

УДК 616.89-008.441.13

**Андрух П. Г.**, канд. мед. наук, асистент кафедри психотерапії ХМАПО, **Андрух Г. П.**, канд. мед. наук, доцент кафедри психотерапії ХМАПО, **Добростомат У. Н.**, канд. мед. наук, врач-психиатр, **Лысенко В. Н.**, врач-психотерапевт (Днепропетровск), **Чумаченко Е. С.**, канд. мед. наук, глав. врач (поликлиника № 8), **Соломко С. Б.**, врач-психотерапевт (поликлиника № 8)  
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной помощи, Харьковская городская поликлиника № 8, Днепропетровская клиническая больница № 7, поликлиника № 1

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИРТАСТАДИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

В статье приведено исследование о применении препарата Миртастадин в комплексной терапии больных зависимостью от алкоголя и психостимуляторов. На примере клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов доказана положительная динамика в лечении больных с аддитивным поведением. Представлена эффективная комбинация психотерапии и психофармакотерапии, имеющая положительные отдаленные результаты.

**Ключевые слова:** антидепрессанты, аддитивные расстройства, психосоматические нарушения, психотерапия.

Все более актуальной становится проблема аддитивного поведения в Украине. Сохраняется тенденция к увеличению числа лиц с зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя [1—4]. Ежегодное количество наркоманов в нашем государстве, по совместным данным МВД и МЗ Украины, увеличивается в среднем на 5—10 % и составляет около 550 тыс., хотя на учете состоит около 160 тыс. наркоманов, зависимых от алкоголя около 900 тыс. человек [10—12]. Несмотря на появление новых медикаментозных препаратов и применение новых и модифицированных методов психотерапии, проблема решается лишь частично. В механизмах формирования алкогольной зависимости участвуют различные системы нейромедиаторной регуляции головного мозга, наиболее важными и значимыми из которых являются дофаминовая, опиоидная, серотонинергическая, ГАМК-ергическая системы [1, 2, 5—8].

Целью исследования являлась разработка оптимальной терапевтической тактики в отношении пациентов с зависимостью от алкоголя и зависимостью от психостимуляторов и оценка клинической эффективности препарата МИРТАСТАДИН у данных пациентов.

Нами было обследовано 48 больных с зависимостью от алкоголя (1-я группа) и 38 больных с зависимостью от психостимуляторов (2-я группа).

Диагностика данных расстройств проводилась на основании критериев МКБ-10 (рубрика F 10 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ).

Обследованные находились на стационарном лечении в больнице скорой и неотложной помощи г. Харькова. Пациенты с зависимостью от алкоголя находились на лечении в отделении политравмы и нейрохирургии и имели сопутствующие расстройства, связанные с травмой. А пациенты с зависимостью от психостимуляторов были на лечении в отделении

челюстно-лицевой патологии. В исследование не включались пациенты, уровень абстиненции которых достигал психотического уровня. При выписке из стационара больные проходили амбулаторное лечение в городской поликлинике № 8 г. Харькова.

Увеличение количества больных с патологией челюстно-лицевой области в отделении челюстно-лицевой хирургии является новой тенденцией в соматических осложнениях аддитивного поведения. «Рабочий» диагноз чаще всего звучит как «острый (или обострение хронического) токсический остеомиелит нижней и/или верхней челюсти, флегмоны мягких тканей лица» или «атипическое течение остеомиелита». Ряд пациентов находятся уже в длительной ремиссии (прекратили прием наркотика), но патологические изменения сохраняются.

Эффективность лечения оценивалась в двух группах клинически и патопсихологически в динамике (один раз в неделю и по завершении терапевтического курса).

В комплекс обследования больных входили следующие методы: 1. Клинико-психопатологический метод. 2. Экспериментально-психологический метод с использованием: шкалы Гамильтона; теста дифференциальной самооценки функционального состояния САН (самочувствие, активность, настроение).

Терапевтическая тактика реализовывалась в двух направлениях: медикаментозная терапия — применение психофармакопрепаратов, общеукрепляющих средств, дезинтоксикационных и психотерапия.

Для медикаментозной терапии зависимости традиционно используются следующие группы препаратов: 1) психофармакопрепараты — транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики и «малые» нейролептики; 2) среди общеукрепляющих средств — витамины, витаминные комплексы; 3) из дезинтоксикационных средств — инфузионные растворы, плазмозаменители, адсорбенты, антидоты.

Из психофармакотерапии в нашем исследовании использовался МИРТАСТАДИН (миртазапин), производитель STADA Arzneimittel, Германия, который назначался в дозе от 15 до 30 мг, при необходимости доза повышалась до 45 мг в сутки. Прием препарата осуществлялся однократно, преимущественно в вечернее время, после 18.00.

Миртазапин — относительно новый антидепрессант, появился в Голландии в 1994 году; в США одобрен FDA в 1996 году и является норадренергическим и специфическим серотонинергическим антидепрессантом (NaCCA); сегодня используется практически во всех странах мира. Антидепрессивная активность

Андрух П. Г., Андрух Г. П., Добростомат У. Н., Лысенко В. Н., Чумаченко Е. С., Соломко С. Б., 2010

миртазапина — результат его комбинированного воздействия на норадреналиновую и серотониновую системы. Препарат является антагонистом центральных адренергических альфа<sub>2</sub>-ауто- и гетерорецепторов и блокатором постсинаптических серотониновых 5-HT<sub>2</sub>- и 5-HT<sub>3</sub>-рецепторов, улучшая при этом серотонинергическую и норадренергическую нейротрансмиссию [4, 5, 10—12].

МИРТАСТАДИН применялся с целью купировать патологическое влечение к психоактивным веществам, для оказания антидисфорического действия, противотревожного эффекта, снотворного, антидепрессивного, и что немаловажно — с точки зрения противорецидивного действия.

Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов, при поступлении представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов, при поступлении (общее кол-во больных 2-х групп — 86)**

| Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов | Кол-во больных | %    |
|--|----------------|------|
| Нарушения памяти   | 72             | 83,7 |
| Нарушение когнитивных функций  | 82             | 95,3 |
| Эмоциональные нарушения  | 84             | 97,6 |
| Аффективные нарушения  | 85             | 98,8 |
| Диссомнии  | 71             | 82,5 |

Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов, после лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов, после лечения (общее кол-во больных 2-х групп — 86)**

| Основные психические нарушения, вызванные зависимостью от алкоголя и психостимуляторов | Кол-во больных | %    |
|--|----------------|------|
| Нарушения памяти   | 45             | 52,3 |
| Нарушение когнитивных функций  | 63             | 73,2 |
| Эмоциональные нарушения  | 37             | 43   |
| Аффективные нарушения  | 32             | 37,2 |
| Диссомнии  | 27             | 31,3 |

Клиническая динамика основных психических нарушений у исследуемых больных представлена на рис. 1.

Клиническая картина у всех пациентов до начала терапии характеризовалась наличием развернутой картины полиморфного спектра аффективных, эмоциональных, диссомнических расстройств в комплексе с когнитивными и мнестическими нарушениями, характерными для химической зависимости (тревога, чувство внутреннего напряжения, чувство страха, навязчивые мысли об алкоголе или наркотическом средстве,

выраженные соматовегетативные проявления, депрессивные проявления — сниженный фон настроения, ангедония, затруднения при засыпании, поверхностный прерывистый сон с гиперкинезами, снижение пищевого и полового влечения, специфические расстройства памяти, поведения и др.).

Клинические эффекты МИРТАСТАДИНА начинали проявляться уже с первых дней приема и достигали терапевтически значимого уровня к 5—7 дню лечения. Пациенты становились менее напряженными и раздражительными, уменьшалась выраженность тревожных опасений. Больные отмечали, что начинают «потихоньку справляться» с «тягой», навязчивыми мыслями. Постепенно редуцировались тревожные предчувствия, то есть отчетливо проявлялся транквилизирующий эффект препарата с редуцированием в первую очередь когнитивной тревоги. В этот период времени вегетативные проявления не исчезали, но теряли свою актуальность: больные переставали ими тяготиться.

К концу 1—2 недели терапии отмечалось улучшение показателей астенических проявлений, снижение дневной сонливости, нормализация сна. Тревожная симптоматика продолжала редуцироваться: больные становились более активными, работоспособными, расширялся круг интересов, снизилась аффективная насыщенность, появился оптимизм в оценках настоящего и будущего. В этом периоде отчетливо проявлялись сочетание анксиолитического и соматорегулирующего действия.

Это давало возможность избежать полипрагмазии, излишне не «перегружало» организм большим количеством лекарственных средств, что было особенно важным у больных с сопутствующей соматической патологией, получающих дополнительную терапию [10—12].

Сравнительная оценка редукции психопатологической симптоматики у больных в двух группах показала следующее. У пациентов, получавших МИРТАСТАДИН, к 5—7 дню исследования отмечалось улучшение субъективного спектра ощущений, повышалось настроение, увеличивалась активность, нормализовался ночной сон, снижалась тревога. К 10—14 дню терапии наблюдалось ещё более заметное снижение депрессивной, тревожной, астенической и аффективной симптоматики. После 4 недель приёма препарата купировалась соматовегетативная симптоматика, болевые ощущения.

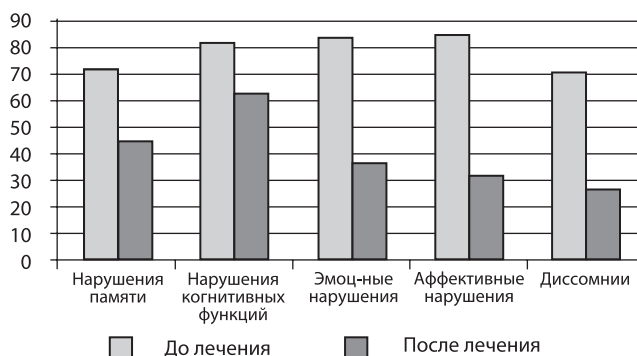


Рис. 1. Клиническая динамика основных психических нарушений у исследуемых больных

Как видно из диаграммы (см. рис. 1), стабильный результат действия МИРТАСТАДИНА наблюдался при всех ведущих психопатологических синдромах. При этом убедительно прослеживалось как антидепрессивное, так и антитревожное действие препарата. Менее существенное снижение показателей в сфере когнитивных и мнестических расстройств, по сравнению с аффективными, диссомническими и эмоциональными нарушениями, говорит о сильном патологическом воздействии психоактивного агента на головной мозг и организм в целом, вызывающее труднообратимые расстройства. Когнитивные и мнестические нарушения требуют длительной медикаментозной и психотерапевтической терапии, которая порой продолжается не только месяцы, а и годы.

Динамика клинического состояния больных по методике Гамильтона представлена на рис. 2.

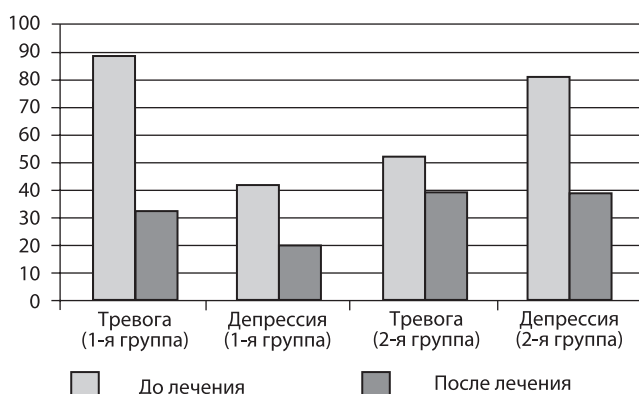


Рис. 2. Динамика клинического состояния больных по методике Гамильтона

По результатам исследования клинического состояния больных по методике Гамильтона (см. рис. 2) видно, что уровень тревоги у пациентов с зависимостью от алкоголя (группа 1) в процессе лечения снизился на 58 %, а депрессии — на 20,8 %. При поступлении тревога была у 89,5 % пациентов, а депрессия — у 41,6 %.

У пациентов с зависимостью от психостимуляторов (группа 2) в процессе лечения уровень тревоги снизился на 37,6 %, а депрессии на 66,5 %. При поступлении тревога была у 52,6 % пациентов, а депрессия у 81,5 %. У пациентов 1-й группы при поступлении преобладал уровень тревоги над депрессией, а у пациентов 2-й группы уровень депрессии преобладал над уровнем тревоги. После терапии существенной разницы не наблюдалось, что свидетельствует об эффективности терапии в отношении как тревоги, так и депрессии.

Характеристика самооценки личности по методике САН, представленная в табл. 3, свидетельствует, что все показатели теста САН (самочувствие, активность и настроение) на первых этапах нахождения пациентов в стационаре значительно снижены по сравнению с нормой. В динамике при применении препарата МИРТАСТАДИН все показатели самооценки достоверно улучшились.

В клинко-фармакологическом спектре действия МИРТАСТАДИНА необходимо выделить наличие выраженного тимоаналептического и анксиолитического действия, максимально быстрое наступление клинического эффекта (уже на 1-й неделе лечения), наличие седативного действия и нормализация сна, что не требует дополнительного назначения транквилизаторов и снотворных, данное положение полностью совпадает с субъективной оценкой больными своего состояния.

Таблица 3

**Характеристика самооценки личности по методике САН**

| Показатели            | Самочувствие |               |             | Активность |               |             | Настроение |               |             |
|-----------------------|--------------|---------------|-------------|------------|---------------|-------------|------------|---------------|-------------|
|                       | до лечения   | после лечения | % улучшения | до лечения | после лечения | % улучшения | до лечения | после лечения | % улучшения |
| Полученные показатели | 1,82         | 3,7           | 68,9        | 1,95       | 4,08          | 48,3        | 1,34       | 3,84          | 63,5        |
| Показатели нормы      | 5,42         |               |             | 5,04       |               |             | 5,13       |               |             |

Наше исследование показало эффективность миртастадина в лечении зависимости от психоактивных веществ (алкогольной зависимости и зависимости от психостимуляторов), высокую эффективность при коррекции депрессивных расстройств с тревогой и бессонницей, что практически всегда сопровождают пациентов с зависимостью, быстроту начала действия, отсутствие фармакологических взаимодействий. Миртастадин корректирует сексуальные нарушения (не вызывает снижение либидо, половой слабости), которые часто встречаются у зависимых больных [10—12], а также могут быть вызваны приемом антидепрессантов других групп.

В научных исследованиях неоднократно подтверждалась безопасность миртазапина — отсутствует кардиотоксичность, отсутствует риск развития серотонинового синдрома, отсутствуют сексуальные нарушения, минимальные антихолинергические эффекты [10—12], и наше исследование продемонстрировало безопасность МИРТАСТАДИНА.

При лечении алкогольной зависимости и зависимости от психостимуляторов используют следующие методики психотерапевтического воздействия: 12 шагов (общество анонимных алкоголиков, группа наркозависимых), метод Шичко (биологический, рациональный, информация о вреде алкоголя), метод Рожнова (выработка условного рвотного рефлекса), метод Довженко [1, 2, 5, 6]. Эти методики используют один или несколько методов психотерапии: эмоционально-стрессовую психотерапию, гипнотерапию, реконструктивно-личностную, поведенческую терапию, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапию, аналитически ориентированную психотерапию, недирективные методы (трансы по Эриксону) [1, 2, 6, 7, 9]. Нами психотерапия проводилась дифференцированно, с учетом психопатологических и личностных особенностей больных. Использовали гипносуггестивные методики, недирективные трансы, аутогенную тренировку (в том числе транквилизирующие приемы аутогенной тренировки), групповую психотерапию,

ефективно применяли различные методы аверсивной терапии (в том числе модификацию для данного контингента больных — стрессорно-аверсивная терапия Андруха Г. П.) [10—12].

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

МИРТАСТАДИН обладает сбалансированным эффектом, главным компонентом которого является антидепрессивное и анксиолитическое действие (что не требует назначения дополнительных седативных средств).

МИРТАСТАДИН эффективен в терапии зависимости от алкоголя и зависимости от психостимуляторов.

При отсутствии абстинентных проявлений психотического уровня МИРТАСТАДИН может быть рекомендован как монопрепарат из группы психотропных средств для лечения указанных расстройств.

МИРТАСТАДИН эффективен у больных данного контингента, имеющих сопутствующее заболевание (травма, соматические осложнения вследствие токсического действия психоактивного вещества), то есть безопасен.

Терапевтическая доза препарата МИРТАСТАДИН оптимальна в количестве 15—30 мг в сутки в течение 2—3-х месяцев с последующим переводом на поддерживающие дозы до 6—9—12 месяцев.

МИРТАСТАДИН обладает «противорецидивным» действием, отдаленные результаты показывают снижение риска возобновления приема психоактивных веществ

МИРТАСТАДИН удобен в использовании как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Оправданным и эффективным является сочетание психотерапии и психофармакотерапии.

*П. Г. Андрух, Г. П. Андрух, У. Н. Добростомат, В. Н. Лисенко, Е. С. Чумаченко, С. Б. Соломко*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська міська клінічна лікарня швидкої і невідкладної допомоги, Харківська міська поліклініка № 8, Дніпропетровська клінічна лікарня № 7, поліклініка № 1*

**Застосування препарату Міртастадин в комплексній терапії хворих із залежністю від алкоголю і залежністю від психостимуляторів**

У статті наведено дослідження про застосування препарату МИРТАСТАДИН у комплексній терапії хворих на залежність від алкоголю і психостимуляторів. На прикладі клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного методів доведена позитивна динаміка в лікуванні хворих з аддиктивною поведінкою. Показана ефективна комбінація психотерапії і психофармакотерапії, що має позитивні віддалені результати.

*Ключові слова:* антидепресанти, аддиктивні розлади, психосоматичні порушення, психотерапія.

**Список литературы**

1. Психотерапия / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов]. — Харьков: ОКО, 2002. — 768 с.
2. Сосин, И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
3. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1990. — 572 с.
4. Сосин, И. К. Новые подходы к комплексной детоксикационной терапии в наркологии / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Материалы конф. Довженковские чтения: Лечение и реабилитация лиц, зависимых от психоактивных веществ. — Харьков, 2006. С. 156—157.
5. Авруцкий, Г. Я. Лечение психических больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. — М.: Медицина, 1988.
6. Марута, Н. О. Сучасні форми депресивних розладів (клініко-психопатологічні закономірності формування) / Н. О. Марута, В. Д. Мішиєв // Архів психіатрії. — 2001. — № 4(27). — С.76—80.
7. Напреевко, О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напреевко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7 — 12.
8. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. — СПб., 1995. — 568 с.
9. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: информационно-скрининговый пакет. — К., 2000. — С. 66, 241.
10. Андрух, Г. П. Терапевтическая тактика в отношении больных с зависимостью от психостимуляторов / Г. П. Андрух, П. Г. Андрух, У. Н. Добростомат // Матеріали наук.-практ. конф. Психічні і соматичні розлади психогенного походження. Харків, клініч. сан. «Курорт Берлінводи» 29—30.10.2009. — С. 14—15.
11. Особенности ведения хирургических больных с синдромом зависимости / [Г. П. Андрух, Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий и др.] // Харківська хірургічна школа. — № 4.1(36) 2009. — С. 329—330.
12. Михайлов, Б. В. Применение препарата Афобазол для лечения тревожно-депрессивных расстройств / Б. В. Михайлов, П. Г. Андрух / Український вісник психоневрології. — Т. 16, вип. 3—4 (56—57). — 2008. — С. 49—52.

*Надійшла до редакції 12.01.10 р.*

*P. Andruk, G. Andruk, U. Dobrostomat, V. Lysenko, E. Chumachenko, S. Solomko*

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv city clinical hospital of quick and urgent Help, Kharkiv city polyclinic № 8, Dnipropetrovsk clinical hospital № 7, polyclinic № 1*

**An usage Mirtastadin in complex therapy for patients with alcoholic and psychostimulant dependences**

In the article research over is brought about application of preparation of MIRTASTADIN in complex therapy of patients with addiction. On the example of clinic-psychopathological and experimentally-psychological methods a positive dynamics is well-proven in treatment of patients with addiction. Shown effective combination of psychotherapy and psychopharmacotherapy, that has positive remote results.

*Keywords:* antidepressants, addictive disorders, psychosomatic disorders, psychotherapy.