

O. V. Druz'

Main military-medical clinical center «GNCH» (Kyiv)

**Premorbid affective disorders in anamnesis of opioid addicted persons**

The work purpose is retrospective estimation of presence of narcologically premorbid affective disorders (mainly — depressive disorders) in the anamnesis of opioid addicted persons. The premorbid (concerning formation of opioid addiction) anamnesis of 270 opioid addicts, and 270 persons without signs of any dependence is investigated by a method of the structured interview of respondents and their mothers. Comparative research of frequency of separate symptoms of depression, and also their combinations is carried out. It is established, that heavy or average weight depressive episodes meet in the premorbid anamnesis of opioid addicted patients 14 times more often ( $p = 0.0004$ ), than in narcologically healthy persons that allows to consider such affective pathology as a powerful risk factor of formation of the specified dependence, however is far not the only one because frequency of this sign among persons with the developed dependence makes only 5.19 %.

*Key words:* opioid' dependence, the anamnesis, affective disorders, risk factors.

УДК 616.89-008.441.13-08

**А. І. Минко**, д-р мед. наук, зав. отделом алкоголизма,  
**І. В. Лінський**, д-р мед. наук, зав. отделом наркоманий  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»  
 (г. Харьков)

**АНТИКРЕВИНГОВОЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ**

Депривокс производит редукцию патологического влечения к алкоголю за счет достоверного ( $p < 0,01$ ) снижение интенсивности его аффективного и вегетативного компонентов. Депривокс достоверно ( $p < 0,01$ ) ускоряет обратное развитие аффективных расстройств за счет снижения уровней реактивной тревоги, личностной тревожности и депрессии. Результаты анализа выбытия пациентов из терапевтической программы поддерживающего противорецидивного лечения свидетельствуют о том, что Депривокс обеспечивает более чем двукратное (при  $p < 0,05$ ) улучшение комплаентности пациентов, чем Амитриптилин. К концу двухмесячного лечения из группы пациентов, принимавших Депривокс ( $n = 30$  человек), выбыло только 5 пациентов, тогда как из группы пациентов, принимавших Амитриптилин ( $n = 30$  человек), выбыло 12 человек. У пациентов, получавших Депривокс, показатели самооценки физического благополучия, работоспособности, возможности самореализации и показатель качества жизни в целом были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у пациентов, получавших Амитриптилин. Прием препарата Депривокс не сопровождался побочными эффектами. Депривокс показал себя эффективным и безопасным средством противорецидивной, антикревинговой терапии.

*Ключевые слова:* Депривокс, антикревинговое противорецидивное лечение, алкоголь.

В США Комитет по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов одобрил только два препарата для лечения алкогольной зависимости: дисульфирам (Antabuse) и налтрексон (ReVia). Акампросат (Campral) зарегистрирован для аналогичных показаний в нескольких европейских странах, но пока не зарегистрирован в Украине. Тиаприд (tiapride) зарегистрирован в ряде европейских стран, в том числе с 2010 года — в Украине. Имеется еще один препарат со сложной судьбой регистрации за океаном и в Европе — карбимид кальция, который с измененной формулой и под торговым названием цианамид (колме) в 2007 году появился в Украине [1—3]. Вот этими пятью препаратами и исчерпывается список препаратов с доказанной эффективностью для лечения алкогольной зависимости. Однако для лечения алкогольной зависимости применяются и другие препараты, которые изначально предлагаются на рынке в качестве стабилизаторов настроения (карбамазепин, топирамат), седативных средств (бензодиазепины), анксиолитиков (буспирон) и антидепрессантов (трициклики и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) [4—5].

В большинстве исследований, в которых изучается лекарственная терапия алкоголизма, сравниваются различия в результатах лечения, оцениваемых по употреблению алкоголя недавно отказавшимися от него лицами. Сравнивают тех, кто принимал лекарственные препараты, и тех, кто получал плацебо, при этом пациентам обеих групп проводится психосоциальная терапия. К типичным результатам лечения относят: усиление трезвости, оцениваемой по доле больных, сохраняющих

трезвость, или по продолжительности периода воздержания от алкоголя (время до рецидива); уменьшение количества употребляемого алкоголя или частоты выпивок, оцениваемых по количеству дней употребления алкоголя или количеству стандартных доз алкоголя, употребляемых в течение одного дня. Воздержание от приема алкоголя является наиболее строгим критерием эффективности и потому предпочтительным, однако сокращение употребления алкоголя может также привести и к снижению болезненности, связанной с алкоголизацией, и к минимизации вреда от потребления алкоголя в целом [4, 6—7].

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности селективного ингибитора обратного захвата серотонина Депривокс (Флувоксамин) в антикревинговой противорецидивной терапии больных, зависимых от алкоголя, в сравнении с лечением препаратом Амитриптилин.

В исследование были включены 60 пациентов, которым, в соответствии с критериями МКБ-10, был поставлен диагноз «синдром зависимости от алкоголя» (F 10.2). Пациенты случайным образом включались в одну из двух исследовательских групп (30 пациентов — основная группа и 30 пациентов — контрольная группа). Пациенты после ликвидации проявлений синдрома отмены переводились на поддерживающее противорецидивное лечение, при этом лица основной группы в течение 60 дней получали лечение препаратом Депривокс (Флувоксамин) 100 мг один раз в день утром на протяжении 60 дней, а пациенты контрольной группы получали Амитриптилин 100 мг перорально в два приема (утром и вечером) также на протяжении 60 дней. Общая продолжительность исследования

© Минко О. І., Лінський І. В., 2011

в обеих группах сравнения составила 180 дней. На протяжении этого периода имели место 4 визита пациентов к исследователю, при этом: визит № 1 был посвящен диагностике состояния пациентов с назначением препарата Депривокс или препарата Амитриптилин; визит № 2 — предусматривал оценку состояния пациентов в амбулаторных условиях на 30-й день лечения; визит № 3 — предусматривал оценку состояния пациентов в амбулаторных условиях на 60-й день лечения; визит № 4 — предусматривал оценку состояния пациентов на 180-й день наблюдения пациентов в амбулаторных условиях (согласно МКБ-10 срок формирования полной или неполной ремиссии, либо рецидива).

Средние значения возраста и некоторых показателей алкогольного анамнеза у больных основной и контрольной групп на момент начала исследования представлены в таблице 1. Полученные данные указывают на то, что пациенты из основной группы достоверно не отличаются от пациентов контрольной группы ни по возрасту, ни по общему стажу алкоголизации, 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.

Более того, в указанных группах наблюдались практически идентичные регрессионные зависимости средней суточной дозы алкоголя перед госпитализацией от стажа систематической алкоголизации (рис. 1.). 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.

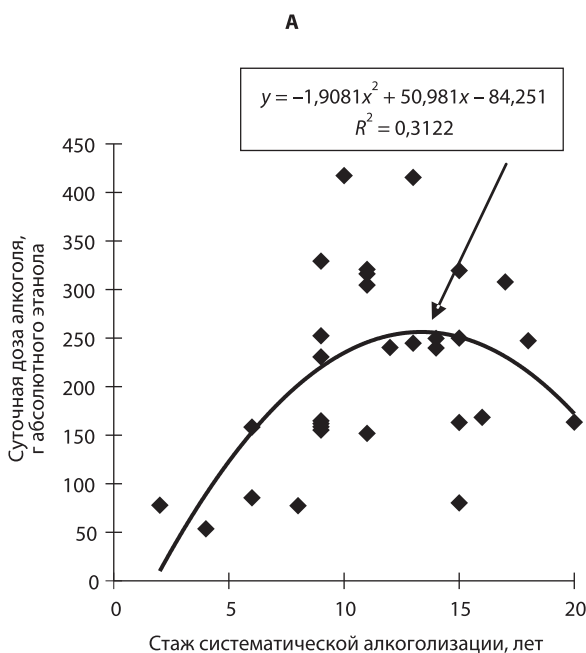


Таблица 1  
Средние значения возраста и некоторых показателей алкогольного анамнеза у больных основной и контрольной групп на момент начала исследования

Показатель, единица измерения	Средние величины ( $M \pm m$ )	
	Основная группа ( $n = 30$ )	Контрольная группа ( $n = 30$ )
Возраст, лет	40,33 ± 1,54	41,73 ± 1,79
Масса тела, кг	75,62 ± 1,41	75,80 ± 1,28
Общий стаж алкоголизации (эпизодической + систематической), лет	13,08 ± 0,63	13,87 ± 0,65
Стаж систематической алкоголизации, лет	11,92 ± 0,78	11,60 ± 0,56
Попыток прекратить алкоголизацию, всего	3,62 ± 0,29	4,37 ± 0,36
Попыток прекратить алкоголизацию, с ремиссией	1,75 ± 0,16	2,10 ± 0,25
Суммарная длительность всех ремиссий, лет	2,25 ± 0,25	2,73 ± 0,35
Соотношение суммарной длительности всех ремиссий к стажу систематической алкоголизации	0,24 ± 0,03	0,22 ± 0,02
Длительность периода с момента окончания последней ремиссии до момента госпитализации, мес.	12,81 ± 1,42	11,46 ± 0,98
Суточная доза алкоголя, г абс. этанола	250,08 ± 20,28	215,00 ± 16,72
Кратность употребления алкоголя (в течение суток)	2,07 ± 0,19	2,39 ± 0,24

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

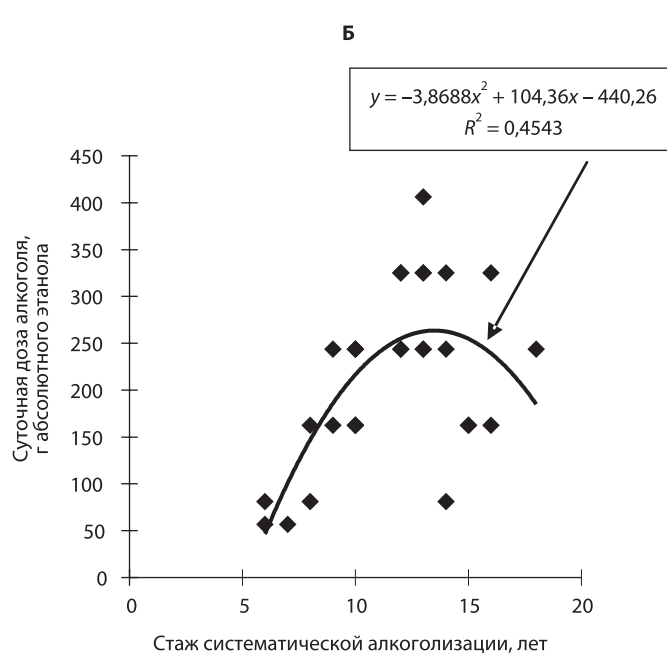


Рис. 1. Регрессионные зависимости средней суточной дозы алкоголя перед госпитализацией от стажа систематической алкоголизации в основной (А) и контрольной (Б) группах сравнения

Таким образом, выделенные группы сравнения являются вполне сопоставимыми по основным указанным параметрам и, следовательно, пригодными для компаративного анализа результатов исследуемого вида лечения.

В ходе исследования, для оценки текущего состояния пациентов и, соответственно, эффективности и переносимости применявшегося лечения, применяли комплекс клинических и психометрических методов исследования, а именно: клинико-психопатологический метод в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10); глоссарий Н. В. Чередниченко — В. Б. Альшутлера оценки интенсивности и структуры патологического влечения к алкоголю, а также динамики его обратного развития на протяжении лечения [8], шкала Ч. Д. Спилберга — Ю. Л. Ханина для оценки уровня реактивной тревоги и личностной тревожности [9—10]; шкала Hamilton-21 для оценки депрессии (Hamilton depression rating scale — HDRS); методика оценки качества жизни по J. E. Mezzich et al. [11] для определения наиболее общих изменений в состоянии пациентов на протяжении лечения. Приверженность пациентов проводимому лечению оценивали методом Каплана-Мейера [12] по динамике выбытия пациентов из терапевтической программы на протяжении лечения. Обработку данных

вели методами математической статистики: критерий Стьюдента — Фишера —  $t$  [13]; непараметрический критерий Колмогорова — Смирнова ( $\lambda$ ) [14]; точный метод Фишера (ТМФ) [14]; для корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $\rho_{(A, B)}$ ) [13]. Обработку всех полученных данных осуществляли на ПЭВМ с помощью программ «SPSS» и «Excel» (из пакета «Microsoft Office 2003»).

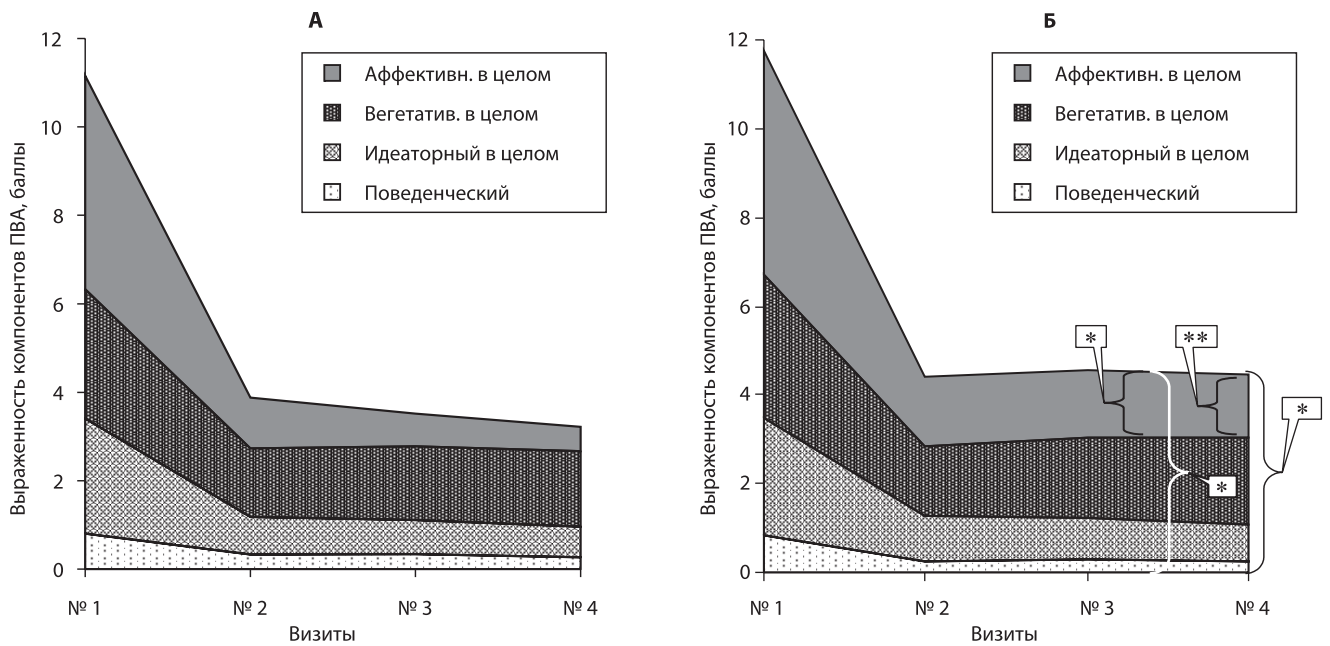
Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) является стержневым симптомом синдрома зависимости от этого психоактивного вещества. Именно ПВА становится основной причиной алкогольных эксцессов во время лечения и рецидивов алкоголизации в посттерапевтическом периоде. ПВА имеет сложную структуру, наиболее полное представление о которой, по нашему мнению, можно получить при помощи глоссария Н. В. Чередниченко — В. Б. Альшутлера. В соответствии с ним ПВА представлено аффективным, вегетативным, идеаторным и поведенческим компонентами. Динамика усредненной выраженности ПВА, его компонентов и их составляющих у обследованных основной и контрольной групп на протяжении лечения представлена в таблице 2 и на рисунках 2 и 3. Наряду с общими чертами в характере редукции ПВА (визит № 2) были обнаружены достоверные различия между группами сравнения, которые проявились во время визитов №№ 3, 4 (см. табл. 2, рис. 2, 3).

Таблица 2

Динамика усредненной выраженности патологического влечения к алкоголю, его компонентов и их составляющих у обследованных пациентов основной и контрольной групп на протяжении лечения

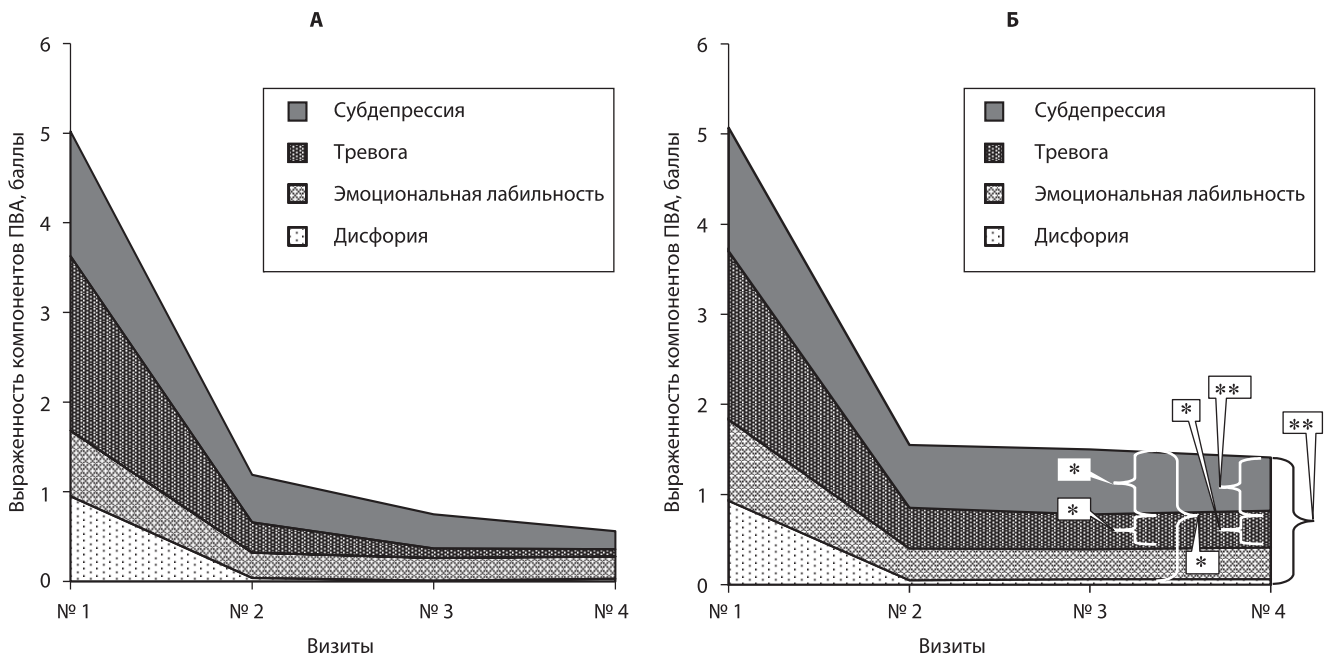
Компоненты ПВА и их составляющие		Величины компонентов патологического влечения к алкоголю, баллы ( $M \pm m$ )			
		Визит № 1	Визит № 2	Визит № 3	Визит № 4
<b>Основная группа</b>					
Аффективный	Субдепрессия	1,39 ± 0,10	0,53 ± 0,10	0,38 ± 0,07	0,20 ± 0,05
	Тревога	1,95 ± 0,16	0,34 ± 0,11	0,11 ± 0,03	0,08 ± 0,03
	Эмоциональная лабильность	0,73 ± 0,09	0,28 ± 0,08	0,25 ± 0,08	0,25 ± 0,08
	Дисфория	0,95 ± 0,14	0,04 ± 0,04	0,01 ± 0,00	0,03 ± 0,03
	В целом	4,83 ± 0,25	1,15 ± 0,17	0,74 ± 0,17	0,55 ± 0,08
Вегетатив.	Сновидения	1,13 ± 0,20	0,41 ± 0,12	0,31 ± 0,07	0,22 ± 0,07
	Мимические реакции	0,79 ± 0,05	0,20 ± 0,07	0,11 ± 0,06	0,07 ± 0,05
	Изменение аппетита	0,89 ± 0,13	0,62 ± 0,09	1,22 ± 0,09	1,39 ± 0,09
	В целом	2,92 ± 0,24	1,55 ± 0,22	1,67 ± 0,19	1,71 ± 0,18
Идеатор.	Отношение к алкоголю	1,71 ± 0,10	0,53 ± 0,14	0,51 ± 0,12	0,48 ± 0,14
	Отношение к лечению	1,01 ± 0,14	0,36 ± 0,11	0,28 ± 0,09	0,24 ± 0,09
	В целом	2,61 ± 0,18	0,85 ± 0,14	0,77 ± 0,14	0,69 ± 0,16
Поведенческий		0,80 ± 0,12	0,33 ± 0,08	0,34 ± 0,08	0,27 ± 0,07
ПВА в целом		11,35 ± 0,53	3,66 ± 0,33	3,55 ± 0,31	3,25 ± 0,30
<b>Контрольная группа</b>					
Аффективный	Субдепрессия	1,37 ± 0,11	0,70 ± 0,11	0,72 ± 0,11*	0,59 ± 0,12**
	Тревога	1,87 ± 0,16	0,45 ± 0,11	0,39 ± 0,12*	0,41 ± 0,12*
	Эмоциональная лабильность	0,90 ± 0,12	0,35 ± 0,11	0,33 ± 0,11	0,35 ± 0,12
	Дисфория	0,93 ± 0,14	0,05 ± 0,05	0,06 ± 0,06	0,06 ± 0,06
	В целом	5,07 ± 0,28	1,55 ± 0,22	1,50 ± 0,26*	1,41 ± 0,27**
Вегетатив.	Сновидения	1,13 ± 0,18	0,55 ± 0,11	0,56 ± 0,12*	0,65 ± 0,12*
	Мимические реакции	0,93 ± 0,05	0,25 ± 0,10	0,22 ± 0,10	0,12 ± 0,08
	Изменение аппетита	1,17 ± 0,14	0,80 ± 0,12	1,06 ± 0,15	1,24 ± 0,16
	В целом	3,23 ± 0,24	1,60 ± 0,18	1,83 ± 0,20	2,00 ± 0,19
Идеатор.	Отношение к алкоголю	1,70 ± 0,10	0,75 ± 0,19	0,67 ± 0,18	0,53 ± 0,15
	Отношение к лечению	0,93 ± 0,14	0,25 ± 0,10	0,28 ± 0,11	0,29 ± 0,11
	В целом	2,63 ± 0,20	1,00 ± 0,24	0,94 ± 0,21	0,82 ± 0,20
Поведенческий		0,83 ± 0,12	0,25 ± 0,10	0,28 ± 0,11	0,24 ± 0,11
ПВА в целом		11,77 ± 0,46	4,40 ± 0,28	4,56 ± 0,31*	4,47 ± 0,26**

Примечание. Здесь и далее: \* — различия с основной группой достоверны ( $p < 0,05$ ); \*\* — различия с основной группой достоверны ( $p < 0,01$ )



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

Рис. 2. Динамика усредненной выраженности патологического влечения к алкоголю (ПВА) и его компонентов у обследованных из основной (А) и контрольной (Б) групп на протяжении лечения



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

Рис. 3. Динамика усредненной выраженности составляющих аффективного компонента патологического влечения к алкоголю (ПВА) у обследованных из основной (А) и контрольной (Б) групп на протяжении лечения

При покомпонентном сравнительном анализе было установлено, что указанные различия в интенсивности ПВА в целом были обусловлены меньшей выраженностью в основной группе аффективного и вегетативного компонента ПВА. Следует указать, что данные различия в степени выраженности аффективного и вегетативного компонентов ПВА были отмечены во время визита № 3, т. е. в конце лечения исследуемыми препаратами и касались, прежде всего, снижения тревоги и субдепрессии, а также увеличения продолжительности сна

и снижения частоты алкогольных сновидений у пациентов основной группы, которые получали Депривокс. Указанные положительные изменения выраженности отдельных составляющих ПВА сохранились на достоверном уровне и на этапе полной ремиссии, т. е. через 180 дней. Из приведенных наблюдений следует, что Депривокс на этапе поддерживающего противорецидивного лечения обеспечивает преимущество (в сравнении с лечением Амитриптилином) по части уменьшения интенсивности ПВА за счет снижения

степени вираженості його афективного і вегетативного компонентів.

Динаміка усереднених показателів депресії по шкалі Hamilton у обстежених основної і контрольної груп на протязі першого місяця лікування представлена в таблиці 3. Представлені усереднені дані чітко показують, що рівень депресії в обох групах порівняння на протязі лікування неуклонно знижувався, при цьому в основній групі це зниження відбувалося опережуючими темпами, що привело на візиті № 3 к достовірним розбіжностям в аналізованих групах порівняння, які збереглися і на візиті № 4.

Динаміка усереднених показателів реактивної і особистісної тривожності по Ч. Д. Спілбергеру — Ю. Л. Ханіну у обстежених основної і контрольної груп на протязі лікування представлена в таблиці 4. Як і при оцінці рівня депресії, на протязі лікування спостерігалося неуклонне зниження рівня як реактивної, так і особистісної тривожності, при цьому реактивна тривожність ослабвала в помітно більшій ступені, ніж особистісна, що легко пояснимо, оскільки перша обумовлена ситуаційно, а друга являється стійковою характеристикою особистості обстежуваного. Слід також відзначити, що в основній групі зворотне розвиток і ситуаційної і особистісної тривожності відбувалося опережуючими темпами, що привело на візитах № 3, 4 к достовірним розбіжностям в аналізованих групах порівняння.

ру — Ю. Л. Ханіну у обстежених основної і контрольної груп на протязі лікування представлена в таблиці 4. Як і при оцінці рівня депресії, на протязі лікування спостерігалося неуклонне зниження рівня як реактивної, так і особистісної тривожності, при цьому реактивна тривожність ослабвала в помітно більшій ступені, ніж особистісна, що легко пояснимо, оскільки перша обумовлена ситуаційно, а друга являється стійковою характеристикою особистості обстежуваного. Слід також відзначити, що в основній групі зворотне розвиток і ситуаційної і особистісної тривожності відбувалося опережуючими темпами, що привело на візитах № 3, 4 к достовірним розбіжностям в аналізованих групах порівняння.

Таблиця 3

Динаміка усереднених показателів депресії по Hamilton у обстежених на протязі лікування в основній і контрольній групах

Група	Усереднені рівні депресії, бали ( $M \pm m$ )			
	Візит № 1	Візит № 2	Візит № 3	Візит № 4
Основна група	9,11 ± 0,90	6,77 ± 0,75	3,06 ± 0,58	2,13 ± 0,29
Контрольна група	8,50 ± 0,81	7,60 ± 0,90	5,94 ± 0,93*	4,24 ± 0,66**

Таблиця 4

Динаміка показателів реактивної і особистісної тривожності по Ч. Д. Спілбергеру — Ю. Л. Ханіну у обстежених пацієнтів на протязі лікування в основній і контрольній групах

Група	Усереднені рівні тривожності, бали ( $M \pm m$ )			
	Візит № 1	Візит № 2	Візит № 3	Візит № 4
<b>Реактивна тривожність</b>				
Основна група	68,07 ± 2,26	51,86 ± 2,41	41,32 ± 2,04	35,18 ± 1,82
Контрольна група	63,23 ± 1,90	55,85 ± 2,21	49,72 ± 2,43*	43,35 ± 2,35**
<b>Особистісна тривожність</b>				
Основна група	43,51 ± 1,92	40,22 ± 1,82	34,27 ± 2,28	29,79 ± 2,14
Контрольна група	47,97 ± 2,14	45,95 ± 2,07	44,00 ± 2,08*	40,65 ± 2,06**

Приведені спостереження свідчать про те, що Депривокс надає достовірне позитивне вплив на афективний статус пацієнтів (в порівнянні з терапією Амитриптилином).

Як відомо, одним з найважливіших принципів доказової медицини є її орієнтація на кінцевий результат. В якості кінцевого результату приймається виживаність (для захворювань з високим безпосереднім ризиком смерті) і якість життя (для всіх інших захворювань). Саме тому в рамках цього дослідження велику увагу приділялося відслідковуванню динаміки якості життя на протязі всього періоду формування ремісії. Було встановлено, що на момент початку лікування практично всі показники якості життя (за винятком соціо-емоційної, суспільної і службової підтримки) були суттєво знижені. Однак, з формуванням терапевтичної ремісії показники якості життя стали поступово зростати, при цьому найбільший ріст спостерігали ті з них, які на момент початку лікування мали особливо низький рівень. В результаті, вже кінця другого місяця лікування (візит № 3) показники якості життя пацієнтів обох груп

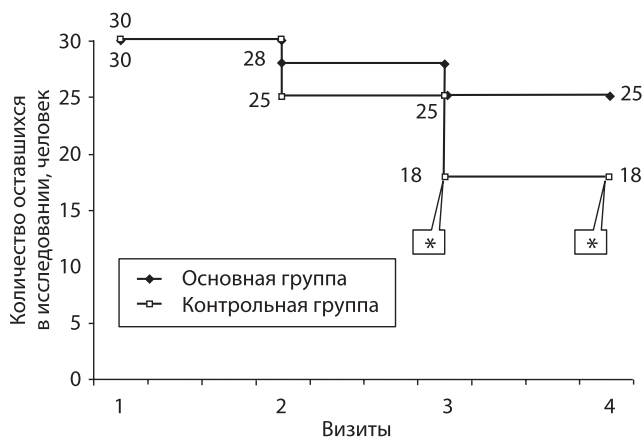
порівняння досягли рівня, властивого практично здоровим людям, і стали ще більш стабільними кінця спостереження, на 180-й день (табл. 5).

Тем не менше, деякі розбіжності між пацієнтами, що належать до різних груп порівняння залишилися. Так, у пацієнтів, що отримували Депривокс, такі показники якості життя, як психоемоційне благополуччя, соціо-емоційна підтримка, можливість самореалізації і загальне сприйняття якості життя були достовірно ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у пацієнтів, що отримували Амитриптилін. Характер змін показників якості життя, по яким спостерігалися зазначені розбіжності, свідчає про більшу терапевтичну ефективність препарату Депривокс порівняно з препаратом Амитриптилін.

Динаміка вибуття пацієнтів з терапевтичної програми на протязі першого місяця лікування в вигляді «кривих дожиття» по методу Каплан-Мейєра представлена на малюнку 4, з якого слід, що суттєві і всі зростаючі розбіжності між групами порівняння по ознаці приверженості пацієнтів до терапії спостерігалися на етапі протиповторного лікування.

Динамика показателей качества жизни (по J. E. Mezzich) больных на протяжении лечения в основной и контрольной группах

Показатели качества жизни	Величины показателей качества жизни, баллы ( $M \pm m$ )			
	Визит № 1	Визит № 2	Визит № 3	Визит № 4
<b>Основная группа</b>				
I. Физическое благополучие	3,60 ± 0,19	4,80 ± 0,16	6,57 ± 0,36	7,71 ± 0,39
I. Физическое благополучие	3,93 ± 0,20	4,81 ± 0,21	6,38 ± 0,34	7,88 ± 0,31
II. Психологическое и эмоциональное благополучие	3,71 ± 0,23	5,23 ± 0,20	8,59 ± 0,24	10,01 ± 0,12
III. Самообслуживание	4,08 ± 0,33	6,24 ± 0,25	8,02 ± 0,19	9,76 ± 0,22
IV. Трудоспособность	4,13 ± 0,26	5,40 ± 0,23	7,11 ± 0,29	7,95 ± 0,25
V. Межличностное взаимодействие	5,17 ± 0,31	6,31 ± 0,23	7,90 ± 0,13	9,27 ± 0,18
VI. Социально-эмоциональная поддержка	5,97 ± 0,33	7,32 ± 0,24	8,65 ± 0,14	9,10 ± 0,14
VII. Общественная и служебная поддержка	7,23 ± 0,22	7,56 ± 0,18	7,08 ± 0,18	8,30 ± 0,20
VIII. Самореализация	6,74 ± 0,33	6,58 ± 0,28	7,81 ± 0,30	8,98 ± 0,24
IX. Духовная реализация	4,80 ± 0,27	5,94 ± 0,21	7,53 ± 0,15	9,01 ± 0,16
X. Общее восприятие качества жизни	5,37 ± 0,16	6,48 ± 0,14	8,07 ± 0,14	9,36 ± 0,17
<b>Контрольная группа</b>				
I. Физическое благополучие	3,60 ± 0,19	4,80 ± 0,16	6,57 ± 0,36	7,71 ± 0,39
II. Психологическое и эмоциональное благополучие	3,83 ± 0,21	5,40 ± 0,17	7,18 ± 0,37*	8,35 ± 0,36**
III. Самообслуживание	3,53 ± 0,27	5,50 ± 0,23	7,80 ± 0,40	9,53 ± 0,21
IV. Трудоспособность	4,43 ± 0,28	5,42 ± 0,27	6,66 ± 0,39	7,53 ± 0,39
V. Межличностное взаимодействие	4,63 ± 0,27	6,23 ± 0,20	7,94 ± 0,37	9,29 ± 0,21
VI. Социально-эмоциональная поддержка	7,20 ± 0,41	8,05 ± 0,33	8,35 ± 0,38*	9,00 ± 0,21**
VII. Общественная и служебная поддержка	7,40 ± 0,27	8,03 ± 0,25	8,06 ± 0,43	8,53 ± 0,31
VIII. Самореализация	6,07 ± 0,31	6,52 ± 0,25	6,81 ± 0,39*	7,24 ± 0,37**
IX. Духовная реализация	5,07 ± 0,29	6,43 ± 0,27	7,61 ± 0,36	8,71 ± 0,24
X. Общее восприятие качества жизни	5,09 ± 0,13	6,26 ± 0,12	7,44 ± 0,34	8,43 ± 0,16*



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

Рис. 4. Динамика выбытия пациентов из терапевтической программы на протяжении лечения

В основной группе (получавших Депривокс) три пациента заявили о своем желании прервать лечение уже на втором визите (т. е. через 30 дней лечения), мотивируя это «отличным самочувствием и отсутствием тяги к алкоголю», еще два пациента выбыло между 2-м и 3-м визитами. В то же время в контрольной группе

(получавших препарат Амитриптилин) сразу пять пациентов прервали лечение еще между 1-м и 2-м визитами (т. е. на первом месяце лечения), еще семь — между 2-м и 3-м визитами (т. е. на втором месяце лечения). Из сказанного можно заключить, что во время формирования ремиссии Депривокс обеспечивает достоверно большую приверженность пациентов терапии, чем Амитриптилин.

В период приема препарата Депривокс в суточной дозе 100 мг на протяжении 60-ти дней у двух пациентов отмечалась тошнота в первые три дня приема препарата, еще у двух пациентов — головокружение и нарушение координации в те же сроки. Следует отметить, что данные явления не стали достаточной причиной для прекращения лечения. При дальнейшем приеме препарата указанные нежелательные явления исчезли. Других нежелательных эффектов препарата отмечено не было.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Депривокс оказывает антикревинговый эффект, поскольку способствует редукции патологического влечения к алкоголю за счет достоверного ( $p < 0,01$ ) снижения интенсивности его аффективного и вегетативного компонентов, оцененных при помощи глоссария Н. В. Чередниченко — В. Б. Альшулера.

2. Депривокс достоверно ( $p < 0,01$ ) ускоряет (в сравнении с терапией Амитриптилином) обратное развитие

аффективных расстройств за счет преципитированного снижения уровней реактивной тревоги, личностной тревожности и депрессии.

3. По результатам анализа выбытия пациентов из терапевтической программы, поддерживающего противорецидивного лечения следует констатировать, что прием препарата Депривокс обеспечивает более чем двукратное (при  $p < 0,05$ ) улучшение комплаентности пациентов (их способности к терапевтическому сотрудничеству с врачом), чем Амитриптилин. К концу двухмесячного лечения из группы пациентов, принимавших Депривокс ( $n = 30$  человек), выбыло только 5 пациентов, в то время как из группы пациентов, принимавших Амитриптилин ( $n = 30$  человек), выбыло 12 человек.

4. У пациентов, получавших Депривокс, показатели самооценки физического благополучия, трудоспособности, возможность самореализации и показателя качества жизни в целом были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у пациентов, получавших Амитриптилин.

5. Прием препарата Депривокс не сопровождался нежелательными явлениями. Препарат хорошо переносился и не оказывал негативного влияния на самочувствие и качество жизни пациентов.

6. Депривокс показал себя эффективным и безопасным средством противорецидивной, антикревлинговой терапии.

#### Список литературы

1. Mokasa, H. Clinical study on the anti-alcoholic action of Cyanamide (I) / H. Mokasa // The Journal of the Kurume Medical Association. — 1959; 22, 1632.
2. Mokasa, H. Clinical study on the anti-alcoholic action of Cyanamide (II) / H. Mokasa // Clinical Psychiatry. — 1960; 2, 23.

*О. І. Мінко, д-р мед. наук, зав. відділом алкоголізму,  
І. В. Лінський, д-р мед. наук, зав. відділом наркоманії  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### Антикревлингове протирецидивне лікування осіб, які залежать від алкоголю

Депривокс справляє редукцію патологічного потягу до алкоголю за рахунок достовірного ( $p < 0,01$ ) зниження інтенсивності його афективного і вегетативного компонентів. Депривокс достовірно ( $p < 0,01$ ) прискорює зворотний розвиток афективних розладів за рахунок зниження рівнів реактивної тривоги, особистісної тривожності і депресії. Результати аналізу вибуття пацієнтів із терапевтичної програми підтримуючого протирецидивного лікування свідчать про те, що Депривокс забезпечує більш ніж двократне (при  $p < 0,05$ ) поліпшення комплаентності пацієнтів, ніж Амитриптилін. До кінця двомісячного лікування з групи пацієнтів, які приймали Депривокс ( $n = 30$  людина), вибуло тільки 5 пацієнтів, тоді як з групи пацієнтів, які приймали Амитриптилін ( $n = 30$  людина), вибуло 12 осіб. У пацієнтів, які одержували Депривокс, показники самооцінки фізичного благополуччя, працездатності, можливості самореалізації і показник якості життя в цілому були достовірно ( $p < 0,05$ ) вищими, ніж у пацієнтів, які одержували Амитриптилін. Прийом препарату Депривокс не супроводжувався небажаними проявами. Депривокс показав себе ефективним і безпечним засобом протирецидивної, антикревлингової терапії.

*Ключові слова:* Депривокс, антикревлингове протирецидивне лікування, алкоголь

3. Mokasa, H. Studies on the physiological anti alcoholic effects of Cyanamide and its clinical application / H. Mokasa // Psychiatr. Neurol. Jap. — 1962; 64, 469.

4. Swift, R. M. Лекарственная терапия алкогольной зависимости / R. M. Swift // Журнал Обзор современной психиатрии. — 2001, вып. 3 (11). — С. 61—70.

5. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy / [Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, S. B., & Godley, M.] / J. Behavior. Ther. Experim. Psychiatry. — 1982; 13: 105—12.

6. Наркология / [Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е.]. — М.: Изд-во «Бином»; СПб.: Изд-во «Невский диалект», 1998. — 320 с.

7. Минко, А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. — М.: Эксмо 736 с., 2004.

8. Чередниченко, Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альшулер // Ж.: Вопросы наркологии. — М., 1992. — № 3—4. — С. 14—17.

9. Основы психодиагностики: под ред. Шмелева А. Г. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996.

10. Пишель, В. Я. Стандартный инструментарий для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения / В. Я. Пишель, Ю. А. Блажевич // Архів психіатрії. — 2001. — № 4(27). — С. 93—96.

11. Validization an efficient quality life index / [Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason et al.]: Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds». — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. — P. 427—428.

12. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. — М.: «Медиа Сфера», 1998. — 345 с.

13. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев: «Моріон», 2000 — 320 с.

14. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

*Надійшла до редакції 18.05.2011 р.*

*A. I. Minko, MD, PhD, Head of Department of Alcoholism,  
I. V. Linskyi, MD, PhD, Head of Department of Drug Addictions  
State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine» (Kharkiv)*

#### Anticraving, antirelapse treatment of alcohol depended persons

Deprivoxe (Fluvoxamine) realizes reduction of pathological craving to alcohol due to the reliable ( $p < 0.01$ ) decreasing of its emotional and vegetative components intensity. Deprivoxe reliable ( $p < 0.01$ ) accelerates reverse development of emotional disorders due to the decreasing of levels of reactive alarm, personality anxiety and depression. The results of the analysis of patient's dropout from the therapeutic program lets come to conclusion that Deprivoxe provides more than double ( $p < 0.05$ ) increasing of patients' complains than Amitriptylin. Only 5 patients left the group ( $n = 30$  man) with Deprivoxe-based therapeutic program to the end of two-month period of treatment, and 12 persons left the group ( $n = 30$  man) with Amitriptylin-based therapeutic program during the same period of time. The indexes of self-appraisal of physical prosperity, ability to work, possibility of self-realization and quality of life in general in patients with Deprivoxe-based therapeutic program were reliable ( $p < 0.05$ ) higher, than in patients with Amitriptylin-based therapeutic program. The administration of the Deprivoxe was not accompanied with side effects. Deprivoxe declared oneself as an effective and safe medicine for antirelapse, anticraving treatment.

*Key words:* Deprivoxe, anticraving, antirelapse treatment, alcohol.