

Средние значения суммарной выраженности симптомов в баллах и процентах в основной и контрольной группах больных от первоначальной тяжести состояния в первые 5 дней терапии

Группы больных	Суммарная выраженность симптомов										
	1 день			2 день		3 день		4 день		5 день	
	баллы	баллы	%	баллы	%	баллы	%	баллы	%		
Исследуемая группа (n=30 чел.) (грандаксин)	23,8±0,87	13,7±0,9	58	6,3±0,82	26	2,9±0,47	12	1,0±0,56	4		
Контрольная группа (n=40 чел.)	21,1±0,1	16,9	80	10,3	49	3,2	15	3,0	14		

Также отмечена высокая активность грандаксина в устранении тремора, атаксии. В более короткие сроки редуцировалась жажда и нарушения аппетита. Отмечено ускорение засыпания, сон становился более глубоким на вторые сутки лечения.

Проведённые исследования показали достаточно высокую эффективность грандаксина в качестве средства купирования неврологических (тремор) и соматовегетативных (потливость, жажда) проявлений похмельного синдрома. Терапевтическое действие препарата проявляется на вторые

сутки применения. В процессе настоящего исследования не выявлено возможных побочных эффектов препарата. Грандаксин безопасен также в отношении возможности развития явлений привыкания и зависимости, что существенно при лечении больных алкоголизмом.

Таким образом, проведенное исследование показало, что грандаксин – эффективный и хорошо переносимый препарат в качестве одного из средств купирования алкогольного абстинентного синдрома у больных алкогольной зависимостью.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я., Нис А.И. Фармакология ноотропов. – М., 1989. – С. 112-118.
2. Гофман А.Г. и другие Современные подходы к лечению больных алкоголизмом // Современные проблемы психического здоровья. – М., 2005. – С. 240-248.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства // 15-е издание перераб., исправл. и доп. – М.: Новая Волна, 2005. – 1200 с.: илл.
4. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. – М., 1994. – Т. 1. – С. 20-49.

О ПРОБЛЕМЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ИХ КОРРЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В.И. Шушкевич

г. Рудный

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед современной медициной. Известно, что зависимость от ПАВ тесно связана с аффективной патологией.

Депрессивные расстройства (ДР) отмечаются у больных алкогольной зависимостью (АЗ) на всех этапах заболевания с частотой от 20% до 90%. В период существования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) выраженные тревожно-тоскливые ДР отмечались у 95% больных из числа обследованных лиц. Количество обследованных лиц, больных алкогольной зависимостью составило:

- 60 больных в период наличия алкогольного абстинентного синдрома;
- 60 больных в период ремиссии.

Тревога редуцировалась за 2,46 дня, недифференцированная гипотимия сохранялась до 5,3 дня. Установлена тесная корреляция депрессивных расстройств с расстройствами сна, ведущими соматовегетативными и неврологическими проявлениями ААС. На этапе формирования терапевтической ремиссии субдепрессивные проявления отмечались у 68% больных в виде тоскливых (28%), дисфорических (25%), астенических (23%) и апатических (23%) с раздражительностью (16%) и существенно реже тревожно-гипотимных состояний. У больных с обостре-

нием патологического влечения к алкоголю (ПВА) выявлена тесная связь с ДР. Таким образом, депрессивное расстройство входит в структуру ведущего проявления клиники алкоголизма - алкогольного абстинентного синдрома в качестве постоянных непродолжительных нарушений, а также могут сопровождать один из основных синдромов алкогольной зависимости - патологическое влечение к алкоголю.

Во время терапевтической ремиссии ДР чаще представлены гипотимией с тоскливым, дисфорическим, астеническим, апатическим ведущим аффектом, а тревожные состояния встречаются редко. По мере увеличения продолжительности ремиссии начинают преобладать недифференцированные гипотимии. В дальнейшем они ослабевают и могут не возобновляться. Всё вышеуказанное подтверждает актуальность использования антидепрессантов в амбулаторной практике городской поликлиники общесоматической сети.

Очевидная взаимосвязь алкогольной зависимости и депрессивных расстройств является частым предметом обсуждения специалистами (Авербах Я.К., 1963; Ануфриев А.К. и соавт., 1984; Гофман А.Г. и соавт., 1990). Согласно мнению Бокий И.В. и Трескова В.Г. (1983, 1986), существуют 3 варианта развития аффективной патологии у больных алкоголизмом:

- 1) углубление преморбидных тенденций к депрессивному реагированию на различные отягчающие факторы или склонности к формированию депрессивных расстройств;
- 2) вторичные («нажитые») аффективные нарушения, являющиеся признаками формирующейся токсической энцефалопатии;
- 3) невротические образования, включающие в себя различную аффективную симптоматику.

Цель исследования

Уточнение диагностических критериев, типологии ДР и их взаимосвязь с основными синдромами алкоголизма для повышения качества лечебно-реабилитационного процесса у больных АЗ на различных этапах заболевания.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением врача-нарколога в 2007-2010 годах городской поликлиники г. Рудного (Костанайская обл., РК) находилось 120 человек, разделённых в ходе исследования на 3 группы. Данные больные являлись лицами мужского пола в возрасте от 26 до 60 лет (средний возраст составлял $38,4 \pm 1,51$ года), у которых в соответствии с МКБ -10 диагностировалась II стадия алкогольной зависимости и психические непсихотические расстройства, преимущественно с депрессивными синдромами.

Критериями исключения из исследования являлись перенесённые в прошлом тяжёлые черепно-

мозговые травмы (ЧМТ), неврологические, психические (в том числе выраженные психопатические черты характера) и соматические заболевания (в стадии обострения или декомпенсации).

Первую группу составили 60 человек, больных алкоголизмом с выраженными психопатическими, неврологическими и соматическими проявлениями ААС. Средний возраст лиц в данной группе составлял $37,6 \pm 1,54$ года.

Во *вторую группу* вошли 30 человек, больных алкогольной зависимостью, обратившихся в поликлинику в постабстинентном периоде или во время ремиссии с жалобами на появление или обострение влечения к алкоголю и снижению настроения. Средний возраст лиц в данной группе составлял $36,4 \pm 1,47$ года.

В *третью группу* вошли 30 человек, проходившие обследование и лечение в связи с актуализацией влечения к алкоголю и ДР на различных этапах ремиссий. Средний возраст лиц в данной группе составлял $41,0 \pm 1,48$ года.

Для купирования ДР использовались антидепрессанты различных классов (флувоксамин, флуоксетин, сертралин, коаксил) в сочетании с ноотропами (мецетам производства фирмы World Medicine) и витаминными комплексами, в частности – кокарнитом, включающим в себя кокарбоксилазу, никотинамид, АТФ, витамин В₁₂.

Результаты исследования

Полученные результаты выявили обширную представленность депрессивных расстройств на всех этапах течения алкоголизма. По типу первичного аффекта депрессивные расстройства оказались полиморфными и неоднородными при всех изучавшихся состояниях.

В структуре ААС депрессивные проявления наблюдались очень часто. Депрессия наблюдалась у 96,4% больных; тревога – у 96,2% больных. Они оказались по критерию признаков характерными для группы симптомов в целом ($P < 0,01$). Помимо депрессивных расстройств в структуре ААС значимыми оказались также:

- тремор;
- гипергидроз;
- нарушения сна;
- анорексия;
- атаксия тела в позе Ромберга;
- жажда;
- тахикардия;
- влечение к алкоголю ($P < 0,01$);
- артериальная гипертензия;
- одышка;
- озноб ($P < 0,05$).

В случае наблюдения депрессивных или тревожных проявлений какой-нибудь связи с преморбидными особенностями личности выявлено не было,

что может быть связано с «депрессогенным» эффектом хронической интоксикации алкоголем. Чёткой зависимости выраженности и продолжительности депрессивных расстройств от особенностей течения заболевания проследить не удалось.

Тревожно-депрессивные расстройства были представлены: «внутренним» беспокойством, пугливостью, тоскливой подавленностью, идеями самообвинения с преимущественно алкогольным содержанием. Больные были неусидчивы, моторной заторможенности не отмечалось. Выявлялась неустойчивость внимания, отвлекаемость, трудность сосредоточения, замедление темпа интеллектуальной деятельности. При однонаправленной обратной динамике депрессивных расстройств была выявлена различная скорость их редукции, которая не находилась в прямой зависимости от первоначальной выраженности симптомов. Продолжительность тревоги не превышала длительности острого периода ААС и составила $2,5 \pm 0,33$ дня. Существенно длительнее сохранялось тоскливое настроение ($4,3 \pm 0,51$ дня).

В результате клинических исследований, проведённых в период наличия ААС, установлено, что депрессивные проявления входят в структуру синдрома в качестве облигатных симптомов. Нарушения настроения представлены недлительными, но выраженными тревожными и депрессивными расстройствами, тесно связанными с ведущими симптомами ААС, совместно с которыми достаточно точно отражают тяжесть ААС и его динамику.

В постабстинентном периоде влечение к алкоголю появлялось или обострялось в среднем через $10,8 \pm 0,87$ дня. У 37% больных оно появлялось на фоне ухудшения самочувствия, сопровождавшегося субдепрессивными расстройствами; у 17% больных – сочеталось с явлениями «сухой абстиненции» (понижение настроения с напряжённостью и вегетативными расстройствами). Во время ремиссии более чем, у половины больных влечение к алкоголю исчезало сразу, после лечения, у остальных больных оно ослабевало постепенно – на протяжении 2–6 месяцев. У 40% больных актуализация влечения происходила беспричинно; у одной трети больных была приурочена к окончанию условного (оговоренного) срока трезвости, у другой трети актуализация влечения провоцировалась внешней ситуацией.

Частотный анализ депрессивных проявлений, сопровождающих обострение патологического влечения к алкоголю, показал преобладание гипотимных (78% наблюдений), дисфорических (71% наблюдений) и апатических расстройств (70% наблюдений).

У большинства больных депрессивные расстройства были представлены:

- а) пониженным настроением;
- б) раздражительностью;

- в) общим дискомфортом;
- г) снижением интересов;
- д) снижением работоспособности.

Тревожные расстройства, необщительность, депрессивная отгороженность и нарушения сна отмечались значительно реже.

Была подтверждена взаимосвязь между различными депрессивными проявлениями в период обострения влечения к алкоголю:

- пониженное настроение - дисфория;
- необщительность;
- дискомфорт;
- астения;
- астения – апатия.

Сравнительный анализ показал, что тяжёлому течению алкоголизма соответствует структура влечения с гораздо большей представленностью соматовегетативных и нейровегетативных нарушений и большей выраженностью тоскливо-дисфорических депрессивных расстройств, а также с более частым беспричинным (внеситуационным) пароксизмальным их возникновением.

Таким образом, депрессивные расстройства, сопутствующие обострению влечения к алкоголю, представлены неглубокими, непродолжительными гипотимными, дисфорическими, апатическими и нейровегетативными проявлениями. Вместе с тем, они могут выступать одного из ведущих «факторов риска» развития рецидива заболевания.

На этапах формирования терапевтических ремиссий была установлена различная представленность депрессивных расстройств. В период становления ремиссии (первые 2–3 месяца воздержания от употребления алкоголя) непродолжительные субдепрессивные расстройства отмечались у 57,5% больных. Субдепрессивные расстройства сочетались с лабильностью аффекта в течение дня, периодически появляющейся напряжённостью и раздражительностью.

В период формирования ремиссии у 34% больных периодически отмечены непродолжительные расстройства настроения с эмоциональным напряжением и связанным с трезвым образом жизни, дискомфортом, а также с нетерпеливостью обидчивостью.

Чаще в структуре депрессивных расстройств наблюдались:

- раздражительность (55% случаев);
- апатия с чувством скуки и «пустоты» (25% больных);
- расстройство настроения с тоскливостью и подавленностью (17% больных).

Тревожно тоскливые состояния встречались редко – 3% больных. Субдепрессивные расстройства проявлялись несколько интенсивнее во вторую половину дня и в вечернее время. В 8% наблюдений депрессивных расстройств стали возможными клинические «срывы» и рецидивы. У 30% больных субдепрессивные расстройства сочетались с интрасом-

ническими и постсомническими нарушениями сна. Почти у половины обследованных лиц (47%) возникли сновидения «алкогольного» содержания. По мере увеличения продолжительности ремиссии депрессивные расстройства постепенно ослабевали и в дальнейшем исчезали, чему способствовала активная антидепрессивная терапия.

Выводы

На основании всего изложенного полностью доказано, что депрессивные расстройства отмечаются у больных алкогольной зависимостью на всех этапах заболевания с частотой от 20% до 90%, что требует адекватного назначения антидепрессантов.

Литература:

1. Авербах Я.К. Рецидивы хронического алкоголизма // Дисс. канд. наук. – М., 1963. - 420 с.
2. Анохина И.П. Алкоголизм и депрессии – взаимосвязь биологических механизмов // Российский психиатрический журнал – 1998. - № 6. – С. 30-33.
3. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. О типологии аффективных нарушений при алкоголизме // Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1983. – С. 9-13.