

диагностики (реозцефалография, эхо-энцефалография, электроэнцефалография, электрокардиография), проводили кардио-ритмографию и рефлексодиагностику по методу Накатани.

По результатам кардиоритмографии было выявлено: снижение низкочастотного компонента Low Frequency (LF), повышение высокочастотного компонента High Frequency (HF), уменьшение значения симпато-вагального индекса.

В ходе лечения применяли антидепрессант Вальдоксан (Агомелатин). Агомелатин — агонист мелатонинергических рецепторов MT1 и MT2 и антагонист серотониновых 5-HT2C-рецепторов. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в особенности в области префронтальной коры головного мозга и не влияет на концентрацию внеклеточного серотонина. Агомелатин способствует восстановлению нормальной структуры сна, снижению температуры тела, выделению мелатонина и стабилизации давления. Препарат также помогает справиться с желанием «снять» состояние напряженности с помощью алкоголя.

Назначаемая доза препарата составила 25—50 мг один раз в сутки на ночь. Прием агомелатина в дозе 25 мг также способствует более быстрому наступлению сна и улучшению его качества, начиная уже с первой недели лечения, и снижению частоты сердечных сокращений; при этом заторможенности в дневное время не отмечается.

Прием агомелатина не оказывал влияния на массу тела, частоту сердечных сокращений и артериальное давление, не вызывал сексуальных нарушений, а также не вызывал ни синдрома «отмены», ни синдрома «привыкания».

Нами пролечено 37 пациентов (в т. ч. три женщины), средний возраст которых составил 28,5 лет.

Оценивая результаты проведенного лечения, мы пришли к заключению, что наиболее оптимальной схемой лечения при гипотонических состояниях у больных молодого возраста с алкогольной зависимостью в стадии ремиссии является включение лазеропунктуры и иглорефлексотерапии в традиционный медикаментозный курс лечения с применением Вальдоксана.

УДК 616.89-008.441.13:615.214-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, А. С. Рябцев, Е. В. Медведева, И. Н. Кононенко

Донецкий областной наркологический диспансер

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (РЕФЛЕКСОПСИХОТЕРАПИЯ)

Доказательная медицина уже определила более высокую эффективность противоалкогольного лечения при сочетании фармакотерапии с психотерапией. В своей практике мы вначале проводим групповое собеседование, в ходе которого врач кратко в доступной форме излагает суть способа, объясняет природу бессознательных реакций нервной системы на раздражители на различных уровнях реагирования нервной системы. Объясняются случаи возникновения рефлекторных рвот, спазмов, гиперкинезов, нарушения деятельности различных органов и систем. Пациента убеждают в том, что способ лечения алкогольной зависимости основан на стрессовой психотерапии, при которой происходит формирование таких же условных рефлексов. Подчеркивается, что употребление спиртных напитков до угашения условного рефлекса вызовет стресс, т. е. нарушение физиологического равновесия в деятельности органов и систем, и приводит к возникновению физических и психических расстройств. Затем приводятся примеры, когда с помощью воздействий на высоте стресса можно создать стойкую связь, обуславливающую психическую и физиологическую непереносимость спиртного, которую называем поведенческой программой, осуществляемой на уровне подсознания, независимо от контроля больного.

Рефлексотерапия иглоукалыванием изменяет возбудимость нейронов мозга, стимулирует синтез биологически активных побуждений, благодаря чему блокируются болевые ощущения, устраняется состояние длительного торможения или возбуждения различных центров головного мозга, которые управляют функциями организма. Влияние на аурикулярные точки АТ 55 и АТ 95 представляет эффективную антиалкогольную направленность на устранение алкогольной зависимости. На практике подтвердилась эффективность постоянного раздражения этих точек в период рассасывания кетгутовой нити — проявления алкогольной зависимости уменьшались и преимущественно устранялись. Проведение психотерапии в виде индивидуального косвенного суггестивного воздействия

создает благотворный фон, который закрепляет и усиливает действие рефлексотерапии, в результате чего появляется возможность пролонгированного корректирующего действия с увеличением срока ремиссии и снижением психической зависимости от алкоголя.

Ушную раковину обрабатывают спиртом, дугообразной хирургической иглой с кетгутовой нитью прошивают насквозь аурикулярные точки АТ 55 и АТ 95. Кетгутовую нить завязывают хирургическим узлом и сверху клеивают бактерицидным лейкопластырем. Таким образом, медикаментозная терапия в сочетании с суггестивной психотерапией, на фоне которой выполнялась рефлексотерапия, сквозной прошивкой аурикулярных точек АТ — 55 и АТ — 95 кетгутовой нитью на срок до ее полного рассасывания предоставляет возможности пролонгированного корректирующего антиалкогольного действия.

Беседу врач проводит в императивном стиле, направив свое искусство на повышение уровня тревожности больных, что необходимо для формирования стойких рефлекторных связей, что способствует формированию длительных устойчивых ремиссий.

Заявленным способом за 10 лет пролечено 390 больных. Больные специально не отбирались, катамнез изучался ежегодно. Проводилось анкетирование со стандартным набором вопросов. Анкета заполнялась врачом-наркологом. Подтвержденная родственниками ремиссия составляла от 1 до 10 лет. Для корректирующих психотерапевтических процедур больные являлись через 45 дней, 3 месяца, 5, 7, 9 месяцев, 1 раз в год.

УДК 616.89-008.441.13:616.895-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, В. А. Митюков, А. Н. Кобец, Н. Г. Боброва, Н. Е. Матеева

Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА ПРИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Аффективная патология — один из наиболее распространенных вариантов психопатологических проявлений при алкогольной зависимости. Это подтверждается клинической бесспорной тесной связью аффективных нарушений с патологическим влечением к алкоголю (ПВА). Однако, аффективные нарушения, наблюдающиеся в клинической картине непосредственно оформляются в различные аффективные синдромы. Будь они психопатического или неврологического уровня, они представляют отдельную серьезную диагностическую и терапевтическую проблему. В настоящее время четко разграничены варианты развития аффективной патологии у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью:

Аффективная патология наблюдается у больных алкогольной зависимостью, как в острые периоды болезни (запойные состояния, синдром отмены алкоголя), так и в периоды формирования ремиссий, а нередко и в более длительные сроки, в условиях устойчивой ремиссии. Наибольшая частота аффективных нарушений в ремиссии отмечается в период ее формирования (становления и стабилизации), т. е. первые 8—10 месяцев ремиссии. Особенности структуры аффективных синдромов различных уровней выраженности при алкогольной зависимости является весьма частое наличие в них тревожных, дисфорических проявлений, причем последние преобладают на более отдаленных этапах болезни.

Таким образом, при алкогольной зависимости довольно широк круг состояний, адекватным методом купирования которых являются психотропные препараты, и в частности антидепрессанты.

Мы использовали антидепрессант Вальдоксан (Агомелатин) в дозе 25—50 мг раз в сутки перед сном. Лечение получали 35 больных (31 мужчина и 4 женщины) в возрасте от 27 до 59 лет. 19 пациентов находились в ремиссии от 8 месяцев до 1,5 лет, а у 9-ти имели место выраженные признаки абстинентного синдрома, у остальных эти проявления были слабо выражены (5—7-й день воздержания от алкоголя). У пациентов отмечалось четыре варианта депрессивной симптоматики. У 16-ти из них имели место проявления депрессии с апатией (вне депрессии у всех отмечались изменения личности по апатическому типу), — наблюдалась угнетенность, некоторая заторможенность, равнодушие к окружающему» к своей ситуации и будущей жизни, поверхностный сон. У 10-ти больных имело место тревога, внутреннее напряжение, дурные предчувствия,

неусидчивість, виражені порушення сна. У 9-ти больних был представлен дисфорический радикал, виражавшийся в постоянном внутреннем напряжении, раздражительности, порой взрывчатости, нетерпимости, нарушении сна. Наконец, у 3-х больных имел место ипохондрический вариант депрессии с назойливыми жалобами на недомогание, преувеличенными опасениями за свое здоровье, стремлением постоянно прислушиваться к своим ощущениям. Исходное состояние пациентов и его динамику в процессе лечения оценивали с помощью шкалы депрессии Гамильтона и шкалы самооценки Зунга (в начале лечения, через 30 дней и через 6 месяцев).

У большинства пациентов уже на 3—4-й день лечения уменьшались проявления тревоги и нормализовывался сон, нивелировались проявления ПВА. Максимум терапевтического эффекта отмечался на 7—14-й день лечения. После двухнедельного лечения происходила стабилизация аффективно уравновешенного состояния, а в дальнейшем терапевтический эффект закреплялся.

УДК 613.816:615.214-08(477)

*О. П. Закревський, І. В. Циба, О. М. Кобець, О. С. Рябцев,
Д. О. Міцук, О. В. Максютенко, О. О. Федоренко*
Донецький обласний наркологічний диспансер

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО АЛКОГОЛЮ В ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

Патологічний потяг до алкоголю (ППА) — це стрижневий прояв синдрому залежності. Сам ППА є складним симптомокомплексом, який включає у себе афективну, вегетативну, ідеаторну, сенсорну та поведінкову складові. Як препарат, який з доведеною ефективністю пригнічує ППА, у світі зареєстровано лише акампрокат, до речі, досі не зареєстрований в Україні. Очевидно і з цим пов'язаний той факт, що як антикрівінгові засоби у нашій державі використовують антиконвульсанти, антидепресанти і навіть нейролептики.

Нами розроблено та запропоновано до використання (патент України на корисну модель 70761 від 25.06.2012) авторський підхід до лікування патологічного потягу до алкоголю в структурі синдрому відміни алкоголю з використанням фармакотерапії за допомогою Нейротропіну, Ноофену, Нейромідину у сполученні з трансцеребральним електрофорезом та рефлексотерапією.

Нами обстежено та проліковано 46 осіб з ознаками синдрому відміни алкоголю та актуалізацією ППА, які звернулись по спеціалізовану наркологічну допомогу. Терапію здійснювали таким чином. Спочатку проводили 20-хвилинний сеанс трансцеребрального електрофорезу Нейромідином з використанням апарату «Електросон-4Г» з інтенсивністю 2—10 мА, частотою 4—150 Гц, тривалістю імпульсу 0,3—0,5 мс. Використовували два очних та два завушних електроди. У першу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені теплою водопровідною водою і накладали їх на область очних ямок при закритих очах. Ця пара електродів з'єднувалась з катодом апарату. У другу пару електродів вкладали ватні тампони, змочені 0,5 % розчином Нейромідину, початкова доза якого складала 40—60 мг. Розташовували їх в ділянці соскоподібного відростку скроневої кістки і з'єднували з анодом апарату. Нейромідин — це препарат, що має біологічно вигідну комбінацію двох молекулярних ефектів — блокади калієвої проникності мембрани та інгібування холінергези. При цьому блокада калієвої проникності мембрани відіграє вирішальну роль — веде, перш за все, до продовження реполяризаційної фази потенціалу дії збудженої мембрани і підвищення активності пресинаптичного аксону.

Через 3 години проводили сеанс рефлексотерапії з використанням основних меридіанів (легенів, товстої кишки, шлунку, селезінки, серця, січового міхура, нирок, перикарду, трьох порожнин тулубу, жовчного міхура, печінки, задній серединний) та аурикулярних точок — 8, 13, 22, 55, 95, 101, 102. Через декілька годин знову проводили сеанс трансцеребрального електрофорезу антиоксидантом та нейропротектором нейротропіном. Перед сном пацієнти отримували перорально ноофен 500 мг. Ноофен є похідним γ -аміномасляної кислоти та фенілетиламіну. Домінуючою є його антигіпоксична та антиамнестична дія. Препарат має транквілізуючі властивості, стимулює процеси навчання і покращання пам'яті, підвищує фізичну працездатність; знімає напруження, тривожність, страх і поліпшує сон; подовжує та посилює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних засобів. Не впливає на холіно- та адренорецептори. Препарат подовжує латентний період і скорочує тривалість і вираженість ністагму, має антиепілептичну дію. Ноофен помітно зменшує прояви астенії

та вазовегетативні симптоми, включаючи головний біль, відчуття тяжкості в голові, порушення сну, дратівливість, емоційну лабільність, підвищує розумову працездатність.

Повна редукція проявів ППА зокрема та синдрому відміни алкоголю в цілому відбувалася у термін 48—72 години.

Після редукції ППА та завершення лікування синдрому відміни алкоголю доцільно проведення стресопсихотерапії за О. Р. Довженком.

УДК 616.89-008.441.13:616.892-02

Кузьмін В. Н.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОВЖИВАННЯ СПИРТНИМИ НАПОЯМИ ХВОРИМИ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПЕРЕД РОЗВИТКОМ СТАНУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЕМ

Були вивчені особливості вживання спиртних напоїв хворими з алкогольною залежністю напередодні розвитку стану відміни алкоголю з делірієм. Дані фіксувалися за допомогою методики TLFB. Під час вивчення увага приділялася дозі алкоголю, що вживається, тривалості постійної тяжкої алкоголізації, характеру спиртних напоїв. Було встановлено, що в більшості випадків хворі перед розвитком психотичного розладу вживали алкоголь для корекції свого психологічного та соматичного стану. Майже у всіх хворих мало місце зниження толерантності до алкоголю. В більшості випадків самі хворі та їхні родичі визначали стан хворого як «запій», що розумілося як неможливість припинити прийом алкоголю в зв'язку з різким погіршенням соматичного та психічного стану в цьому випадку. При цьому вони вказували, що хворий перебуває в ньому від неділі до кількох місяців. На основі анамнестичних даних була встановлена неоднорідність досліджених хворих за формою зловживання спиртними напоями. Обстежених хворих за анамнестичними даними можна було поділити за характером вживання алкоголю на хворих з запійною та постійною формою зловживання алкоголем. Для запійної (періодичного) типу була характерна менша тривалість систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу. Для цих хворих були характерні періоди тривалого повного утримання от вживання алкоголю. Але споживання алкоголю відразу після початку алкоголізації набувало неконтрольованого характеру. Хворі починали постійно вживати великі дози алкоголю. У хворих з постійною формою мала місце флукуація доз алкоголю. Хворі деякий час не втрачали ситуаційний контроль, вживали великі дози алкоголю переважно наприкінці тижня. Вказані вище обставини дали змогу визначити маркерами форми вживання алкоголю: по-перше, тривалість постійного вживання алкоголю перед госпіталізацією, по-друге — тривалість здатності контролювати вживання алкоголю після його поновлення. При цьому у хворих, що мали постійну форму зловживання алкоголем, частіше спостерігався провокуючий фактор — загострення хронічних соматичних захворювань або поява гострих захворювань (пневмонія, панкреатит тощо). При запійній формі відзначався менший термін до розвитку як деліріозного синдрому, так і взагалі тяжких ознак абстинентного синдрому від припинення вживання алкоголю.

Тяжкі форми стану відміни алкоголю з делірієм трактувалися як гостра алкогольна енцефалопатія. Було встановлено, що для розвитку гострої алкогольної енцефалопатії потрібен різний термін постійного тяжкого зловживання алкоголем. При запійній формі цей термін був значно менший. Вірогідно розвиток гострої алкогольної енцефалопатії визначається не тільки токсичним фактором алкоголю але й біологічними особливостями обстежених осіб. Можливо основним ушкоджуючим фактором при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії є не стільки токсичний фактор алкоголю, але й аутоімунні реакції, «вегетативна буря», що мають місце при стані відміни алкоголю з делірієм.

УДК 616.89-008.441.13-008.47-06

В. Н. Кузьмін, О. О. Шульга

*ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології
НАМН України», ВМС УСБ У в Харківській області (м. Харків)*

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ТА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ АЛКОГОЛЬНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Тяжкі гострі психотичні розлади, що трактуються як гостра алкогольна енцефалопатія, у хворих з алкогольною залежністю зазвичай поєднуються з «бурхливою вегетативною бурєю», різноманітною транзиторною неврологічною симптоматикою