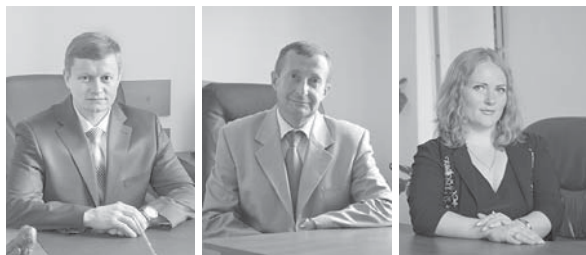


УДК 616.89-008.441.13.001



В. И. Пономарёв

В. В. Слюсарь

Д. Н. Волошина



Д. В. Лебединец

В. И. Вовк

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АРМАДИН» У ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯНИЕМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

В. И. Пономарёв, В. В. Слюсарь, Д. Н. Волошина,
Д. В. Лебединец, В. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. В статье приведены современные данные о проблеме алкоголизма и синдрома алкогольной зависимости, описан патогенез состояния алкогольной зависимости и абстиненции. Показана эффективность препарата с выраженным антиоксидантным антигипоксантным действием – «Армадин» – при состоянии отмены алкоголя. Высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, вегетостабилизирующее и транквилизирующее действие препарата, отсутствие побочных эффектов и безопасность применения позволили рекомендовать препарат для лечения больных алкоголизмом.

Ключевые слова: алкоголь, синдром отмены, лечение, Армадин.

Введение

Алкоголь является наиболее широко используемым и наиболее употребляемым психоактивным веществом в обществе: в России, Украине [1–5], Беларуси [6], в странах Европы и в Америке [8–10]. Алкогольная зависимость (АЗ) согласно МКБ-10 определяется как «психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ» [10, 11]. На рубеже веков мировая медицинская наука единогласно признала АЗ одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями [12, 13].

Состояние отмены алкоголя (СОА) – алкогольный абстинентный синдром – характеризуется группой вегетативных, соматических, неврологических и психических симптомов различной степени тяжести, проявляющихся (в различных сочетаниях) после полного или частичного прекращения приема алкоголя на фоне определенного периода его постоянного употребления.

Признаки синдрома отмены формируются в период от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длятся от 2–3 дней до 2–3 недель. Несмотря на кажущуюся быстротечность, состояние отмены алкоголя сопровождается выраженными патологическими изменениями жизненно

важных органов и систем: перевозбуждением симпатического отдела нервной системы с избыточной продукцией гормонов надпочечников, приводящих к нарушениям функции мозговых структур, имеющих отношение к эмоциональной сфере и механизмам памяти.

Согласно критериям DSM-4 признаки СОА включают тревогу, тремор, головную боль, дезориентацию, агитацию, делирий, галлюцинации (тактильные, зрительные и звуковые), бессонницу, анорексию, тошноту, рвоту, обильное потоотделение (диафорез), гиперрефлексию, тахикардию, артериальную гипертензию, судороги, субфебрильную температуру и гипервентиляцию.

По определению, у пациента, который отказался от приема алкоголя или резко уменьшил его дозу после длительного злоупотребления, должны иметь место два или более пунктов из следующих: признаки автономной гиперактивности (потливость, тахикардия), тремор рук, бессонница, тошнота или рвота, преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии, психомоторное возбуждение, тревога и тонико-клонические судороги. Обычно СОА протекает легко и не требует лечения, но в некоторых случаях может сопровождаться развитием судорожных приступов и delirium tremens, который характеризуется выраженными гиперadrenergическими симптомами,

дезориєнтацією, порушенням уваги і свідомості, галюцинаціями.

В патогенезі психічних розладів при алкогольних психозах велику увагу приділяють порушенням гліколізу і утилізації глюкози клітками головного мозку, недостаточністю холінергічної медіації і зміною обміну катехоламінів (в першу чергу, дофаміна), накопленні глутамату в клітках мозку, порушеннями нейтралізації і виведення з організму продуктів білкового обміну (амміаку).

Патогенез стану алкогольної залежності і абстиненції комплексний. Алкоголь впливає на різні системи нейромедіаторів в головному мозку. Так, «остроє» введення алкоголю призводить до блокади NMDA-рецепторів (рецептори до N-метил-D-аспартату), що призводить до зниження збудливої глутаматергічної трансмісії і до потенціювання GABA-A-рецепторів (рецептори до γ -аміномасляної кислоти). При довготривалому прийомі алкоголю кількість NMDA-рецепторів зростає, а кількість GABA-рецепторів, навпаки, зменшується. Це призводить до розвитку толерантності. При абстиненції підвищується функція NMDA-рецепторів, а GABA – навпаки, зменшується, що призводить до розвитку різноманітних проявів СОА.

С електрофізіологічної точки зору порушення функцій рецепторів до нейромедіаторів виражаються в відсутності інгібуючих постсинаптичних потенціалів і токів. Крім того, потенціал-залежний входячий ток кальцію модулює вивільнення нейромедіаторів і експресію генів, які регулюють утворення протеїнових рецепторів NMDA і GABA; довготривале вживання алкоголю підвищує експресію потенціал-залежних кальцієвих каналів і робить свій внесок у розвиток толерантності і СОА.

Підвищення норадренергічної активності спостерігали на ранніх стадіях СОА, що в разі скасування може бути причиною симпатическої гіперактивності. Роль серотоніну менш зрозуміла, але було показано, що на різних стадіях СОА рівні цього медіатора у вживаючих алкоголь є нижчими, ніж у пацієнтів групи контролю.

Таким чином, хронічний алкоголізм призводить до грубих порушень функціонування мозку, особливо різко виражені в перші дні після припинення вживання спиртних напоїв. В основі цих уражень лежать зміни практично всіх видів нейромедіації. Вряді досліджень була продемонстрована пряма кореляція між виражені-

ністю окислювального стресу (маркерами якого є підвищення малонового діальдегіду і зниження активності СОД) і тяжкістю СОА. Також цікаві дані про те, що інтенсифікація дофамінергічної трансмісії при СОА може грати роль в патогенезі галюцинацій [13–17].

При затяжному перебігу алкогольного делірія в більшості випадків має місце поліорганна недостаточність, фактором декомпенсації якою є порушення центральної регуляції [14–17]. В умовах виникаючих ускладнень необхідно призначати препарати з вираженим антиоксидантним і антигіпоксантичним дією. Серед існуючих препаратів цієї групи в сучасній медицині увагу приділяють препаратам з комплексним дією, наприклад, етилметилгідроксипіридину сукцинату (ЕМГПС).

«ЕМГПС – препарат з унікальним клініко-фармакологічним спектром. В його основі лежить своєрідний «тройний» механізм дії даного засобу, що включає в себе вплив на процеси окислювального метаболізму нейронів. Важливо підкреслити, що це вплив стосується корекції базових біохімічних процесів в мозку, порушених в результаті дії ішемічного фактора, і включає: 1) пряме антиоксидантне діє (зв'язування утворених в умовах гіпоксії вільних радикалів – активних форм кисню і гідроперексидів) і захист нейронних мембран (зовнішніх і внутрішніх – мітохондріальних), що сприяє реалізації протективного ефекту в відношенні основних мембранно-зв'язаних ферментів (аденілатциклази, фосфодіестерази і др.); 2) непряме антиоксидантне діє (активація природної антиоксидантної системи – ферментів каталази і супероксиддисмутази, а також біосинтезу глутатіону); 3) активацію вільного зв'язування циклу Кребса – фермента сукцинатдегідрогенази і, відповідно, сукцинатзалежних реакцій, безпосередньо визначаючих накоплення макроергічних фосфатів (АТФ, АДФ) і зниження концентрацій лактату».

Призначення «Армадіна» пацієнтам з станом скасування алкоголю може сприяти зменшенню об'єктивної і суб'єктивної симптоматики з боку головного мозку і покращенню якості життя пацієнтів внаслідок благотворного впливу на патогенетичні механізми окислювального стресу, що призводить до ослабленню СОА. Крім того, вплив «Армадіна» на рівень дофаміну в нервовій тканині

может влиять на частоту развития продуктивной психической симптоматики.

Цель исследования

Оценка эффективности и переносимости лекарственного средства «Армадин», раствора для инъекций, применяемого по следующей схеме: первые трое суток – внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки; с четвертых по восьмые сутки – внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»; с девярых суток по двадцать третьи сутки – «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8:00 и 18:00) в комплексном лечении пациентов с состоянием отмены алкоголя в сравнении с группой пациентов, получающих только базисную терапию.

Задачи исследования

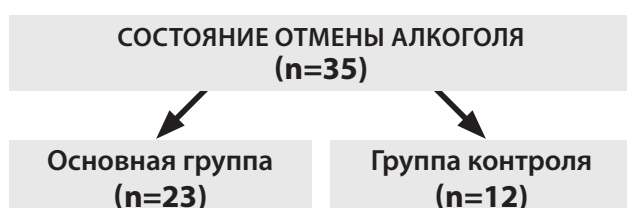
- изучить терапевтическую эффективность исследуемого препарата у больных с состоянием отмены алкоголя;
- изучить переносимость и возможные побочные явления исследуемого препарата;
- сравнить результаты применения препарата, полученные в основной и контрольной группах, и оценить эффективность комплексной терапии с применением лекарственного средства «Армадин».

Материалы и методы исследования

На клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, а именно КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», было обследовано 35 пациентов в возрасте $38,35 \pm 0,96$ лет с состоянием отмены алкоголя. Испытуемые, отобранные для участия в исследовании, были разделены на две группы: I группа – 23 пациента, которые наряду с классическим протоколом лечения СОА получали «Армадин», II группа – 12 пациентов, получавшие лечение по классическому протоколу без приема «Армадина» (схема 1).

Схема 1

Распределение обследуемых пациентов на группы исследования



- 1 группа – пациенты с состоянием отмены алкоголя, получавшие «Армадин»;
2 группа – пациенты с состоянием отмены алкоголя, не получавшие «Армадин».

Критерии включения:

- состояние отмены алкоголя;
- возраст 20–55 лет;
- способность прочитать и осознать содержание информационного письма, сопровождавшего форму информированного согласия на участие в исследовании;
- письменное информированное согласие пациента и/или законного представителя на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- использование ноотропных, психотропных препаратов;
- онкологические заболевания;
- гипотиреоз и тиреотоксикоз;
- ИБС, подтвержденная инструментально (ЭКГ, коронарография);
- нарушения ритма, требующие медикаментозной коррекции (фибрилляция предсердий);
- СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м²;
- печеночная недостаточность (повышение уровня АСТ/АЛТ в 3 раза);
- анемия: гемоглобин менее 110 г/л;
- пациенты с геморрагическим инсультом;
- артериальная гипотензия (АД систолическое менее 90 мм. рт. ст.);
- брадикардия (ЧСС менее 50 уд/мин);
- пациенты с декомпенсированным сахарным диабетом;
- наличие сопутствующих декомпенсированных заболеваний или острых состояний, способных, по мнению исследователя, существенно повлиять на результаты исследования;
- индивидуальная непереносимость препарата;
- невозможность выполнить требования исследования по любой другой причине.

Условия выбывания пациентов из исследования:

- индивидуальная непереносимость исследуемого препарата;
- возникновение у пациента в ходе исследования тяжелых и/или неожиданных побочных явлений;
- значительное ухудшение общего состояния в период исследования;
- отказ пациента и/или законного представителя от участия в исследовании.

Методы исследования:

- клиничко-психопатологический;
- психодиагностический: шкалы и опросники;
- шкала оценки состояния отмены алкоголя клинического института фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar);
- госпитальная шкала депрессии (HADS-D);
- оценка качества жизни по методике Mezzich;
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций;
- дневник контроля АД и ЧСС;

**Протокол исследования эффективности препарата «Армадин» у пациентов
с состоянием отмены алкоголя**

Показатели	1-е сутки	2-е сутки	3-е сутки	5-е сутки	10-е сутки	21-е сутки
Консультация невропатолога	+	-		+	+	
Дневник контроля АД и ЧСС	+	+	+	+	+	+
Шкала оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar)	+	+	+	+	+	+
Госпитальная шкала депрессии (HADS-D)	+	+	+	+	+	+
Оценка качества жизни по методи- ке Mezzich	+	+	+	+	+	+
Монреальская шкала оценки ког- нитивных функций	+	+	+	+	+	+
ОАК	+	+	+	+	+	+
ОАМ	+		+		+	+
АЛТ, АСТ	+		+		+	+
Креатинин	+	+	+		+	+

- лабораторные методы исследования;
- общеклинические (ОАК, ОАМ);
- биохимические (АСТ, АЛТ, креатинин);
- консультация невропатолога.

Исследование начинали в первые сутки после отмены алкоголя. Больных обследовали до начала терапии, затем в течение трех суток дважды в день, затем – на пятые, десятые и двадцать первые сутки терапии (табл. 1).

Всем пациентам основной группы вводили «Армадин» по следующей схеме:

1) первые трое суток: внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;

2) с четвертых по восьмые сутки: внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»;

3) с девярых суток до двадцать третьи сутки: «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8.00 и 18.00).

Больным контрольной группы проводили только традиционную комплексную терапию.

Критерии эффективности терапии:

1. Основные:

- уменьшение суммы баллов согласно опроснику оценки состояния отмены алкоголя клинического института фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar);
- уменьшение суммы баллов по госпитальной шкале депрессии (HADS-D);
- увеличение суммы баллов при оценке качества жизни по методике Mezzich;
- увеличение суммы баллов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.

2. Дополнительные:

- улучшение показателей АД и ЧСС;
- улучшение показателей общеклинических (ОАК, ОАМ), биохимических (АСТ, АЛТ, креатинин) лабораторных методов исследования.

Для оценки выраженности алкогольного абстинентного синдрома применялась шкала оценки синдрома отмены алкоголя клинического института фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar) [18]. Инструмент позволял оценить 10 параметров: потливость, тревогу, тремор, нарушения слухового восприятия, нарушения зрительного восприятия, ажитацию, тошноту, нарушения тактильного восприятия, головную боль, ориентировку и состояние сенсорной сферы. Каждый параметр определяет выраженность. Инструмент обладает высокой валидностью и надёжностью.

Результаты исследования и их обсуждение

У 33 (94,40%) пациентов наблюдалось состояние отмены алкоголя неосложнённое (F10.40), у 1 (2,80%) пациента развилось состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40), у 1 (2,80%) пациента развилось состояние отмены алкоголя с делирием и судорожным синдромом (F10.41).

Значительная часть обследуемых лиц страдала коморбидной патологией: у 13 пациентов (37,00%) выявлены сопутствующие наркологические зависимости (канабис, опиоиды, полинаркомания), у пяти пациентов (14,00%) – сопутствующие аффективные расстройства; выявлены лица страдали соматоформными (F45) (n = 8; 22,80%) и невротическими расстройствами (F48) (n = 9; 25,70%), шизоаффективными расстройствами (F25)(n=1; 2,80%).

У всех испытуемых наблюдались умеренные отклонения в общем состоянии (CIWA-Ar), у 24,00% испытуемых отмечались легкая депрессия (HADS-D), умеренное тревожное состояние (CIWA-Ar), умеренная алкогольная

зависимость и признаки социальной дезадаптации Mezzich [19]. 18,00 % обследованных были разведены, 41,00 % неженаты (не замужем), занимались в основном неквалифицированным трудом и страдали алкогольной зависимостью.

У всех больных отмечалась патология печени разной степени выраженности, которая подтверждалась клиническими данными и лабораторными исследованиями. Подавляющее большинство пациентов отмечали тяжесть в эпигастральной области и правом подреберье, отрыжку, тошноту, чувство переполнения желудка, метеоризм, периодические поносы, зуд кожных покровов, который не был обусловлен наличием кожного заболевания. Также у больных отмечались клинические признаки патологии поджелудочной железы, заболевания лёгких (пневмония, бронхит), токсическая и дисциркуляторная энцефалопатия, полинейропатия, судорожный синдром в состоянии отмены алкоголя.

Скрининг лабораторных показателей выявил умеренно выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг формулы влево у подавляющего большинства больных (88,50 %), умеренно выраженную анемию – у 21,50 % больных, выраженную анемию у 3,75 % больных. Содержание билирубина (как прямого, так и непрямого) в большинстве случаев было в пределах нормы или незначительно повышено (у 12,00 % больных). Активность трансаминаз в большинстве своём была повышена. Повышение амилазы крови наблюдалось в 7,50 % случаев. Общее содержание белка, глюкозы, креатинина в крови в большинстве случаев не выходило за пределы показателей соответствующих вариантов нормы.

В результате проводимого лечения по всем параметрам наблюдалось улучшение показателей общего состояния и настроения на протяжении всего периода наблюдений, особенно заметное в группе пациентов, получающих «Армадин» (рис. 1, табл. 2).

Так, тревога у пациентов основной группы, получавших «Армадин», нивелировалась уже на третий день, в то время как пациенты, не получавшие «Армадин», выявляли тревогу и на пятые сутки лечения; тремор в основной группе нивелировался уже на вторые сутки, в контрольной же – только на пятые.

Несмотря на тот факт, что в группу пациентов, получавших «Армадин», попал пациент с состоянием отмены алкоголя с делирием и судорожным синдромом, в то время, как в контрольную – с состоянием отмены алкоголя с делирием без судорог, нарушения слухового, зрительного и тактильного восприятия были менее выражены и быстрее уходили у пациента, который наряду с комплексом традиционной терапии получал «Армадин» (табл. 2).

Качество жизни пациентов, которое оценивалось с помощью методики Mezzich, также выявило положительную динамику, особенно выраженную в основной группе исследования (рис. 2).

В процессе лечения купировалась психопатологическая симптоматика, основными проявлениями которой были психомоторное возбуждение, страх (тревога), галлюцинаторные и бредовые переживания. После купирования острого состояния отмены алкоголя у многих больных отмечался психоорганический синдром, основными проявлениями которого были общее снижение памяти,

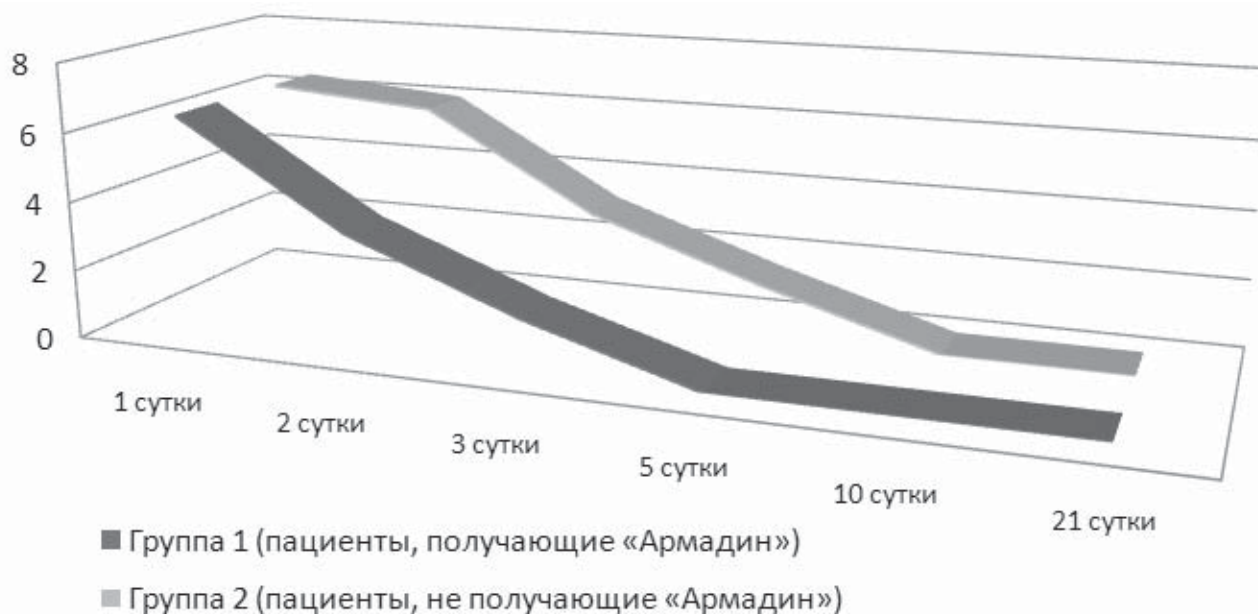


Рис. 1. Динамика средних значений параметров шкалы оценки синдрома отмены алкоголя клинического Института фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar)

Таблиця 2
Динамика нивелирования симптомов состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar)

Параметр CIWA-Ar	Основная группа, сутки	Контрольная группа, сутки
Потливость	2	5
Тревога	3	6
Тремор	2	5
Нарушения слухового восприятия	3	5
Нарушения зрительного восприятия	5	7
Ажитация	3	6
Тошнота	3	5
Нарушения тактильного восприятия	3	5
Головная боль	5	6
Ориентировка, нарушение ясности сознания	3	4

фиксационная амнезия, благодушный фон настроения, неполная ориентировка во времени и месте. Указанные нарушения в ряде случаев были транзиторными и существенно редуцировались в результате проводимого лечения. Выраженность психоорганического синдрома, его стойкость были выше в группе не получавших «Армадин». Для большинства больных была характерна постпсихотическая астения, которая была менее выражена и быстрее редуцировалась у больных, которые получали «Армадин». У 16 пациентов (45,70%) отмечалась полинейропатия, проявления ко-

торой частично редуцировались после лечения. Скорость редукции проявлений нейропатии была значительно выше у больных, получавших «Армадин». Уменьшались или полностью исчезали диспептические явления, боли (неприятные ощущения) в животе.

В процессе лечения происходило значительное снижение АСТ и АЛТ. При этом в группе больных, получавших «Армадин», происходила более быстрая нормализация этих показателей, что, вероятно, свидетельствует о выраженном гепатопротекторном действии этого препарата.

В ходе исследования при применении «Армадина» побочных эффектов не отмечалось, выбывших из исследования не было, все 35 пациентов, включенных в исследование, завершили полный курс терапии.

Положительное влияние на астеническую симптоматику, острый психоорганический синдром, очевидно, связано с выраженным ноотропным действием и уменьшением действия экзогенных и эндогенных токсических факторов. Гепатопротекторное и ноотропное действие препарата «Армадин» позволяет применять большие дозы психотропных препаратов, что облегчает оказание помощи больным в состоянии алкогольного делирия.

Выводы

Проведенное нами исследование показало терапевтическую эффективность и безопасность «Армадина» при купировании состояния отмены алкоголя. Комплексное терапевтическое действие препарата (гепатопротекторное, ноотропное, антиоксидантное) сокращало длительность по-

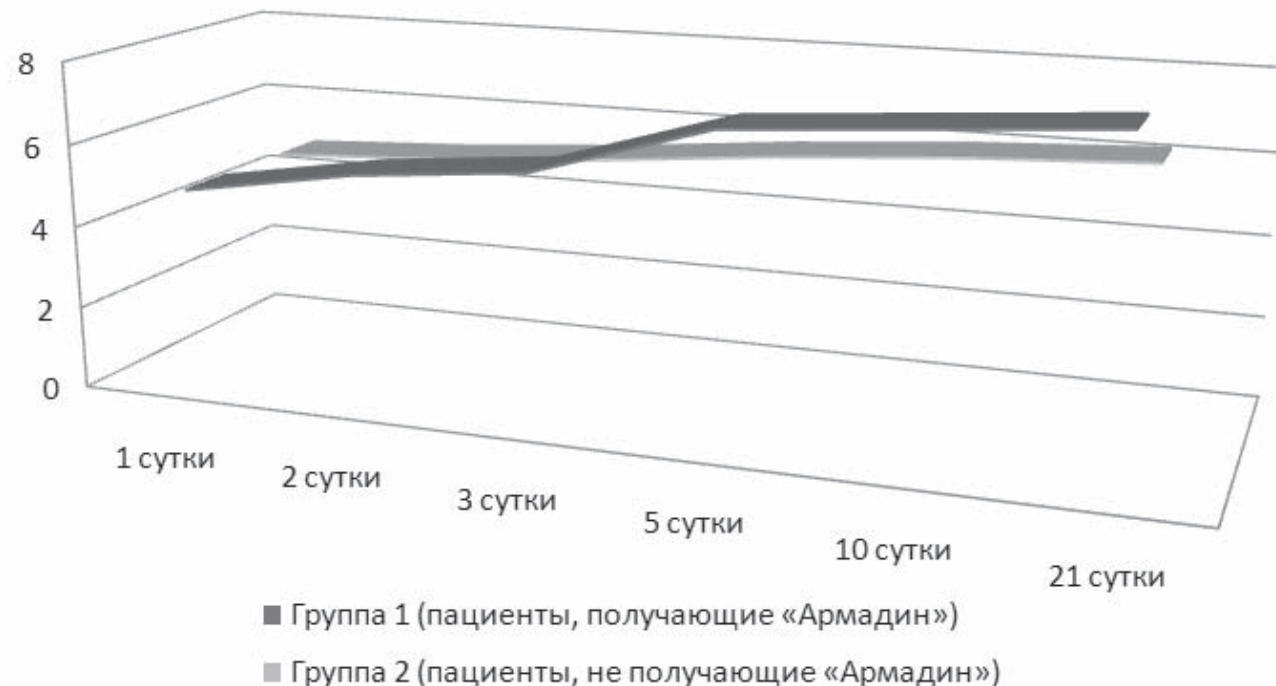


Рис. 2. Динамика средних значений показателей качества жизни в группах сравнения

стпсихотической астении, что облегчало реабилитационные мероприятия.

Применение «Армадина» у больных с состоянием отмены алкоголя с делирием способствовало более быстрой нормализации показателей активности ферментов крови.

Включение «Армадина» в комплексное лечение больных в состоянии отмены алкоголя позволяло существенно снизить проявления алкогольной полинейропатии.

Назначение «Армадина» пациентам с состоянием отмены алкоголя способствовало уменьшению объективной и субъективной симптоматики со стороны головного мозга и улучшению качества жизни пациентов вследствие благотворного воздействия на патогенетические механизмы оксидативного стресса, что приводило к ослаблению СОА.

Применение «Армадина» снизило проявление продуктивной симптоматики и ускорило процесс её нивелирования, что может

быть связано как с тройным механизмом действия препарата, так и с его влиянием на уровень дофамина.

Высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, вегетостабилизирующее и транквилизирующее действие препарата, отсутствие побочных эффектов и безопасность применения «Армадина» позволяют рекомендовать его для включения в комплексные терапевтические программы при лечении состояний отмены алкоголя.

«Армадин» рекомендовано применять по следующей схеме:

1) первые трое суток: внутривенно струйно по 300 мг раствора «Армадина» на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;

2) с четвертых по восьмые сутки: внутримышечно по 300 мг раствора «Армадина»;

3) с девярых по двадцать третьи сутки: «Армадин лонг» 300 мг по 1 таблетке 2 раза в день (в 8:00 и 18:00).

Литература

1. Bogomolec' O. V., Pinchukl. Ja., Druz'O.V., Haustova O.O. [etal.] Optyimizacija pidhodiv do nadannja psyhiatrychnoi' dopomogy vidpovidno do suchasnyh potreb uchasykyv bojoyv dij: Metodychni rekomendacii' [Optimization approaches to psychiatric care in accordance with modern requirements combatants: Guidelines]. Kiev, 2014, 46 p. (In Ukr.)
2. Naprjejenko O. K., Zhyvotovs'ka L. V., Petrova N. Ju., Rahman L. V. [ed. O. K. Naprjejenko] Narkologija. Psyhichni ta povedinkovi rozlady, sprychyneni zlovzhyvannjam psyhoaktyvnymy rečovynamy [Narcology. Mental and behavioral disorders caused by substance abuse]. Kiev, Health Publ., 2011, 207 p. (In Ukr.)
3. Linskiy I. V., Kazakova S. E., Minko A. I. [et. al.] Vzaimootnosheniya mezhdz zavisimost'yu ot psikhоaktivnykh veshchestv i indeksom chelovecheskogo razvitiya v Ukraine, 1999-2010. Vozmozhnosti prognoza [The relationship between substance dependence and the index of human development in Ukraine, 1999-2010. Opportunities forecast]. Mezhdunarodnyy nauchno-prakticheskiy zhurnal psikhiiatrii, psikhoterapii i klinicheskoy psikhologii [International Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology], 2013, no.3(13), pp. 36-44. (In Russ.)
4. Nemtsov A. V., Shelygin K. V., Zaplatkin I. A., Rastegaeva E. S., Ryzhkova N. V. Polyarno-ekvatorial'nyy temperaturnyy gradient i zabolevaemost' alkogol'nymi psikhozami [Polar-equatorial temperature gradient and the incidence of alcoholic psychosis]. Narkologiya, 2009, no. 4, pp. 33-37. (In Russ.)
5. Linskiy I. V., Minko A. I., Pervomayskiy E. B., D'yachenko L. I., Minko A. A. Dinamika zavisimosti ot psikhоaktivnykh veshchestv v Ukraine i ee vliyanie na nekotorye parametry narkologicheskogo dispansernogo ucheta [The dynamics of substance abuse in Ukraine and its impact on some parameters narcological dispensary accounting]. Psikhicheskoe zdorov'e, 2007, no. 2, pp. 28-34. (In Russ.)
6. Razvodovskiy Yu. E. Vliyanie aminokislotnykh kompozitsiy na fond tsentral'nikh neuroaktivnykh soedineniy pri khronicheskoy alkogol'noy intoksikatsii [Effect of amino acid compositions on the funds of the neuroactive compounds in chronic alcohol intoxication]. Narkologiya, 2010, no. 2, pp. 53-56. (In Russ.)
7. Guo J., Collins L. M., Hill K., Hawkins J. D. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. J. Stud. Alcohol., 2000, no. 61(6), p. 799-808.
8. Knight J. R., Wechsler H., Kuo M., Seibring M., Weitzman E. R., Schuckit M. A. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. J. Stud. Alcohol., 2002, no. 63 (3), pp. 263-270.
9. Kunz J. L., Giesbrecht N. Gender, perceptions of harm, and other social predictors of alcohol use in a Punjabi community in the Toronto area. Subst. Use. Misuse, 1999, no. 34(3), pp. 403-419.
10. Minko A. I. Alkogolizm - mezhdistsiplinarnaya problema (vyavlenie, lechenie, profilaktika) [Alcoholism - an interdisciplinary problem (detection, treatment, prevention)]. Ukrain's'kyj visnyk psyhonevrologii, 2001, vol. 9, issue 4(29), pp. 6-7. (In Russ.)
11. Minko, A. I., Linskiy I. V. Narkologiya. Noveyshiyspravochnik. 2nd ed., revis. and suppl., Moscow, Eksmo Publ., 2004, 736 p. (In Russ.)
12. Borodkin Yu. S., Grekova T. P. Alkogolizm: prichiny, sledstviya, profilaktika [Alcoholism: causes, consequences, prevention]. Leningrad, Science Publ., 1987, 159 p. (In Russ.)
13. Borokhov A. D., Isaev D. D. Rol' sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov v formirovanii pristrastiya k alkogolyu i narkoticheskim veshchestvam u podrostkov muzhskogo pola [The role of the social and psychological factors in the formation of addiction to alcohol and drugs in male adolescents]. Psikhologicheskije issledovaniya i psikhoterapiya v narkologii: sb. st., Leningrad, 1989, pp. 88-93. (In Russ.)
14. Avrutskiy G. Ya., Neduva A. A. Lechenie psikhicheskikh bol'nykh [Treatment of Mental Illness]. Moscow, Medicine Publ., 1988, 528 p. (In Russ.)
15. Anokhina I. P. Biologicheskije mekhanizmy zavisimosti ot psikhоaktivnykh veshchestv (patogenez) [Biological mechanisms of substance dependence (pathogenesis)]. Lektsii po narkologii [ed. N. N. Ivanets]. Moscow, Knowledge Publ., 2000, pp. 16-40. (In Russ.)
16. Entin G. M. Lechenie alkogolizma [Treatment of alcoholism]. Moscow, Medicine Publ., 1990, 416 p. (In Russ.)
17. Huang M. C., Chen C. C., Peng F. C., Tang S. H., Chen C. H. The correlation between early alcohol withdrawal severity and oxidative stress in patients with

alcohol dependence. Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry, 2009, Feb. 1, no. 33(1), pp. 66-69.

18. Sullivan J. T., Sykora K., Schneiderman J. [et al.] Assessment of alcohol withdrawal: revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction (1989) 84, 1353-1357.

19. Mezzich J., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Iqbal S., Perez C. Validation an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds», Hamburg, Germany, 1999, 6-11 August, pp. 427-428.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «АРМАДІН» У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАНОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

В. І. Пономарьов, В. В. Слюсар, Д. М. Волошина,
Д. В. Лебединець, В. І. Вовк
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. У статті наведені сучасні дані щодо проблеми алкоголізму та синдрому алкогольної залежності, описано патогенез стану алкогольної залежності та абстиненції. Показана ефективність препарату з вираженою антиоксидантною та антигіпоксантичною дією - «Армадін» - при стані відміни алкоголю. Висока ефективність, швидка терапевтична, вегетостабілізуюча та транквілізуюча дія препарату, відсутність побічних ефектів і безпека застосування дозволили рекомендувати препарат для лікування хворих на алкоголізм.

Ключевые слова: алкоголь, синдром відміни, лікування, Армадін.

CLINICAL EFFICACY "ARMADIN" IN PATIENTS WITH THE CONDITION OF ALCOHOL WITHDRAWAL

V. I. Ponomaryov, V. V. Slyusar, D. M. Voloshina, D. V. Lebedynets, V. I. Vovk
V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. In this article we describe current data about the problem of alcoholism and alcohol dependence syndrome, the pathogenesis of alcohol dependence and withdrawal. We have shown the efficacy of the drug with a strong antioxidant and antihypoxic effect - «Armadin» - in state of alcohol withdrawal. High efficiency, rapid onset of therapeutic action, tranquilizing effect of the drug, no side effects and safety of the drug led to the recommendation for the treatment of patients with alcoholism.

Key words: alcohol, withdrawal symptoms, treatment, Armadin.

УДК 612.063



А. А. Рубан

А. А. Винокурова

С. А. С. Белал



А. В. Мартыненко

Н. И. Яблучанский

КАЧЕСТВО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОНТУРЕ МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ С ПСИХАСТЕНИЧЕСКИМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ В ПОВТОРНОЙ СЕРИИ СЕАНСОВ

А. А. Рубан, А. А. Винокурова, С. А. С. Белал,
А. В. Мартыненко, Н. И. Яблучанский

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. На 15-ти здоровых добровольцах в возрасте от 18 до 27 лет (10 женщин и 5 мужчин) с психастеническим типом личности исследовано качество повторной серии сеансов биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров вариабельности сердечного ритма. Установлено, что испытуемые с психастеническим типом личности демонстрируют низкую эффективность биологической связи в предложенном контуре в первой серии сеансов, однако проведение повторной серии позволяет достигнуть оптимального состояния регуляторных систем организма. Высокая эффективность повторных сеансов биологической обратной связи в контуре метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания под контролем параметров вариабельности сердечного ритма у лиц с психастеническим типом личности позволяет рекомендовать данную методику для широкого использования в клинической и профилактической медицине.

Ключевые слова: акцентуации личности, психастенический тип личности, биологическая обратная связь, вариабельность сердечного ритма, метрономизированное дыхание.