

К. А. Артемчук

ДИНАМІКА ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО АЛКОГОЛЮ У ОСІБ ІЗ РЕЗИСТЕНТНОЮ ДО ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ СЕНСИБІЛІЗУЮЧИМИ ЗАСОБАМИ

К. А. Артемчук

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ЛИЦ С РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ

К. А. Artemchuk

DYNAMICS OF PATHOLOGICAL CRAVING FOR ALCOHOL IN PERSONS WITH ALCOHOL ADDICTION RESISTANT TO THERAPY UNDER INFLUENCE OF THE SENSIBILIZING TREATMENT

Метою роботи був аналіз динаміки патологічного потягу до алкоголю (ППА) в осіб з резистентною до терапії алкогольною залежністю під впливом лікування сенсibilізуючими засобами.

Дослідження здійснювалося в трьох групах хворих на алкогольну залежність, що одержували один із трьох варіантів лікування: дисульфірам у сполученні із психосоціальною підтримкою за технологією «BRENDA»; ціанамід у сполученні із зазначеної психосоціальною підтримкою, а також ізольована психосоціальна підтримка.

Інтенсивність та структуру ППА, а також динаміку його зворотного розвитку протягом трьохмісячного періоду спостереження оцінювали за допомогою глосарія Чередниченко — Альтшулера. Матеріали досліджень обробляли методами математичної статистики (дисперсійний аналіз).

Встановлено, що будь-який варіант лікування сприяє неухильному зменшенню інтенсивності ППА, однак найглибшу його редукцію забезпечує ціанамід, перевага дії якого пов'язана з меншою виразністю небажаних дисперсичних проявів.

Ключові слова: алкогольна залежність, резистентні форми, лікування сенсibilізуючими засобами, динаміка редукції патологічного потягу

Целью работы был анализ динамики патологического влечения к алкоголю (ПВА) у лиц с резистентной к терапии алкогольной зависимостью под влиянием лечения сенсibilизирующими средствами.

Исследование осуществлялось в трех группах больных алкогольной зависимостью, получавших один из трех вариантов лечения: дисульфирам в сочетании с психосоциальной поддержкой по технологии «BRENDA»; цианамид в сочетании с указанной психосоциальной поддержкой, а также изолированная психосоциальная поддержка.

Интенсивность и структуру ПВА, а также динамику его обратного развития на протяжении трехмесячного периода наблюдения оценивали с помощью глоссария Чередниченко — Альтшулера. Материалы исследований обрабатывали методами математической статистики (дисперсионный анализ).

Установлено, что любой вариант лечения содействует неуклонному уменьшению интенсивности ПВА, однако наиболее глубокую его редукцию обеспечивает цианамид, преимущество действия которого связано с меньшей выраженностью нежелательных дисперсических явлений.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, резистентные формы, лечение сенсibilизирующими средствами, динамика редукции патологического влечения

The purpose of this study was to analyse the dynamics of the pathological attraction to alcohol of persons with resistant to the treatment chronic alcohol dependence under the influence of sensitizing drugs.

Three groups for observation were formed. These groups consisted of patients with alcohol dependence who had been receiving one of the three treatment options: Disulfiramum in combination with psychosocial support according by "Brenda" method; Cyanamidum in combination with a rational psychotherapy, and only the standard rational psychotherapy by "Brenda" method.

The intensity and structure of pathological attraction to alcohol, as well as dynamics of its reverse development during the 3 months' period of observation was estimated using the Glossary by Cherednichenko-Altshuler. Research materials were processed by methods of mathematical statistics (analysis of variance).

It was revealed that any treatment contributes to the continuing reduction in the intensity of pathological attraction to alcohol. However, the most positive effect is provided by Cyanamidum intake, the advantages of which are associated with less expressed negative dyspepsia.

Key words: alcohol dependence, resistant forms, therapy with sensitizing drugs, the dynamics of reduction of pathological attraction

Алкогольна залежність (АЗ) залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем багатьох країн сучасного світу. Дуже актуальною ця проблема є й для України. Досить сказати, що тільки на диспансерному наркологічному обліку в нашій країні на 01.01.2013 г. перебували 578 379 осіб залежних від алкоголю (1272,5 пацієнтів на 100 тис. населення) [1] і це при тому, що до лікарів, відповідно до даних ВООЗ, звертається не більше ¼ від загальної кількості тих, хто потребує спеціалізованої наркологічної допомоги [2]. Згідно з тими ж офіційними даними [1], не менше половини від чисельності зазначеної диспансерної групи щорічно охоплюється різними видами лікування, що свідчить про низку його ефективність або, іншими

словами, про високу резистентність значної частини хворих до проведеної протирецидивної терапії.

Оптимальним підходом до ведення залежних від алкоголю хворих, на думку фахівців ВООЗ, є безперервне амбулаторне спостереження, здатне забезпечити дотримання хворим режиму підтримуючого лікування й, таким чином, мінімізувати ризики рецидивів і пов'язаних з ними несприятливих наслідків [3, 4]. Фармакотерапевтичним вираженням цього підходу частіше інших стають препарати сенсibilізуючої дії, які специфічно порушують процес біотрансформації алкоголю в організмі [5].

Дія найпоширеніших сенсibilізуючих до алкоголю засобів — дисульфіраму й ціанаміду — подібна, але не тотожна одна одній. Вважається, що ціанамід трохи менш активний у порівнянні з дисульфірамом, але при

цьому має меншу власну токсичність, внаслідок більшої специфічності дії. На відміну від дисульфіраму, він гальмує тільки альдегіддегідрогеназу й не впливає на інші ензими, зокрема, на дофамін-бета-гідроксилазу.

З іншого боку, добре відомо, що стрижневим симптомом залежності від алкоголю є патологічний потяг до цієї психоактивної речовини. Саме він стає основною причиною алкогольних експесів під час лікування й рецидивів алкоголізації в посттерапевтичному періоді, особливо в осіб з наявністю невдалих спроб лікування в анамнезі.

Метою дослідження став аналіз динаміки патологічного потягу до алкоголю в осіб з резистентною до терапії алкогольною залежністю під впливом лікування сенсibilізуючими засобами.

Робота мала дизайн відкритого порівняльного клінічного дослідження в паралельних групах хворих на алкогольну залежність (АЗ) без плацебо-контролю. Було сформовано три групи порівняння по 60 осіб. Першу групу (I) порівняння — 60 осіб, склали хворі на АЗ, які після детоксикації на тлі стандартної раціональної психотерапії за методикою «BRENDA» [6] одержували дисульфірам. Другу (II) групу порівняння (60 осіб) склали хворі на АЗ, які після детоксикації на тлі стандартної раціональної психотерапії («BRENDA») одержували ціанамід. Третю (III) — контрольну групу порівняння склали хворі на АЗ, які після детоксикації одержували лише стандартну раціональну психотерапію («BRENDA»).

Загальна тривалість цього дослідження в усіх трьох групах порівняння становила три місяці (90 днів) і була представлена двома етапами.

Перший етап — детоксикація або усунення синдрому відміни алкоголю (СВА): перша — десята доба спостереження (стандартне лікування в усіх групах порівняння — NaCl 0,9 % до 1200 ml + MgSO₄ 25 % до 30 ml + Vit B₁, B₆ до 10 ml + KCl 10 % до 10 ml — в/в, крапельно).

Другий етап — протирецидивне лікування — 11—90 доба з щоденним прийомом сенсibilізуючих до етанолу засобів у групах порівняння (в I групі — дисульфірам перорально по 250 мг 2 рази на день протягом 11—30 доби, а потім по 250 мг 1 раз вдень (вранці) протягом 31—90 доби; у II групі — ціанамід перорально по 20 крапель (60 мг) на півстакана води 2 рази на день протягом 11—30 доби, а потім по 20 крапель (60 мг) на півстакана води 1 раз на день (вранці) протягом 31—90 доби).

Окрім того, в вищезазначених групах усі хворі одержували стандартну терапію: карбамазепін перорально по 200 мг 2 рази на день і амітриптилін по 25 мг 2 рази на день (протягом 11—90 доби); раціональну психотерапію за методикою «BRENDA» по 20 хвилин при кожному візиті (протягом 11—90 доби).

Протягом усього 90-денного періоду спостереження мали місце 11 зустрічей кожного пацієнта зі своїм дослідником (візитів), при цьому: візит № 1 був присвячений скринінгу (попередньому дослідженню із госпіталізацією); щоденні візити №№2—6 (1-й — 5-й дні лікування, відповідно) — охоплювали період редукції синдрому відміни алкоголю й гострих постінтоксикаційних розладів (візитами вважаються умовно, тому що в цей час пацієнт, як правило, перебував у стаціонарі); візити №№7, 8, 9, 10 та 11 (10-й, 15-й, 30-й, 60-й та 90-й дні лікування, відповідно) — охоплювали період

протирецидивного лікування з щоденним прийомом сенсibilізуючих до алкоголю засобів.

Для оцінки інтенсивності й структури патологічного потягу до алкоголю, а також динаміки його зворотного розвитку протягом лікування на візитах №№ 1, 7, 9, 10, 11 застосовували глосарій Чередниченка — Альтшулера [7]. Матеріали досліджень обробляли методами математичної статистики (дисперсійний аналіз [8, 9] на ПЕОМ за допомогою програм SPSS 15,0, Excel (пакет Microsoft Office 2010).

Під час розроблення глосарія Чередниченка — Альтшулера для оцінки ППА його автори виходили з відомих фактів про наявність в структурі даного синдрому п'яти компонентів: афективного, вегетативного, поведінкового, ідеаторного й сенсорного [10].

Глосарій передбачає оцінку чотирьох (із п'яти) компонентів ППА, а саме: афективного, вегетативного, поведінкового та ідеаторного. Що стосується сенсорного компонента, то він, на думку авторів, вже сам по собі відбиває високу інтенсивність потягу і тому не враховується методикою, про яку йдеться. Всі інші компоненти визначають відповідні їм ряди симптомів, розташованих у порядку зростання їхньої «ваги».

Динаміку усередненої виразності патологічного потягу до алкоголю, його компонентів та їхніх складових в групах порівняння протягом першого триместру лікування подано у таблиці та на рисунку.

Добре помітно (табл., рис.), що протягом спостереження виразність всіх компонентів ППА і, відповідно, інтенсивність ППА у цілому неухильно зменшується.

Особливо швидке його зменшення в усіх трьох групах порівняння відбувається в перші дні лікування, що легко пояснити купіруванням тяжких проявів синдрому відміни алкоголю. До візиту № 9 (30-й день терапії) величина патологічного потягу до алкоголю вже відносно мала, і подальше її зниження відбувається зі значно меншою швидкістю, ніж на етапі купірування синдрому відміни.

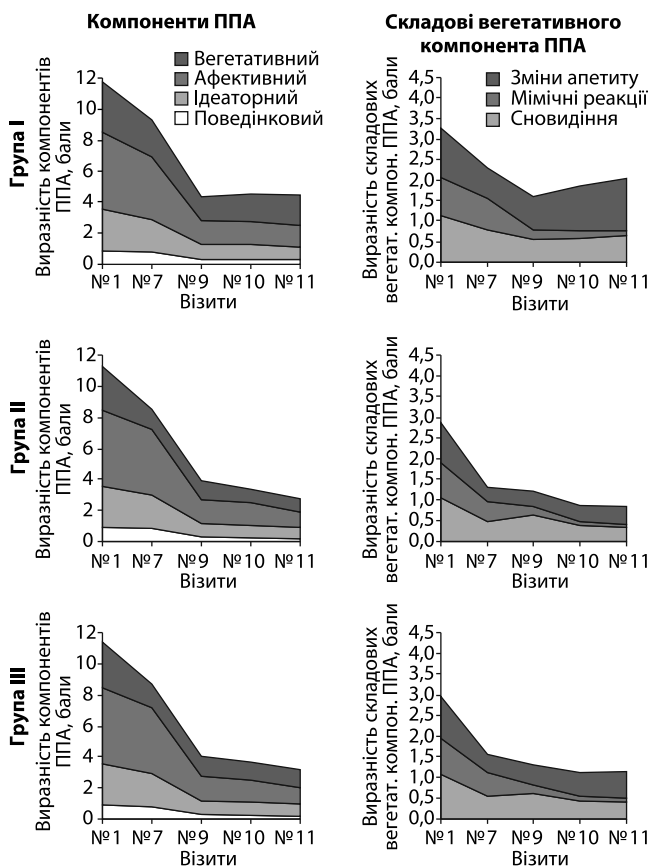
У цілому з візиту № 1 до візиту № 11, виразність афективного компонента зменшилась в I, II та III групах в 3,61, 5,09 та 4,62 рази відповідно (з $4,88 \pm 0,27$ до $1,35 \pm 0,26$ бали; з $4,84 \pm 0,28$ до $0,95 \pm 0,16$ бали та з $4,85 \pm 0,28$ до $1,05 \pm 0,18$ бали відповідно), при цьому відбулась редукція всіх складових афективного компонента. Від тотальних (тобто таких, що спостерігались в усіх хворих) і численних проявів субдепресивного стану (пригніченості, скарг на погані настрої, неохайності, спроб уникнути спілкування, уповільненості, млявості; фіксація на життєвих негодах і понесених образах) у деяких пацієнтів залишились лише похмурий зовнішній вигляд, певна пасивність та небалакучість.

Від чітких проявів тривоги (напруженого очікування зриву, що насувається, відчуття безпорадності, неспокою й непевнності у власних силах) залишились лише певна заклопотаність з різних і цілком конкретних приводів. Від виразної емоційної лабільності, що проявляла себе підвищеною уразливістю, примхливістю, слізливостю протягом усього дня у деяких пацієнтів залишились лише незначні коливання настрою. Нарешті, від виразних проявів дисфорії (напруженості, вибуховості, агресивності, дратівливості й відчуття внутрішнього дискомфорту) лише певне невдоволення життям та буркотливість, і то тільки у деяких, поодиноких пацієнтів.

Динаміка патологічного потягу до алкоголю, його компонентів та їхніх складових в групах порівняння протягом першого триместру лікування

Компоненти ППА та їхніх складових		Величини компонентів патологічного потягу до алкоголю, бали ($M \pm m$)				
		Візит № 1	Візит № 7	Візит № 9	Візит № 10	Візит № 11
Група I						
Афективний	Субдепресія	1,30 ± 0,11	1,20 ± 0,10	0,69 ± 0,11	0,69 ± 0,11	0,56 ± 0,12
	Тривога	1,80 ± 0,16	1,37 ± 0,12	0,44 ± 0,11	0,37 ± 0,12	0,39 ± 0,12
	Емоц. лабільність	0,87 ± 0,12	0,84 ± 0,13	0,34 ± 0,11	0,32 ± 0,11	0,34 ± 0,12
	Дисфорія	0,91 ± 0,14	0,73 ± 0,10	0,05 ± 0,05	0,06 ± 0,06	0,06 ± 0,06
	У цілому	4,88 ± 0,27	4,14 ± 0,22	1,51 ± 0,22	1,44 ± 0,26	1,35 ± 0,26
Вегетатив.	Сновидіння	1,13 ± 0,17	0,78 ± 0,08 ¹	0,54 ± 0,11	0,55 ± 0,12	0,65 ± 0,12 ¹
	Мімічні реакції	0,94 ± 0,05	0,77 ± 0,08 ¹	0,25 ± 0,10	0,22 ± 0,10	0,12 ± 0,08
	Зміни апетиту	1,19 ± 0,14	0,75 ± 0,12 ¹	0,80 ± 0,12 ^{1,2}	1,07 ± 0,16 ^{1,2}	1,26 ± 0,16 ^{1,2}
	У цілому	3,26 ± 0,24	2,30 ± 0,18 ^{1,2}	1,59 ± 0,19	1,85 ± 0,21 ^{1,2}	2,04 ± 0,19 ^{1,2}
Ідеатор.	Ставлення до алкоголю	1,77 ± 0,10	1,38 ± 0,10	0,77 ± 0,20	0,69 ± 0,19	0,55 ± 0,15
	Ставлення до лікування	0,98 ± 0,14	0,66 ± 0,09	0,26 ± 0,10	0,29 ± 0,11	0,30 ± 0,11
	У цілому	2,74 ± 0,20	2,05 ± 0,14	1,02 ± 0,25	0,98 ± 0,21	0,86 ± 0,20
Поведінковий		0,85 ± 0,12	0,79 ± 0,10	0,26 ± 0,10	0,29 ± 0,11	0,25 ± 0,11
ПВА у цілому		11,74 ± 0,48	9,27 ± 0,32	4,38 ± 0,28	4,55 ± 0,31 ^{1,2}	4,49 ± 0,27 ^{1,2}
Група II						
Афективний	Субдепресія	1,43 ± 0,10	1,39 ± 0,10	0,66 ± 0,10	0,65 ± 0,10	0,44 ± 0,10
	Тривога	1,78 ± 0,15	1,38 ± 0,13	0,51 ± 0,10	0,52 ± 0,10	0,20 ± 0,08
	Емоц. лабільн.	0,78 ± 0,10	0,82 ± 0,10	0,31 ± 0,09	0,28 ± 0,09	0,27 ± 0,09
	Дисфорія	0,84 ± 0,13	0,64 ± 0,09	0,04 ± 0,04	0,04 ± 0,04	0,04 ± 0,04
	У цілому	4,84 ± 0,28	4,23 ± 0,23	1,52 ± 0,18	1,48 ± 0,18	0,95 ± 0,16
Вегетатив.	Сновидіння	1,05 ± 0,19	0,48 ± 0,09	0,63 ± 0,11	0,38 ± 0,10	0,34 ± 0,10
	Міміч. реакції	0,86 ± 0,06	0,48 ± 0,09	0,22 ± 0,08	0,11 ± 0,07	0,08 ± 0,06
	Зміни апетиту	0,96 ± 0,14	0,34 ± 0,09	0,36 ± 0,10	0,38 ± 0,10	0,42 ± 0,10
	У цілому	2,86 ± 0,21	1,30 ± 0,15	1,21 ± 0,20	0,88 ± 0,17	0,84 ± 0,15
Ідеатор.	Ставлення до алкоголю	1,70 ± 0,10	1,30 ± 0,09	0,52 ± 0,14	0,50 ± 0,13	0,47 ± 0,13
	Ставлення до лікування	0,99 ± 0,13	0,86 ± 0,11	0,34 ± 0,10	0,27 ± 0,09	0,24 ± 0,09
	У цілому	2,69 ± 0,20	2,16 ± 0,16	0,86 ± 0,16	0,78 ± 0,16	0,71 ± 0,18
Поведінковий		0,91 ± 0,13	0,82 ± 0,10	0,31 ± 0,09	0,24 ± 0,09	0,20 ± 0,08
ПВА у цілому		11,29 ± 0,47	8,51 ± 0,64	3,89 ± 0,31	3,38 ± 0,29	2,70 ± 0,26
Група III						
Афективний	Субдепресія	1,40 ± 0,11	1,35 ± 0,10	0,67 ± 0,10	0,66 ± 0,10	0,47 ± 0,11
	Тривога	1,79 ± 0,16	1,37 ± 0,13	0,49 ± 0,10	0,48 ± 0,10	0,25 ± 0,09
	Емоц. лабільн.	0,81 ± 0,11	0,83 ± 0,11	0,32 ± 0,09	0,29 ± 0,09	0,29 ± 0,10
	Дисфорія	0,86 ± 0,13	0,66 ± 0,09	0,04 ± 0,04	0,04 ± 0,04	0,04 ± 0,04
	У цілому	4,85 ± 0,28	4,21 ± 0,23	1,51 ± 0,19	1,47 ± 0,20	1,05 ± 0,18
Вегетатив.	Сновидіння	1,07 ± 0,18	0,56 ± 0,08	0,61 ± 0,11	0,43 ± 0,10	0,42 ± 0,10
	Міміч. реакції	0,88 ± 0,06	0,55 ± 0,08	0,23 ± 0,08	0,14 ± 0,08	0,09 ± 0,06
	Зміни апетиту	1,02 ± 0,14	0,44 ± 0,10	0,47 ± 0,10	0,55 ± 0,11	0,63 ± 0,11
	У цілому	2,96 ± 0,22	1,55 ± 0,15	1,31 ± 0,19	1,12 ± 0,18	1,14 ± 0,16
Ідеатор.	Ставлення до алкоголю	1,71 ± 0,10	1,32 ± 0,09	0,58 ± 0,15	0,55 ± 0,14	0,49 ± 0,14
	Ставлення до лікування	0,99 ± 0,14	0,81 ± 0,11	0,32 ± 0,10	0,28 ± 0,10	0,25 ± 0,09
	У цілому	2,70 ± 0,20	2,13 ± 0,15	0,90 ± 0,18	0,83 ± 0,18	0,74 ± 0,19
Поведінковий		0,90 ± 0,13	0,81 ± 0,10	0,30 ± 0,09	0,25 ± 0,10	0,21 ± 0,09
ПВА у цілому		11,41 ± 0,47	8,70 ± 0,56	4,02 ± 0,30	3,67 ± 0,30	3,15 ± 0,27

Примітки: ¹ — відмінність від показників групи II достовірна ($p < 0,05$); ² — відмінність від показників групи III достовірна ($p < 0,05$)



Динаміка патологічного потягу до алкоголю (ППА), його компонентів та складових вегетативного компонента ППА в групах порівняння протягом першого триместру лікування

Аналогічним чином, з візиту № 1 до візиту № 11 виразність ідеаторного компонента в I, II та III групах зменшилась в 3,19, 3,79 та 3,65 рази відповідно (з $2,74 \pm 0,20$ до $0,86 \pm 0,20$ бали; з $2,69 \pm 0,20$ до $0,71 \pm 0,18$ бали та з $2,70 \pm 0,20$ до $0,74 \pm 0,19$ бали відповідно), при цьому відбулась редукція всіх складових ідеаторного компонента. В плані симптоматики, що відбиває ставлення до алкоголю відбувся перехід від постійних або, принаймні, частих міркувань про спиртні напої до епізодичних думок (спогадів) про них, а в плані симптоматики ставлення до хвороби й лікування, на зміну відсутньої або часткової критики до хвороби, упевненості у непотрібності й недоцільності подальшого лікування прийшли, принаймні, формальна критика до хвороби та сумнів у необхідності лікування (у окремих хворих).

Так само, з візиту № 1 до візиту № 11, виразність поведінкового компонента в I, II та III групах зменшилась в 3,40, 4,55 та 4,29 рази відповідно (з $0,85 \pm 0,12$ до $0,25 \pm 0,11$ бали; з $0,91 \pm 0,13$ до $0,20 \pm 0,08$ бали та з $0,90 \pm 0,13$ до $0,21 \pm 0,09$ бали відповідно), при цьому відбулась редукція всіх складових поведінкового компонента.

Так, протягом лікування зникли ворожість до осіб, що «нав'язують» тверезість, скарги на потяг до спиртних напоїв, прагнення ухилитися від лікування, невдоволення режимом відділення, бажання прискорити виписку з лікарні, нестійкість і непослідовність

у повсякденних справах, метушливість, неухважність.

В результаті на візиті № 11 в групах порівняння спостерігались лише поодинокі випадки певної клопітливості у спробах відволіктися від думок про спиртні напої та показного пафосу в осуді пияцтва, у поєднанні з незібраністю та непосидючістю.

Поряд із загальними рисами в характері редукції ППА були виявлені достовірні відмінності між групами порівняння. Вони виявилися під час візитів №№ 10—11 (60—90 день терапії). На цих етапах інтенсивність патологічного потягу до алкоголю в II групі порівняння (пацієнти, що одержували ціанамід) стала достовірно ($p < 0,05$) меншою, ніж в I групі порівняння (у пацієнтів, що одержували дисульфідрам — в 1,35 рази і в 1,66 рази відповідно), та в III групі порівняння (у пацієнтів, що одержували лише психосоціальну підтримку за методикою «BRENDA» — в 1,24 рази і 1,43 рази відповідно), при цьому достовірних відмінностей між I та III групами порівняння виявлено не було.

Під час порівняльного аналізу окремих компонентів (див. табл.) було встановлено, що ціанамід забезпечує перевагу (при порівнянні з дисульфідрамом та самою психосоціальною підтримкою за методикою «BRENDA») щодо зменшення інтенсивності ППА за рахунок зниження ступеня виразності його вегетативного компонента.

Так, якщо з візиту № 1 до візиту № 11 виразність вегетативного компонента в I та III групах зменшилась лише в 1,60 та 2,60 рази відповідно (з $3,26 \pm 0,24$ до $2,04 \pm 0,19$ бали та з $2,96 \pm 0,22$ до $1,14 \pm 0,16$ бали відповідно), то в групі II спостерігалось достовірно ($p < 0,05$) більше зменшення — в 3,40 рази (з $2,86 \pm 0,21$ до $0,84 \pm 0,15$ бали)

При цьому не було зафіксовано достовірних відмінностей за ступенем редукції таких складових вегетативного компонента як розлади сну з алкогольними сновидіннями та характерні мімічні реакції.

Так, у пацієнтів всіх груп порівняння поверхневий сон з яскравими, хвилюючими сновидіннями алкогольного змісту протягом періоду спостереження закономірно змінювався (за рідкими виключеннями) спокійним глибоким сном з поодинокими, емоційно «блідими» сновидіннями алкогольної тематики.

Так само, у пацієнтів усіх груп порівняння протягом періоду спостереження закономірно зменшувалась частота та інтенсивність характерних мімічних реакцій та похваллення під час обговорення алкогольних тем.

Таким чином, усі виявлені відмінності між групами порівняння за ступенем редукції вегетативного компонента ППА пов'язані з такою її складовою як зміни апетиту.

Дійсно (див. табл., рис.), якщо виразність цієї складової в II та III групах з візиту № 1 до візиту № 11 зменшилась в 2,29 та 1,62 рази відповідно (з $0,96 \pm 0,14$ до $0,42 \pm 0,10$ бали та з $1,02 \pm 0,14$ до $0,63 \pm 0,11$ бали відповідно), то в групі I за той самий період навпаки спостерігалось її зростання — в 1,06 рази (з $1,19 \pm 0,14$ до $1,26 \pm 0,16$ бали).

Під час подальшого аналізу було встановлено, що нестійкість апетиту, що зберігалась у пацієнтів, які приймали дисульфідрам (група I), протягом усього періоду спостереження, була пов'язана із небажаними диспептичними проявами (перш за все — нудотою),

притаманною сенсibiliзуючим до алкоголю засобам взагалі, і дисульфiраму зокрема.

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Незалежно від обраного варіанту лікування, інтенсивність ППА (за Чередниченко — Альтшулером) неухильно зменшується, причому особливо швидко — в перші дні лікування (що пояснюється усуненням тяжких проявів синдрому відміни алкоголю на етапі детоксикації), а в подальшому інтенсивність зазначеного потягу у пацієнтів, що одержували ціанамід, стає достовірно ($p < 0,05$) меншою, ніж у пацієнтів, що одержували дисульфiрам, або у пацієнтів, що одержували лише психосоціальну підтримку за методикою «BRENDA», при цьому достовірних відмінностей між пацієнтами двох останніх категорій за показником, про який йдеться, виявлено не було.

2. Ціанамід забезпечує перевагу (при порівнянні з дисульфiрамом та самою психосоціальною підтримкою за методикою «BRENDA») щодо зменшення інтенсивності патологічного потягу до алкоголю (за Чередниченко — Альтшулером) за рахунок зниження ступеня виразності його вегетативного компонента, а саме — розладів апетиту, або, іншими словами, — за рахунок меншої виразності диспепсичних небажаних проявів (перш за все — нудоти), притаманних сенсibiliзуючим до алкоголю засобам взагалі, і дисульфiраму зокрема.

Перспективою наших досліджень є подальше розроблення принципів пульс-терапії сенсibiliзуючими засобами сучасних форм алкогольної залежності.

АРТЕМЧУК Кирило Анатолійович, заочний аспірант Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: kirill_art@ukr.net

Список літератури

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2012 рік : збірник МОЗ [Текст]. — К., 2013.
2. The World Health Report 2002 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.who.int/whr/2002/en/whr_2002_annex14_16.pdf
3. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия [Текст] / Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. И. — СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
4. Руководство по наркологии [Текст] / под ред. Н. Н. Иванца. — Т. 2. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — 504 с.
5. Swift R. M. Лекарственная терапия алкогольной зависимости [Текст] / R. M. Swift // Обзор современной психиатрии. — 2001. — Вып. 3 (11). — С. 61—70.
6. Kaempf G. The BRENDA Model: A Psychosocial Addiction Model to Identify and Treat Alcohol Disorders in Elders [Текст] / Kaempf G., O'Donnell C., Oslin D. W. // Geriatric Nursing Volume. — 1999, 20, N. 6. — P. 302—304.
7. 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.
8. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
9. 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.
10. Альтшулер В. Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю [Текст] / В. Б. Альтшулер : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. — М., 1984. — 42 с.

Надійшла до редакції 19.11.2013 р.

ARTEMCHUK Kyrylo Anatoliiovych, Extra-mural Postgraduate Student of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: kirill_art@ukr.net