

Використання ЦитоВелу в комплексному лікуванні адиктивних розладів у учасників АТО в Луганській області

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Є.Ю. Вербицький

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Проведений аналіз ефективності ЦитоВелу у комплексному лікуванні адиктивних розладів 192 учасників АТО на базі Луганського обласного наркологічного диспансеру (м. Лисичанськ, 30 км від зони зіткнення). Основна та контрольна групи склали 98 та 94 пацієнтів відповідно. Клінічні варіанти алкогольного абстинентного синдрому були наступними: нейровегетативний – 134 (69,8%), церебральний – 35 (18,4%), вісцеральний (або соматичний) – 23 (12,2%). Ефективність лікування оцінювалася в динаміці за допомогою скрінінг – тесту для оцінки тяжкості алкогольного абстинентного синдрому (CIWA-Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised) та глосарію патологічного потягу до алкоголю за Н.В. Чередниченко – В.Б. Альтшулером (1992). Аналіз показав, що введення ЦитоВелу в комплексну фармакотерапію не супроводжувалося небажаними або побічними явищами. Застосування даного препарату прискорювало зворотний розвиток проявів синдрому відміни алкоголю, сприяло редукції патологічного потягу до алкоголю за рахунок достовірного зниження інтенсивності його вегетативного компонента.

Ключові слова: адиктивні розлади, учасники АТО, ЦитоВел, синдром відміни алкоголю, редукція патологічного потягу до алкоголю.

Вступ

Вивчення досвіду військової психіатрії показує, що зловживання психоактивними речовинами (ПАР) та залежність від них являє собою самостійну проблему сучасної війни [4, 5].

Літературні дані показують, що у військовослужбовців, в період ведення ними бойових дій, поряд зі збільшенням числа психічних розладів і зростанням агресивності відбувається наростання частоти алкоголізації і зловживання іншими доступними на даному театрі військових дій ПАР. Досвід локальних війн і збройних конфліктів, в яких брали участь громадяни багатьох країн, підтверджує правильність цієї думки. Під час війни в Кореї алкоголем або наркотиками зловживали від 30 до 45% американських солдатів. На початку

війни у В'єтнамі психічні розлади становили лише 5% від числа бойових санітарних втрат. Однак в подальшому, коли серед військовослужбовців поширилася алкоголізація, цей показник зріс до 60%.

У структурі санітарних втрат психіатричного профілю в Афганістані адиктивні розлади посіли друге місце після реактивних станів і склали серед рядових, прапорщиків і офіцерів – 35,2% (алкоголізм, алкогольні психози, так зване «звичне пияцтво»), причому, їх рівень в ході війни щорічно зростав. Адиктивні розлади у військовослужбовців 40-ї армії були великою і досить несподіваною для медичної служби проблемою, яка так і не була вирішена в повному обсязі за роки війни [4].

В період 1-ої Чеченської війни вживання спиртних напоїв в діючих військах було

значно поширеним. Масовість вживання алкоголю зростала в період активних бойових дій і знижувалася в періоді відпочинку.

Разом з багатьма негативними наслідками (економічними, політичними, соціальними), які несе військовий конфлікт для суспільства, існують також медико–психологічні [2], спектр котрих досить широкий. Світова статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності яких–небудь фізичних ушкоджень страждає нервово–психічними розладами, а серед поранених або інвалідів – кожен третій [10, 11]. Майже 80% осіб з військовим досвідом удаються до зловживання ПАР з метою зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та мають ознаки соціальної та професійної дезінтеграції.

Для подання спеціалізованої медичної та психологічної допомоги учасникам АТО в Луганській області організовано наркологічне відділення з блоком інтенсивної терапії, яке оснащено всім необхідним обладнанням відповідно діючим вимогам у м. Лисичанську (30 км від зони зіткнення).

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами

Робота виконана у відповідності до теми, що фінансується МОЗ України «Клініко–патогенетичні особливості перебігу та лікування соматичної та ендокринної патології у наркозалежних хворих (номер держреєстрації 0114U001956), відповідно до кафедральної теми науково–дослідницької роботи кафедри психіатрії та наркології з офтальмологією та отоларингологією «Інтегративний підхід до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації осіб з розладами психіки в зоні проведення антитерористичної операції» (номер держреєстрації 0116U008649), та відповідно до теми науково–дослідницької роботи кафедри наркології ХМАПО «Інтегровані підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології» (№ де-

ржреєстрації 0114U000515). Наукова тематика відповідає вимогам, що містяться в Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів на 2015 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» № 514–р від 25.03 2015 р.

Мета дослідження

Вивчити ефективність препарату «Цитовел» в комплексному лікуванні адиктивних розладів у військовослужбовців, які перебували на стаціонарному лікуванні у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ).

Матеріали і методи дослідження

Клініко–анамнестичний, психодіагностичний, скрінінг–тест для оцінки тяжкості алкогольного абстинентного синдрому (ACC) (CIWA–Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised), глосарій патологічного потягу до алкоголю за Н.В. Чередниченко – В.Б. Альтшулером (1992), статистичний.

Результати та їх обговорення

Обстежені особи – учасники військового конфлікту, АТО у Луганській області загальною кількістю $n=192$, з яких основна група $n=98$ та контрольна $n=94$. Середній вік загальної групи складав $38,5\pm 3,7$ роки. 11,2% обстежених мали вищу освіту, 19,4% – середню спеціальну, середню – 69,4%. Одружені/жили в цивільному шлюбі – 68,4% осіб. Анамнестично спадкову обтяженість по алкоголізму мали 32,5% обстежених. До призиву на службу 15,3% обстежених мали досвід наркотизації, 54,6% – алкоголізації. У решти осіб строки формування залежності від алкоголю в середньому складали $3,2\pm 0,5$ міс. У всіх хворих був діагностований синдром відміни від алкоголю F10.3 та синдром залежності F10.2 відповідно до загальноприйнятої термінології МКХ–10.

Клінічні варіанти алкогольного абстинентного синдрому були наступними.

Нейровегетативний – 134 (69,8%), він клінічно проявлявся скаргами на астеною,

млявість, пітливість, набряклість обличчя, поганий апетит, спрагу, сухість у роті, підвищення або зниження артеріального тиску, тахікардію, тремор пальців рук.

Церебральний варіант – 35 (18,4%), нейровегетативні порушення супроводжувалися сильним головним болем з нудотою, запамороченням, гіперакузією, різким тремтінням, непритомністю, епілептиформними нападами.

Вісцеральний (або соматичний) варіант – 23 (12,2%) ААС, при якому переважали болі в животі, нудота, блювота, метеоризм, діарея, відзначалася субіктеричність склер, стенокардія, серцева аритмія, задуха.

Окрім того, при госпіталізації пацієнти висували скарги на безсоння, жахливі сно-

видіння, знижений настрій, тривогу, роздратованість, агресію, відчуття провини людини, яка залишилась живою, 54 (28,2%), виказували суїцидальні думки 24 (12,5%).

Зі слів обстежених, алкоголь вони приймали як снодійний препарат/антидепресант, а також з метою усунення негативних емоційних станів.

При визначенні вікової структури обстежених учасників АТО нами встановлено, що найбільша численність пацієнтів, які страждали на ААС, були у віці 36–45 років n=116 (60,2%) та 31–35 років n=41 (21,4%). Таким чином, 157 обстежених (81,6%) від загальної численності хворих з ААС були у віці від 31 до 45 років. Отримані результати відображені у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів зі ААС за віком

Вік комбатантів з ААС (роки)	Кількість пацієнтів (n)	% від загальної групи кількості
18–19	10	5,12
26–30	25	13,26
31–35	41	21,42
36–45	116	60,20
>45>	–	–
Всього:	192	100

При визначенні рівня освіти хворих з ААС нами встановлено, що більшість з них мали середню (133 пацієнта; 69,4%).

Середньо–спеціальну та вищу освіту мали лише 59 (19,4%) та 11 (11,2%) пацієнтів відповідно (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл хворих за рівнем освіти

Освіта	Абсолютна	%
Середня	133	69,4
Середньо–спеціальна	37	19,4
Вища	22	11,2
Всього:	192	100

Динаміка усереднених результатів скринінг–тесту для оцінки тяжкості ААС CIWA–Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised) протягом купірування синдрому відміни алкоголю у

хворих основної та контрольної груп представлена в табл. 3. Добре помітно, що різні прояви синдрому відміни алкоголю, що враховуються скринінг–тестом CIWA–Ar (нудота та/або блювота, тактильні розлади,

зорові розлади, слухові розлади, тремор, пароксизмальний піт, тривога, головний біль і/або тяжкість в голові, збудження, порушення орієнтування і затьмарення свідомості), досягають максимального ступеня вираженості на 3-й день припинення алкоголізації, а потім починають зменшуватися. При цьому в основній групі хворих

редукція деяких симптомів синдрому відміни наступала швидше, ніж у контрольній, що виразилося (табл. 3) вірогідно в менших ступенях вираженості нудоти або блювоти, тремору, пароксизмального поту, тяжкості в голові або головного болю і, як наслідок, тяжкості синдрому відміни алкоголю в цілому.

Таблиця 3

Динаміка усереднених результатів скринінг-тесту CIWA-Ar протягом купірування ААС

Прояви (симптом) синдрому відміни алкоголю	Середній ступінь вираженості в балах (M±m)			
	(1-й день)	(3-й день)	(5-й день)	(10-й день)
<i>Основна група (n=98)</i>				
Нудота та/або блювота	0,39±0,12	0,93±0,20	0,25±0,13	0,00±0,00
Тактильні розлади	0,48±0,11	1,71±0,22	0,65±0,18	0,00±0,00
Зорові розлади	2,51±0,15	2,84±0,19	1,85±0,15	0,21±0,08
Слухові розлади	2,03±0,18	2,78±0,17	1,63±0,18	0,18±0,04
Тремор	4,69±0,17	4,02±0,21	1,80±0,24	0,17±0,03
Пароксизмальний піт	2,83±0,20	2,91±0,13	1,48±0,15	0,40±0,03
Тривога	2,58±0,20	4,20±0,20	1,81±0,14	0,79±0,07
Порушення орієнтування та затьмарення свідомості	0,08±0,01	0,24±0,14	0,08±0,03	0,00±0,00
Головний біль, тяжкість в голові	0,85±0,04	0,63±0,12	0,07±0,02	0,24±0,05
Збудження	0,25±0,05	0,51±0,11	0,34±0,07	0,25±0,06
Всього	16,09±0,19	20,84±0,79	9,92±0,65	2,22±0,18
<i>Контрольна група (n=94)</i>				
Нудота або блювота	0,48±0,13	2,21±0,19	0,92±0,23	0,00±0,00
Тактильні розлади	0,38±0,11	2,02±0,18	1,14±0,14	0,00±0,00
Зорові розлади	2,80±0,12	2,93±0,17	2,35±0,12	0,41±0,08
Слухові розлади	2,46±0,15	2,97±0,16	2,33±0,18	0,18±0,09
Тремор	4,53±0,19	5,12±0,21	3,63±0,19**	0,52±0,13
Пароксизмальний піт	3,14±0,14	3,78±0,17**	2,55±0,15**	0,62±0,17
Тривога	3,18±0,18	4,68±0,15**	2,80±0,16**	1,79±0,12
Порушення орієнтування та затьмарення свідомості	0,24±0,05	0,43±0,07	0,24±0,06	0,00±0,00
Головний біль, тяжкість в голові	0,58±0,07	1,85±0,15	0,60±0,11	0,45±0,13
Збудження	0,37±0,09	0,44±0,12	0,75±0,13*	0,37±0,08
Всього	18,26±0,40	26,43±1,13**	17,31±0,79**	4,48±0,29

Примітки:

* – відмінності з основною групою достовірні (p<0,05);

** – відмінності з основною групою достовірні (p<0,01)

Оскільки на етапі купірування синдрому відміни основна група відрізнялася від контрольної тільки тим, що в ній крім стандартної терапії застосовувався ЦитоВел, прискорену редукцію згаданих вище симптомів і синдрому відміни алкоголю в цілому слід вважати обумовлену дією саме цього препарату.

Патологічний потяг до алкоголю (ППА) є стрижневим симптомом синдрому зале-

жності від цієї психоактивної речовини. Саме ППА стає основною причиною алкогольних ексцесів під час лікування і рецидивів алкоголізації в посттерапевтичному періоді. Динаміка усередненої вираженості ППА, його компонентів та їх складових у обстежених основної та контрольної груп протягом лікування представлена в табл. 4.

Таблиця 4

Динаміка усередненої вираженості ППА, його компонентів та їх складових у обстежених з основної та контрольної груп протягом лікування

Компоненти ППА і їх складові		Величини компонентів ППА, бали (M±m)			
		Основна група (n=98)		Контрольна група (n=94)	
		1-й день	10-й день	1-й день	10-й день
Афективний	Субдепресія	1,63±0,13	1,05±0,14	1,82±0,12	1,24±0,07
	Тривога	1,78±0,12	1,04±0,15	1,95±0,16	1,41±0,14
	Емоційна лабільність	0,82±0,15	0,58±0,07	0,90±0,13	0,83±0,13
	Дисфорія	0,80±0,10	0,46±0,11	1,23±0,14	0,78±0,15
	В цілому	5,03±0,21	3,12±0,25	5,90±0,21	4,26±0,22
Вегетативний	Сновидіння	1,06±0,14	0,34±0,06	1,16±0,19	0,83±0,08*
	Мімічні реакції	0,81±0,03	0,31±0,07	0,93±0,08	0,84±0,07*
	Зміни апетиту	0,89±0,17	0,25±0,09	1,21±0,17	0,86±0,11*
	В цілому	2,78±0,19	0,90±0,11	3,30±0,21	2,53±0,13**
Ідеаторний	Відношення до алкоголю	1,71±0,12	1,37±0,13	1,73±0,13	1,42±0,12
	Відношення до лікування	1,06±0,14	0,94±0,15	0,94±0,12	0,65±0,07
	В цілому	2,77±0,28	2,31±0,12	2,67±0,26	2,07±0,11
Поведінковий компонент		0,90±0,16	0,85±0,07	0,82±0,14	0,72±0,12
ППА в цілому		11,48±0,48	7,19±0,30	12,69±0,43	9,58±0,30

Примітки:

* – відмінності з відповідним візитом основної групи достовірні (p<0,05);

** – відмінності з відповідним візитом основної групи достовірні (p<0,01)

Добре помітно, що протягом 10 днів спостереження інтенсивність ППА помітно знизилася, що легко пояснити ліквідацією тяжких явищ синдрому відміни алкоголю. Поряд із загальними рисами в характері редукції ППА були виявлені достовірні відмінності між групами порівняння. При порівняльному аналізі було встановлено, що в основній групі вираженість всіх складових (розладів апетиту, сновидінь, міміч-

них реакцій) вегетативного компонента ППА на 10-й день лікування виявилася достовірно меншою, ніж у контрольній групі. Оскільки основна група відрізнялася від контрольної тільки тим, що в ній крім стандартної терапії застосовувався цитовел, всі наведені вище відмінності слід вважати результатом дії даного препарату.

Висновки

1. ЦитоВел прискорює зворотний роз-

виток таких проявів синдрому відміни алкоголю, як нудота, блювота, тремор, пітливість, тяжкість в голові і головний біль. При цьому достовірно ($p < 0,05$) знижується інтегральний показник важкості алкогольної абстиненції за шкалою CIWA–Ar (до 5–го дня лікування в порівнянні з тією ж комплексною фармакотерапією, але без цитовелу).

2. Цитовел сприяє редукції патологічного потягу до алкоголю за рахунок достовірного ($p < 0,01$) зниження інтенсивності

його вегетативного компонента, оціненого за допомогою глосарію Н.В. Чередниченко – В.Б. Альтшулера (до 5–го дня лікування в порівнянні з тією ж комплексною фармакотерапією, але без цитовелу).

3. Введення Цитовелу в комплексну фармакотерапію не супроводжувалося небажаними або побічними явищами, що дозволяє вважати Цитовел не тільки ефективним, але й безпечним засобом при комплексній терапії пацієнтів з ААС та залежних від алкоголю хворих.

Література

1. Астапов Ю.М. Стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України: проблемні питання, недоліки, шляхи усунення / Ю.М. Астапов // Матеріали IV наук.–практ. конф. психіатрів Збройних Сил України [«Афективні та пограничні психічні розлади військовослужбовців, військових пенсіонерів, комбатантів війн і локальних воєнних конфліктів. Лікування, експертиза та соціальна реабілітація»], Харків, 2011. – С. 2–13.
2. Выглазова О.В. Аддиктивный статус больных, зависимых от алкоголя / О.В. Выглазова, И.В. Линский // Український вісник психоневрології – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – 2014. – С. 107–113.
3. Гайдабрус А.В. Особенности анамнеза и данных физикальных обследований военнослужащих, уволенных в запас, зависимых от алкоголя / А.В. Гайдабрус // Програма XIII Української наук.–практ. конф. з міжнар. участю «Довженківські читання: Реабілітація та ресоціалізація осіб зі станами залежності різного походження», 12 квітня 2011 року, м. Харків. – Харків, 2011. – С. 47–49.
4. Литвинцев С.В. Клинико–организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане / С.В. Литвинцев: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – СПб: ВМедА, 1994. – 37 с.
5. Литвинцев С.В. Оказание психиатрической помощи военнослужащим в военное время / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, В.В. Нечипоренко // Военно–медицинский журнал. – 1997. – Т. 318, №6. – С. 12–16.
6. Личко А.Е. Подростковая наркология. Руководство для врачей / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
7. Москвіна І.І. Сучасні методи профілактики та лікування алкоголізму / І.І. Москвіна. – М., 2006. – 120 с.
8. Наркологія : національний підручник / під редакцією Сосіна І.К., Чуєва Ю.Ф. – Х.: вид–во «Колегіум», 2014. – 1500 с.
9. Русанов С.Н. Шамрей В.К. Шелепов А.М. Синенченко А.Г. Гончаренко А.Ю. Костюк Г.П. О совершенствовании системы сохранения психического здоровья военнослужащих Москва / С.Н. Русанов, В.К. Шамрей, А.М. Шелепов, А.Г. Синенченко [и др.] // Военно–медицинский журнал. – 2005. – №4. – С. 4–7.
10. Тарабрина Н.В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова // Труды Института психологии РАН. – М., 1997. – С. 254–262.
11. Тарабрина Н.В. Уровни субъективно–личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова, Е.В. Петпрухин // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Материалы Всероссийского конкурса научно–исследовательских проектов в области гуманитарных наук 1994 г.: Психология, философия. – М., 1996. – С. 213–220.
12. Khantzian E.J. The self – medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence / E.J. Khantzian // Amer Journal of Psychiatry 1985. – Vol. 142. – P. 11.
13. United Nations Office on Drugs and Crime. Global illicit drug trends. – 2003. – № E.03.XI.5

Овчаренко Н.А., Пинский Л.Л., Вербицкий Е.Ю. Применение ЦитоВела в комплексном лечении аддитивных расстройств у участников АТО в Луганской области.

Ключевые слова: аддитивные расстройства, участники АТО, ЦитоВел, синдром отмены алкоголя, редукция патологического влечения к алкоголю.

Проведен анализ эффективности ЦитоВела в комплексном лечении аддитивных расстройств у 192 участников АТО на базе Луганского областного наркологического диспансера (г. Лисичанск, 30 км от зоны соприкосновения). Основная и контрольная группы составили 98 и 94 пациентов соответственно. Клинические варианты алкогольного абстинентного синдрома были следующими: невровегетативный – 134 (69,8%), церебральный – 35 (18,4%), висцеральный (или соматический) – 23 (12,2%). Эффективность лечения оценивалась в динамике с помощью скрининг – теста для оценки тяжести алкогольного абстинентного синдрома (CIWA–Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised) и глоссария патологического влечения к алкоголю по Н. В. Чередниченко – В.Б. Альтшулеру (1992). Анализ показал, что введение ЦитоВела в комплексную фармакотерапию не сопровождалось нежелательными или побочными явлениями. Применение данного препарата ускоряло обратное развитие проявлений синдрома отмены алкоголя, способствовало редукции патологического влечения к алкоголю за счет достоверного снижения интенсивности его вегетативного компонента.

Ovcharenko N.A., Pinsky L.L., Verbitsky E.J. Using CitoVel in complex treatment of addictive disorders in participants of ATO in Lugansk region.

Key words: addictive disorders, participants of ATO, CitoVel, alcohol withdrawal symptoms, pathological inclination to alcohol.

We analyzed the CitoVel's effectiveness in treatment of addictive disorders in 192 participants of ATO on the basis of the Luhansk Regional Drug Dependency Clinic (Lisichansk, 30 km away from the contact area). The main and control group consisted of 98 and 94 patients. Clinical variants of alcohol withdrawal syndrome are as follows: neurovegetative – 134 (69,8%), cerebral – 35 (18,4%), visceral (or somatic) – 23 (12,2%). Treatment efficacy was evaluated prospectively by screening – test to assess the severity of alcohol withdrawal syndrome (CIWA–Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised) and a glossary of pathological inclination to alcohol of Cherednichenko–Altshuler (1992). Introduction of CitoVel to the complex pharmacotherapy isn't accompanied by undesirable side effects, which makes CitoVel not only effective but also safe tool in the treatment of patients with alcohol withdrawal syndrome and alcohol–dependent patients.