

УДК 616.89-008.441.13+616.895

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Л. А. Гашкова, И. Б. Рымарь, О.Б.Калиниченко, С.И.Найденко***КОРРЕКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольная зависимость, депривокс, миртастадин, латригил

Современные подходы к антидепрессивной терапии у пациентов с алкогольной зависимостью базируются на дифференцированном применении психофармакотерапии, немедикаментозных методов и психотерапии.

Значительное место при этом в современной научной литературе занимают постабстинентные состояния. Внимание исследователей и клиницистов к этой проблеме не случайно и в первую очередь обусловлено тем, что постабстинентное состояние как ранний этап становления ремиссии является критическим периодом, во время которого риск рецидива наибольший [5].

В постабстинентном периоде, когда у пациентов формируется начальный этап ремиссионного состояния, наблюдается клиническая картина, которую ряд исследователей обозначают как «трезвая фрустрация». Алкогользависимый пациент в постабстинентном периоде, на ранних стадиях формирования ремиссии, еще не подготовлен к лишению и радикальному отказу от привычного, психологически приемлемого для него сложившегося многолетнего алкогольного стереотипа [7]. В связи с этим при алкоголизме часто встречаются аффективные нарушения. Несомненно, что аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю [4].

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что аффективные нарушения при алкоголизме имеют облигатный характер. Аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю. [1, 6, 8, 9]. Тревожно-депрессивная симптоматика присутствует практически постоянно, выражаясь внут-

ренним беспокойством, напряжением, ожиданием чего-то неприятного. Депрессия — тот клинический фон, на котором трудно или невозможно начинать программу психокоррекционной переориентации мотиваций с алкоголя на категорический отказ от него. Обращает на себя внимание высокая частота диссомнических расстройств. Особенно характерны для пациентов с алкогольной депрессией страхи во сне (сновидения с анксиозной фабулой), сохраняющиеся и при ночных пробуждениях, которые больше приурочены к периоду абстинентной патологии, а также кошмарные и тематические сновидения в постабстинентном периоде (как предикторы появления приступов патологического влечения к алкоголю). Большой удельный вес в клинической картине всех периодов алкоголизма имеет также неврозоподобная и астеническая симптоматика. Адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентного состояния определяющим образом влияет на дальнейшее течение заболевания. Именно на этом этапе терапии создаются условия для предупреждения ранних рецидивов [2, 3].

В настоящее время для лечения аффективных нарушений в постабстинентном состоянии используется достаточно большое количество психотропных препаратов различных классов и химических групп. Несмотря на довольно большой арсенал используемых психофармакологических средств, поиск новых, более эффективных и безопасных лекарственных препаратов остается актуальным. Выбор таких средств осуществляется на основе психопатологической оценки состояния больного с учетом спектра активности препарата [7].

Материал и методы исследования

Нами было проведено амбулаторное лечение 25 больных с синдромом алкогольной зависимости, осложненным аффективной патологией. Ди-

агностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10.

Все пациенты были мужского пола. Возраст

колебался от 25 до 57 лет. У всех больных наблюдалась развернутая клиническая картина II стадии. Это подтверждали следующие клинические проявления: первичное патологическое влечение к алкоголю (осознанное и неосознанное), утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), а также заострение преморбидных личностных особенностей. У большинства пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, у 19 больных отмечалась псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем, у 3 — постоянная на фоне высокой толерантности.

У всех пациентов отмечались хронические соматические заболевания, обусловленные длительной интоксикацией алкоголем (вне обострения), в основном — токсическое поражение печени (жировой гепатоз, токсический гепатит) и сердца (алкогольная кардиопатия), алкогольная полиневропатия. Отрицательные социальные последствия характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессиональных навыков. Длительность заболевания составляла от 4 до 25 лет.

Из исследования исключались больные: с острыми психотическими состояниями, включая пределириозные расстройства; с высоким суицидальным риском; с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения; с гиперчувствительностью к препаратам; принимавшие участие в исследованиях в течение предшествующих 3-х месяцев.

В структуре абстинентного синдрома присутствовали типичные сомато-вегетативные и психопатологические расстройства. У всех больных отмечались гипергидроз, жажда, тремор, диспепсические нарушения, колебания АД, тахикардия, слабость, разбитость, расстройства сна, подавленное настроение, тревога, раздражительность, дисфорическая симптоматика. Степень

тяжести ААС квалифицировалась как средняя у 14 больных и как легкая — у 11 больных. Большинство исследуемых составляли повторно обратившиеся больные — 16 человек; обратившиеся впервые — соответственно 9 человек.

Лечение было комплексным, проводилась психотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

Для лечения аффективных расстройств в постабстинентном состоянии и на этапе формирования ремиссии с целью профилактики ранних рецидивов назначались антидепрессанты депривокс (флувоксамин), миртастадин (миртазапин) и нормотимик латригил (ламотригин) в соответствии с клинической картиной аффективной патологии. Депривокс назначался для купирования тревожно-депрессивной и обсессивной симптоматики в дозе 50 мг в сутки с возможным увеличением дозы до 100 мг в случаях недостаточной редукции психопатологии. Миртастадин применялся в дозе 30 мг на ночь при сочетании тревожных, депрессивных и диссомнических расстройств. Ламотригил мы использовали, если в анамнезе пациентов были биполярные расстройства либо в клинической картине преобладала аффективная лабильность, компульсивное патологическое влечение к алкоголю. Препарат назначался в нарастающей дозировке, от 25 до 100 мг в сутки.

Обследование больных осуществлялось в день обращения (1 день), в дальнейшем — на 8, 15 и 28 день. Для оценки уровня тревоги использовалась шкала Гамильтона, для оценки редукции депрессивной симптоматики использовалась шкала Бека, для оценки вегетативных проявлений — шкала Вейна. Для оценки психопатологических проявлений и патологического влечения к алкоголю в структуре постабстинентного состояния использовались соответствующие структурированные опросники, а также шкала общего клинического впечатления.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе проведенного лечения установлено следующее. Уже на 8-й день терапии у больных, находившихся в постабстинентном состоянии, значительно снижался уровень тревоги, чувства внутреннего напряжения, раздражительности, страха. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, восстанавливался сон, а также уменьшалась интенсивность проявлений идеаторного компонента патологического влечения

к алкоголю. Дисфорическая симптоматика вегетативные расстройства редуцировалась несколько медленнее — к 15 дню терапии.

При приеме препаратов больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на свое самочувствие не предъявляли.

Отдельно следует отметить, что при приеме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сон-

ливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Некоторая сонливость по пробуждении наблюдалась у нескольких пациентов на фоне приема миртазапина, но она проходила в течение нескольких дней и в дальнейшем не влияла на самочувствие. Больные были бодрыми, общительными, деятельными, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом. Быстрое редуцирование ПВА при приеме депривокса, миртазапина и латригила давало возможность включать больных в психотерапевтический процесс уже с первого дня обращения и создавало благоприятные условия для проведения психотерапии.

В качестве критерия улучшения состояния и его стабилизации при клиническом исследовании рассматривалась дезактуализация патологического влечения к алкоголю, полная и стойкая редукция аффективной (главным образом, тревожной, депрессивной и дисфорической) симптоматики и вегетативных расстройств.

Курс амбулаторного лечения составлял 28 дней. В дальнейшем пациенты переводились на поддерживающее амбулаторное лечение или

наблюдение и при необходимости продолжали принимать препараты в прежних или меньших дозировках. Консультации с лечащим врачом происходили раз в 15 дней. Терапевтический эффект препарата на стадии формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов. Субъективно они отмечали бодрость, хорошее самочувствие, повышение работоспособности, ровный фон настроения, отсутствие желания употребить спиртное. У всех больных нормализовался сон. Утренние пробуждения были быстрыми, с ощущением бодрости и «готовности к работе».

Результаты исследования показали, что на данной выборке больных препараты депривокс и миртазапин обладают достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием.

К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение общего числа по шкале тревоги Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным, а к 3-4 неделе терапии депрессивные, тревожные и вегетативные расстройства полностью исчезали (рисунок 1).



Рис. 1. Оценка эффективности препаратов депривокс и миртазапин по шкале Гамильтона

Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить значительный терапевтический эффект препарата Ламотригил: на 8 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (рисунок 2).

ригил: на 8 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (рисунок 2).

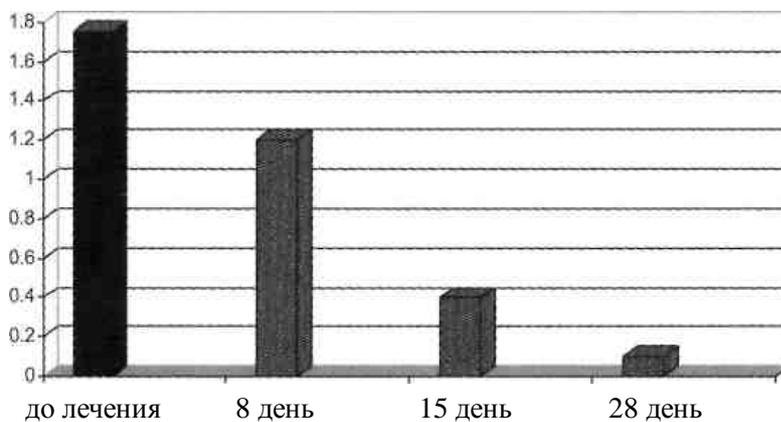


Рис. 2. Оценка действия препарата латригил по шкале общего клинического впечатления

На протяжении всего периода применения латригила и миртазапина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости; однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было. В течение 8 недель рецидивы отмечены лишь у 6 пациентов.

Основные направления действия препаратов депривокс и миртазапин при терапии алкогольной зависимости — антидепрессивное, анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Латригил способен достаточно быстро купировать патологическое влечение к алкоголю, аффективные расстройства в его структуре, неврастеническую симптоматику.

Депривокс, миртазапин и латригил при правильном режиме дозирования не вызывают дневной сонливости, не влияют на работоспособность и концентрацию внимания. При их применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препаратов.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют рекомендовать использование депривокса, миртазапина и латригила как достаточно эффективных и безопасных препаратов в комплексные терапевтические программы.

І. О. Бабюк, О. Є. Шульц, Л. А. Гашкова, І. Б. Рymar, О. Б. Калініченко, С. І. Найденко

КОРЕКЦІЯ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Було проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарати Депривокс, Міртастадин та Латригил, а також психотерапія. Основна дія препаратів Депривокс та Міртастадин при терапії алкогольної залежності – антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Латригил спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю, афективні розлади. Усі три препарати добре переносяться хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшої розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 75-78).

I. A. Babyuk, O. E. Shults, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, O. B. Kalinichenko, S. I. Naidenko

AFFECT DISORDERS OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE CORRECTION

Donetsk Medical National University

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Deprivox, Mirtastadin, Latrigil and psychotherapy were used. Basic effects of Deprivox and Mirtastadin – antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Latrigil able to block pathological alcohol drive, affect disorders. Whole three medicines well tolerated by patients. Discovered results might be useful for treatment improvement and further elaboration of complex therapeutic program for patients on alcohol dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 75-78).

Литература

1. Бокій І.В. // Афективні розлади при алкоголізмі. — Л. — 1983. — С. 5-9.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Дифференцированные методы психофармакотерапии больных алкоголизмом: Методич. рекоменд. — Л. — 1990. — С. 3-16.
3. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. — М. — 1997. — С. 3-10.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение препарата стрессплант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. — С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беяева О.О. и др. Опыт применения стимула в комплексной терапии постабстинентных

- состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью // Новости медицины и фармации, 2006, № 19 (201). — С. 23-24.
6. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольній залежності: Методичні рекомендації — Харків — 2003. — С. 3-20.
7. Сосин И.К. Алкогольная депрессия // Здоров'я України, 2005, № 3. — С. 9-11.
8. Loo H., Malka R., Defranct R. et al. // Neuropsychology. — 1988. — №19. — P.79-85.
9. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. — 1980. — V. 137 — P. 372-373.

Поступила в редакцию 4.09.2010