

УДК 616.68

И. А. Бабюк, А. Е. Табачников, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова, Л. А. Гашкова, И. Б. Рымарь,  
С. И. Найденко

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАСТАДИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ \*

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

**Ключевые слова:** алкоголизм, алкогольная зависимость, Миртастадин

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, когда у пациентов формируется начальный этап ремиссии, наблюдается клиническая картина, которую ряд исследователей обозначают как «трезвая фрустрация». 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].

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 [4; 7], что влечет за собой проявление аффективных нарушений. При этом аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю [1; 6; 8; 9] и имеет облигатный характер. Тревожно-депрессивная симптоматика присутствует практически постоянно, выражаясь внутренним беспокойством, напряжением, ожиданием чего-то неприятного. 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 препа-

ратов 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]. Выбор психотропных средств осуществляется на основе психопатологической оценки состояния пациента с учетом спектра активности препарата.

### Материал и методы исследования

Проведено амбулаторное лечение 25 больных с синдромом алкогольной зависимости, осложненным аффективной патологией. Диагностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 25 до 57 лет. У 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. Длительная интоксикация алкоголем способствовала токсическому поражению печени (жировой гепатоз, токсический гепатит) и сердца (алкогольная кардиопатия), алкогольной полиневропатии. Отрицательные социальные последствия характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессиональных навыков. Длительность заболевания составляла от 4 до 25 лет.

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.

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.

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 назначался антидепрессант Миртастадин (миртазапин). Миртастадин применялся в дозе 30 мг на ночь при сочетании тревожных, депрессивных и диссомнических расстройств.

Обследование больных осуществлялось в день обращения (1 день), в дальнейшем — на 8, 15 и 28 день. Для оценки уровня тревоги использовалась шкала Гамильтона, редукцию депрессивной симптоматики определяли по шкале Бека, уровень вегетативных проявлений — по шкале Вейна. Психопатологические проявления и патологическое влечение к алкоголю в структуре постабстинентного состояния фиксировало согласно структурированным опросникам, а также шкале общего клинического впечатления.

#### Результаты исследования

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 вегетативных расстройств 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 сонливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Некоторая сонливость по пробуждении наблюдалась у нескольких пациентов на фоне приема Миртастадина, 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 Миртастадина 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 рассма-

тривалась 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 препарат Миртастадин обладает достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием.

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

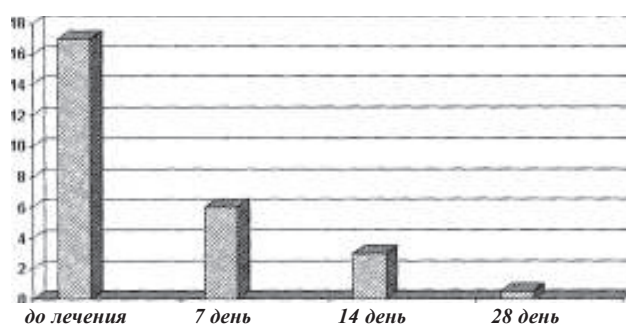


Рис. 1. Оценка эффективности препарата Миртастадин по шкале Гамильтона

Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить значительный терапевтический эффект препарата Миртастадин: на 14 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (Рис. 2).

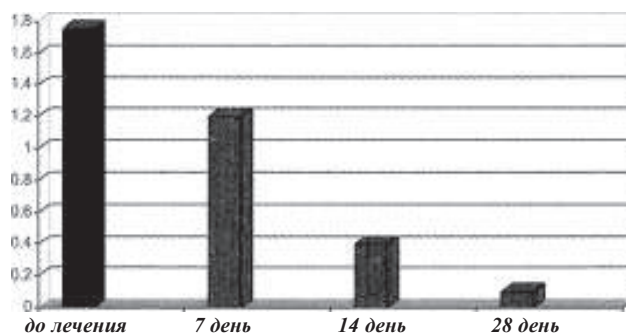


Рис. 2. Оценка действия препарата Миртастадин по шкале общего клинического впечатления

На протяжении всего периода применения Миртастадина 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.

#### Обсуждение и опробация результатов

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

Миртастадин при правильном режиме дозирования не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При его применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препарата.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют реко-

мендовать использование Миртастадина как достаточно эффективного и безопасного препарата в комплексных терапевтических программах.

#### Литература

1. Бокій І.В. // Аффективні 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 стреплант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. - С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беляева 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 алкогольної 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.

#### ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ МІРТАСТАДИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

І. О. Бабюк, О. Є. Табачников, О. Є. Шульц, Ц. Б. Абдрыхімова, Л. А. Гашкова, І. Б. Римар, С. І. Найденко

Проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарат Міртастадин та психотерапія. Основна дія препарату Міртастадин при терапії алкогольної залежності – антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Препарат також був спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю. Він добре переноситься хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшої розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність.

**Ключові слова:** алкоголізм, алкогольна залежність, Міртастадин

#### TREATMENT OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE BY USED OF MIRTASTADIN

I. A. Babyuk, A. E. Tabachnikov, O. E. Shults, Ts. B. Abdryachimova, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, S. I. Naidenko

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Mirtastadin and psychotherapy were used. Basic effects of Mirtastadin – antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Medicine able to block pathological alcohol drive. 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.

**Keywords:** alcoholism, alcohol dependence, Mirtastadin

УДК 616.8908-031.76

#### Е.Н. Харченко, Е.В. Харчук, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая, Е.С. Осуховская СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИГРОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

**Ключевые слова:** психоактивные вещества, игровая и алкогольная зависимость, состояние проблемы

Проблема игровой зависимости, в чистом виде или чаще в сочетании с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), преимущественно алкоголя, на современном этапе является одной из наиболее актуальных проблем как мировой, так и отечественной психиатрии. Имея в своей основе медико-социальную составляющую, сущность данной патологии весьма

многогранна. Как характер действия азартная игра — распространенное и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью (Ladouceur et al, 2002). Различные типы азартных игр, обычно доступные в