

Всероссийское общество неврологов

Российское общество психиатров

Издательство «Медиа Сфера»

«Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» — научно-практический рецензируемый медицинский журнал. Выходит 12 раз в год. Основан в 1901 году А.Я. Кожевниковым.

Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova (S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry) is a monthly peer-reviewed medical journal published by MEDIA SPHERA Publishing Group. Founded in 1901.

Журнал представлен в следующих международных базах данных:

РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), PubMed/Medline, Index Medicus, Ulrich's Periodicals Directory, Scopus/EMBASE, Science Citation Index Expanded, Current Contents (Clinical Medicine), BIOSIS Previews, Google Scholar.

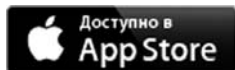
Издательство Медиа Сфера:

127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4.
Тел.: (495) 482-4329, (495) 952-8966
Факс: (495) 482-4312
Отдел рекламы: (495) 482-0604
Отдел подписки: (495) 482-5336
Факс: (495) 482-4312
E-mail: info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru
Адрес для корреспонденции:
127238 Москва, а/я 54, Медиа Сфера

Адрес редакции:

117152 Москва,
Загородное ш., д. 2, строение 16,
НЦ психического здоровья РАМН.
Тел.: (495) 952-8861; (495) 952-8966;
(495) 482-4329; факс: (495) 952-8940
E-mail: pravsh@mail.ru,
va_mironova@mail.ru
Зав. редакцией Н.Н. Павшенко

Оригинал-макет изготовлен издательством Медиа Сфера
Компьютерный набор и верстка:
С.В. Олефир, М.Л. Калужнин



Индексы по каталогу агентства

«Роспечать»

71438 — для индивидуальных подписчиков

71439 — для предприятий и организаций

Формат 60×90 1/8; тираж 4000 экз.

Усл.печ.л. 10,5. Заказ

Отпечатано в ООО «Типография Мосполиграф»

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ ИМЕНИ С.С.КОРСАКОВА

Том 113

Выпуск 2. Алкоголизм

6.2013

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.И. Гусев, акад. РАМН
Зам. гл. редактора Д.Д. Орловская, д.м.н., проф.
Зам. гл. редактора В.И. Скворцова, член-корр. РАМН
Отв. секретарь А.В. Горюнов, к.м.н.
Отв. секретарь П.Р. Камчатнов, д.м.н., проф.

А.С. Аведисова, д.м.н., проф.	Н.Г. Незнанов, д.м.н., проф.
О.Н. Воскресенская, д.м.н., проф.	С.А. Овсянников, д.м.н., проф.
А.Б. Гехт, д.м.н., проф.	А.Г. Санадзе, д.м.н., проф.
В.Л. Голубев, д.м.н., проф.	И.И. Сергеев, д.м.н., проф.
Ф.Е. Горбунов, д.м.н., проф.	А.А. Скоромец, акад. РАМН
В.П. Зыков, д.м.н., проф.	И.Д. Стулин, д.м.н., проф.
Н.Н. Иванец, член-корр. РАМН	А.С. Тиганов, акад. РАМН
Л.А. Калашникова, д.м.н., проф.	Ю.М. Филатов, член-корр. РАМН
В.Н. Краснов, д.м.н., проф.	Д.Ф. Хритинин, член-корр. РАМН
В.В. Крылов, акад. РАМН	Б.Д. Цыганков, д.м.н., проф.
О.С. Левин, д.м.н., проф.	В.С. Ястребов, д.м.н., проф.
М.Ю. Мартынов, д.м.н., проф.	Н.Н. Яхно, акад. РАМН

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Н.М. Жариков — председатель (Москва)	В.В. Марилов (Москва)
Г.Н. Авакян (Москва)	А.А. Михайленко (Санкт-Петербург)
И.П. Антонов (Минск)	А.В. Мусаев (Баку)
О.Л. Бадалян (Москва)	К.Ю. Мухин (Москва)
Н.Н. Боголепов (Москва)	Л.Б. Новикова (Уфа)
Э.И. Богданов (Казань)	М.М. Одинак (Санкт-Петербург)
А.Н. Бойко (Москва)	М.А. Пирадов (Москва)
Лорд Волтон (Оксфорд, Великобритания)	В.А. Руднев (Красноярск)
П. Вольф (Билефельд, ФРГ)	Ю.Н. Савченко (Омск)
Ш.А. Гамкредидзе (Тбилиси)	Е. Салганик (Гутерслоу, ФРГ)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)	Н. Сарториус (Женева, Швейцария)
Д.Г. Герман (Кишинев)	Ю.П. Сиволап (Москва)
Н.В. Говорин (Чита)	З.А. Суслина (Москва)
С.А. Громов (Санкт-Петербург)	В.Д. Трошин (Нижний Новгород)
А.А. Дембинскас (Вильнюс)	Д. Тул (Уинстон-Салем, США)
Е.Г. Дубенко (Харьков)	Ю.С. Тунян (Ереван)
Н.Н. Заваденко (Москва)	А. Хаас (Хомбург, ФРГ)
С.К. Евтушенко (Донецк)	Г. Шазо (Лион, Франция)
А.П. Иерусалимский (Новосибирск)	Р.Р. Шакаришвили (Тбилиси)
М.Ф. Исмагилов (Казань)	К. Шимригк (Хомбург, ФРГ)
П. Кальвах (Прага)	В.И. Шмырев (Москва)
В.А. Карлов (Москва)	В.В. Шпрах (Иркутск)
А.В. Лебедева (Москва)	А.А. Шутов (Пермь)
М.А. Луцкий (Воронеж)	Г.И. Эниня (Рига)

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции.

Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.mediasphera.ru. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «Медиа Сфера».

Издательство **МЕДИА СФЕРА** Москва • **MEDIA SPHERA** Publishing GROUP Moscow

Терапия синдрома алкогольной зависимости с использованием цитофлавина

В.Г. БЕЛОВ^{1*}, Ю.А. ПАРФЕНОВ², С.В. ОКОВИТЫЙ²

¹Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы; ²поликлиника №91; Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, Санкт-Петербург

Treatment of alcohol addiction syndrome with cytoflavin

V.G. BELOV, YU.A. PARFYONOV, S.V. OKOVITYI

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work; St. Petersburg Polyclinic №91; St. Petersburg State Chemical and Farmaceutical Academy, St. Petersburg

В условиях стационара лечили 47 пациентов со связанными с употреблением алкоголя психическими расстройствами на этапе алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентных расстройств. Общая выборка пациентов была разделена на две группы: пациенты 1-й, контрольной, группы (17 человек) получали стандартную терапию; пациентам 2-й группы (30) дополнительно к указанной терапии был назначен препарат антигипоксантно-антиоксидантного действия — цитофлавин. Результаты терапии показали, что цитофлавин обеспечивает более эффективную редукцию психопатологических проявлений алкогольной зависимости.

Ключевые слова: зависимое поведение, алкоголизм, антигипоксант, антиоксидант, цитофлавин, психопатологические проявления, эффективность лечения.

Forty-seven hospital patients with alcohol-related mental and behavioral disorders were treated at the stage of abstinence syndrome and post-abstinence disorders. Patients were split into two groups: patients of the control group (n=17) received standard therapy. Patients of the second group (n=30) additionally received antihypoxant/antioxidant — cytoflavin. The results revealed that cytoflavin effectively reduced psychopathological symptoms of alcohol addiction.

Key words: dependent behavior, alcoholism, antihypoxant, antioxidant, cytoflavin, psychopathological symptoms, treatment efficacy.

Лечение алкогольной зависимости продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в большинстве стран мира. Алкогольная зависимость остается доминирующим наркологическим заболеванием и в нашей стране [6]. В структуре аддиктивной патологии в настоящее время по-прежнему преобладают алкогольные расстройства: число зарегистрированных лиц с такими расстройствами составляет около 2% от общей численности населения страны [2, 3, 6].

Лечение алкогольной зависимости, осложненной психическими заболеваниями, представляет большие трудности. Одной из причин недостаточной эффективности существующих подходов к терапии в этих случаях является недооценка роли, а порой и игнорирование патогенетических методов терапии алкогольной зависимости. Актуальность этой задачи, ее теоретическая и практическая значимость, а также недостаточная разработанность в клинической практике обусловили выбор темы,

объекта, предмета, цели и задач настоящего исследования.

Цель работы — оценка специфики терапевтического эффекта адьювантной терапии синдрома алкогольной зависимости с использованием препарата из группы антигипоксантов и антиоксидантов — цитофлавина.

Материал и методы

Решение поставленных в работе задач осуществлялось путем проведения комплексного исследования, включавшего клинико-психопатологическое обследование 47 пациентов, 33 мужчин и 14 женщин, средний возраст которых был $40,4 \pm 8,5$ года. Во всех этих случаях по критериям МКБ-10 был установлен диагноз психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Клинические проявления заболевания соответствовали синдрому зависимости (F10.2), в том числе синдрому отмены,

т.е. абстиненции (F10.3). Больные лечились в дневном стационаре наркологического отделения поликлиники №91 Санкт-Петербурга.

Критериями включения больных в выборку были отсутствие коморбидности и органической «почвы» заболевания, а также длительность наблюдения не менее 3 лет, что давало возможность наблюдать динамику психопатологической и психологической сфер. Из обследования были исключены больные с наследственным отягощением, перенесшие экзогенно-органические воздействия и заболевания с сопутствующей психической и соматической патологией, не являющейся следствием длительной хронической алкогольной интоксикации.

Общая выборка пациентов с диагнозом алкогольной зависимости была разделена на две группы. Пациенты 1-й, контрольной группы — 17 человек (средний возраст $39,0 \pm 7,3$ года) получали стандартную терапию алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентных расстройств. Эта терапия включала коррекцию водно-электролитных нарушений, витаминотерапию и симптоматическую терапию, направленную на коррекцию гемодинамических и метаболических нарушений и профилактику повышенной судорожной готовности при наличии сосудистой энцефалопатии в анамнезе, индивидуальную рациональную психотерапию.

Пациентам 2-й, основной группы (30 человек, средний возраст $41,0 \pm 8,7$ года) дополнительно к стандартной терапии был назначен цитофлавин. Цитофлавин применялся в составе детоксикационно-инфузионной терапии за 30–40 мин перед началом инфузии кристаллоидных растворов в объеме 10 мл на 400 мл 5% раствора глюкозы. Этот период времени был необходим для включения субстратов в метаболические реакции клеток.

При построении исследования обеспечивалась однородность контрольной и опытной выборок по полу и возрастному диапазону в группах, а также по этапам развития болезни.

Обследование больных с изучением динамики купирования психопатологической и соматоневрологической абстинентной симптоматики осуществлялось в день поступления (1-я контрольная точка), в дальнейшем — на 20-й день лечения (2-я контрольная точка — день выписки из дневного стационара под наблюдение участкового нарколога) и

спустя 35 дней после выписки из дневного стационара (3-я контрольная точка).

Клинико-психопатологическое обследование больных, включавшее изучение субъективного и объективного анамнеза, метод экспертных оценок, особенности развития и динамики болезни, проводилось в соответствии с принципами, разработанными в клинической психиатрии. Наряду с этим для количественного измерения состояния пациентов и результатов терапии использовались следующие психометрические шкалы: шкала Гамильтона для оценки депрессии — HAM-D, шкала астенического состояния — ШАС Л.Д. Майкова и Т.Г.Чертова, опросник астении В.Г. Белова, описание которых имеется в отечественной литературе [1, 5].

Экспериментальные материалы, полученные в ходе исследования, подвергались статистической обработке с применением стандартных программ SPSS и Statistica 6 [4].

Результаты и обсуждение

По суммарному баллу по ШАС, т.е. по уровню редукции астенической симптоматики, после окончания терапии в общей группе больных, получавших психофармакотерапию, были выделены две подгруппы: 28 (60%) пациентов были включены в подгруппу респондеров, 19 (40%) пациентов — в подгруппу нереспондеров.

С целью анализа полученных результатов мы использовали статистическую процедуру, позволяющую оценить значимость различий частот наблюдения по четырехпольной таблице по критерию χ^2 Пирсона [4]. При сравнении двух независимых групп по альтернативному признаку, принимающему два значения (в нашем случае контрольная и опытная группы — с редукцией астенической симптоматики, респондеры, и без редукции астенической симптоматики, нереспондеры), исходные данные о числе наблюдений сводились в четырехпольную таблицу (табл. 1).

$$\chi^2 = \frac{(14 \cdot 25 - 5 \cdot 3)^2}{(17)(30)(19)(28)} = 19,44 \quad (p < 0,01)$$

Из приведенных данных видно, что снижение балльной оценки по ШАС в процессе терапии достоверно преобладало в основной группе пациентов, получавших цитофлавин. Данный показатель

Таблица 1. Расчет критерия χ^2 Пирсона (в варианте четырехпольной таблицы) у пациентов с алкогольной зависимостью и различной степенью редукции астенической симптоматики

Группа	Полярные показатели шкалы ШАС		Всего наблюдений
	высокий уровень астении	низкий уровень астении	
Контрольная	a — 14	b — 3	a+b=17
Опытная	c — 5	d — 25	c+d=30
Всего наблюдений	a+c=19	b+d=28	47

Таблица 2. Динамика астенической симптоматики у пациентов с алкогольной зависимостью по результатам терапии

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	1-я контрольная точка	3-я контрольная точка	1-я контрольная точка	3-я контрольная точка
Вялость	4,2±0,3	2,1±0,4	4,3±0,5	2,8±0,2*
Работоспособность	4,1±0,4	1,8±0,3	3,9±0,7	2,8±0,6*
Беспокойство	3,9±0,5	1,1±0,3	4,2±0,3	3,1±0,5*
Снижение аппетита	4,3±0,4	1,5±0,2	4,0±0,5	2,3±0,4
Снижение памяти	4,1±0,3	1,2±0,4	4,2±0,4	1,3±0,3

Примечание. * — различия между основной и контрольной группами пациентов на уровне $p < 0,05$.

при итоговом тестировании в основной группе составил менее 50 баллов, что свидетельствует о достоверной редукции симптомов астении.

Для оценки феноменологии астении и ее динамики использовали опросник В.Г. Белова, позволяющий дать объективную оценку изменений симптомов астении (опросник дает возможность определить 5 показателей по 5 градациям) (табл. 2). Спустя 1 мес после выписки у пациентов обследуемых групп отметили достоверные отличия по показателям: чувство вялости, снижение физической работоспособности, а также выраженность невротической симптоматики.

Таким образом, спустя 1 мес после выписки в клинической картине у пациентов контрольной группы оставались такие симптомы, как вялость, сниженная работоспособность, беспокойство с чувством витальной тоски и внутреннего напряжения, ангедонические жалобы, нарушения сна с ранними пробуждениями.

Анализ динамики аффективной симптоматики у обследуемых пациентов позволил установить ее редукцию в обеих группах пациентов на момент завершения терапии. Динамика выраженности аффективной симптоматики по этой шкале представлена на рис. 1.

Заметим, что при первом обследовании выраженность психопатологической симптоматики в основной группе была несколько больше, чем в контрольной, но эти различия не были достоверными. Таким образом, коррекция психопатологических проявлений с использованием цитофлавина позволила достичь редукции как астенических проявлений синдрома зависимости от алкоголя, так и аффективной патологии, сопряженной с аддиктивным поведением.

Следует отметить, что в обеих группах пациентов вслед за снижением уровня аффективной патологии плавно редуцировались и другие симптомы зависимости — достаточно быстро (ко 2-й неделе лечения) купировались нарушения сна, повышалась активность пациентов, выравнивалось настроение, хотя сохранялись жалобы на ангедонию, сниженную работоспособность, плохую концентрацию внимания. У больных сохранялись общесоматиче-

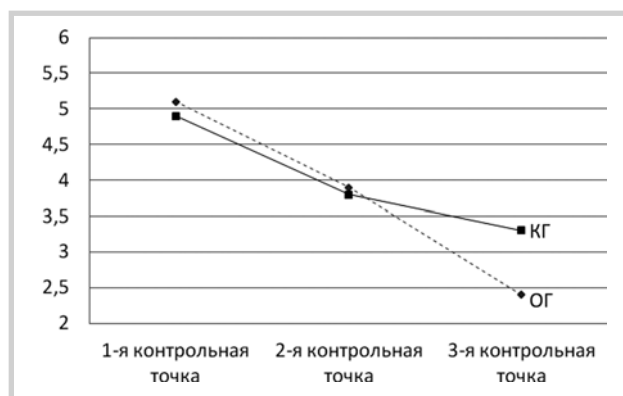


Рис. 1. Динамика балльной оценки по шкале HAM-D (ось ординат) у больных основной (ОГ) и контрольной (КГ) групп в процессе терапии.

ские расстройства, расстройства сексуальной сферы и снижение массы тела. Эта симптоматика оказалась более резистентной к проводимой терапии и редуцировалась лишь при обследовании спустя 35 дней после выписки (3-я контрольная точка). В этом периоде больные начинали строить планы на будущее, включались в активное социальное функционирование и семейную жизнь.

Показатели HAM-D в целом отражали статистически достоверное ($p < 0,001$) снижение психопатологических проявлений аддиктивного поведения.

При структурном анализе субшкал шкалы HAM-D при обследовании в 3-й контрольной точке отмечена тенденция к большей эффективности терапии в основной группе пациентов, что проявилось в достоверных различиях по шкалам, характеризующим астению, депрессию и соматические нарушения (рис. 2).

Динамика показателей экспертных оценок эффективности терапии (от 1 до 10 баллов) в изученных группах пациентов представлена на рис. 3.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что использование цитофлавина вносит достоверный вклад в эффективность терапии связанных с употреблением алкоголя психических и поведенческих расстройств. Оно обеспечивает достоверно более эффективную редукцию психопатологических проявлений алкогольной зависимости.

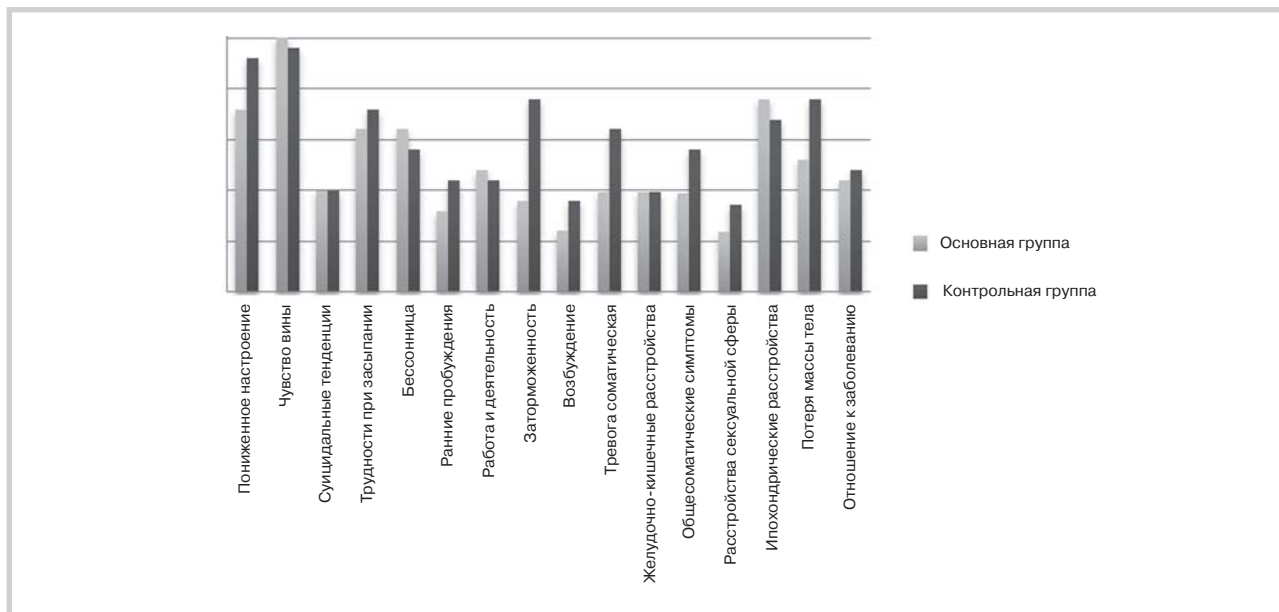


Рис. 2. Значение показателей шкалы HAM-D на 35-й день после выписки из дневного стационара наркологического отделения.

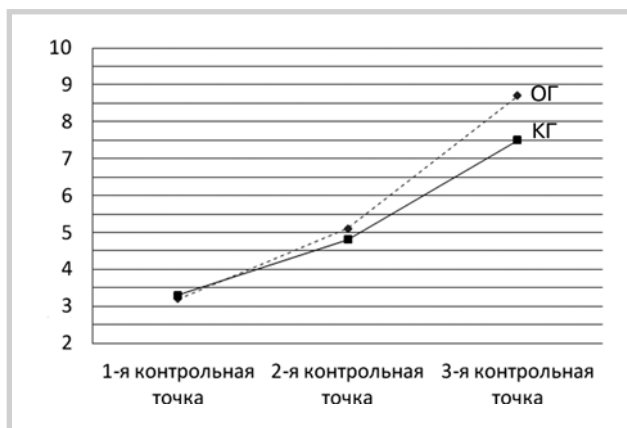


Рис. 3. Динамика показателей экспертных оценок в баллах эффективности терапии в процессе лечения в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах больных.

Действие цитофлавина, по-видимому, связано с тем, что, поддерживая определенный уровень возбуждения в коре больших полушарий, он обеспечи-

вает оптимальное состояние бодрствования, и пациент может наилучшим образом принимать и перерабатывать информацию, вызывать в памяти нужные системы связей, программировать деятельность, осуществлять контроль над ней. Таким образом, цитофлавин принимает участие, во-первых, в обеспечении регуляции процессов активации, в поддержании общего тонуса ЦНС, необходимого для нормативной психической деятельности (активирующая функция); во-вторых, в передаче регулирующего саногенетического влияния коры головного мозга на нижележащие стволые образования (модулирующая функция). За счет нисходящих волокон ретикулярной формации высшие отделы коры управляют работой нижележащих аппаратов ЦНС, модулируя их работу и обеспечивая сложные формы сознательной деятельности, регулируя эмоциональные и мотивационные состояния, препятствующие манифестации психопатологической симптоматики, сопряженной с алкогольной зависимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батушин М.М. Прогнозирование психической патологии. М: Медицина 2011; 148.
2. Горнушкина Е.Ю. и др. Исследование функциональной реактивности сердечно-сосудистой системы у пациентов с алкогольной зависимостью. Вестн Рос воен-мед акад 2011; 1: 39—44.
3. Никитин Е.А., Шкленник С.М. Эмоциональное истощение как проявление синдрома алкогольной зависимости. Вестн психотер 2009; 24: 30: 44—49.
4. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. СПб: Речь 2008; 230—236.
5. Посохова С.Т. Психодиагностика: конспект лекций. М: Изд-во АСТ 2007; 48—54.
6. Шамрей В.К. Структура и динамика психических расстройств при лечении алкогольной зависимости в период абстинентного синдрома и постабстинентных расстройств. Вестн Рос воен-мед акад 2012; 3: 55—63.