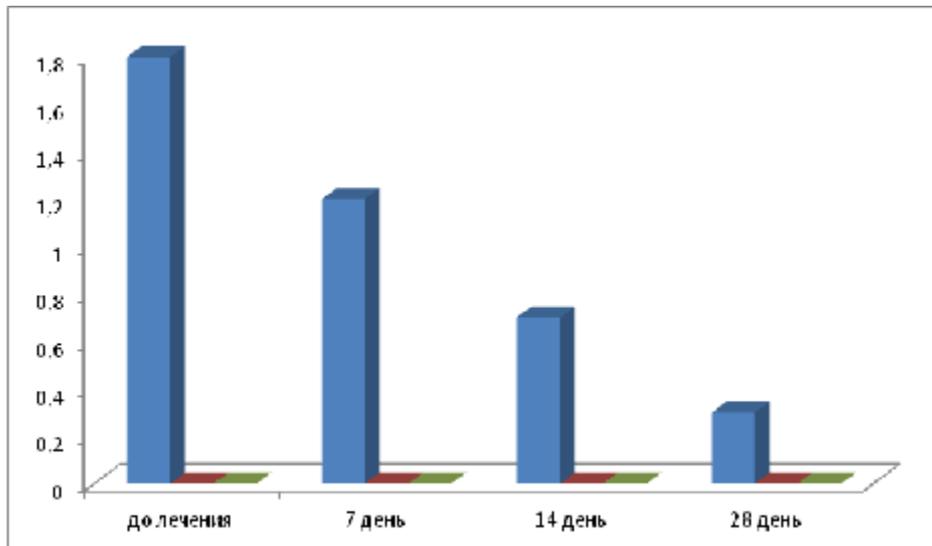


Рис. 1 Оценка эффективности Адаптола и Ноофена по шкале тревоги Гамильтона

При этом патологическое влечение к пиву и слабоалкогольным напиткам постепенно редуцировалось. Стабилизировались показатели АД и ЧСС.

Прямого снотворного действия при назначении Адаптола и Ноофена мы не выявили, однако все пациенты указывали на нормализацию ночного физиологического сна, чему способствовало купирование тревожной и дисфорической симптоматики. Положительная динамика позволяла с первых дней включать больных в психотерапевтический процесс (рациональная психотерапия, потенцирующая коррекция, гетеротренинг и т.п.) Терапевтический эффект Адаптола и Ноофена на стадии

формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов на фоне дезактуализации патологического влечения к алкоголю. Выраженных признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, замедленности психических и моторных реакций мы не наблюдали. При этом больные были достаточно общительными, бодрыми, деятельными, что позитивно сказывалось на их психотерапевтическом контакте с врачом, налаживанию отношений с родителями, включением в трудовую деятельность и учебный процесс. Объективная позитивация совпадала с субъективными ощущениями (Рис2.)



**Рис 2.** Оценка действия препаратов Адаптола и Ноофена по шкале общего клинического впечатления.

Исходная степень выраженности психотерапевтических проявлений по шкале *sgi-s* оценивалась как «средняя» у 21 пациента и как «легкая» - у 9. На момент окончания лечения (через 30 дней) по *sgi-s* состояние полностью «нормализовалось» у 27 больных. В дальнейшем наблюдаемые переводились на амбулаторное наблюдение (Адаптол по 500 мг/сутки и порошок Ноофен по 500 мг 2 раза в день. На фоне приема препаратов явлений интоксикации и других выраженных побочных эффектов не наблюдалось, случаев привыкания не было. В последующие 6 месяцев рецидивов у больных не наблюдалось.

Данный «Способ лечения абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом» оформлен как рацпредложение №1/12 от 15.06.12г по ИНВХ НАМН Украины.

#### Выводы.

Основные направления действия Адаптола и Ноофена в лечении абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом – анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Ноофен также способен достаточно быстро восстанавливать сон, купировать астеническую симптоматику. Комбинированное назначение препаратов не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При их применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания.

Полученные результаты позволяют рекомендовать комбинированное назначение Адаптола и Ноофена на фоне рациональной психотерапии как достаточно эффективный и безопасный метод лечения абстинентного синдрома у лиц молодого возраста, страдающих пивным алкоголизмом.

*І.О. Бабюк, Б.Б.Івнєв, Ю.Є.Шульц, Н.В.Побережна, Л.А.Гашикова, Г.М.Фірсова,  
О.П. Старущенко*

### **АДАПТОЛ І НООФЕН У ЛІКУВАННІ ПОСТАБСТІНЕНТНОГО СИНДРОМА У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ПИВНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Представлено дані про вивчення безпеки та ефективності препаратів Адаптол і Ноофен «Olfa» у 30 молодих пацієнтів з пивною залежністю. Відзначена висока ефективність та безпека препаратів в корекції тривожного настрою, зниження когнитивного, соматизованого та поведінкового рівней тривоги, зменшення патологічного потягу до алкоголю. Адаптол та ноофен рекомендовано до застосування хворим на етапах становлення та підтримки ремісії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 53-57).

**ADAPTOL AND NOOFEN IN TREATMENT OF POSTABSTINENT SYNDROME IN YOUNG PATIENTS WITH A BEER ADDICTION**

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

The authors submit data about clinical research on study of efficiency of a preparations Adaptol and Noofen at 30 young patients with beer addiction treating by ambulance. The high efficiency and safety of a preparations for treatment of the given category of the patients is worked, the authentic positive answer to treatment was observed one week of application of a preparations, including disturbing mood, appreciable reduction of cognitive, somatic and behavior of levels of anxiety. Medicine were recommended for this group of patients on the stage forming and supporting remission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 53-57).

*Литература*

1. Артемчук А.П. Клінічні, пара клінічні та терапевтичні аспекти сучасних форм алкоголізму// Архів психіатрії. – 2000. - №1 -2(20-21). –С.55 -59.
2. Бабюк І.А.,Медведева Е.В.,Кононенко І.Н. Клиника алкогольного делирия в молодом возрасте// Український вісник психоневрології. -2002.-Т.10. –Вип(30). –С.247.
3. Бабюк І.А., Побережная Н.В., Табачников А.Е. Медико-социальная проблема злоупотребления пивом лицами молодого возраста// Архив психиатрии. – 2010. -№4(63). –С.53 -57.
4. Бабюк І.А., Сосин І.К., Калиниченко О.Б и др. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. –Д. –Х.:Донеччина, 2004. -192с.
5. Базыльнич С.В., Копытов А.В. Профилактика употребления психоактивных веществ в учреждениях образования// Психиатрия, психотерапия» клиническая психология». -2012. -№2(08). – С.131-141.
6. Гусейнов Ф.С. Социально –психологические и клинические аспекты формирования влечения к алкоголю у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М. -1991. -22с.
7. Иванец Н.Н., Анохина И.П. Актуальные проблемы алкоголизма //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. -№3. – С.99-105.
8. Лавренева Г.В. Пиво и здоровье. –СПб: Диалог,2001. -112с.
9. Новикова Г.А. Особенности пивной алкоголизации среди учащихся образовательных школ// Биол.СГМУ. – Архангельск. - 2007. -№1. –С.113.
10. Нулер Ю.П. Тревога и ее терапия //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. -№4. –С.35-37.
11. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями// Психиатрия, психотерапия» клиническая психология». -2012. -№2(08). – С.123-130
12. Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries// The 1999 ESPAD Report: Stockholm. -2000. -362p.

Поступила в редакцию 12.02.2013