

УДК 616.89-008.441.13.001

ПОНОМАРЕВ В.И., СЛЮСАРЬ В.В., ВОЛОШИНА Д.Н., ЛЕБЕДИНЕЦ Д.В.  
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АРМАДИН У ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯНИЕМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

*Резюме.* В статье рассматривается вопрос оказания медицинской помощи пациентам с состоянием отмены алкоголя. Представлены данные исследования эффективности применения препарата Армадин в комплексном лечении таких больных в сравнении с пациентами, получающими только базисную терапию. Показано, что препарат оказывает вегетостабилизирующее, транквилизирующее действие, существенно снижает проявления алкогольной полинейропатии, нормализует уровень печеночных ферментов в крови. При применении препарата Армадин у пациентов с синдромом отмены алкоголя уменьшаются проявления продуктивной симптоматики и ускоряется процесс ее нивелирования, что может быть связано как с тройным механизмом действия препарата (гепатопротекторное, ноотропное, антиоксидантное), так и с его влиянием на уровень дофамина.

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

Алкоголь является наиболее широко используемым и наиболее употребляемым наркотиком в России, Украине [1–6], Белоруссии [7], в странах Европы и Америке [8–10].

Алкогольная зависимость (АЗ), согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, определяется как «психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ» [11, 12]. На рубеже веков мировая медицинская наука единодушно признала АЗ одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями [13–15].

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 ч 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, приводящей 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, ажитацию, 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 2 или более пункта 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

© Пономарев В.И., Слюсарь В.В., Волошина Д.Н., Лебединец Д.В., 2016

© «Международный неврологический журнал», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

и не требует лечения, но в некоторых случаях оно может сопровождаться развитием судорожных приступов и delirium tremens, который характеризуется выраженными гиперadrenergическими симптомами, дезориентацией, нарушением внимания и сознания, галлюцинациями.

В патогенезе психических расстройств при алкогольных психозах большое внимание уделяют нарушениям гликолиза и утилизации глюкозы клетками головного мозга, недостаточности холинергической медиации и изменению обмена катехоламинов, в первую очередь дофамина, накоплению глутамата в клетках мозга, нарушениям нейтрализации и выведения из организма продуктов белкового обмена (аммиака). Патогенез состояния алкогольной зависимости и абстиненции комплексный. Алкоголь влияет на различные системы нейромедиаторов в головном мозге. Так, «острое» введение алкоголя приводит к блокаде NMDA-рецепторов (рецепторы к N-метил-D-аспартату), что обуславливает снижение возбуждающей глутаматергической трансмиссии и потенцирование GABA-A-рецепторов (рецепторы к  $\gamma$ -аминомасляной кислоте). При длительном приеме алкоголя количество NMDA-рецепторов растет, а число GABA-рецепторов, напротив, снижается. Это приводит к развитию толерантности. При абстиненции повышается функция NMDA-рецепторов, а GABA — наоборот, что обуславливает возникновение разнообразных проявлений СОА. С электрофизиологической точки зрения нарушения функций рецепторов к нейромедиаторам выражаются в отсутствии ингибирующих постсинаптических потенциалов и токов. Кроме того, потенциалзависимый входящий ток кальция модулирует высвобождение нейромедиаторов и экспрессию генов, которые регулируют образование протеинов-рецепторов NMDA и GABA; длительное потребление алкоголя повышает экспрессию потенциалзависимых кальциевых каналов и делает свой вклад в развитие толерантности и СОА. Интенсификация дофаминергической трансмиссии при СОА может играть роль в патогенезе галлюцинаций. Повышение норадренергической активности наблюдали на ранних стадиях СОА, что в случае отмены может быть причиной симпатической гиперактивности. Роль серотонина менее понятна, но было показано, что уровни этого медиатора у злоупотребляющих алкоголем ниже, чем у пациентов группы контроля, на различных стадиях СОА. Таким образом, хроническая алкогольная интоксикация обуславливает грубые нарушения функционирования мозга, особенно резко проявляющиеся в первые дни после прекращения злоупотребления спиртным. В основе этих поражений лежат изменения практически всех видов нейромедиации. В ряде исследований была продемонстрирована прямая корреляция между выраженностью оксидативного стресса (маркерами которого являются повышение уровня малонового диальдегида и снижение

активности супероксиддисмутазы) и тяжестью СОА. Также интересны данные о том, что интенсификация дофаминергической трансмиссии при СОА может играть роль в патогенезе галлюцинаций [14–19].

При затяжном течении алкогольного делирия в большинстве случаев имеет место полиорганная недостаточность, фактором декомпенсации которой является нарушение центральной регуляции [16–19]. В условиях возникающих осложнений необходимо назначение препаратов с выраженным антиоксидантным и антигипоксантным действием. Среди существующих препаратов этой группы в современной медицине внимание уделяют препаратам с комплексным действием, например этилметилгидроксипиридина сукцинату (ЭМГПС).

ЭМГПС — препарат с уникальным клинико-фармакологическим спектром. В его основе лежит своеобразный тройной механизм действия данного средства, заключающийся в направленном влиянии на процессы окислительного метаболизма нейронов. Важно подчеркнуть, что это влияние касается коррекции базовых биохимических процессов в мозге, нарушенных в результате действия ишемического фактора, и включает: 1) прямое антиоксидантное действие (связывание образующихся в условиях гипоксии свободных радикалов — активных форм кислорода и гидроперекисей) и защиту нейрональных мембран (наружных и внутренних — митохондриальных), что способствует реализации протективного эффекта в отношении основных мембраносвязанных ферментов (аденилатциклаза, фосфодиэстераза и др.); 2) не прямое антиоксидантное действие (активация природной антиоксидантной системы — ферментов каталазы и супероксиддисмутазы, а также биосинтеза глутатиона); 3) активацию ведущего звена цикла Кребса — фермента сукцинатдегидрогеназы и, соответственно, сукцинатзависимых реакций, непосредственно определяющих накопление макроэргических фосфатов (аденозинтрифосфат, аденозиндифосфат) и снижение концентраций лактата.

Назначение препарата Армадин пациентам с состоянием отмены алкоголя может способствовать уменьшению объективной и субъективной симптоматики со стороны головного мозга и улучшению качества жизни вследствие благотворного воздействия на патогенетические механизмы оксидативного стресса, что приводит к ослаблению СОА. Кроме того, благодаря влиянию препарата Армадин на уровень дофамина в нервной ткани может снижаться частота развития продуктивной психической симптоматики.

## Цель и задачи исследования

Целью данного исследования является оценка эффективности и переносимости лекарственного средства Армадин, применяемого по следующей схеме: первые 3 суток — в/в струйно по 300 мг препарата Армадин, раствор для инъекций, на 10 мл изотонического раствора

NaCl 2 раза в сутки; с 4-х по 8-е сутки — в/м по 300 мг препарата Армадин р-р; с 9-х до 23-х суток — Армадин лонг по 1 таблетке (300 мг) 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 лечения, полученные в основной и контрольной группах, и оценить эффективность комплексной терапии с применением лекарственного средства Армадин.

### Контингенты и методы

На клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина, а именно КУЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница», было обследовано 35 пациентов в возрасте  $38,35 \pm 0,96$  года с состоянием отмены алкоголя: 23 из них получали Армадин (1-я группа) и 12 — не получали (2-я группа).

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;
- ишемическая болезнь сердца, подтвержденная инструментально (электрокардиография, коронарография);
- нарушения ритма, требующие медикаментозной коррекции (фибрилляция предсердий);
- скорость клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
- печеночная недостаточность (повышение уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ)/аланинаминотрансферазы (АЛТ) в 3 раза);
- анемия: уровень гемоглобина менее 110 г/л;
- пациенты с геморрагическим инсультом;
- артериальная гипотензия (систолическое артериальное давление (АД) ниже 90 мм рт.ст.);
- брадикардия (частота сердечных сокращений (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

- Клинико-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.
- Лабораторные методы исследования.
- Общеклинические (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ)).
- Биохимические (АСТ, АЛТ, креатинин).
- Консультация невропатолога.

Исследование начинали в 1-е сутки после отмены алкоголя.

Больных обследовали до начала терапии, затем в течение 3 суток дважды в день, далее на 5, 10 и 21-е сутки терапии (табл. 1).

Все пациенты основной группы получали Армадин по следующей схеме:

1) первые 3 суток: в/в струйно по 300 мг препарата Армадин, р-р для инъекций, на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;

2) с 4-х по 8-е сутки: в/м по 300 мг препарата Армадин р-р;

3) с 9-х до 23-х суток: Армадин лонг по 1 таблетке (300 мг) 2 раза в день (в 8:00 и 18:00).

Больным контрольной группы проводили только традиционную комплексную терапию.

Оценка эффективности проводилась согласно критериям эффективности.

Основные:

- уменьшение суммы баллов согласно опроснику CIWA-Ar;

**Таблица 1. Протокол исследования эффективности препарата Армадин у пациентов с состоянием отмены алкоголя**

Показатели	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	10-е сутки	21-е сутки
Консультация невропатолога	+			+	+	
Дневник контроля АД и ЧСС	+	+	+	+	+	+
Шкала CIWA-Ar	+	+	+	+	+	+
Госпитальная шкала депрессии	+	+	+	+	+	+
Оценка качества жизни по методике Mezzich	+	+	+	+	+	+
Монреальская шкала оценки когнитивных функций	+	+	+	+	+	+
ОАК	+	+	+	+	+	+
ОАМ	+		+		+	+
АЛТ, АСТ	+		+		+	+
Креатинин	+	+	+		+	+

- уменьшение суммы баллов по шкале HADS-D;
- увеличение суммы баллов при оценке качества жизни по методике Mezzich;
- увеличение суммы баллов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.

Дополнительные:

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

## Результаты исследования и их обсуждение

### Исходные данные испытуемых

Испытуемые в основном были среднего возраста ( $38,80 \pm 0,95$  года), 18 % разведены, 41 % не женаты (не замужем), занимались в основном неквалифицированным трудом и страдали алкогольной зависимостью.

Для оценки выраженности алкогольного абстинентного синдрома применялась шкала оценки синдрома отмены алкоголя Клинического института фонда исследований зависимостей [20]. 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 надежностью.

У 33 (94,4 %) пациентов наблюдалось неосложненное состояние отмены алкоголя (F10.40), у 1 (2,8 %) больного развилось состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40), еще у 1 (2,8 %) — состояние отмены алкоголя с делирием и судорожным синдромом (F10.41).

Значительная часть обследуемых лиц страдала коморбидной патологией: у 13 пациентов (37 %) отмечены сопутствующие наркологические зависимости (каннабис, опиоиды, полинаркомания), у 5 (14 %) — сопут-

ствующие аффективные расстройства; выявлены лица, страдающие соматоформными (F45) ( $n = 8$ ; 22,8 %) и невротическими (F48) ( $n = 9$ ; 25,7 %), а также шизоаффективными расстройствами (F25) ( $n = 1$ ; 2,8 %).

У всех испытуемых наблюдались умеренные отклонения в общем состоянии (CIWA-Ar), у 24 % — легкая депрессия (HADS-D), умеренное тревожное состояние (CIWA-Ar), умеренная алкогольная зависимость и признаки социальной дезадаптации по Mezzich [21].

У всех больных отмечалась патология печени разной степени выраженности, которая подтверждалась клиническими данными и лабораторными исследованиями. Подавляющее большинство пациентов указывали на 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, заболевание легких (пневмония, бронхит), токсическая и дисциркуляторная энцефалопатия, полинейропатия, судорожный синдром в состоянии отмены алкоголя.

При скрининге лабораторных показателей выявлен умеренно выраженный лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов, сдвиг формулы влево у подавляющего большинства пациентов (88,5 %), умеренно выраженная анемия — у 21,5 %, выраженная анемия — у 3,75 %. Содержание билирубина (как прямого, так и непрямого) в основном было в пределах нормы или незначительно повышено (у 12 % больных). Активность трансаминаз зачастую также была повышена. Увеличение уровня амилазы крови наблюдалось в 7,5 % случаев. Общее содержание белка, глюкозы, креатинина в крови в большинстве случаев не выходило за пределы показателей соответствующих вариантов нормы.

Испытуемые, отобранные для участия в исследовании, были разделены случайным образом на две группы: первая — пациенты, получавшие Армадин наряду с

классическим протоколом лечения СОА, вторая — получавшие классический протокол лечения.

### Результаты 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 из группы препарата Армадин нивелировалась уже на третий день, в то время как у больных, не получавших 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 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, а также тактильного восприятия были менее выражены и быстрее проходили у больного, который наряду с комплексом традиционной терапии получал Армадин (табл. 2).

При оценке качества жизни пациентов с помощью методики Mezzich также выявлена положительная динамика, особенно выраженная 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 признаками которого были общее снижение памяти, 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

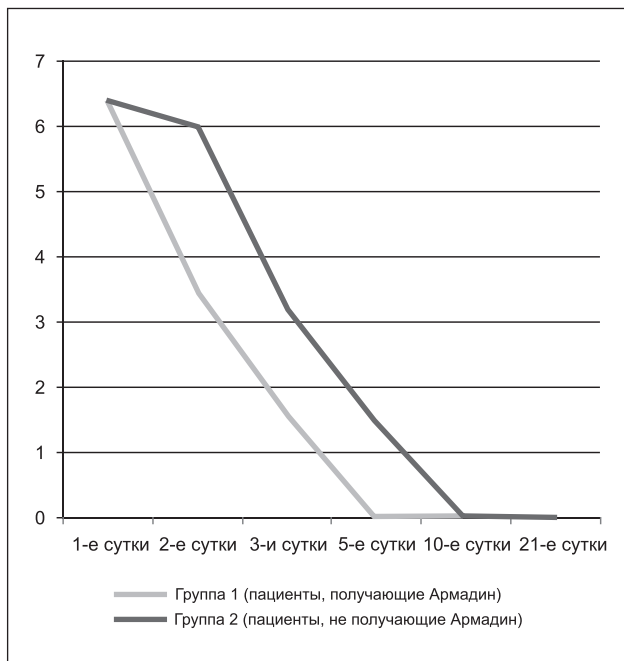


Рисунок 1. Динамика средних значений параметров шкалы CIWA-Ar

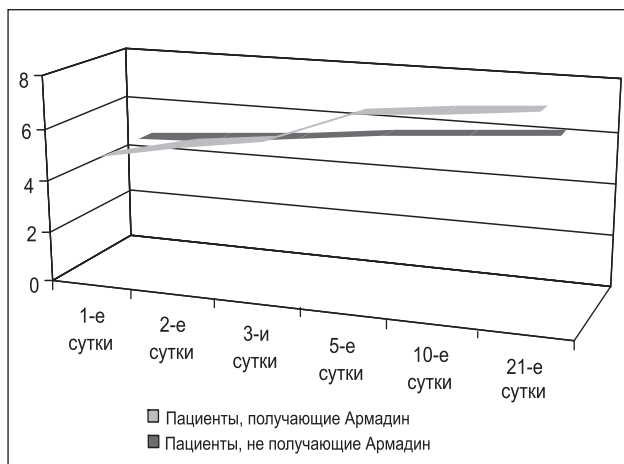


Рисунок 2. Динамика средних значений показателей качества жизни в группах сравнения

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

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

больных была характерна постпсихотическая астения, которая была менее выражена и быстрее редуцировалась в группе препарата Армадин. У 16 пациентов (45,7 %) отмечалась полинейропатия, проявления которой частично уменьшались после лечения. Скорость редукции симптомов нейропатии значительно выше у больных, получавших Армадин. Уменьшались или полностью исчезали диспептические явления, боли (неприятные ощущения) в животе.

В процессе лечения происходило значительное снижение уровней АСТ и АЛТ. При этом в группе больных, получавших Армадин, нормализация этих показателей была более быстрой, что, вероятно, свидетельствует о выраженном гепатопротекторном действии данного препарата.

В ходе исследования при применении препарата Армадин 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 эффектом и уменьшением действия экзогенных и эндогенных токсических факторов. Гепатопротекторное и ноотропное действие препарата позволяет применять большие дозы психотропных средств, что облегчает оказание помощи больным в состоянии алкогольного делирия.

## Выводы, рекомендации

Проведенное нами исследование показало терапевтическую эффективность и безопасность препарата Армадин при купировании состояния отмены алкоголя.

Благодаря комплексному терапевтическому действию препарата (гепатопротекторное, ноотропное, антиоксидантное) сокращалась длительность постпсихотической астении, что облегчало реабилитационные мероприятия.

Применение препарата Армадин у больных в состоянии отмены алкоголя с делирием способствовало более быстрой нормализации показателей активности ферментов крови.

Включение препарата Армадин в комплексное лечение больных в состоянии отмены алкоголя позволяло существенно снизить проявления алкогольной полинейропатии.

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

При применении препарата Армадин снижалось проявление продуктивной симптоматики и ускорялся процесс ее 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 препарата Армадин позволяют рекомендовать его для включения в комплексные терапевтические программы при лечении состояний отмены алкоголя.

Армадин рекомендовано применять по следующей схеме:

- 1) первые 3 суток: в/в струйно по 300 мг препарата Армадин, р-р для инъекций, на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки;
- 2) с 4-х по 8-е сутки: в/м по 300 мг препарата Армадин р-р;
- 3) с 9-х до 23-х суток: Армадин лонг по 1 таблетке (300 мг) 2 раза в день (в 8:00 и 18:00).

## Список литературы

1. Богомолец О.В. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: Методичні рекомендації [Текст] / О.В. Богомолец, І.Я. Пінчук, О.В. Друзь, О.О. Хаустова та ін. — К., 2014. — 46 с.
2. Напрєєнко О.К. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами [Текст] / О.К. Напрєєнко, Л.В. Животовська, Н.Ю. Петрина, Л.В. Рахман; за ред. О.К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2011. — 207 с.
3. Линский И.В. Взаимоотношения между зависимостью от психоактивных веществ и индексом человеческого развития в Украине, 1999–2010. Возможности прогноза [Текст] / И.В. Линский, С.Е. Казакова, А.И. Минко и др. // Международный научно-практический журнал психиатрии, психотерапии и клинической психологии. — 2013. — № 3(13). — С. 36-44.
4. Немцов А.В. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России [Текст] / А.В. Немцов, А.Т. Терехин // Наркология. — 2007. — № 12. — С. 29-36.
5. Немцов А.В. Полярно-экваториальный температурный градиент и заболеваемость алкогольными психозами [Текст] / А.В. Немцов, К.В. Шельгин, И.А. Заплаткин, Е.С. Растегаева, Н.В. Рыжкова // Наркология. — 2009. — № 4. — С. 33-37.
6. Линский И.В. Динамика зависимости от психоактивных веществ в Украине и ее влияние на некоторые параметры наркологического диспансерного учета [Текст] / И.В. Линский, А.И. Минко, Э.Б. Первомайский, Л.И. Дьяченко, А.А. Минко // Психическое здоровье. — 2007. — № 2. — С. 28-34.
7. Разводовский Ю.Е. Влияние аминокислотных композиций на фонд центральных нейроактивных соединений при хронической алкогольной интоксикации [Текст] / Ю.Е. Разводовский // Наркология. — 2010. — № 2. — С. 53-56.
8. Guo J. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood [Text] / J. Guo, L.M. Collins, K. Hill, J.D. Hawkins // J. Stud. Alcohol. — 2000. — № 61(6). — P. 799-808.
9. Knight J.R. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students [Text] / J.R. Knight, H. Wechsler, M. Kuo, M. Seibring, E.R. Weitzman, M.A. Schuckit // J. Stud. Alcohol. — 2002. — № 63(3). — P. 263-270.

10. Kunz J.L. *Gender, perceptions of harm, and other social predictors of alcohol use in a Punjabi community in the Toronto area* [Text] / J.L. Kunz, N. Giesbrecht // *Subst. Use Misuse*. — 1999. — № 34(3). — P. 403-419.
11. Минко А.И. Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) [Текст] / А.И. Минко // *Український вісник психоневрології*. — 2001. — Т. 9, вип. 4(29). — С. 6-7.
12. Минко А.И. Наркология. Новейший справочник [Текст] / А.И. Минко, И.В. Линский. — 2-е изд., испр. и дополн. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
13. Бородкин Ю.С. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика [Текст] / Ю.С. Бородкин, Т.П. Грекова. — Л.: Наука, 1987. — 159 с.
14. Ворохов А.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола [Текст] / А.Д. Ворохов, Д.Д. Исаев // *Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. ст.* — Л., 1989. — С. 88-93.
15. Горшков М.К. Общественное мнение в борьбе с пьянством и алкоголизмом [Текст] / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги // *Социолог. исслед.* — 1986. — № 1. — С. 42-45.
16. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных [Текст] / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
17. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // *Лекции по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 16-40.
18. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
19. 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. — 33(1). — 66-9.
20. 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.
21. Mezzich J.E. *Validization an efficient quality life index* [Text] / J.E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu, M. Ruiperez, G. Yoon, S. Iqbal, C. Perez // *Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds»*. — Hamburg, Germany, 6–11 August, 1999. — P. 427-428.

Получено 12.01.16 ■

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

Ponomariov V.I., Slusar V.V., Voloshina D.N.,  
Lebedynets D.V.  
Kharkiv National University named after V.N. Karazin, Kharkiv,  
Ukraine

#### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ АРМАДИН У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАНОМ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ

**Резюме.** У статті розглядається питання надання медичної допомоги пацієнтам зі станом відміни алкоголю. Наведено дані дослідження щодо ефективності застосування препарату Армадин у комплексному лікуванні таких хворих порівняно з пацієнтами, які отримують тільки базисну терапію. Показано, що препарат має вегетостабілізуючу, транквілізуючу дію, істотно знижує прояви алкогольної полінейропатії, нормалізує рівень печінкових ферментів у крові. При застосуванні препарату Армадин у пацієнтів із синдромом відміни алкоголю зменшуються прояви продуктивної симптоматики і прискорюється процес її нівелювання, що може бути пов'язано як із потрійним механізмом дії препарату (гепатопротекторна, ноотропна, антиоксидантна), так і з його впливом на рівень дофаміну.

**Ключові слова:** алкоголь, синдром відміни, лікування, Армадин.

#### CLINICAL EFFICACY OF ARMADIN IN PATIENTS WITH ALCOHOL WITHDRAWAL STATE

**Summary.** The article deals with the provision of medical care to the patients with alcohol withdrawal state. The findings on the effectiveness of Armadin use in the comprehensive treatment of these patients compared to patients who received only basic therapy are presented. It is shown that the drug has vegetostabilizing, tranquilizing effect, significantly reduces the symptoms of alcoholic polyneuropathy, normalizes the levels of liver enzymes in the blood. Armadin in patients with alcohol withdrawal syndrome reduces the appearance of positive symptoms and accelerates the process of its leveling, which can be associated with both a triple mechanism of action of the drug (hepatoprotective, nootropic, antioxidant), and its influence on dopamine levels.

**Key words:** alcohol, withdrawal syndrome, treatment, Armadin.