

УДК 616.89-008.441.13:615.214-08

А. І. Минко, І. В. Лінський

**ЕФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА НООФЕН 500 В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ,
ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ**

О. І. Мінко, І. В. Лінський

**ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕКА ПРЕПАРАТУ НООФЕН 500 В ЛІКУВАННІ ХВОРІХ,
ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ**

A. I. Minko, I. V. Linskyi

**EFFICIENCY AND SAFETY OF PREPARATION NOOPHEN 500 IN TREATMENT
OF ALCOHOL DEPENDED PATIENTS**

На 60 пациентах оценена эффективность и безопасность препарата Ноофен 500 в качестве адьювантного средства при купировании синдрома отмены алкоголя (СОА). Показано, что Ноофен 500 ускоряет обратное развитие таких проявлений СОА как тошнота, трепор, потливость, тяжесть в голове и головная боль; при этом у больных, получающих Ноофен 500, наблюдается достоверно более глубокая редукция интегрального показателя тяжести СОА по шкале CIWA-Ar, чем у пациентов, получающих стандартную терапию. Установлено, что Ноофен 500 способствует редукции патологического влечения к алкоголю (ПВА), в первую очередь, за счет снижения интенсивности его вегетативного компонента; при этом у больных наблюдается достоверно более глубокое снижение тяжести ПВА в целом, оцененного при помощи гlosсария Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулерса. Введение Ноофена 500 в комплексную фармакотерапию СОА не сопровождается какими-либо нежелательными явлениями. Отмечено, что под влиянием Ноофена 500 происходит ускоренное улучшение общего состояния больных, оцененного при помощи шкалы CGI-S.

Ключевые слова: синдром отмены алкоголя, патологическое влечение к алкоголю, лечение, Ноофен 500

На 60 пацієнтах оцінено ефективність і безпеку препарату Ноофен 500 як адьювантного засобу при лікуванні синдрому відміни алкоголю (СВА). Показано, що Ноофен 500 прискорює зворотний розвиток таких проявів СВА як нудота, трепор, пітливість, тяжкість в голові і головний біль; при цьому у хворих, які одержували Ноофен 500, спостерігається достовірно більш глибока редукція інтегрального показника тяжкості СВА за шкалою CIWA-Ar, ніж у пацієнтів, що одержували стандартну терапію. Встановлено, що Ноофен 500 сприяє редукції патологічного потягу до алкоголю (ПВА), в першу чергу, за рахунок зниження інтенсивності його вегетативного компонента; при цьому, у хворих спостерігається достовірно більш глибоке зниження в цілому тяжкості ПВА, оціненого за допомогою гlosсарію Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулерса. Введення Ноофена 500 в комплексну фармакотерапію СВА не супроводжувалося будь-якими небажаними проявами. Відзначено, що під впливом Ноофена 500 відбувається прискорене поліпшення загального стану хворих, оціненого за допомогою шкали CGI-S.

Ключові слова: синдром відміни алкоголю, патологічний потяг до алкоголю, лікування, Ноофен 500

The efficiency and safety of preparation Noophen 500 as adjuvant means in treatment of alcohol withdrawal syndrome (AWS) was estimated in 60 alcohol depended patients. It was shown, that Noophen 500 accelerates return development of such manifestations of AWS as: a nausea, a tremor, hyperhidrosis, heaviness of head and headache. It was observed significantly deeper reduction of an integrated indicator of severity AWS on scale CIWA-Ar in patients receiving Noophen 500 than in patients receiving standard therapy. It is established that Noophen 500 promotes reduction of pathological craving to alcohol (PCA), first of all because of decrease of intensity of its vegetative component. As a result it was observed significantly deeper decrease of total heaviness of PCA (estimated by means of a glossary N. V. Cherednichenko — V. B. Altshuler) in patients receiving Noophen 500. Introduction Noophen 500 in complex pharmacotherapy of AWS is not accompanied by any adverse events. It is noticed accelerated improvement of general condition of patients (estimated by means of scale CGI-S) under influence of Noophen 500.

Keywords: alcohol withdrawal syndrome, pathological craving to alcohol, treatment, Noophen 500

Совокупная часть расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) составляет более 60 % всех новых случаев психопатологии, регистрируемой в стране в течение года, из которых почти 40 % приходится на острые и более 20 % на хронические расстройства вследствие употребления ПАВ [1]. Среди ПАВ алкоголь остается основным объектом злоупотребления и зависимости. Достаточно сказать, что только на диспансерном наркологическом учете в нашей стране состоит более 600 тысяч лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, что составляет более 1300 на 100 тыс. населения [1]. К тому же, к врачам, согласно данным ВОЗ, обращается не более ¼ от общего числа тех, кто действительно нуждается в специализированной наркологической помощи [2].

Современный арсенал фармакологических препаратов, используемых при лечении зависимости от алкоголя (ЗА), превышает полторы сотни наименований. Однако только пять из них считаются официально зарегистрированными в Европе и/или в США в качестве антиалкогольных средств с доказанной эффективностью. К ним относятся: акампросат, тиаприд, налтрексон, дисульфирам и карбимид кальция [3—13]. Кроме того, имеется несколько групп препаратов, противоалкогольная эффективность которых находится на этапе получения доказательств, среди которых важное место принадлежит ноотропам [14].

По определению С. Giurgea [15], ноотропы (от «ноос» — мышление, разум; «тропос» — стремление, средство) — это вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулирующие обучение и память, улучшающие

умственную деятельность и кортикально-субкортикальные связи, а также повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам. Основной механизм действия этих препаратов определяется их свойством активировать (без последующего истощения) нейрометаболические процессы, преимущественно в центральной нервной системе, а также уменьшать или нивелировать последствия гипоксии мозга, защищая его клетки от отрицательного экзогенного воздействия негативных факторов различного генеза. Именно эти особенности терапевтического действия ноотропов определяют их широкое использование при лечении больных с ЗА как в острых состояниях, так и для поддерживающей терапии [13, 16]. Особое значение имеет использование ноотропов для купирования синдрома отмены алкоголя (СОА), в том числе осложненного делирием; при атипичных алкогольных психозах на фоне сосудистых заболеваний, при лечении больных пожилого возраста; при вторичной ЗА, сочетающейся с органическим поражением центральной нервной системы [17, 18].

Ноофен (Fenibut) является производным гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и фенилэтиламина (γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид). Препарат обладает транквилизирующей активностью, уменьшает напряженность, тревогу, усиливает действие снотворных, наркотических и нейролептических средств. Препятствует снижению активности центральных серотонинергических процессов, повышает (сниженную алкоголем) концентрацию ГАМК в полуширьях головного мозга и в мозжечке. β -фенилэтиламин способствует высвобождению и торможению обратного захвата дофамина, что определяет антиастеническое действие препарата. В клинике ЗА ноофен показан больным в период СОА, т. к. он увеличивает продолжительность фаз «медленного» и «быстрого» сна, уменьшает напряженность, чувство тревоги и страха [13, 16, 19]. При этом, рекомендуемые дозы ноофена составляют: 0,5 г утром, 0,5 г днем и 1,75 г на ночь, в течение острого периода СОА. При курсовом и поддерживающем лечении обычные дозы препарата составляют: по 0,5 г 3 раза в день, с типичной длительностью курса лечения — 4—6 недель [16, 19].

Невзирая на значительное число публикаций, посвященных действию ноотропов при ЗА, ощущается острые нехватка работ, посвященных систематическому изучению особенностей действия их различных лекарственных форм при данном виде патологии и, в частности, быстро растворимых пероральных порошков.

Вот почему целью настоящего исследования стала оценка эффективности препарата Ноофен 500 (быстро-растворимый порошок перорального применения) в качестве адьювантного средства при купировании неосложненного СОА.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи исследования:

1. Изучить динамику выраженности СОА в процессе его купирования с применением препарата Ноофен 500 в качестве адьювантного средства.

2. Изучить влияния препарата Ноофен 500 на динамику патологического влечения к алкоголю (ПВА) у лиц с синдромом отмены алкоголя.

3. Изучить динамику общего клинического состояния лиц с СОА в процессе его купирования с применением препарата Ноофен 500 в качестве адьювантного средства.

Настоящая работа имела дизайн открытого сравнительного клинического исследования длительностью 10 дней в параллельных группах без плацебо-контроля. За эти десять дней состоялось семь визитов: визит № 1 (Скрининг), визит № 2 (1-й день), визит № 3 (2-й день) визит № 4 (3-й день) визит № 5 (4-й день) визит № 6 (5-й день) и № 7 (10-й день).

Для оценки эффективности препарата Ноофен 500 в качестве адьювантного средства при купировании СОА у лиц, зависимых от алкоголя, было рекрутировано 60 пациентов: основная группа — 30 мужчин с СОА, которые наряду со стандартной фармакотерапией СОА, получали препарат Ноофен 500 по 500 мг 3 раза в течение дня и 750 мг на ночь с последующим снижением суточной дозы с 4-го дня на 250 мг ежедневно до 500 мг 3 раза с 6-го по 10-й день лечения; контрольная группа — 30 мужчин с синдромом ЗА получали исключительно стандартную фармакотерапию СОА.

В качестве критериев включения использовались: способность осознать и подписать информированное согласие на исследование; мужской пол; наличие СОА по критериям МКБ-10 в рамках ЗА; наличие мотивации к лечению.

В качестве критериев исключения использовались: неспособность осознать и подписать информированное согласие на исследование; женский пол; острое психотическое состояние; когнитивные нарушения, препятствующие осознанию условий исследования; отсутствие мотивации к лечению.

Средние значения некоторых показателей алкогольного анамнеза у больных основной и контрольной групп на момент начала исследования (табл. 1) указывают на то, что ни по общему стажу алкоголизации на момент обследования, ни по стажу систематической алкоголизации на момент обследования, ни по общему числу попыток прекратить алкоголизацию, ни по числу попыток прекратить алкоголизацию, приведших к ремиссии, ни по суммарной длительности всех ремиссий, ни по соотношению суммарной длительности всех ремиссий к стажу систематической алкоголизации, ни по длительности периода с момента окончания последней ремиссии до момента настоящего обследования, ни по суточной дозе алкоголя, ни по кратности употребления алкоголя в течение суток пациенты из основной группы достоверно не отличались от пациентов контрольной группы.

Более того, в указанных группах наблюдались практически идентичные регрессионные зависимости средней суточной дозы алкоголя перед госпитализацией от стажа систематической алкоголизации (рисунок).

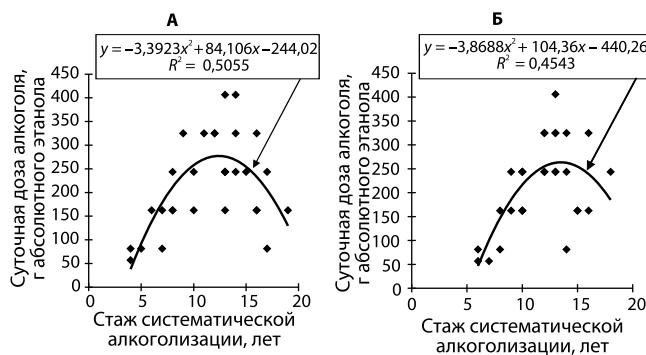
При этом в обеих группах наблюдалось характерное нарастание толерантности к алкоголю вплоть до стажа систематической алкоголизации продолжительностью 10—15 лет с последующим ее снижением, что хорошо согласуется с существующими представлениями. Таким образом, выделенные группы сравнения являются вполне сопоставимыми по основным указанным параметрам и, следовательно, пригодными для компараторного анализа результатов стандартного и исследуемого видов лечения.

Таблиця 1

Средние значения некоторых показателей алкогольного анамнеза у больных основной и контрольной групп на момент начала исследования

Показатель, единица измерения	Средние величины ($M \pm m$)	
	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 30)
Общий стаж алкоголизации (эпизодической + систематической), лет	14,12 ± 0,66	14,18 ± 0,65
Стаж систематической алкоголизации, лет	10,68 ± 0,81	11,89 ± 0,53
Попыток прекратить алкоголизацию, всего	4,43 ± 0,41	4,49 ± 0,39
Попыток прекратить алкоголизацию, с ремиссией	1,56 ± 0,17	1,78 ± 0,15
Суммарная длительность всех ремиссий, лет	2,87 ± 0,26	2,79 ± 0,36
Соотношение суммарной длительности всех ремиссий к стажу систематической алкоголизации	0,26 ± 0,02	0,25 ± 0,02
Длительность периода с момента окончания последней ремиссии до момента госпитализации, мес.	14,03 ± 1,51	11,23 ± 1,00
Суточная доза алкоголя, г абсолютного этанола	207,19 ± 17,21	208,55 ± 17,22
Кратность употребления алкоголя (в течение суток)	2,36 ± 0,23	2,32 ± 0,25

Примечание: различия между основной и контрольной группами достоверны ($p < 0,05$)



Регрессионные зависимости средней суточной дозы алкоголя перед госпитализацией от стажа систематической алкоголизации в основной (А) и контрольной (Б) группах сравнения

В ходе исследования, для оценки текущего состояния пациентов и, соответственно, эффективности и переносимости применявшегося лечения, применялся комплекс клинических, психометрических и лабораторных методов исследования, а именно: клинико-психопатологический метод (применялся на визитах №№ 1—7) [20], шкала «CIWA-Ar» (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised — применялась на визитах №№ 1, 4, 6, 7) для оценки тяжести СОА и динамики его обратного развития на протяжении лечения [13], глоссарий Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеря для оценки интенсивности и структуры ПВА, а также динамики его обратного развития на протяжении лечения (применялся на визитах №№ 1 и 7) [21], а также шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale — CGI применялась на визитах №№ 1, 4, 6 и 7) [22]. Оценку переносимости препарата Ноофен-500 осуществляли путем мониторинга нежелательных явлений, а именно: тошноты или рвоты, запора/поноса, болей/спазмов

в животе или колик, желтушности глаз, сыпи на коже/эритеемы; нервозности, беспокойства; бессонницы; тревоги; утомляемости; сонливости, вялости, раздражительности, нервозности; головокружения; сухости во рту, головной боли; трепора; потери аппетита; жажды, сердцебиения и т. п. [23].

Обработку полученных данных проводили методами математической статистики (дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализ) [24—25].

Важнейшим интегральным параметром любой терапии является ее привлекательность для пациента. Если лечение на каком-либо этапе отказывается неприемлемым для пациента, то ни о каких иных свойствах данного лечения в дальнейшем речь уже не идет. Поэтому рассмотрение результатов настоящего исследования целесообразно начать с анализа динамики выбытия пациентов из терапевтической программы. Это тем более важно потому, что такое выбытие приводит к сокращению численности групп сравнения, что необходимо учитывать при статистическом анализе данных. Выбытие пациентов из обеих групп сравнения было минимальным и различия по данному параметру между указанными группами не были достоверными. Тем не менее, в основной группе (получавших кроме стандартной терапии Ноофен 500) один из пациентов заявил о своем желании прервать лечение уже в первый день выполнения терапевтической программы. В контрольной группе (получавших только стандартную терапию) сразу три пациента прервали лечение между 6 и 7 визитами (5-м и 10-м днем терапевтической программы соответственно). Из сказанного можно заключить, что во время купирования СОА Ноофен если и влияет на приверженность пациентов проводимому лечению, то весьма незначительно. Динамика усредненных оценок тяжести СОА при помощи шкалы CIWA-Ar у больных основной и контрольной групп представлена в таблице 2.

Таблиця 2

Динаміка усереднених результатів скринінг-теста CIWA-Ar на протяженні купірівания СОА у больних основної і контрольної груп

Проявлення (симптом) синдрома отмены алкоголя	Номер візита	Средние степень выраженности в баллах ($M \pm m$)	
		Основная группа	Контрольная группа
Тошнота или рвота	1	0,35 ± 0,09	0,28 ± 0,08
	4	0,86 ± 0,23	1,74 ± 0,24*
	6	0,46 ± 0,14	0,82 ± 0,21
	7	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00
Тактильные расстройства	1	0,43 ± 0,09	0,30 ± 0,09
	4	1,45 ± 0,23	1,47 ± 0,22
	6	0,89 ± 0,15	1,02 ± 0,17
	7	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00
Зрительные расстройства	1	2,07 ± 0,16	2,04 ± 0,13
	4	2,90 ± 0,14	2,84 ± 0,15
	6	2,48 ± 0,16	2,46 ± 0,12
	7	0,35 ± 0,09	0,38 ± 0,09
Слуховые расстройства	1	2,27 ± 0,16	2,04 ± 0,19
	4	2,62 ± 0,15	2,76 ± 0,14
	6	2,45 ± 0,15	2,37 ± 0,10
	7	0,34 ± 0,09	0,15 ± 0,07
Тремор	1	3,07 ± 0,10	3,07 ± 0,09
	4	3,51 ± 0,21	4,43 ± 0,19*
	6	2,52 ± 0,21	3,43 ± 0,19*
	7	0,38 ± 0,09	0,48 ± 0,10
Пароксизмальный пот	1	2,73 ± 0,23	2,33 ± 0,19
	4	2,73 ± 0,17	3,47 ± 0,18*
	6	1,72 ± 0,17	2,45 ± 0,18*
	7	0,60 ± 0,09	0,47 ± 0,10
Тревога	1	2,94 ± 0,21	2,76 ± 0,19
	4	4,13 ± 0,22	4,37 ± 0,19
	6	2,50 ± 0,13	2,76 ± 0,14
	7	1,38 ± 0,09	1,48 ± 0,10
Нарушение ориентировки и помрачение сознания	1	0,07 ± 0,05	0,13 ± 0,06
	4	0,33 ± 0,09	0,39 ± 0,09
	6	0,10 ± 0,06	0,22 ± 0,08
	7	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00
Головная боль, тяжесть в голове	1	0,21 ± 0,07	0,28 ± 0,08
	4	0,39 ± 0,14	1,03 ± 0,20*
	6	0,10 ± 0,06	0,54 ± 0,12*
	7	0,31 ± 0,09	0,37 ± 0,09
Возбуждение	1	0,33 ± 0,09	0,43 ± 0,09
	4	0,65 ± 0,17	0,62 ± 0,16
	6	0,45 ± 0,09	0,75 ± 0,14
	7	0,23 ± 0,08	0,36 ± 0,09
Всего	1	15,12 ± 0,61	14,28 ± 0,51
	4	20,11 ± 0,90	23,78 ± 0,93*
	6	14,07 ± 0,80	17,41 ± 0,94*
	7	3,69 ± 0,17	3,77 ± 0,16

Примечание: * — различия между основной и контрольной группами достоверны ($p < 0,05$)

Хорошо заметно, что различные проявления СОА, учитываемые скрининг-тестом CIWA-Ar (тошнота и/или рвота, тактильные расстройства, зрительные расстройства, слуховые расстройства, трепет, пароксизмальный пот, тревога, головная боль и/или тяжесть в голове, возбуждение, нарушение ориентировки и помрачение сознания), достигают максимальной степени выраженности на момент визита № 4 (3-й день прекращения алкоголизации), а затем начинают уменьшаться. При этом в основной группе больных редукция некоторых симптомов СОА наступала быстрее, чем в контрольной, что выразилось (см. табл. 2) в достоверно ($p < 0,05$) меньших степенях выраженности: тошноты или рвоты (визит № 4), трепета (визиты №№ 4—6), пароксизмального пота (визиты №№ 4—6), тяжести в голове или головной боли (визиты №№ 4—6), и, как следствие, тяжести СОА в целом (визиты №№ 4—6).

Поскольку основная группа отличалась от контрольной только тем, что в ней помимо стандартной терапии применяли Ноофен 500, то ускоренную редукцию упомянутых выше симптомов и СОА в целом следует считать обусловленными действием именно этого препарата.

Следующим предметом исследования было ПВА — стержневой симптом синдрома ЗА. Именно ПВА является основной причиной алкогольных эксцессов во время лечения и рецидивов алкоголизации в посттерапевтическом периоде. ПВА имеет сложную структуру, наиболее полное представление о которой, по нашему мнению, можно получить при помощи глоссария Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулерса. Согласно этим авторам, ПВА представлено своим аффективным, вегетативным, идеаторным и поведенческим компонентами. Тестируемые в настоящем исследовании препараты не имеют непосредственного психотропного действия. Однако, в силу наличия соматопсихических связей, психотропный эффект способны оказывать многие соматотропные препараты. В этой связи покомпонентный анализ ПВА представляет особый интерес.

Динамика усредненной выраженности ПВА, его компонентов и их составляющих у обследованных основной и контрольной групп на протяжении лечения представлена в таблице 3. Как можно видеть, на протяжении наблюдения интенсивность ПВА неуклонно снижается.

Кроме, оценки тяжести СОА (по шкале CIWA-Ar) и выраженности ПВА (по глоссарию Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулерса) оценивалось общее клиническое впечатление (по шкале CGI-S), которое производили на врача больные обеих групп сравнения (табл. 4).

Хорошо заметно (табл. 4), что, после некоторого ухудшения состояния больных, имевшего место между визитами № 1 и № 2 (которое было связано с некоторым утяжелением абстинентной симптоматики), в обеих группах сравнения наблюдалось неуклонное улучшение состояния больных (визиты №№ 4—7), нашедшее свое отражение в том впечатлении, которое они производили на врача. При этом на протяжении последних трех визитов состояние больных основной группы было достоверно ($p < 0,05$) менее тяжелым, чем в контрольной группе.

Таблиця 3

**Динамика усредненої вираженості ПВА, його компонентів і їх составляючих у обслідованих
из основної і контрольної груп на протяженні лікування**

Компоненты ПВА и их составляющие		Величины компонентов ПВА, баллы ($M \pm m$)			
		Основная группа		Контрольная группа	
		Визит № 1	Визит № 7	Визит № 1	Визит № 7
Аффективный	Субдепрессия	1,42 ± 0,10	1,33 ± 0,10	1,36 ± 0,11	1,18 ± 0,11
	Тревога	1,76 ± 0,15	1,28 ± 0,13	1,83 ± 0,16	1,34 ± 0,12
	Эмоциональная лабильность	0,78 ± 0,10	0,77 ± 0,10	0,87 ± 0,12	0,82 ± 0,13
	Дисфория	0,91 ± 0,14	0,65 ± 0,09	0,98 ± 0,15	0,78 ± 0,11
	В целом	5,10 ± 0,29	4,23 ± 0,25	5,27 ± 0,29	4,32 ± 0,23
Вегетативный	Сновидения	1,13 ± 0,20	0,49 ± 0,09	1,16 ± 0,19	0,83 ± 0,08*
	Мимические реакции	0,89 ± 0,06	0,48 ± 0,09	0,92 ± 0,05	0,80 ± 0,08*
	Изменение аппетита	0,98 ± 0,14	0,33 ± 0,09	1,15 ± 0,14	0,76 ± 0,12*
	В целом	2,91 ± 0,21	1,27 ± 0,15	3,13 ± 0,23	2,34 ± 0,16**
Идеаторный	Отношение к алкоголю	1,82 ± 0,12	1,41 ± 0,09	1,79 ± 0,11	1,48 ± 0,11
	Отношение к лечению	1,04 ± 0,15	0,94 ± 0,11	0,97 ± 0,15	0,70 ± 0,09
	В целом	2,81 ± 0,22	2,31 ± 0,16	2,71 ± 0,21	2,13 ± 0,13
Поведенческий		0,92 ± 0,13	0,88 ± 0,10	0,85 ± 0,12	0,80 ± 0,10
ПВА в целом		11,65 ± 0,48	8,36 ± 0,35	11,89 ± 0,46	9,50 ± 0,31*

Примечание: * — различия с основной группой достоверны ($p < 0,05$); ** — различия с основной группой достоверны ($p < 0,01$)

Таблиця 4

**Динамика показателей общего клинического впечатления
(по усредненным данным шкалы CGI-S) на протяжении
купирования СОА у больных основной и контрольной групп**

Номер визита	Средняя степень выраженности в баллах ($M \pm m$)	
	Основная группа	Контрольная группа
1	4,32 ± 0,17	4,08 ± 0,15
4	5,03 ± 0,23	5,95 ± 0,23*
6	3,52 ± 0,20	4,35 ± 0,24*
7	2,17 ± 0,10	2,51 ± 0,11*

Примечание: * — различия между основной и контрольной группами достоверны ($p < 0,05$)

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. Ноофен 500 ускоряет обратное развитие таких проявлений синдрома отмены алкоголя как тошнота, трепет, потливость, тяжесть в голове и головная боль; при этом у больных, получающих Ноофен 500 наблюдается достоверно более глубокая редукция интегрального показателя тяжести синдрома отмены алкоголя по шкале CIWA-Ar, чем у пациентов, получающих стандартную терапию (на 5-й день разница между соответствующими группами сравнения по данному показателю достигает 23,74 % при $p < 0,05$).

2. Ноофен 500 способствует редукции патологического влечения к алкоголю (в первую очередь, за счет

снижения интенсивности его вегетативного компонента), при этом у больных, получающих Ноофен 500, наблюдается достоверно более глубокое снижение тяжести патологического влечения к алкоголю в целом (оцененного при помощи глоссария Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеру), чем у пациентов получающих стандартную терапию (на 10-й день разница между группами сравнения по данному показателю достигает 13,63 % при $p < 0,05$).

3. Введение Ноофена 500 в комплексную фармакотерапию синдрома отмены алкоголя не сопровождается какими-либо нежелательными явлениями (никаких новых или утяжеления уже имеющихся симптомов (достоверно превышающих их уровень в группе пациентов, получающих стандартную терапию) не наблюдается).

4. Под влиянием Ноофена 500 происходит ускоренное улучшение общего состояния больных, что находит свое отражение в том впечатлении, которое они производят на врача; при этом у больных, получающих Ноофен 500, наблюдается достоверно более значимое улучшение общего состояния (оцененного при помощи шкалы CGI-S), чем у пациентов, получающих стандартную терапию (на 10-й день разница между группами сравнения по данному показателю достигала 15,79 % при $p < 0,05$).

5. Ноофен 500 является эффективным и безопасным компонентом комплексной фармакотерапии пациентов с синдромом отмены алкоголя.

Список літератури

1. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населеню України [Текст] : Інформаційно-аналітичний огляд за 1990—2010 рр. — Х. : Видавець Строков Д. В., 2011. — 144 с.
2. The World Health Report 2002: [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://www.who.int/whr/2002/en/whr_2002_anex14_16.pdf
3. Крупицкий Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме [Текст] / Е. М. Крупицкий, Э. Э. Звартай // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. — 2003. — № 2. — С. 12—23.
4. Крупицкий Е. М. Сравнительная эффективность применения препаратов, влияющих на глутаматергическую нейротрансмиссию, для купирования алкогольного абстинентного синдрома [Текст] / Крупицкий Е. М., Руденко А. А., Бураков А. М. [и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. Раздел Наркология. — 2009. — № 1. — С. 37—43.
5. Сиволап Ю. Я. Фармакотерапия в наркологии [Текст] : краткое справочное руководство / Сиволап Ю. Я., Савченко В. А. ; под ред. Н. М. Жарикова. — М. : Медицина, 2000. — 352 с.
6. Дмитриева Т. Б. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями [Текст] / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин // Наркология. — 2006. — № 1. — С. 56—59.
7. Robert M. Swift. Лекарственная терапия алкогольной зависимости [Текст] / Robert M. Swift. // Обзор современной психиатрии. — 2001, вып. 3(11). — С. 61—70.
8. Сольберг Ю. Стандарты и гарантии качества лечения лиц, зависимых от запрещенных законом наркотиков, и социальной реадаптации наркозависимых в странах Европейского союза и в Норвегии [Текст] / Ю. Сольберг // Наркология. — 2006. — № 1. — С. 33—41.
9. Ерышев О. Ф. Современные тенденции фармакотерапии больных с алкогольной зависимостью (обзор). Сообщ. 2 [Текст] / Ерышев О. Ф., Аркадьев В. В., Эбонг К. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003. — № 6. — С. 254—256.
10. Альтшулер В. Б. Дифференцированное применение средств подавления патологического влечения к алкоголю [Текст] / В. Б. Альтшулер // Вопросы наркологии. — 2008. — № 3. — С. 59—67.
11. Крупицкий Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежное исследование [Текст] / Е. М. Крупицкий // Вопросы наркологии. — 2003. — № 1. — С. 51—60.
12. Наркология [Текст] / [Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е.]. — М. : Изд-во «Бином»; СПб. : Изд-во «Невский диалект», 1998. — 320 с.
13. Минко А. И. Наркология [Текст] / А. И. Минко, И. В. Линский — М. : Эксмо, 2004. — 736 с.
14. Психофармакологический профиль ноотропоподобных пептидов [Текст] / Шабанов П. Д., Лебедев А. А., Корнилов В. А. [и др.] // Психофармакол. биол. наркол. — 2009. — Т. 9, № 1—2. — С. 2517—2523.
15. Giurgea C. Pharmacology of integrative activity of the brain. Attempt at nootropic concept in psychopharmacology [Text] / C. Giurgea // Actual. Pharmacol. — 1972. — Serie 25 e. — P. 115—156.
16. Иванец Н. Н. Актуальные проблемы алкоголизма [Текст] / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, № 3.
17. Ерышев О. Ф. Эффективность интенсона в начальном периоде становления ремиссии при алкоголизме / О. Ф. Ерышев, Г. Г. Цхомелидзе [Текст]: Кн.: Интенсон. Опыт клинического применения [под ред. проф. А. А. Скоромца]. — СПб. : «Невский фонд», 2000. — С. 160—165.
18. Применение препарата энцефабол в комплексном лечении больных алкоголизмом [Текст] / Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Савченко Л. М. [и др.] // Сб. научных статей. — М. : Изд-во ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2001. — С. 43—48.
19. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии [Текст] / П. Д. Шабанов. — СПб. : «Лань», 1999. — 352 с.
20. Классификация психических и поведенческих расстройств [Текст] : клинические описания и указания по диагностике. — Киев : Факт, 1999. — 272 с.
21. Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом [Текст] / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшулер // Вопросы наркологии. — 1992. — № 3—4. — С. 14—17.
22. Оценочные (рейтинговые) шкалы // Научный центр психического здоровья РАМН [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64>
23. Мелихов О. Г. Нежелательные явления в клинических исследованиях лекарственных средств / Мелихов О. Г., Атарпашников Д. С. // [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://www.clinvest.su/articles/GCP_2003_2_2abstract.pdf
24. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. // Киев : «Моріон», 2000. — 320 с.
25. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Гублер Е. В. — М. : Медицина, 1978. — 294 с.

Надійшла до редакції 02.07.2013 р.

МИНКО Александр Иванович, доктор медицинских наук, заведующий отделом клинической и социальной наркологии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, e-mail: aiminko@yandex.ru

ЛИНСКИЙ Игорь Владимирович, доктор медицинских наук, заведующий отделом неотложной психиатрии и наркологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», e-mail: i_linskyi@yahoo.com

MINKO Aleksandr Ivanovich, Doctor of Medical Sciences, the Head of the Department of clinic and social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, e-mail: aiminko@yandex.ru

LINSKIY Igor Vladimirovich, Doctor of Medical Sciences, the head of the Department of emergency Psychiatry and Narcology of the SI "INPN of the NAMS of Ukraine", e-mail: i_linskyi@yahoo.com