

УДК: 616.89-008.441.13-08

Фітькало О. С., Собетов Б. Г., Гасс Ю. Р.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ**

Під поняттям **доказова медицина** мається на увазі сумлінне, явне і розумне використання найбільш добре доведених положень систематичних клінічних досліджень під час прийняття рішень щодо лікування хворих у кожному індивідуальному випадку. Причому, вважати доведеним положення, що стосується питань клінічної практики, можна лише в тому разі, якщо це положення було об'єктом наукового експерименту або обробки досить великої кількості спостережень [В. Ф. Москаленко, 2011; Н. А. Магазаник, 2011; А. Б. Зіменковський, Д. В. Данко, М. К. Хобзей, 2010]. Один із постулатів доказової медицини свідчить про те, що практикуючий лікар повинен максимально обережно і критично підходити до прийняття лікарських рішень, особливо до старих лікарських поглядів, що міцно ввійшли в медичну практику. Ми вважаємо, що доказова медицина допомагає виважено підійти до оцінки як старих, так і нових методів лікування, дає можливість і право вибрати оптимальні і відмовитися від неефективних і небезпечних.

Протягом сорока років і по сьогоднішній день метод емоційно-стресової терапії з успіхом використовується для кодування алкогольної залежності і вважається найбільш результативним. Кодування залежних — це ціла група методів, які спрямовані на відчуття огиди до тієї чи іншої форми залежності [І. І. Лазук, Т. І. Лазук-Бендас, В. І. Курик, 2002].

Метою нашого дослідження є вивчення ефективності модифікованого методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250» при лікуванні залежних від алкоголю.

На кафедрі психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького протягом трьох років проводився моніторинг застосування модифікованого методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250», за допомогою якого проліковано більше 200 осіб. В основному, це контингент хворих з тривалим стажем вживання алкоголю, таких, що мають психопатоподібну поведінку, котрі неодноразово лікувалися всіма існуючими засобами медикаментозної терапії. Наші пацієнти, після запропонованих їм альтернативних нових видів терапії, віддали перевагу методу емоційно-стресової терапії з використанням препарату «Тетлонг-250».

Основним моментом при лікуванні було те, що ми не наполягали на встановленні терміну кодування, а давали можливість по закінченню дії «коду» при бажанні продовжити його.

Не відступаючи від класичної методики кодування, процедуру проводили в кілька етапів. На першому етапі скрупульозно, досить детально збирали анамнез, проводили анкетування, визначались із терміном кодування, за результатами обстеження оцінювали стан кожного пацієнта в плані безпечності проведення самої процедури.

Другий етап, який можна поєднати з третім, включає суггестивний вплив, що формує від'ємний умовний рефлекс з наступним натискуванням на точки Валле по верхній границі очного яблука трьохкратно 1—2 с з інтервалом 1—2 с, натискування на точки виходу великого потиличного нерва в тому ж діапазоні часу до больових відчуттів та вприскування хлоретилу в рот. Завершуємо цю процедуру введенням внутрішньом'язово 1 мл «Тетлонгу-250».

Із 209 осіб, яким було проведено процедуру кодування, у стані ремісії протягом двох років перебували 172 пацієнти (82,3%), у 37 осіб (17,7%) відзначено зрив. Аналіз негативного результату лікування показав, що в усіх 37 пацієнтів з боку рідних був тиск в плані вибору саме даного методу кодування.

Із 172 осіб — 67 пацієнтів на початку лікування запрограмували «код» на 2 роки, кодування на рік мали 105 хворих. В подальшому продовжили термін лікування ще на 1 рік із 105 — 69 пацієнтів, що склало 65,7% а 36 осіб (34,2%) повністю по сьогодні ведуть тверезий спосіб життя. При цьому чітко усвідомлюючи, що дія «коду» закінчилася, а радість життя тільки починається.

Метод медикаментозного кодування спочатку, безумовно, не звільняє пацієнта від психологічної залежності, але в процесі лікування хворий усвідомлює, що навіть незначна доза спиртного може мати страшні наслідки. Психологічна залежність з часом слабне і пацієнт повертається до нормального життя.

До плюсів медикаментозного кодування слід віднести і те, що ця процедура потребує незначних затрат часу як лікаря, так і пацієнта.

Використання модифікованого емоційно-стресового методу є доказовим методом (актуальний більше 30 років), де ефективність методу після трьох років спостереження склала 84,3% (145 осіб); залежить від багатьох характеристик самого пацієнта: визнання себе як хворого, вольового зусилля та бажання лікуватись; професіоналізму, компетенції і авторитету лікаря та застосування ін'єкційного препарату «Тетлонг-250», який підсилює дію методу. Цей метод дозволяє включити резервні можливості організму та відновити психічні та фізичні сили.

УДК 616.89-008.441.13:615.214-08

С. Д. Чугай

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**ФАРМАКОЛОГІЧНА ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА СТИМУЛЯЦІЯ
АБСТИНЕНЦІЇ У ОСІБ З СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД АЛКОГОЛЮ**

Дотепер ефективність існуючих методів лікування алкогольної залежності є недостатньою, що безумовно потребує розроблення більш ефективних способів лікування. Теоретично протисудомні препарати мають заміщати алкоголь і пом'якшувати симптоми синдрому відміни; однак слід відмітити, що досвід лікування алкогольної залежності антиепілептичними препаратами недостатній, а в більшості досліджень мова іде не про повну відмову від вживання алкоголю, а про достовірне зменшення вживання алкоголю у порівнянні з вихідним рівнем на фоні прийому антиконвульсантів (К.-Л. Тешнер, 1996; А. І. Мінко, 2000; І. В. Купрієнко, 2000; Ye Shao-Jian, Zeng Fan-Dian, 2002; B. A. Johnson et al., 2003).

Метою нашого дослідження стало розроблення технології фармакологічної та психосоціальної стимуляції абстиненції, але без заборони прийому алкоголю у осіб з синдромом залежності від алкоголю як реальної цілі протиакогальної терапії.

Обстежено, проліковано та здійснено динамічне спостереження 90 осіб з синдромом залежності від алкоголю. Усі обстежені поділені на дві рівновеликі групи. Реалізація поставленої мети здійснювалась шляхом комплексної дії різновиду психотерапії у вигляді технології BRENDA для формування достатнього комплайенсу та фармакотерапії вітчизняним антиконвульсантом. Пацієнти першої групи з першого дня лікування синдрому відміни алкоголю в умовах наркологічного стаціонару, відповідно до державних протоколів, в комплексному лікуванні додатково приймали антиконвульсант топілепсін по 50 мг три рази на добу на протязі 10 діб, а пацієнти другої — карбамазепін по 200 мг три рази на добу на протязі 10 діб.

На 11-й день лікування пацієнтам першої групи знижували добову дозу топілепсину до 50 мг два рази на добу, пацієнтам другої групи — до 200 мг два рази на добу, після чого на фоні пригніченого патологічного потягу до вживання алкоголю та сформованого комплайенсу з другого місяця лікування, вже в амбулаторних умовах, прийом топілепсину продовжували як протирецидивну підтримувальну монотерапію алкогольної залежності — по 50 мг один раз на добу на протязі ще 150 діб та карбамазепіну — по 200 мг відповідно.

Після ліквідації проявів синдрому відміни алкоголю з 10-го по 30-й день лікування пацієнтам обох груп проводили через два дні на третій сеанси психотерапії у вигляді технології BRENDA.

Весь курс лікування проводили впродовж 180 діб (строк формування повної або неповної ремісії згідно з МКХ-10).

Динамічне спостереження за обстеженими обох груп дозволило зробити висновок про те, що використання вітчизняних антиконвульсантів топілепсину або карбамазепіну у осіб з алкогольною залежністю як у період активної протиакогальної терапії, так і на етапі підтримувального лікування супроводжується пригніченням патологічного потягу до вживання алкоголю, сприяє підвищенню якості життя пацієнтів, що дає можливість попереджати рецидив і навіть в умовах зриву ремісії контролювати вживання алкоголю та запобігти розвертанню рецидиву і, відповідно, підвищити ефективність лікування. В той же час, встановлено, що використання топілепсину вже на третьому місяці терапії достовірно ($p < 0,05$) підвищує прихильність до підтримувальної терапії (в програмі залишилося 38 пацієнтів з 45 (84,4%), які почали лікування, проти 23 з 45 (51,1%) з — в групі пацієнтів, які отримували карбамазепін.