

ТЕХНОЛОГІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ІНГІБІТОРАМИ АЦЕТАЛЬДЕГІДДЕГІДРОГЕНАЗИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Наведено матеріали комплексного порівняльного дослідження трьох груп хворих на алкогольну залежність у процесі тривалого лікування препаратами сенсibiliзуючої дії — дисульфірамом і ціанамідом. Представлено дизайн роботи, анамнестичні та клінічні характеристики пацієнтів.

Ключові слова: алкогольна залежність, терапевтична резистентність, препарати сенсibiliзуючої дії, динаміка стану хворих у процесі лікування.

Алкогольна залежність (АЗ) залишається однією із найактуальніших медико-соціальних проблем у світі [1–5]. Разом із тим ефективність лікування хворих на стани залежності залишається незадовільною [6–9]. Одна із причин — формування у багатьох випадках терапевтично-резистентних різновидів АЗ під впливом негативної дії різних екзогенних факторів загальноєкологічного вмісту, в тому числі внаслідок тривалого протиалкогольного лікування [10].

Метою дослідження є порівняльна оцінка ефективності й безпечності застосування препаратів сенсibiliзуючої дії (дисульфірам, ціанамід) на етапі проти рецидивного лікування хворих на АЗ із клінічно-трансформованими, терапевтично-резистентними різновидами хвороби.

У дослідження включено хворих, які були спроможні усвідомити зміст інформаційного листа й підписати бланк інформованої угоди на участь у дослідженні; мали безремісійний перебіг АЗ, безперервний патерн уживання алкоголю і дві або більше зафіксовані спроби безрезультатного лікування; проживали за постійною адресою і мали близького родича для контактування упродовж дослідження.

До критеріїв виключення віднесено такі: вік молодше за 18 і старше за 50 років; жіноча стать, за клінічними характеристиками — наявність у пацієнта хронічних соматичних розладів у стадії загострення, виражених алергічних реакцій, досвіду в лікуванні інгібіторами ацетальдегіддегідрогенази, перебування на примусовому лікуванні або під судом.

Для оцінки поточного стану пацієнтів, ефективності та безпечності їх лікування використовувався комплекс клінічних, психометричних і лабораторних методів дослідження: для ідентифікації розладів, що пов'язані з уживанням алкоголю, — тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [11]; для вивчення стилю

алкоголізації — метод ретроспективного аналізу вживання алкоголю TLFB (Timeline Follow Back) [12–15]; для оцінки інтенсивності та структури патологічного потягу до алкоголю, а також динаміки його зворотнього розвитку упродовж лікування — глосарій Чередніченка — Альтшулера [16]; для ідентифікації тяжкості АЗ — шкала ADS (Alcohol Dependence Scale) [17–20]; для оцінки ступеня тяжкості синдрому відміни алкоголю (СВА) — шкала CIWA-Ar [21, 22]; суб'єктивний ефект уживання алкогольних напоїв протягом періоду спостереження оцінювався за аналогово-візуальною гедоністичною шкалою [23]; вираженість ситаутивної (реактивної) тривоги й особистісної тривожності вивчалась за допомогою опитувальника Спілбергера — Ханіна [24]; рівень депресії досліджувався за шкалою Hamilton-21 — Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [25–28]; якість життя досліджених визначалась за методикою Mezzich [29].

Лабораторні дослідження включали відстеження динаміки клінічних (еритроцити, гемоглобін, лейкоцити, лімфоцити, тромбоцити, ШОЕ) та біохімічних (загальний білок, АЛТ, АСТ, ГГТ, креатинін, глюкоза, білірубін, сечовина) аналізів крові; загальних аналізів сечі (білок, глюкоза, епітеліальні клітини, лейкоцити, еритроцити, циліндри, питома вага, рН) [30].

Опрацювання даних здійснювалось методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний, регресійний аналізи) [31–34] на ПЕОМ за допомогою програм SPSS 15.0 та Excel (з пакету Microsoft Office 2010).

Прихильність пацієнтів до лікування визначалась за динамікою їх вибуття з терапевтичної програми методом Каплана — Мейера [31, 32].

Робота мала дизайн відкритого порівняльного клінічного дослідження в паралельних групах хворих на АЗ без плацебо-контролю. Було сформовано три групи порівняння по 60 пацієнтів у кожній.

До першої групи (I) увійшли хворі на АЗ, які на тлі раціональної психотерапії за методикою «BRENDA» [35] приймали дисульфірам (антабус); до другої (II) — хворі на АЗ, яким на тлі стандартної раціональної психотерапії («BRENDA») призначався ціанамід (колме); до третьої (III) контрольної — хворі на АЗ, які отримали лише стандартну раціональну психотерапію («BRENDA»).

Загальна тривалість дослідження в усіх групах порівняння становила майже рік (360 днів) і мала два етапи.

Перший етап — усунення алкогольної інтоксикації (AI) та синдрому відміни алкоголю (СВА): 1–10-а доба спостереження (стандартне лікування — NaCl 0,9%-ний до 1200 ml + MgSO₄ 25%-ний до 30 ml + Vit B₁, B₆ до 10 ml + KCl 10%-ний до 10 ml внутрішньовенно, крапельно).

Другий етап — протирецидивне лікування упродовж 11–360 діб складався із двох підетапів:

а) щоденного прийому сенсibilізуючих до етанолу засобів (дисульфірам перорально по 250 мг 2 рази на день протягом 11–30 діб, а потім по 250 мг 1 раз вранці упродовж 31–90 діб; ціанамід перорально по 20 крапель (60 мг) на півсклянки води 2 рази на день протягом 11–30 діб, а потім по 20 крапель (60 мг) на півсклянки води 1 раз вранці протягом 31–90 діб). Сенсibilізуючі до алкоголю засоби призначалися на тлі прийому карбамазепіну (по 200 мг 2 рази на день), амітриптиліну (по 25 мг 2 рази на день) протягом 11–90 діб та психосоціальної підтримки за методом «BRENDA» — по 20 хв протягом того ж часу;

б) прийому за потребою сенсibilізуючих до етанолу засобів (дисульфірам перорально по 250 мг 1 раз на день (за потреби в дні «підвищеного ризику вживання алкоголю») протягом 91–360 діб; ціанамід перорально по 20 крапель (60 мг) на півсклянки води 1 раз на день (за потреби в дні «підвищеного ризику вживання алкоголю») протягом 91–360 діб).

Упродовж усього періоду спостереження було проведено 20 зустрічей кожного пацієнта зі своїм дослідником (візитів), при цьому візит 1 був присвячений скринінгу (попередньому дослідженню із госпіталізацією); щоденні візити 2–6 (1–5-й день лікування відповідно) охоплювали період редукції СВА й гострих постінтоксикаційних розладів (візитами вважаються умовно, тому що в цей час пацієнт, як правило, перебував у стаціонарі); візити 7–11 (10, 15, 30, 60 і 90-й день лікування відповідно) припадали на період протирецидивного лікування з щоденним прийомом сенсibilізуючих до алкоголю засобів, а візити 12–20 (з інтервалом 30 дн) здійснювалися у період протирецидивного лікування з прийомом сенсibilізуючих до

алкоголю засобів за потреби. Кожний візит мав власну програму досліджень і процедур, з них найбільш насиченими були 1, 9, 10, 11, 14, 17 та 20-й візити (табл. 1).

Середній вік пацієнтів на початок дослідження у I групі становив (39,27±1,36) року, у II групі — (40,22±1,28) року та у III групі — (40,37±1,43) року, при цьому відмінності у розподілах хворих різних груп порівняння за цим показником не були достовірними при $p > 0,05$ (табл. 2, рис. 1). Таким чином, виділені групи виявилися цілком порівнянними за показником віку на момент початку дослідження, що уможливило їх використання для визначення ролі інших факторів у перебігу та лікуванні АЗ. Основна частина обстежених (97,2%) розподілилися у віковому діапазоні від 26 до 55 років.

Аналогічно виділені групи виявилися цілком порівнянними і за показниками національності та віросповідання (табл. 3, рис. 2, 3). Усі групи хворих на АЗ були представлені майже виключно українцями — 66,67–71,67% й росіянами — 28,33–31,67% ($p > 0,05$) при домінуванні серед обстежених осіб православного віросповідання — 73,33–85,67% ($p > 0,05$). Однак на відміну від запитання про національність, значна частина (6,67–10,00%, $p > 0,05$) обстежених відмовилася відповідати на запитання про своє віросповідання.

Відомо, що клінічні особливості залежності від алкоголю, а також ефективність лікування цієї категорії пацієнтів істотно залежать від показників їх соціального статусу та функціонування. Тому наведені показники (табл. 4, рис. 4) розглядалися як важливі базові характеристики груп порівняння.

Так, в усіх групах найчастіше зустрічались обстежені з різними варіантами середньої (16,67–28,33%) та вищої (13,33–16,67%) освіти (табл. 4, рис. 4), а також особи, що відслужили повний строк у стройових частинах (46,67–53,33%) збройних сил (табл. 5, рис. 5). Тому три групи виявилися цілком однорідними й порівнянними й за показниками освіти та відношення до служби в армії.

Не менш важливою є наявність у пацієнтів професії (або професійних навичок), а також зайнятості (табл. 6, рис. 6–7).

Переважна більшість обстежених (від 80,00 до 85,00% у групах порівняння при $p > 0,05$) мали професію або професійні навички (табл. 6, рис. 6), при цьому не менше третини респондентів (від 33,33 до 36,67% у групах порівняння при $p > 0,05$) були безробітними (табл. 6, рис. 7). Серед працездатних обстежених домінували робітники приватного сектора (від 31,67 до 38,33% у групах порівняння при $p > 0,05$), що цілком відповідає структурі зайнятості працездатного населення України (табл. 6, рис. 7).

Таблиця 1

Календар досліджень і процедур

Дослідження (процедура)	Розподіл досліджень і процедур за етапами й візитами																				
	усунення СВА (1–10 діб)										протирецидивне лікування (11–360 діб)										
	щоденний прийом										прийом за потреби										
	візит 1 (1-й день)	візит 2 (2-й день)	візит 3 (3-й день)	візит 4 (4-й день)	візит 5 (5-й день)	візит 6 (6-й день)	візит 7 (10-й день)	візит 8 (15-й день)	візит 9 (30-й день)	візит 10 (60-й день)	візит 11 (90-й день)	візит 12 (120-й день)	візит 13 (150-й день)	візит 14 (180-й день)	візит 15 (210-й день)	візит 16 (240-й день)	візит 17 (270-й день)	візит 18 (300-й день)	візит 19 (330-й день)	візит 20 (360-й день)	
Підписання інформованої згоди	+																				
Фізикальне обстеження з антропометрією*	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Клініко-психопатологічне дослідження	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Комплекс лабораторних досліджень	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Контроль небажаних явищ	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Шкала CIWA-Ar	+																				
Глосарій Чередниченка — Альтшулера	+																				
Тест AUDIT	+																				
Методика TLFB	+																				
Шкала ADS	+																				
Гедоністична шкала**								+													
Опитувальник Спілбергера — Ханіна	+																				
Шкала Hamilton-21	+																				
Оцінка якості життя за Mezzich	+																				
Раціональна психотерапія «BRENDA»	+																				

* Антропометрія передбачала вимірювання маси тіла та вітальних показників (систоличний і діастолічний артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихальних рухів);

** Ретроспективно оцінити свої відчуття за допомогою гедоністичної шкали пацієнту пропонували лише в тому разі, коли з моменту останнього візиту в нього були «п'яні дні».

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за віком на початок обстеження

Вік, роки	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
< 21	0	0,00	1	1,67	0	0,00
21–25	4	6,67	1	1,67	2	3,33
26–30	8	13,33	7	11,67	8	13,33
31–35	11	18,33	10	16,67	9	15,00
36–40	12	20,00	13	21,67	14	23,33
41–45	9	15,00	10	16,67	9	15,00
46–50	6	10,00	8	13,33	7	11,67
51–55	5	8,33	6	10,00	5	8,33
56–60	2	3,33	1	1,67	3	5,00
61–65	2	3,33	3	5,00	2	3,33
> 65	1	1,67	0	0,00	1	1,67
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

Примітка. Відмінності за показником між групами порівняння недостовірні ($p > 0,05$). Те саме у табл. 3–9, рис. 1–9.

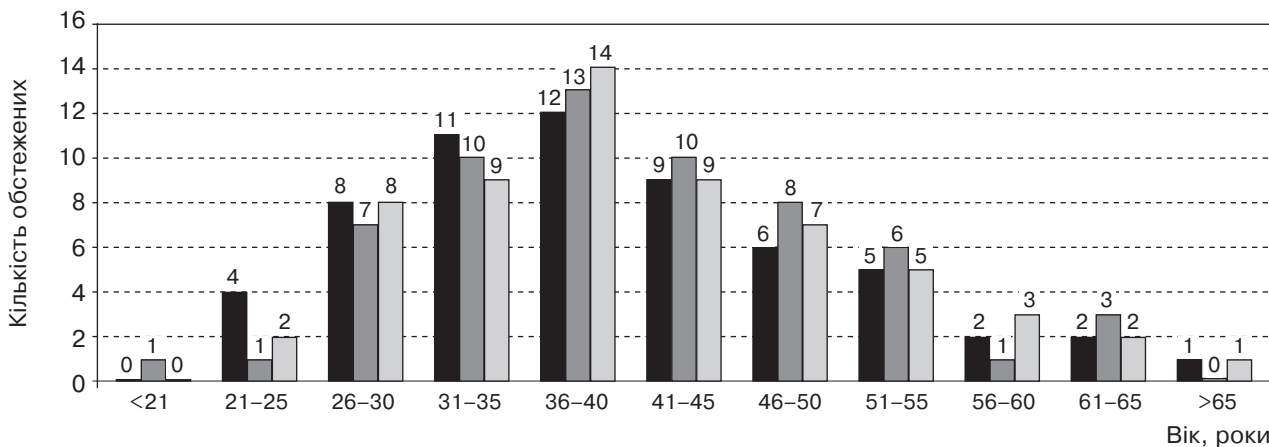


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за віком на початок обстеження: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Таким чином, виділені групи виявились цілком порівнянними також і за показниками наявності професії та роду занять.

Обстежені пацієнти мали дві або більше задокументованих спроб безрезультатного лікування від АЗ (тобто спроб лікування, які не призвели до припинення або зменшення АІ) (табл. 7, рис. 8).

Середня кількість госпіталізацій пацієнтів на початок обстеження в I групі становила $3,37 \pm 0,23$ разу, в II групі — $3,47 \pm 0,25$ разу та в III групі — $3,43 \pm 0,24$ разу, при цьому відмінності у розподілах хворих різних груп порівняння за цим показником не були достовірними ($p > 0,05$) (табл. 6, рис. 8). Таким чином, виділені групи виявились цілком порівнянними і за таким клінічним показником, як кількість госпіталізацій на початок дослідження.

Іншою важливою вихідною клінічною обставиною є загальна тривалість періоду зловживання алкоголем (тобто тривалість проблемного вживання) протягом життя (табл. 8, рис. 9). Респонденти всіх трьох груп при відповіді на запитання про тривалість проблемного вживання алкоголю віддають перевагу «круглим» числам (зафіксовано максимуми, що припадають на значення цього показника в 10, 15 та 20 років). При цьому ані між розподілами обстежених, ані за середніми значеннями цього показника (в I групі — $15,37 \pm 0,91$ року, в II групі — $15,28 \pm 0,88$ року, в III групі — $15,73 \pm 0,97$ року) достовірних ($p > 0,05$) відмінностей не виявлено.

У результаті ретроспективного аналізу вживання алкоголю (за методикою TLFБ) протягом

Розподіл обстежених за національністю та віросповіданням

Національність / віросповідання	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Розподіл за національністю						
Українець	41	68,33	40	66,67	43	71,67
Росіянин	19	31,67	18	30,00	17	28,33
Вірмен	0	0,00	1	1,67	0	0,00
Грузин	0	0,00	1	1,67	0	0,00
Відмова відповідати	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00
Розподіл за віросповіданням						
Православний	51	85,00	46	76,67	44	73,33
Мусульманин	0	0,00	1	1,67	0	0,00
Сповідує іншу релігію	0	0,00	1	1,67	2	3,33
Атеїст	3	5,00	7	11,67	10	16,67
Відмова відповідати	6	10,00	5	8,33	4	6,67
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

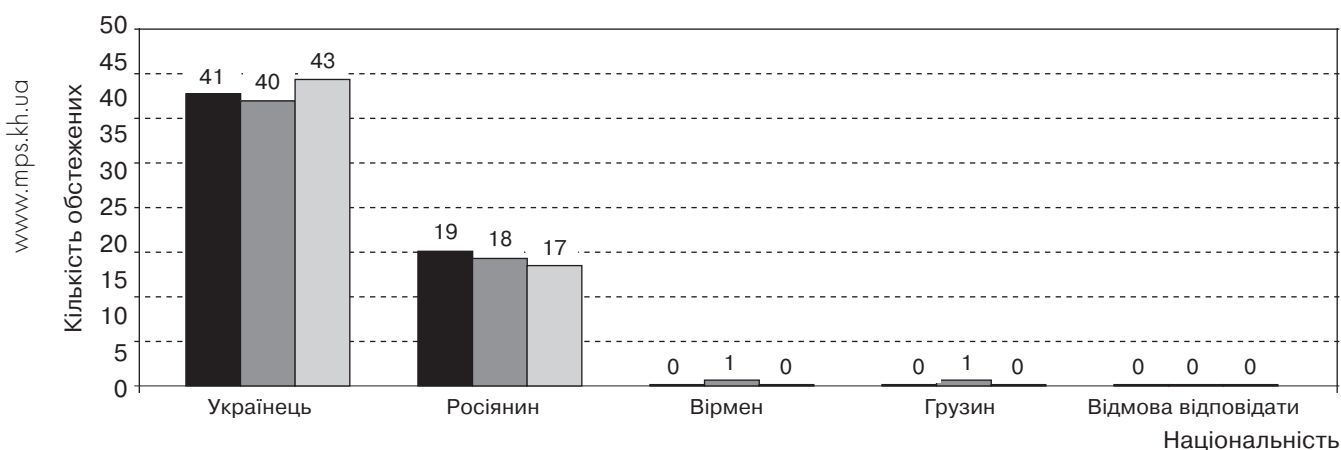


Рис. 2. Розподіл обстежених за національністю: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Розподіл обстежених за рівнем освіти

Рівень освіти	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Неповна середня (8 класів СШ)	5	8,33	3	5,00	5	8,33
Середня спеціальна (8 класів СШ — ПТУ)	13	21,67	11	18,33	10	16,67
Середня (10 класів СШ)	15	25,00	16	26,67	17	28,33
Середня спеціальна (технікум)	13	21,67	16	26,67	15	25,00
Незакінчена вища	5	8,33	3	5,00	4	6,67
Вища	8	13,33	10	16,67	9	15,00
Відмова відповідати	1	1,67	1	1,67	0	0,00
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00



Рис. 3. Розподіл обстежених за віросповіданням: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

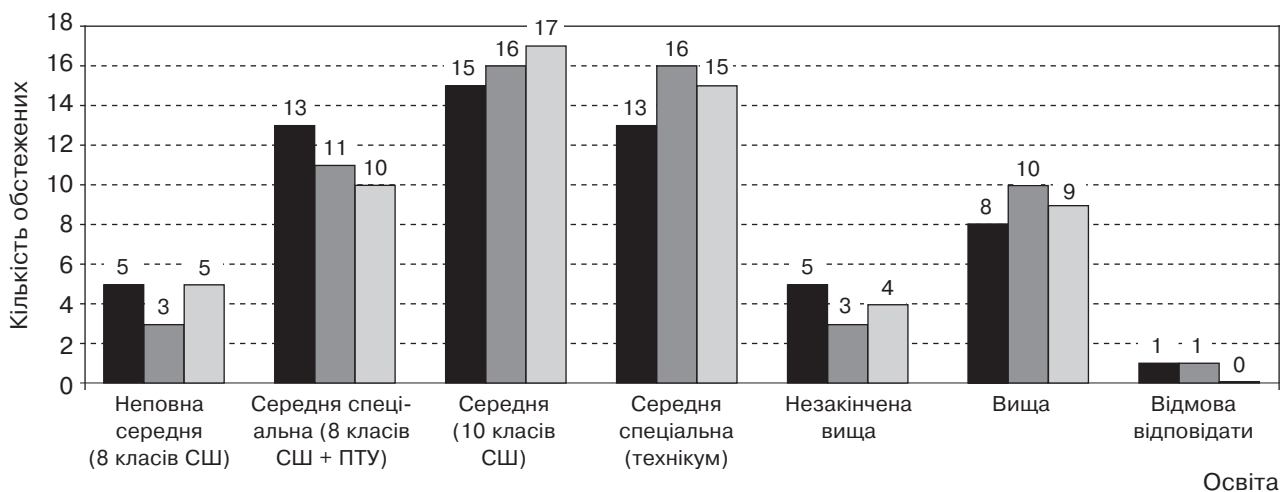


Рис. 4. Розподіл обстежених за рівнем освіти: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Таблиця 5

Розподіл обстежених за відношенням до служби в армії

Служба в армії	Кількість обстежених із таким відношенням до служби в армії					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Служив повний строк у стройових частинах	29	48,33	32	53,33	28	46,67
Служив повний строк у будівельних частинах	3	5,00	5	8,33	4	6,67
Звільнений від служби через розлади особистості	2	3,33	1	1,67	3	5,00
Звільнений від служби через інші захворювання	3	5,00	2	3,33	5	8,33
Не служив через судимість	4	6,67	3	5,00	3	5,00
Не служив з інших причин	18	30,00	17	28,33	15	25,00
Відмова відповідати	1	1,67	0	0,00	2	3,33
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

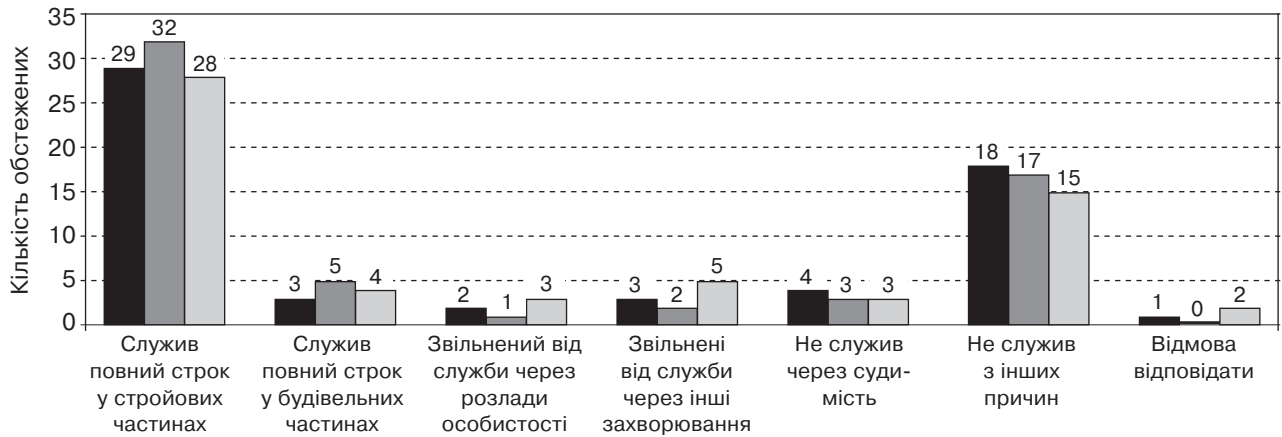


Рис. 5. Розподіл обстежених за відношенням до служби в армії: ■ — I група; ■ — II група; □ — III група

Таблиця 6

Розподіл обстежених за наявністю професії та зайнятості

Наявність професії або професійних навичок та рід занять	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Наявність професії або професійних навичок						
Немає	9	15,00	12	20,00	10	16,67
Є	51	85,00	48	80,00	50	83,33
Рід занять						
Робітник приватного сектора	23	38,33	21	35,00	19	31,67
Безробітний	22	36,67	20	33,33	21	35,00
Робітник державного сектора	5	8,33	7	11,67	6	10,00
Службовець державного сектора	3	5,00	3	5,00	2	3,33
Інвалід	4	6,67	2	3,33	3	5,00
Службовець приватного сектора	1	1,67	3	5,00	3	5,00
Торговий працівник приватного сектора	1	1,67	2	3,33	3	5,00
Студент ВНЗ	0	0,00	1	1,67	3	5,00
Торговий працівник державного сектора	1	1,67	1	1,67	0	0,00
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

www.mps.kh.ua

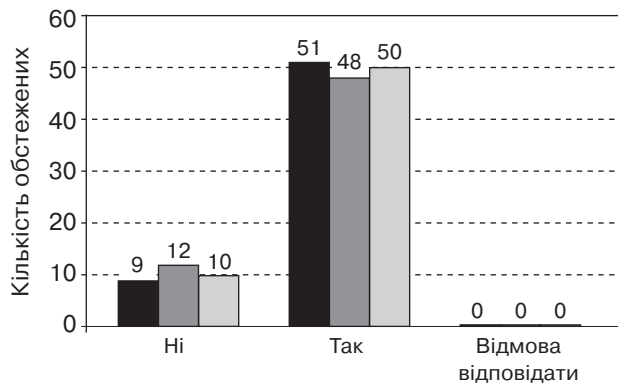


Рис. 6. Розподіл обстежених за наявністю професії або професійних навичок: ■ — I група; ■ — II група; □ — III група

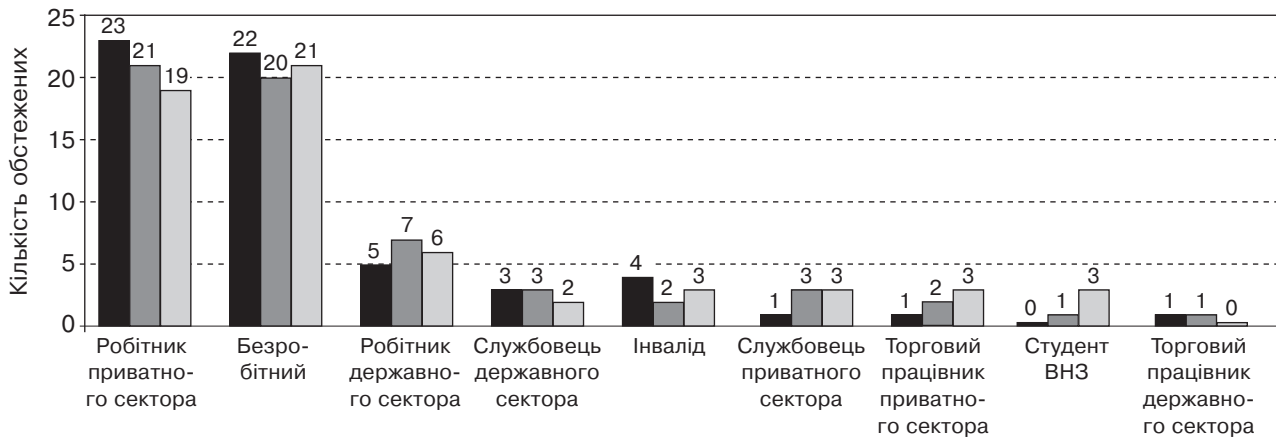


Рис. 7. Розподіл обстежених за останнім родом заняття: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Розподіл обстежених за кількістю госпіталізацій на початок обстеження

Таблиця 7

Кількість госпіталізацій	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
2	24	40,00	21	35,00	23	38,33
3	16	26,67	17	28,33	19	31,67
4	9	15,00	11	18,33	7	11,67
5	4	6,67	3	5,00	3	5,00
6	3	5,00	4	6,67	2	3,33
7	2	3,33	1	1,67	3	5,00
8	1	1,67	2	3,33	1	1,67
9	0	0,00	1	1,67	1	1,67
> 9	1	1,67	0	0,00	1	1,67
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

www.mps.kh.ua

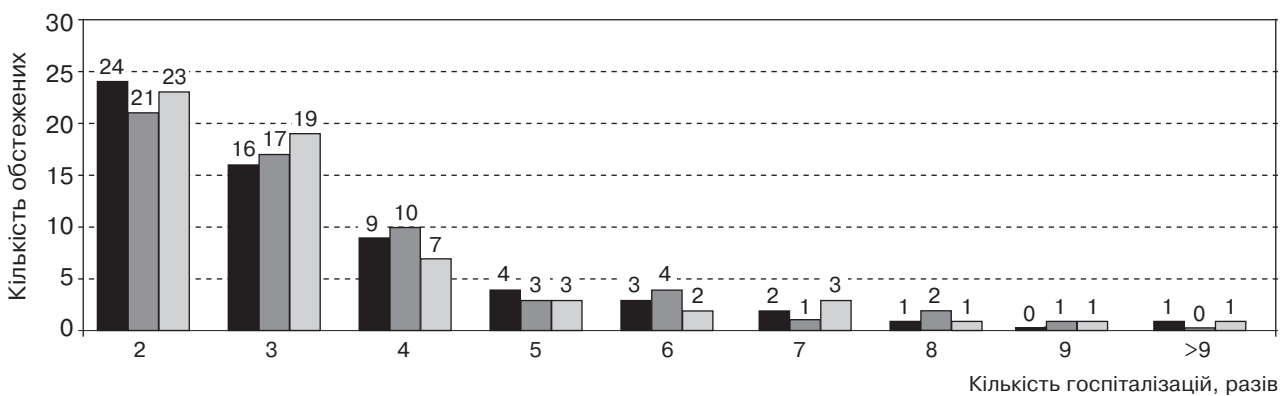


Рис. 8. Розподіл обстежених за кількістю госпіталізацій на початок обстеження: ■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Розподіл обстежених за ознакою тривалості проблемного вживання алкоголю протягом життя

Термін вживання алкоголю, роки	Кількість обстежених					
	I група, n = 60		II група, n = 60		III група, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1–5	7	11,67	6	10,00	7	11,67
6–10	15	25,00	16	26,67	14	23,33
11–15	11	18,33	10	16,67	11	18,33
16–20	11	18,33	12	20,00	11	18,33
21–25	8	13,33	9	15,00	9	15,00
26–30	6	10,00	5	8,33	6	10,00
31–35	2	3,33	2	3,33	2	3,33
Разом	60	100,00	60	100,00	60	100,00

www.mps.kh.ua

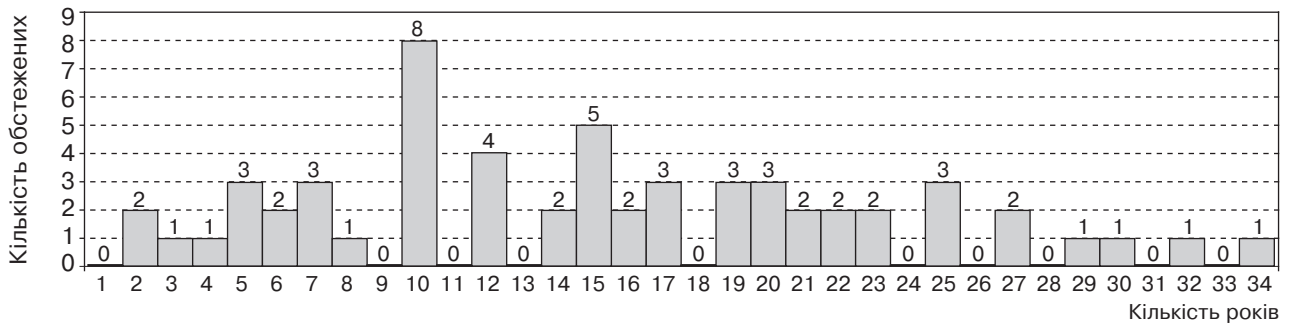
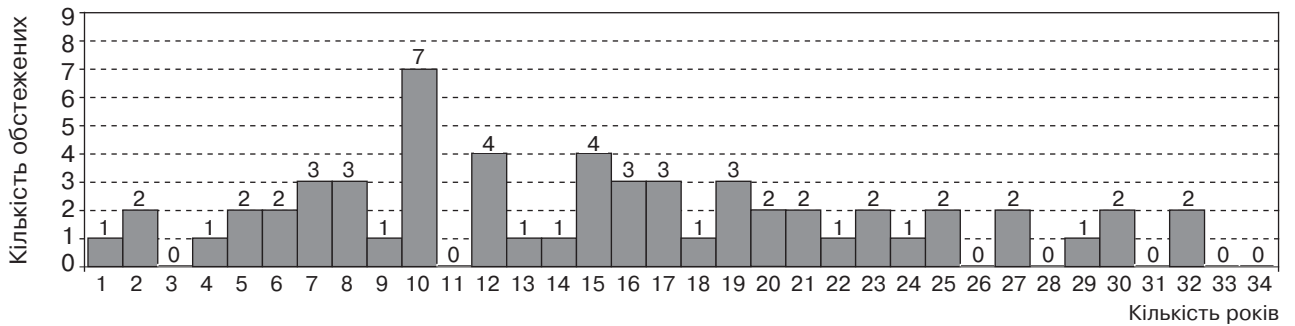
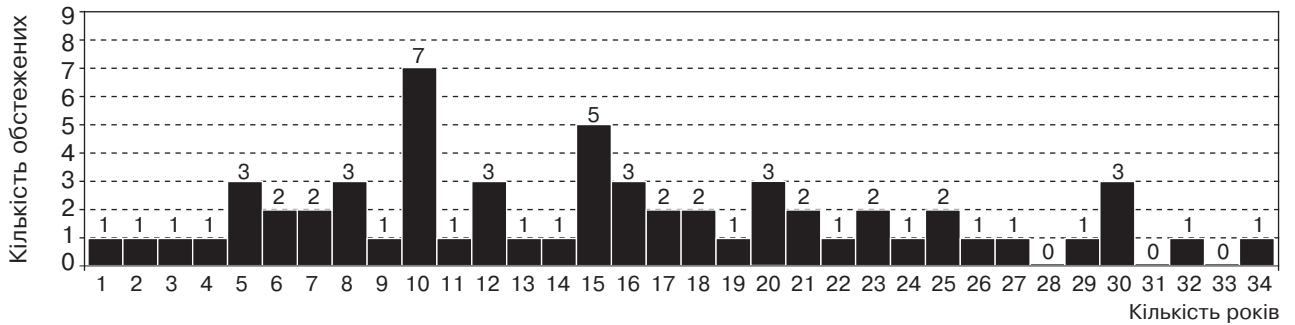


Рис. 9. Розподіл обстежених за ознакою тривалості проблемного вживання алкоголю протягом життя:

■ — I група; ■ — II група; ■ — III група

Результати ретроспективного аналізу (TLFB) вживання алкоголю обстеженими протягом останніх 30 днів (середні добові дози вжитого алкоголю, СДА)

День вживання	Середні добові дози вжитого алкоголю			День вживання	Середні добові дози вжитого алкоголю		
	I група, n = 60	II група, n = 60	III група, n = 60		I група, n = 60	II група, n = 60	III група, n = 60
Вчора	6,3±1,0	6,2±1,0	6,3±1,0	16 днів тому	11,1±1,0	12,2±1,0	10,8±1,0
Позавчора	7,7±0,8	9,6±0,8	8,2±0,9	17 днів тому	10,5±1,0	10,1±1,0	12,2±1,0
3 дні тому	10,7±0,8	9,5±0,8	11,8±0,9	18 днів тому	10,9±1,0	11,5±1,0	12,2±1,0
4 дні тому	13,2±1,2	12,7±1,1	11,5±1,2	19 днів тому	11,7±1,0	10,5±1,0	10,0±1,1
5 днів тому	12,4±1,1	11,5±1,0	13,8±1,1	20 днів тому	10,9±1,1	9,9±1,1	12,1±1,1
6 днів тому	14,0±1,0	13,6±1,0	12,4±1,0	21 день тому	10,1±0,8	9,8±0,8	11,2±0,9
7 днів тому	13,3±1,0	13,0±0,9	13,5±1,0	22 дні тому	10,4±0,9	11,8±0,9	9,0±1,0
8 днів тому	12,1±0,9	14,7±0,9	13,8±1,0	23 дні тому	10,3±0,8	11,2±0,8	10,7±0,9
9 днів тому	13,2±1,0	12,8±1,0	12,3±1,0	24 дні тому	11,8±1,0	10,0±0,9	9,0±1,0
10 днів тому	13,7±1,0	14,1±1,0	12,2±1,0	25 днів тому	10,6±1,0	8,8±1,0	11,5±1,0
11 днів тому	13,7±1,0	12,4±1,0	11,9±1,0	26 днів тому	10,4±1,1	9,7±1,0	10,8±1,1
12 днів тому	11,8±0,9	12,1±0,9	10,9±0,9	27 днів тому	10,0±0,9	10,9±0,9	8,8±0,9
13 днів тому	13,3±1,0	12,0±1,1	11,4±1,0	28 днів тому	8,3±0,9	9,8±0,9	10,8±0,9
14 днів тому	12,0±1,0	10,3±1,1	12,9±1,0	29 днів тому	9,7±0,9	10,8±1,0	7,7±0,9
15 днів тому	11,9±1,0	12,8±1,0	10,6±1,0	30 днів тому	8,8±0,9	9,5±0,9	8,0±0,9

Примітка. СДА — стандартна доза алкоголю. Те саме на рис. 10.

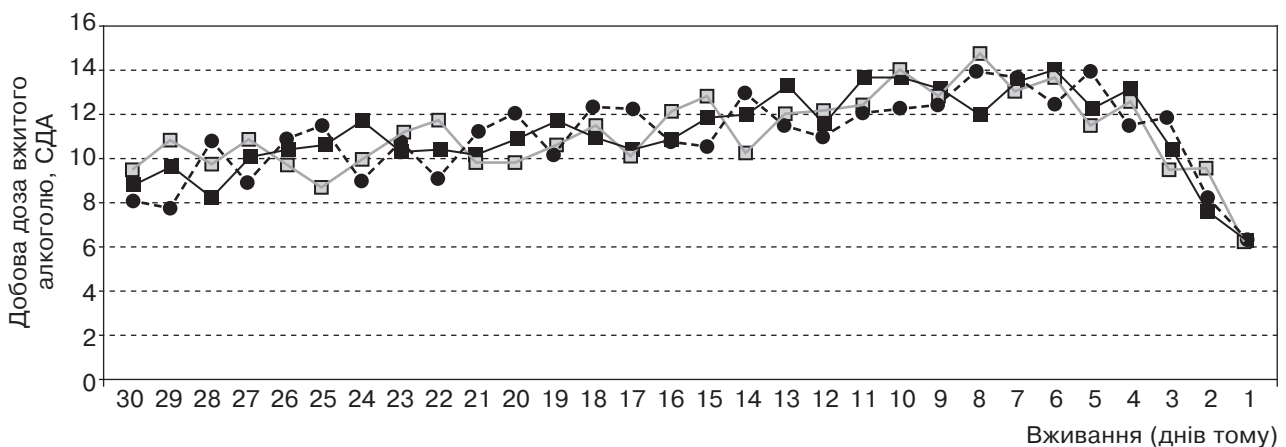


Рис. 10. Результати ретроспективного аналізу (TLFB) вживання алкоголю обстеженими упродовж останніх 30 днів: —■— I група; —□— II група; —●— III група

останнього (перед включенням до дослідження) місяця було встановлено, що незалежно від належності до тієї чи іншої групи порівняння всі пацієнти мали подібну толерантність до алкоголю та подібний (безперервний) патерн його вживання (табл. 9, рис. 10).

Так, в усіх групах порівняння усереднена толерантність до алкоголю становила близько 10 СДА (140 г абсолютного етанолу, або 350 мл 40%-вої горілки) на добу ($p > 0,05$), з тенденцією до їх зменшення за 4–5 днів до госпіталізації.

Наведені дані вказують на те, що сформовані групи є цілком порівнянними за усіма основними загальними та клінічними параметрами і тому придатні для компаративного аналізу результатів лікування. Зовнішній та внутрішній дизайн дослідження, аналіз загальних анамнестичних та клінічних даних дозволяють гарантувати й надалі одержання високостовірних матеріалів у групах порівняння, в тому числі щодо клінічного випробування ефективності та безпечності сенсibiliзуючих до алкоголю препаратів — дисульфіраму і ціанаміду.

Література

1. *Иванец Н. Н.* Типология алкоголизма / Н. Н. Иванец, Л. М. Савченко.— М.: Рос. благотвор. фонд «НАН», 1996.— 46 с.
2. *Ерышев О. Ф.* Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбаков, П. И. Шабанов.— СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002.— 192 с.
3. *Минко А. И.* Наркология в вопросах и ответах / А. И. Минко, И. В. Линский.— Ростов-на-Дону: Феникс; Харьков: Торсинг, 2004.— 480 с.
4. *Сосин И. К.* Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев.— Харьков: Коллегиум, 2005.— 800 с.
5. *Артемчук О. А.* Формування терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих, залежних від алкоголю: автореф. дис.... канд. мед. наук / О. А. Артемчук.— Харьков, 2008.— 14 с.
6. *Swift R. M.* Лекарственная терапия алкогольной зависимости / R. M. Swift // Обзор современной психиатрии.— 2001.— Вып. 3 (11).— С. 61–70.
7. *Сайков Д. В.* Алкогольная депрессия / Д. В. Сайков, И. К. Сосин.— Харьков: Коллегиум, 2004.— 336 с.
8. *Сквира И. М.* Значение социальных факторов в генезе рецидивов алкогольной болезни / И. М. Сквира // Довженківські читання: проблема рецидиву в сучасній наркології: матер. X Укр. наук.-практ. конф. з участю міжнародн. спец.; 7–8 квітня, 2009 р., Харків.— Харків: Плеяда, 2009.— С. 312–320.
9. *Артемчук А. А.* Технология создания и применения комплексных препаратов адаптационно-метаболического действия при алкогольной зависимости / А. А. Артемчук // Наркология.— 2007.— № 11.— С. 24–31.
10. *Артемчук А. Ф.* Теоретические и прикладные аспекты коморбидности алкогольной болезни / А. Ф. Артемчук, К. А. Артемчук // Довженківські читання: актуальні питання соц. і клін. наркології: матер. IX Укр. наук.-практ. конф. з участю міжнародн. спец.; 8–9 квітня 2008 р., Харків.— Харків: Плеяда, 2008.— С. 194–201.
11. AUDIT — The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care / T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders [et al.].— Ed. 2nd.— World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
12. *Sobell L. C.* Alcohol consumption measures / L. C. Sobell, M. B. Sobell // Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers; eds. J. P. Allen & M. Columbus.— Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.— P. 55–73.
13. *Sobell L. C.* Alcohol Timeline Followback (TLFB) // American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures.— Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.— P. 477–479.
14. Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior / L. C. Sobell, S. A. Maisto, M. B. Sobell, A. M. Cooper // Behav. Res. and Therapy.— 1979.— № 17.— P. 157–160.
15. *Sobell L. C.* Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption / L. C. Sobell, M. B. Sobell // Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods; eds. R. Z. Litten & J. Allen.— New Jersey: Humana Press, 1992.— P. 41–72.
16. *Чередниченко Н. В.* Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшулер // Вопр. наркологии.— 1992.— № 3–4.— С. 14–17.
17. *Kivlahan D. R.* The Alcohol Dependence Scale: a validation study among inpatient alcoholics / D. R. Kivlahan, K. J. Sher, D. M. Donovan // J. of Study of Alcohol.— 1989.— Vol. 50 (2).— P. 170–175.
18. Psychometric analyses of the Alcohol Dependence Scale among United States and Russian clinical samples / J. P. Allen, J. B. Fertig, L. H. Towle [et al.] // International J. of Addiction.— 1994.— Vol. 29 (1).— P. 71–87.
19. Further validation of the alcohol dependence scale as an index of severity / A. J. Saxon, D. R. Kivlahan, S. R. Doyle, D. M. Donovan // J. of Study of Alcohol and Drugs.— 2007.— Vol. 68 (1).— P. 149–156.
20. *Doyle S. R.* A validation study of the alcohol dependence scale / S. R. Doyle, D. M. Donovan // J. of Study of Alcohol and Drugs.— 2009.— Vol. 70 (5).— P. 689–699.
21. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) / J. T. Sullivan, K. Sykora, J. Schneiderman [et al.] // British J. of Addiction.— 1989.— Vol. 84 (11).— P. 1353–1357.
22. Наркология / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Г. Робертс, С. Е. Хайма.— М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 1998.— 320 с.
23. *Алмаши К. К.* Дегустация вин / К. К. Алмаши, Е. С. Дрбоглав.— М.: Пищевая промышленность, 1979.— 151 с.
24. *Крылов А. А.* Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособ. / А. А. Крылов, С. А. Маничев.— СПб.: Питер, 2000.— 560 с.
25. *Hamilton M.* A rating scale for depression / M. Hamilton // J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.— 1960.— № 23.— P. 56–62.
26. The diagnostic interview for depressive personality / J. G. Gunderson, K. A. Phillips, J. T. Triebwasser [et al.] // Am. J. Psychiat.— 1994.— Vol. 151.— P. 1300–1304.
27. *Пишель В. Я.* Стандартный инструментарий для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения / В. Я. Пишель, Ю. А. Блажевич // Арх. психіатрії.— 2001.— № 4 (27).— С. 93–96.
28. *Подкорытов В. С.* Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 352 с.

29. Validization an efficient quality life index / E. Mez-zich Juan, Cohen Neal, Liu Jason [et al.] // Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds».— Hamburg, Germany, 6–11 August 1999.— P. 427–428.
30. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2 т. / В. С. Камышников.— Минск: Беларусь, 2000.— Т. 1.— 495 с.; Т. 2.— 463 с.
31. Kaplan E. L. Nonparametric estimation from incomplete observations / E. L. Kaplan, P. Meier // J. of The American Statistical Association.— 1958.— Vol. 53.— P. 457–481.
32. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер.— М.: Медиа Сфера, 1998.— 345 с.
33. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процес сов / Е. В. Гублер.— М.: Медицина, 1978.— 294 с.
34. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Моріон, 2000.— 320 с.
35. Kaempf G. The BRENDA Model: A Psychosocial Addiction Model to Identify and Treat Alcohol Disorders in Elders / G. Kaempf, C. O'Donnell, D. W. Oslin // Geriatric Nursing Volume.— 1999.— Vol. 20, № 6.— P. 302–304.

ТЕХНОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ИНГИБИТОРАМИ АЦЕТАЛЬДЕГИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ

К. А. АРТЕМЧУК

Приведены материалы комплексного сравнительного исследования трех групп больных алкогольной зависимостью в процессе длительного лечения препаратами сенсibiliзирующего действия — дисульфирамом и цианамидом. Представлены дизайн работы, анамнестические и клинические характеристики пациентов.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, терапевтическая резистентность, препараты сенсibiliзирующего действия, динамика состояния больных в процессе лечения.

TECHNOLOGY AND THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION USING INHIBITORS OF ACETALDEHYDE DEHYDROGENASE

K. A. ARTEMCHUK

A comprehensive comparative study of three groups of patients with alcohol addiction in the process of long-term treatment with sensitizing drugs (disulfiram and cyanamide) is reported. The work design, history and clinical characteristics of the patients are presented.

Key words: alcohol addiction, therapeutic resistance, sensitization drugs, dynamics of the patients during treatment.

Надійшла 11.02.2013