

УДК 616.89-008.441.13:615.214:612.68"4"

С.Д. Чугай

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В ПРОЦЕСІ ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: якість життя, алкогольна залежність, підтримувальна терапія, антиконвульсанти

Відповідно до сучасних класифікацій, існують різні рівні тяжкості наслідків вживання алкоголю: від умовно безпечного, через ризиковане вживання до залежності від алкоголю. Очевидно, існує континуум станів, пов'язаних з вживанням алкоголю. При цьому кордони між ними досить умовні і, з методологічної точки зору, представляють собою приклад класичного конвенціоналізму, тобто домовленості вчених про положення, строге визначення якого на даному етапі розвитку науки неможливе.

Із сказаного становиться зрозумілим, що будь-яке зниження вживання алкоголю, при будь-якому стані (залежність, вживання із шкідливими наслідками, зловживання тощо) слід розглядати як, безумовно, позитивне явище та, відповідно, як безперечно гідну ціль лікування [1]. Незважаючи на очевидність даного положення, з точки зору повсякденної свідомості, це положення знаменує собою революційний переворот у вітчизняній наркологічній парадигмі, в якій, дотепер, єдиною гідною метою лікування визнається виключно повна відмова від вживання алкоголю.

Нові цілі лікування закономірно потребують нових критеріїв ефективності терапії. Відмова від принципу "все або нічого" створює нові можливості для градуальної оцінки результатів лікування. Більш того, з'явилася можливість кількісного опису динаміки переходу від пияцтва до тверезості.

Сьогодні в рамках доказових мультицентричних досліджень це здійснюється за допомогою таких критеріїв, як: число днів тяжкого пияцтва за певний період часу (наприклад, за останній місяць), динаміка добових доз спожитого алкоголю, кількісні та якісні показники ремісій, показники афективного статусу пацієнта, показники його соціального функціонування і, нарешті, якість його життя. Саме цей показник, за вимогами доказової медицини, є єдиним

критерієм оцінки ефективності терапії, що проводиться у випадках, якщо безпосередньої загрози життю немає.

Різноманітність фармакодинамічних ефектів алкоголю та місць його прикладання до окремих органів та систем організму визначає і багаточисельність мишеней терапевтичних впливів при алкогольній залежності. Набільш перспективними препаратами, в плані формування станів контрольованого вживання алкоголю (тобто часткових та неповних ремісій), представляються антиконвульсанти. Ці засоби мають доведений антикревінговий ефект по відношенню до об'єкту зловживання – алкоголю. Багатьма клінічними дослідженнями показано, що карбамазепін, габапентин та вальпроєва кислота і інші, центральні антиконвульсанти достовірно знижують рівень вживання алкоголю [2-10]. Крім того, в контрольованому мультицентричному дослідженні було показано, що відносно новий антиконвульсант топірамат також має цей ефект [11]. Його використання протягом 12 тижнів забезпечило достовірне зменшення споживання алкоголю у порівнянні з вихідним рівнем.

Відомо також, що ефект фармакотерапії суттєво залежить від рівня терапевтичної співпраці поміж лікарем та пацієнтом, тобто рівня комплаєнсу. В свою чергу, рівень даного співтовариства може бути суттєво підвищений у випадку використання спеціальних технологій мотивування пацієнта до продовження лікування, наприклад, такої технології, як BRENDA [12].

Виходячи з вищенаведеного, у якості робочої гіпотези дослідження, було обрано припущення, що лікування антиконвульсантами осіб із залежністю від алкоголю (в умовах використання технології BRENDA, яка потенціює комплаєнс) здатно привести до формування ремісій як повних, так і неповних, які будуть супроводжуватися достовірним покращанням якості життя.

Мета дослідження

Шляхом вивчення динаміки якості життя оцінити ефективність підтримувального лікування антиконвульсантами у осіб, залежних від алкоголю.

Матеріал та методи дослідження: в динаміці проведено порівняння 90 чоловіків у віці 22-59 років (середній вік $(42,21 \pm 0,88)$), тривалістю зловживання алкоголем 4-25 років (середня тривалість $(13,40 \pm 0,46)$), з них 60 осіб – у якості підтримувального антикривінгового лікування отримували вітчизняний антиконвульсант топілеспін у добовій дозі 50 мг ввечері (І група), ще 30 осіб отримували також вітчизняний антиконвульсант карбамазепін у добовій дозі 200 мг ввечері (ІІ група). Фармакотерапія антиконвульсантами при кожному візиті супроводжувалася сеансами психосоціальної підтримки за технологією BRENDA з метою укріплення комплаєнсу та мотивування пацієнтів обох груп до продовження участі в терапевтичній програмі.

Діагностика алкогольної залежності проводи-

лась згідно критеріїв МКХ-10 в процесі використання клініко-психопатологічного методу. Оцінка показника якості життя проводилася за шкалою Mezzich. Протягом періоду спостереження (6 місяців) пацієнти були обстежені п'ятиразово через кожні 28 ± 7 днів: до початку лікування, через місяць, через два місяці, через три місяці та через шість місяців (повна ремісія за МКХ-10). Фармакотерапія антиконвульсантами при кожному візиті супроводжувалася сеансами психосоціальної підтримки за технологією BRENDA з метою укріплення комплаєнсу та мотивування пацієнта до продовження участі в терапевтичній програмі.

Крім того, використовувалися методи математичної статистики, програмні пакети: "Statistica", "SPSS" та обчислювальні таблиці "Excel" з пакету "MS Office 2003"; а також обчислювальні методи розпізнавання якісно різних станів (послідовна процедура Вальда в модифікації Е.В. Гублера).

Отримані результати та їх обговорення

Обстежені обох груп достовірно не відрізнялися ні віком ($43,52 \pm 1,01$ років в І групі проти $39,60 \pm 1,63$ років в ІІ групі), ні тривалістю зловживання алкоголем віком ($13,72 \pm 0,57$ років проти $12,77 \pm 0,8$ років відповідно).

В таблиці 1 та рис.1-3 наведена динаміка показника якості життя у обстежених обох груп в процесі проведення підтримувального лікування антиконвульсантами та збереження повної, неповної або часткової ремісії.

На 1-му візиті, тобто до початку лікування (таб.1, рис.1-3) обстежені не мали достовірних розбіжностей за такими характеристиками якості життя, як: фізичне благополуччя - ($3,78 \pm 0,10$) в І групі проти ($3,63 \pm 0,10$) в ІІ групі; психологічне благополуччя - ($3,20 \pm 0,08$) проти ($3,07 \pm 0,07$) відповідно; між особиста взаємодія - ($3,75 \pm 0,10$) проти ($3,63 \pm 0,10$) відповідно; духовна реалізація - ($2,90 \pm 0,09$) проти ($3,10 \pm 0,06$) відповідно. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися таких складових показника якості життя як: працездатність ($4,35 \pm 0,11$) проти ($3,67 \pm 0,10$) відповідно ($p < 0,001$); громадська та службова підтримка ($4,10 \pm 0,13$) проти ($3,53 \pm 0,10$) відповідно ($p < 0,01$); загальне сприйняття якості життя ($3,97 \pm 0,09$) проти ($3,50 \pm 0,09$) відповідно ($p < 0,01$); самообслуговування та незалежність в діях ($4,13 \pm 0,10$); в І групі проти ($3,80 \pm 0,10$) в ІІ групі ($p < 0,05$); соціо-емоційна

підтримка ($4,15 \pm 0,16$) проти ($3,60 \pm 0,11$) відповідно ($p < 0,05$); самореалізація ($3,87 \pm 0,10$) проти ($3,53 \pm 0,09$) відповідно ($p < 0,05$). Всі ці показники були достовірно кращі у пацієнтів І групи.

На 2-му візиті, тобто через 1 місяць після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя майже не відрізнялось. Обстежені не мали достовірних розбіжностей майже за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($5,00 \pm 0,11$) в І групі проти ($5,00 \pm 0,11$) в ІІ групі; психологічне благополуччя - ($4,75 \pm 0,13$) проти ($5,00 \pm 0,14$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($5,18 \pm 0,11$); в І групі проти ($5,27 \pm 0,12$) в ІІ групі; працездатність ($5,28 \pm 0,11$) проти ($5,33 \pm 0,14$) відповідно; між особиста взаємодія - ($5,15 \pm 0,14$) проти ($4,80 \pm 0,18$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($4,85 \pm 0,13$) проти ($4,87 \pm 0,14$) відповідно; самореалізація ($5,08 \pm 0,07$) проти ($5,23 \pm 0,12$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($5,12 \pm 0,09$) проти ($5,20 \pm 0,12$) відповідно.

В той же час, достовірні розбіжності стосувалися двох таких складових показника якості життя як: духовна реалізація - ($3,85 \pm 0,10$) проти ($4,70 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$), причому на користь пацієнтів ІІ групи; громадська та службова підтримка ($5,10 \pm 0,13$) проти ($4,70 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,05$), але вже на користь пацієнтів І групи.

Таблиця 1

Якість життя (за Mezzich) за візитами в групах порівняння (кількісні показники)

Візит / Шкала		Значення за шкалою									Достов. відмін. (р)
		Група №1*			Група №2*			Всі разом			
		Середн.**	Min	Max	Середн.**	Min	Max	Середн.**	Min	Max	
Візит 1	Шкала № 1	3,78±0,10	3	8	3,63±0,10	2	4	3,73±0,07	2	8	
	Шкала № 2	3,20±0,08	3	7	3,07±0,07	2	4	3,16±0,06	2	7	
	Шкала № 3	4,13±0,10	3	8	3,80±0,10	2	5	4,02±0,07	2	8	<0,05
	Шкала № 4	4,35±0,11	3	8	3,67±0,10	2	4	4,12±0,09	2	8	<0,001
	Шкала № 5	3,75±0,10	3	8	3,63±0,10	3	5	3,71±0,07	3	8	
	Шкала № 6	4,15±0,16	3	8	3,60±0,11	3	5	3,97±0,12	3	8	<0,05
	Шкала № 7	4,10±0,13	1	7	3,53±0,10	2	4	3,91±0,10	1	7	<0,01
	Шкала № 8	3,87±0,10	1	8	3,53±0,09	3	4	3,76±0,07	1	8	<0,05
	Шкала № 9	2,90±0,09	2	7	3,10±0,06	3	4	2,97±0,06	2	7	
	Шкала № 10	3,97±0,09	2	8	3,50±0,09	3	4	3,81±0,07	2	8	<0,01
Візит 2	Шкала № 1	5,00±0,11	4	10	5,00±0,11	4	7	5,09±0,09	4	10	
	Шкала № 2	4,75±0,13	3	10	5,00±0,14	3	7	4,83±0,10	3	10	
	Шкала № 3	5,18±0,11	3	10	5,27±0,12	4	7	5,21±0,08	3	10	
	Шкала № 4	5,28±0,11	3	8	5,33±0,14	3	7	5,30±0,09	3	8	
	Шкала № 5	5,15±0,14	4	10	4,80±0,18	3	7	5,03±0,11	3	10	
	Шкала № 6	4,85±0,13	3	7	4,87±0,14	4	6	4,86±0,10	3	7	
	Шкала № 7	5,10±0,13	3	9	4,70±0,14	3	6	4,97±0,10	3	9	<0,05
	Шкала № 8	5,08±0,07	3	7	5,23±0,12	4	7	5,13±0,06	3	7	
	Шкала № 9	3,85±0,10	1	7	4,70±0,14	3	6	4,13±0,09	1	7	<0,001
	Шкала № 10	5,12±0,09	3	9	5,20±0,12	4	7	5,14±0,07	3	9	
Візит 3	Шкала № 1	5,65±0,09	3	6	4,77±0,16	3	6	5,36±0,09	3	6	<0,001
	Шкала № 2	5,35±0,09	3	7	4,47±0,16	3	6	5,06±0,09	3	7	<0,001
	Шкала № 3	5,80±0,11	3	10	4,80±0,13	4	6	5,47±0,10	3	10	<0,001
	Шкала № 4	6,32±0,11	4	10	4,77±0,13	4	6	5,80±0,12	4	10	<0,001
	Шкала № 5	5,62±0,10	5	10	4,40±0,16	3	6	5,21±0,10	3	10	<0,001
	Шкала № 6	5,70±0,07	4	6	4,50±0,16	3	7	5,30±0,09	3	7	<0,001
	Шкала № 7	5,43±0,09	4	7	4,53±0,15	4	7	5,13±0,09	4	7	<0,001
	Шкала № 8	6,08±0,11	4	10	4,73±0,14	4	7	5,63±0,11	4	10	<0,001
	Шкала № 9	4,57±0,11	1	8	4,17±0,14	3	6	4,43±0,09	1	8	<0,05
	Шкала № 10	5,82±0,08	3	8	4,73±0,14	4	6	5,46±0,09	3	8	<0,001
Візит 4	Шкала № 1	6,32±0,10	3	7	4,93±0,12	4	6	5,86±0,11	3	7	<0,001
	Шкала № 2	6,00±0,07	3	8	4,63±0,13	3	6	5,54±0,09	3	8	<0,001
	Шкала № 3	6,53±0,09	4	9	4,93±0,12	4	6	6,00±0,11	4	9	<0,001
	Шкала № 4	6,95±0,08	4	8	4,97±0,12	3	6	6,29±0,12	3	8	<0,001
	Шкала № 5	6,53±0,11	4	9	4,43±0,12	3	6	5,83±0,13	3	9	<0,001
	Шкала № 6	6,07±0,08	4	7	4,50±0,12	3	6	5,54±0,10	3	7	<0,001
	Шкала № 7	6,38±0,10	4	9	4,47±0,12	3	6	5,74±0,12	3	9	<0,001
	Шкала № 8	6,78±0,07	5	9	4,90±0,12	4	6	6,16±0,11	4	9	<0,001
	Шкала № 9	5,17±0,11	3	8	4,27±0,12	3	6	4,87±0,10	3	8	<0,001
	Шкала № 10	6,58±0,09	3	8	4,90±0,12	4	6	6,02±0,11	3	8	<0,001
Візит 5	Шкала № 1	7,52±0,11	3	9	5,13±0,10	4	6	6,72±0,14	3	9	<0,001
	Шкала № 2	7,18±0,12	3	9	4,83±0,12	4	6	6,40±0,15	3	9	<0,001
	Шкала № 3	7,47±0,09	4	9	5,20±0,11	4	6	6,71±0,13	4	9	<0,001
	Шкала № 4	7,78±0,08	5	10	5,23±0,12	4	6	6,93±0,14	4	10	<0,001
	Шкала № 5	7,35±0,09	4	9	4,97±0,16	4	7	6,56±0,14	4	9	<0,001
	Шкала № 6	7,02±0,11	3	10	4,87±0,15	4	7	6,30±0,14	3	10	<0,001
	Шкала № 7	7,10±0,12	3	9	4,93±0,13	4	7	6,38±0,14	3	9	<0,001
	Шкала № 8	7,40±0,10	3	8	5,23±0,11	4	7	6,68±0,13	3	8	<0,001
	Шкала № 9	6,13±0,14	3	9	4,50±0,10	4	6	5,59±0,13	3	9	<0,001
	Шкала № 10	7,55±0,12	2	10	5,20±0,12	4	7	6,77±0,15	2	10	<0,001
Примітки: *- Група №1 – хворі, що одержували топілеспін; група №2 – хворі, що одержували карбамазепін. **- Середні значення подані у форматі "середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної (M±m)"											

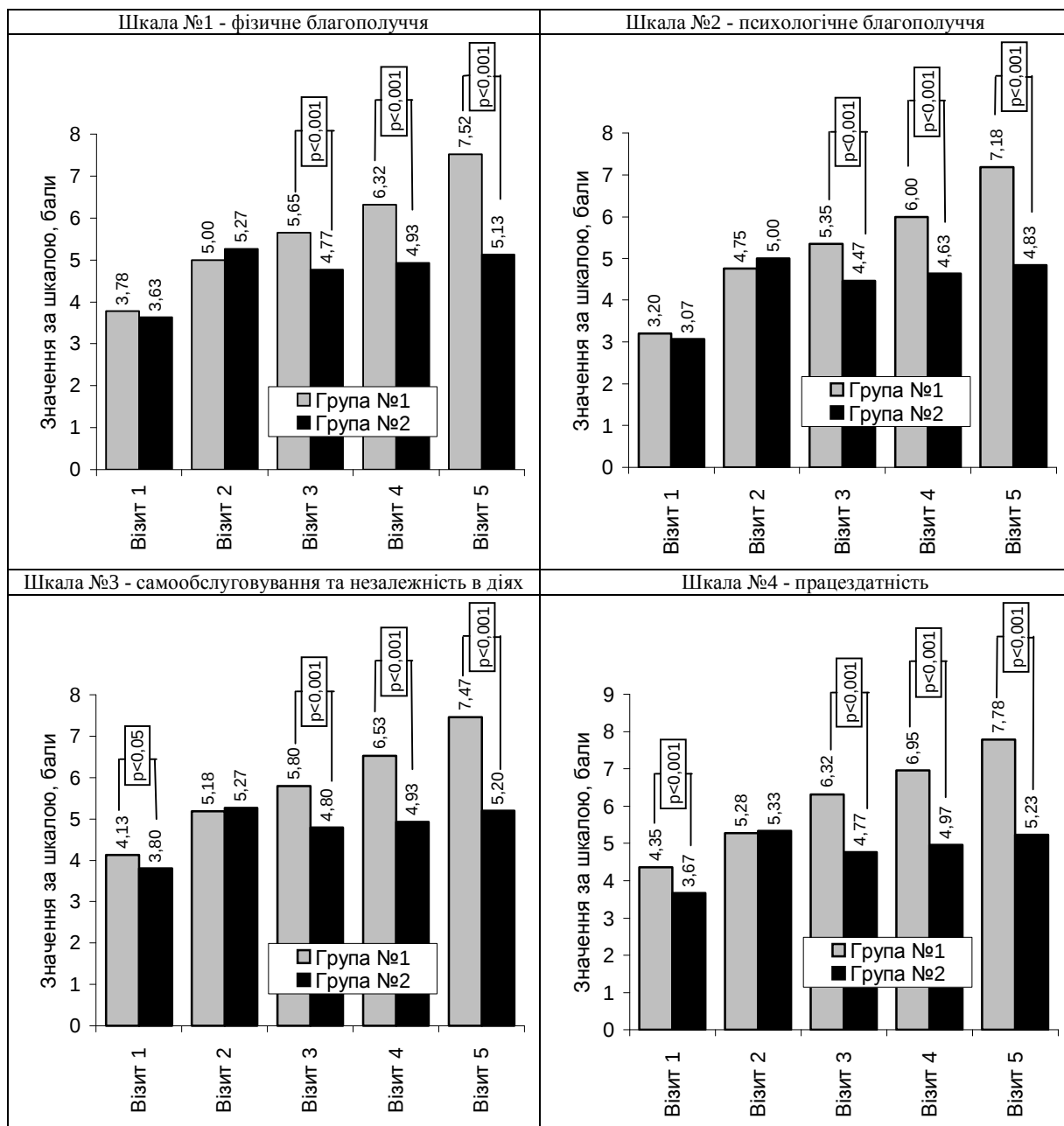


Рис. 1 – Якість життя за шкалами Mezzich №1-4 в групах порівняння

На 3-му візиті, тобто через 2 місяця після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя достовірно відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($5,65 \pm 0,09$) в I групі проти ($4,77 \pm 0,16$) в II групі ($p < 0,001$); психологічне благополуччя - ($5,35 \pm 0,09$) проти ($4,47 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); самообслуговування та незалежність в діях ($5,80 \pm 0,11$) проти ($4,80 \pm 0,13$) відповідно ($p < 0,001$); працездатність ($6,32 \pm 0,11$) проти

($4,77 \pm 0,13$) відповідно ($p < 0,001$); між особиста взаємодія - ($5,62 \pm 0,10$) проти ($4,40 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); соціо-емоційна підтримка ($5,70 \pm 0,07$) проти ($4,50 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); громадська та службова підтримка ($5,43 \pm 0,09$) проти ($4,53 \pm 0,15$) відповідно ($p < 0,001$); самореалізація ($6,08 \pm 0,11$) проти ($4,73 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$); духовна реалізація - ($4,57 \pm 0,11$) проти ($4,17 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,05$); загальне сприйняття якості життя ($5,82 \pm 0,08$) проти ($4,73 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$).

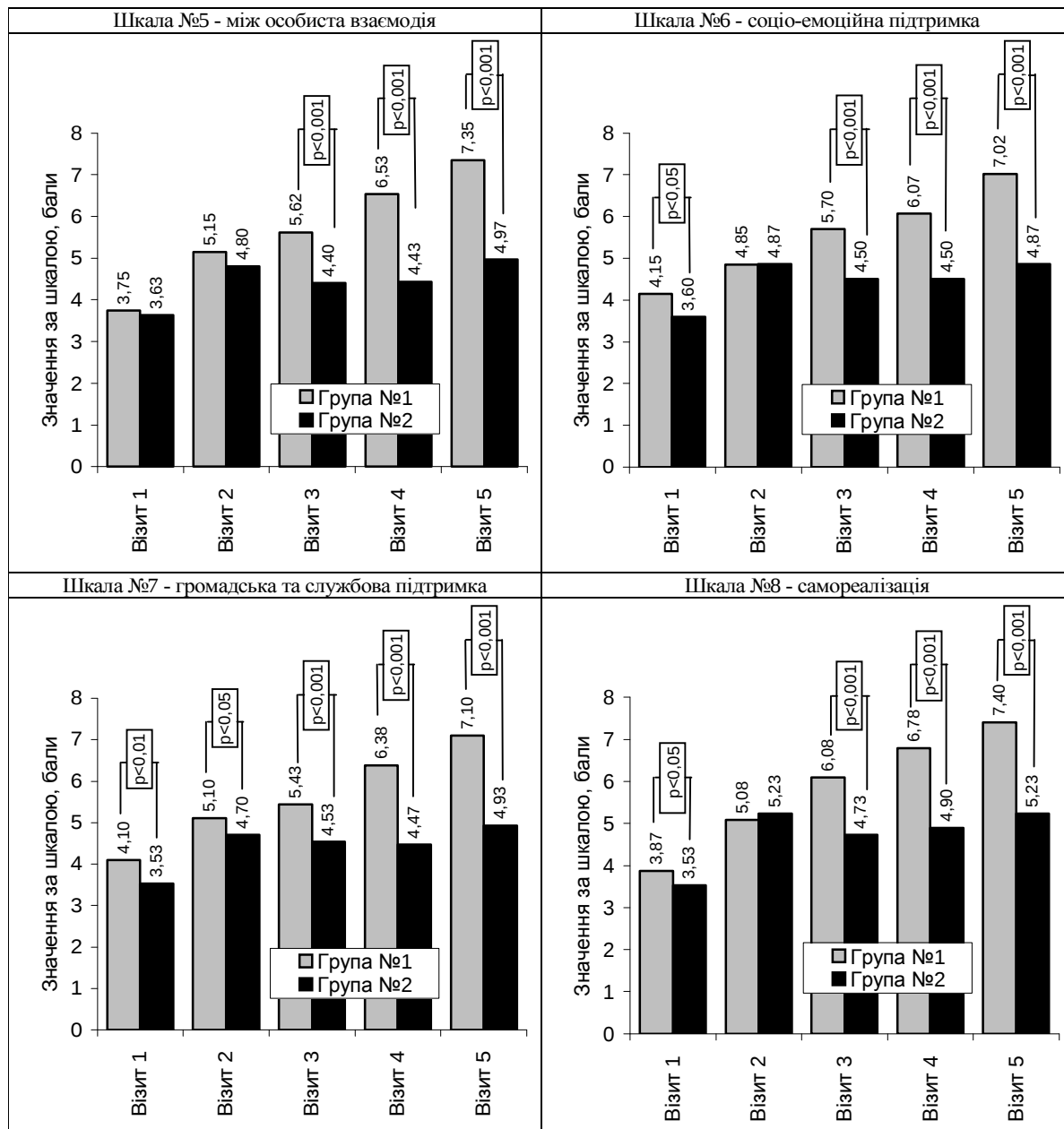


Рис. 2 – Якість життя за шкалами Mezzich №5-8 в групах порівняння

На 4-му візиті, тобто через 3 місяці після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя також відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p<0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($6,32\pm0,10$) в I групі проти ($4,93\pm0,12$) в II групі; психологічне благополуччя - ($6,00\pm0,07$) проти ($4,63\pm0,13$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($6,53\pm0,09$) проти ($4,93\pm0,12$) відповідно; пра-

цездатність ($6,95\pm0,08$) проти ($4,97\pm0,12$) відповідно; між особиста взаємодія - ($6,53\pm0,11$) проти ($4,43\pm0,12$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($6,07\pm0,08$) проти ($4,50\pm0,12$) відповідно; громадська та службова підтримка ($6,38\pm0,10$) проти ($4,47\pm0,12$) відповідно; самореалізація ($6,78\pm0,07$) проти ($4,90\pm0,12$) відповідно; духовна реалізація - ($5,17\pm0,11$) проти ($4,27\pm0,12$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($6,58\pm0,09$) проти ($4,90\pm0,12$) відповідно.

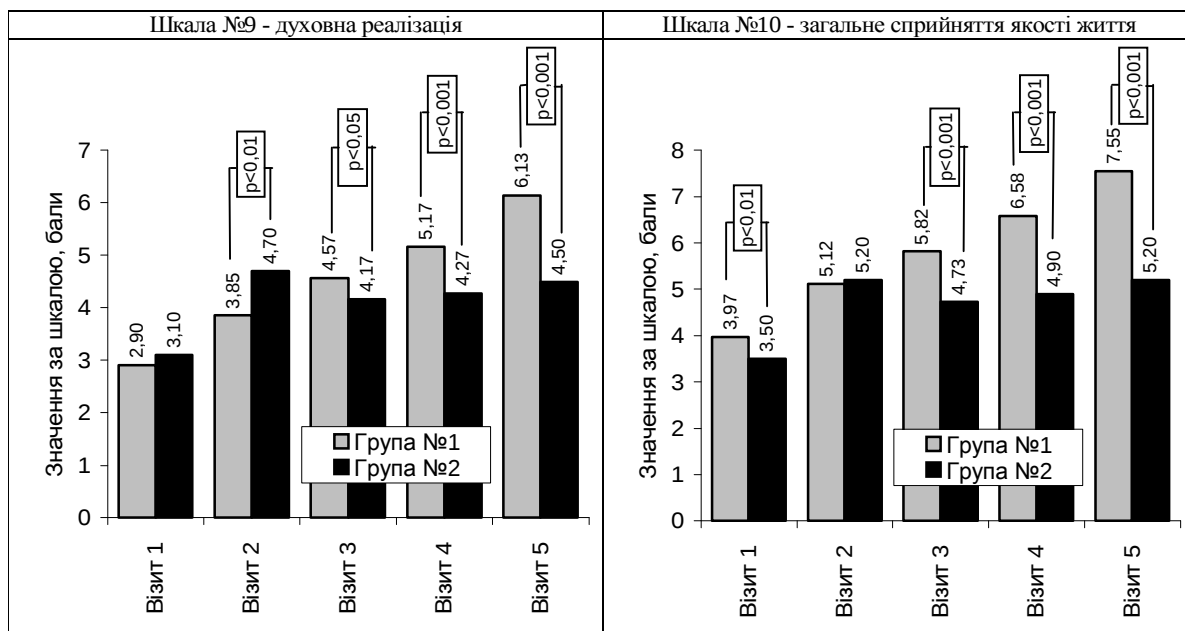


Рис. 3 – Якість життя за шкалами Mezzich №9-10 в групах порівняння

На 5-му візиті, тобто через 6 місяців після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя також відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p<0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($7,52\pm0,11$) в I групі проти ($5,13\pm0,10$) в II групі; психологічне благополуччя - ($7,18\pm0,12$) проти ($4,83\pm0,12$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($7,47\pm0,09$) проти ($5,20\pm0,11$) відповідно; працездатність ($7,78\pm0,08$) проти ($5,23\pm0,12$) відповідно; між особиста взаємодія - ($7,35\pm0,09$) проти ($4,97\pm0,16$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($7,02\pm0,11$) проти ($4,87\pm0,15$) відповідно; громадська та службова підтримка ($7,10\pm0,12$) проти ($4,93\pm0,13$) відповідно; самореалізація ($7,40\pm0,10$) проти ($5,23\pm0,11$) відповідно; духовна реалізація - ($6,13\pm0,14$) проти ($4,50\pm0,10$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($7,55\pm0,12$) проти ($5,20\pm0,12$) відповідно.

Наступним етапом роботи буде порівняння якості життя пацієнтів в процесі підтримувального лікування антиконвульсантами в залежності від динаміки споживання алкоголю в умовах збереження неповної або часткової ремісії.

Висновки

1. Обстежені обох груп на початку лікування достовірно не відрізнялися ні за віком ні за тривалістю зловживання алкоголем віком, ні за такими складовими якості життя, як фізичне та психологічне благополуччя, рівень між особистої взаємодії та духовної реалізації. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися таких скла-

дових показника якості життя як: працездатність, громадська та службова підтримка, загальне сприйняття якості життя, самообслуговування та незалежність в діях, соціо-емоційна підтримка та самореалізація на користь пацієнтів I групи.

2. Через 1 місяць після початку лікування сприйняття пацієнтами обох груп якості свого життя майже не відрізнялось. Обстежені не мали достовірних розбіжностей за більшістю характеристик якості життя, а саме: фізичне та психологічне благополуччя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, між особиста взаємодія, соціо-емоційна підтримка, самореалізація та загальне сприйняття якості життя. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися двох таких складових показника якості життя як: духовна реалізація, причому на користь пацієнтів II групи; громадська та службова підтримка на користь пацієнтів I групи.

3. Через 2 місяця після початку лікування сприйняття пацієнтами якості свого життя достовірно відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p<0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне та психологічне благополуччя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, між особиста взаємодія, соціо-емоційна підтримка, громадська та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття якості життя.

4. Через 3 та відповідно 6 місяців після початку лікування зберігається теж саме сприйняття свого життя, яке відмічалось вже на 2-му місяці тверезості.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ
АЛКОГОЛЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Обследовано в динамике 90 мужчин с зависимостью от алкоголя, которые после проведения основного стандартного лечения были переведены на амбулаторное поддерживающее лечение антиконвульсантами. Одна группа получала топирамидин, вторая – карбамазепин. Пациентам обеих групп один раз в месяц для повышения комплаенса проводилась технология BRENDA. Проведена оценка эффективности поддерживающего лечения с помощью показателя качества жизни. Показано, что пациенты, получавшие топирамидин, достоверно лучше воспринимают качество своей жизни, чем пациенты, получавшие карбамазепин. Достоверные различия появляются уже через 2 месяца ремиссии и сохраняются на протяжении срока наблюдения (6 месяцев – полная ремиссия). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 82-88).

S.D. Chugay

**DYNAMICS OF INDEX OF QUALITY OF LIFE AT PERSONS WITH DEPENDENCE ON
ALCOHOL IN THE PROCESS OF SUPPORTING MEDICAL TREATMENT
ANTICONVULSANTS**

State institution “Institute of neurology, psychiatry and narcology of the National Academia of medical of sciences Ukraine”

90 Men with dependence on an alcohol are inspected in a dynamics, which after conducting of basic standard medical treatment were translated into the ambulatory supporting medical treatment of anticonvulsants. One group got topiramate, second – carbamazepine. To the patients of both groups one time in a month for the rise of compliance the BRENDA technology was conducted. Estimation of efficiency of supporting medical treatment by the index of quality of life is conducted. It is shown, that patients, getting topiramate, for certain better perceive quality of the life, than patients, getting carbamazepine. Reliable distinctions appear already in 2 months of remission and are saved during the term of supervision (6 months – complete remission). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 82-88).

Література

1. Гарбутт Дж.С., Гастфренд Д.Р., Петтинати Х.М., Форман Р.Ф. Снижение уровня потребления алкоголя как результат терапии алкогольной зависимости. Вопросы наркологии, 2009.-N 4.-С.81-95.
2. Malcolm R., Myrick H., Brady K.T., Ballenger J.C. Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal. Am J Addict. 2001;10 Suppl:16-23.
3. Malcolm R., Ballenger J.C., Sturgis E.T., Anton R. Doubleblind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. Am J Psychiatry. 1989;146:617-21.
4. Stuppaeck C., Pycha R., Miller C., Whitworth A., Oberbauer H., Fleischhacker W. Carbamazepine versus oxazepam in the treatment of alcohol withdrawal: a double-blind study. Alcohol Alcohol. 1992;27:153-8.
5. Kranzler H.R., Bauer L.O., Hersh D., Klingerhoffer V. Carbamazepine treatment of cocaine dependence: a placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend. 1995;38:203-11.
6. Mueller T.I., Stout R.L., Rudden S., et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study of carbamazepine for the treatment of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res. 1997;21:86-92.
7. Malcolm R., Myrick H., Roberts J., Wang W., Anton R.F., Ballenger J.C. The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. J Gen Intern Med. 2002 May;17(5):349-55.
8. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989 Nov;84(11):1353-7.
9. Brady KT, Myrick H, Henderson S, Coffey SF. The use of divalproex in alcohol relapse prevention: a pilot study. Drug Alcohol Depend. 2002 Aug 1; 67(3):323-30.
10. McRae AL, Brady KT, Sonne SC. Alcohol and substance abuse. Med Clin North Am. 2001 May; 85(3):779-801.
11. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. Lancet 361: 1677-1685.
12. Starosta, A.N., Leeman, R.F., & Volpicelli, J.R.(2006). The BRENDA model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. Journal of Psychiatric Practice, 12(2), 80-89.

Поступила в редакцию 18.09.2012