



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59093 (13) A

(51) 7 A61M21/00, A61B5/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КУПІРУВАННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

1

2

(21) 2003010306

(22) 14 01 2003

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Сосін Іван Кузміч, Купрієнко Ірина Володи-
мирівна, Грімблат Станіслав Олегович, Беспалов
Юрій Гаврилович, Гончарова Олена Юріївна(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб купірування тривожних станів алко-
гольної етіології, що включає фармакотерапію і

сеанси психотерапії, який відрізняється тим, що у
хворого під час лікування вимірюють показники
варіаційної пульсографії і при значеннях амплітуди
моди рівному чи більшому 62% і варіаційного роз-
маху менше 200 мілісекунд призначають 5-7 кур-
сових сеансів біоадаптивного регулювання на тлі
переходу до мінімальних підтримуючих дозувань
препарату з повною його відміною після зникнення
тривоги і стабілізації емоційного статусу пацієнта

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до
наркології і може бути використаним при лікуванні
пограничних психічних розладів

Відомий спосіб лікування тривожних станів при
алкоголізмі, що включає психофармакотерапію
(Дифференцированные методы психофармакоте-
рапии больных алкоголизмом. Методические ре-
комендации / Ленинград н.-и. психоневрол. инсти-
тут, 1990 - 14с). При лікуванні тривожно-
депресивного синдрому використовують амітрип-
тилін - трициклічний антидепресант. Дози амітрип-
тиліну при курсовому лікуванні 50-75-100мг у добу
розподіляються в 2-4 прийоми, курс лікування
складає 3-4 тижня, при необхідності може бути
збільшений до 6-8 тижнів. З появою побічних ефе-
ктів замінюють антидепресант, наприклад, герфо-
напом, азафеном.

Недоліком цього способу є наявність суб'єкти-
вно-емпіричного підходу при визначенні разових і
добових дозувань препаратів, тривалості курсової
фармакотерапії. Приймається до уваги також той
факт, що небажаними побічними ефектами пси-
хофармакотерапії у хворих алкогольною залежніс-
тю, особливо при наявності виражених тривожних
розладів, є можливість формування нової ятро-
генної залежності від психотропних препаратів.

У зв'язку з тим, що психофармакологічні пре-
парати, здебільшого, приводять до різних негатив-
них реакцій організму, надзвичайно актуальний
пошук модифікованих терапевтичних підходів, що
включають оптимальне сполучення даних препа-
ратів із психотерапевтичними методами на основі

об'єктивних критеріїв оптимізації лікувальних про-
грам.

На думку більшості дослідників, неодмінною
умовою, що визначає ефективність психотерапев-
тичного лікування, повинна бути його емоційно-
стресова спрямованість. Це такі відомі і широко
застосовувані методи як метод стресопсихотерапії
А.Р. Довженко (1988), колективна емоційно-
стресова психосугестивна терапія по методу В.Є.
Рожнова (1989), емоційно-імперативне навчання
наяву по В.М. Паламарчука (1988), емоційно-
стресова психотерапія в період алкогольного абс-
тинентного синдрому по С.И. Жижильову (1996),
емоційно-вольове тренування по А.Т. Філатову
(1986), метод гештальт-терапії при алкогольної
залежності І.Н. Коршко (2000) (Зінченко Є.Н. Пси-
хотерапія в лікуванні алкогольної залежності // Матеріали науково-практичної конференції мо-
лодих вчених Харківської медичної академії післяди-
пломної освіти "Нові технології в медицині" - Хар-
ків - 2000 - С. 57-58).

Найбільш близьким і обраним як прототип є
спосіб купірування тривожних станів алкогольної
етіології, що включає сполучене застосування інгі-
біторів моноаміноксидази і психотерапії. Пацієн-
там призначають нуредаль у дозі до 200мг у добу
перорально. Паралельно з фармакологічним ліку-
ванням усім пацієнтам проводять групову індиві-
дуально-орієнтовану психотерапію.

Недоліком даного способу є відсутність визна-
чення оптимального часу підключення до фарма-
котерапії різних модифікацій психотерапевтичного

(13) A

(11) 59093

(19) UA

впливу переходу від фармакологічного до психотерапевтичного етапу лікування. Зазначений недолік особливо важливий при купіруванні тривожних станів алкогольної етіології. Це обумовлено тим, що екзо- і ендоексичний фактор, що грає настільки важливу роль у протіканні всіх патологій алкогольної етіології, викликає вегетативні дисфункції, без усунення яких психотерапія виявляється мало-ефективною.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу купірування тривожних станів алкогольної етіології, в якому за рахунок визначення оптимального моменту переходу від фармакологічного до психотерапевтичного етапу лікування досягається зниження рівня особистої і ситуативної тривоги, зменшення тривалості фармакологічного етапу лікування, скорочення курсової дози фармакологічних препаратів, а також виключається звикання до препаратів.

Поставлена задача вирішується в способі лікування тривожних станів алкогольної етіології, що здійснюються шляхом проведення фармакотерапії і сеансів психотерапії, відповідно до винаходу, у хворого під час лікування вимірюють показники варіаційної пульсографії і при значеннях амплітуди моди рівному чи більшому 62 відсотків і варіаційного розмаху менше 200 мілісекунд призначають 5-7 курсових сеансів біоадаптивного регулювання на тлі переходу до мінімальних підтримуючих дозувань препарату з повною його відміною по зникненню тривоги і стабілізації емоційного статусу пацієнта.

Таким чином, постійне відстеження стану вегетативної складової синдрому тривожності, дозволяє оптимізувати тривалість фармакологічного етапу купірування тривожних станів алкогольної етіології.

До психотерапевтичних програм повинні входити методи, що головним чином спрямовані на поліпшення психічного саморегуляції, аутотренінг, автосугестія, медитація, самоврядування, стрес-керування й інші. Саме до таких методів і відноситься біоадаптивне регулювання організму (БАРС). Це один з варіантів біологічного керування, при якому зовнішні сигнали зворотного зв'язку, подавані на пацієнта в строгій залежності від динаміки досліджуваної і регульованої функції, є для нього біологічно значимими (позитивними чи негативними). Задачею біоадаптивного регулювання є посилення позитивних впливів і зменшення негативних. Головною особливістю даного методу є керування процесами організму, що не можуть спостерігатися і бути зафіксованими ні лікарем, ні хворим без приладів. Ці процеси не зможуть піддаватися довільному самоконтролю.

Спосіб, що заявляється, здійснюють у такий спосіб:

У хворого під час проведення психофармакотерапії регулярно проводять вимір варіаційно-пульсографічних (ВПП) параметрів. Визначають частоту серцевих скорочень (ЧСС), індекс Баєвського (In), амплітуду моди (Амо), моду (Мо), показник варіаційного розмаху (Рх). Коли одержують стабільне значення амплітуди моди, рівне чи більше 62% і значення варіаційного розмаху менше 200 мілісекунд призначають 5-7 курсових сеансів

біоадаптивного регулювання на тлі переходу до мінімальних підтримуючих доз препарату з повною його відміною по зникненню тривоги і стабілізації емоційного статусу пацієнта.

Приклад №1

Хворий К., 40 років. Скарги на інтенсивний головний біль пульсуючого характеру, що давить, у скроневих і тім'яних областях, слабкість, порушення сну (сон поверхневий, неспокійний, з частими нічними пробудженнями, з почуттям страху, нічними кошмарами), дратівливість, поганий настрій, «нічого не хочеться робити», «тривога, страх, що зі мною щось відбудеться», тремор усього тіла, особливо пальців рук, п'янівість, нездопаний потяг до алкоголю.

Анамнез життя з родини робітників, єдина дитина в родині, спадковість обтяжена батько зловживав алкоголем. Рання розвинутий без особливостей, у школу пішов з 7 років, учився посередньо, закінчив 8 класів, ПТУ за фахом технік-електрик. В армії не служив, пройшов тільки військові збори (зі слів хворого тому що був поставлений діагноз псоріаз). Не одружений, дітей немає. Туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. Не судимий, у даний час не працює. Палить 15-20 сигарет у день. Уживання наркотичних засобів заперечує.

У шестирічному віці злякав собаку, після цього був присутній невизначений страх, коли виходив з будинку «Часто вночі просипався від сновидінь на тему укусів собаки». У дитинстві, підлітковому віці і в даний час піддався пероральній з боку матері «Я не одружений, тому що мамі не подобаються мої наречені». Відзначає, що в дитинстві був соромливою, вразливою дитиною, з підвищеною чутливістю до критики, з почуттям внутрішнього напруження, тривоги. У спілкуванні з однолітками не виділявся. В даний час вважає, що істотних змін характеру не відбулося. Особисто характеризує себе як чутливу, вразливу, невпевнену людину, але в той же час товариським «можна друзям розповісти, якщо є якась вага на душі», «не люблю бути один».

Анамнез хвороби. Уперше спробував алкоголь у 16 років - на дні народження випив із друзями близько 150-200мл вина, відзначає, що це допомогло розслабитися, звичайно уникав гучних компаній, здавалося, що він привертає загальну увагу. Періодично 1-2 рази на місяць почав випивати 200-300мл провіна. Після закінчення училища і початку трудової діяльності почав регулярно 1-2 рази в тиждень уживати по 300-500мл горілки, самогону. Блювотний рефлекс втрачений у 21 рік, кількісний контроль втрачений у 25 років. З 26 років запійний характер зловживання, запої біля 2-х місяців, «світлі проміжки» 1-2 тижня, доза, що викликає сп'яніння - 200мл самогону, толерантність у запої 750мл - 1л без тенденції до зниження, утрата ситуативного контролю в 27 років, амнезія сп'яніння по типі палімпсестів з 27 років. З 38 років запої по 3 дні, «світлі проміжки» 1-3 місяця, тобто зменшення тривалості запоїв і збільшення тривалості «світлих проміжків». Толерантність у запої 1л самогону, без тенденції до зниження. Останній запій протягом 3-х тижнів, остання алкоголізація за день до надходження.

Абстинентний синдром з 25 років, стійкий, із

сомато-вегетативними, неврологічними проявами (тремтіння пальців рук, усього тіла, запаморочення, гіпергідроз, спрага, відсутність апетиту), з 27 років - із психічним компонентом (порушення якості сну, знижений тло настрою, дратівливість, почуття провини, почуття внутрішнього напруження, тривожність, туга, невизначене занепокоєння, відчуття безвихідності, страх, слухові і зорові обмани сприйняття, нав'язливі і надцінні думки про свою малоцінність, сексуальної незадоволеності)

Неодноразово переносив алкогольні психози (1995, 1996, 1998, 2000), що були купейні в наркологічному стаціонарі, постійно є присутнім страх повторення застрашливих зорових і вербальних галюцинацій

Соматичний статус Нормостетичної статури, ріст 176см, вага 78кг, задовільного харчування У легенях - везикулярний подих, тони серця приглушені, діяльність ритмічна, пульс 84 удару в хвилину, Артеріальний тиск 140/100мм рт ст Живіт м'який, безболісний при пальпації, печінка виступає за край реберної дуги на 2,0см, край гладкий, безболісний при пальпації Синдром Пастернацького негативний по обидва боки Неврологічний статус зниці D=S, округлої форми, фотореакції мляві, недостатність акта конвергенції й акомодаци Ліцева іннервація асиметрична, носогубний трикутник згладжений, сухожилльні рефлексів з рук, з ніг D=S, мляві, зони викликання розширені Помірний гіпергідроз долонь, шкірні покриви сухі, дермографізм білий тривалий, усі види чутливості збережені, зниження тактильної чутливості по типі «рукавичок, носків» У позі Ромберга атаксія, тремор пальців витягнутих рук, пальце-носова проба з легким промахуванням

Психічний статус Доступний продуктивному мовному контакту, на початку бесіди насторожений, напружений, неохоче відповідає на питання, «чому саме я, чому збираєте відомості про мене, куди підуть ці дані?», намагається сидіти обличчям до дверей, здригається при найменшому звуці

Потім, після докладного пояснення мети обстеження, погоджується відповідати на питання, у бесіді стає активним під час обговорення його емоційного стану, настрою, сну, соматичних скарг

Орієнтований усебічно вірно На момент бесіди галюцинаторного поведіння не виявляє Мислення без структурно-логічних і семантичних порушень Висловлює уривчасті надцінні ідеї про сексуальну неповноцінність Відзначає думки про свою малоцінність

Емоційно лабільний, відзначає, що іноді відчуває невизначений страх, занепокоєння, почуття внутрішнього напруження, скутості, «занадто переживаю через дрібниці, легко можу заплакати», Намагається вслякати уникати критичних ситуацій, «сильно розбудовуюся, якщо щось не виходить, охоплює занепокоєння, коли думаю про свої справи, часто випробую жаль, невпевнений у правильності прийнятого рішення»

Емоційно-вольова сфера зниження базисних інтересів особистості і цілеспрямованості діяльності з підвищенням ролі алкогольної потреби (потреба в алкоголі при зниженні настрою, занепокоєнні, напрузі, тривозі зростає, алкоголь цілком знімає почуття тривоги «начебто камінь з душі

розчиняється»), деяке зниження соціально-позитивних, естетичних, інтелектуальних характеристик

Рухово упорядкований, у відділенні малопомітний, відношення до лікування і перебування у відділенні індивідуальне, критика до свого стану недостатня

Хворому призначений курс фармакотерапії Під час проведення фармакотерапії у хворого вимірювали ВПГ параметри

Динаміка ВПГ показників у процесі психофармакотерапії і Барс-терапії тривожних розладів у хворого алкогольною залежністю представлена в табл 1

Таблиця 1

Показники ВПГ	Результат психофармакотерапії				Результат БАРС-терапії
	1 день	2 день	3 день	4 день	
ЧСС	100	96	82	80	78
In	164	450	110	166	127
Амо	45	50	58	62	76
Мо	330	570	690	750	750
Рх	360	240	240	200	120

На 4 день лікування значення амплітуди моди складало 62%, а варіаційного розмаху - 200 мілісекунд З 5 дня лікування призначили 6 сеансів БАРС

Після проведення лікування покращилися показники шкали самооцінки тривоги До початку лікування рівень особистісної тривоги був високим - 56 балів, високий рівень ситуативної тривоги - 54 бала Шкала самооцінки тривоги після психофармакотерапії і БАРС - терапії - середній рівень особистісної тривоги - 42 бала, низький рівень ситуативної тривоги - 30 балів

Приклад №2

Хворий 43 років Скарги на тривогу, тремор пальців рук, птливисть, спрагу, зниження апетиту, дратівливість, занепокоєння, нездоланий потяг до алкоголю

Анамнез життя Ранній розвиток без особливостей, у школу пішов з 7 років, закінчив 8 класів, ПТУ за фахом газозварника У дитинстві і юності був товаришким, рішучим, наполегливим, у спілкуванні з друзями був лідером В армії служив у термін, цілком Одружений, сину 19 років Туберкульоз, вірусний гепатит, вен захворювання заперечує Алкогольні психози не переносив, ЧМТ не було Спадковість психічними і наркологічними захворюваннями не обтяжена Палить з 18 років, у даний час - по 10 сигарет на добу

Анамнез хвороби Уперше спробував алкоголь у 17 років, «за компанію» 200мл вина, «не сподобалося, нудило, була блювота, запаморочення», після армії і початку трудової діяльності почав випивати по 200-300мл вина, 100-200мл горілки 1-2 рази на місяць З 27 років найчастіше вже сам ставав ініціатором випивки, звичайно наприкінці тижня випивав по 300-500мл горілки, «будинку з дружиною конфлікти, хотів зняти напругу», ранком не похмелявся, блювотний рефлекс утрачений У 30 років утрата кількісного контролю, толерант-

ність 500-700мл горілки, формується абстинентний синдром із сомато-вегетативним і неврологічним компонентом, амнезія сп'яніння за типом палимпсестів. З 35-36 років відзначає зміни характеру - став дратівливим, недовірливим, уразливим, з'явилось почуття невизначеного занепокоєння, нічні пробудження з відчуттям перебоїв в області серця, страх смерті. Після прийому спиртного поліпшувався настрій, сон, «ставав як і колись активним». З 39 років запійний характер зловживання, запої по 3-4 дні, «світлі проміжки» 2-3 тижня, толерантність у запої близько 1л горілки без тенденції до зниження. Найбільш виражене почуття занепокоєння, тривоги протягом 3-4 днів до запою, відзначає, що алкоголь цілком усуває анксиозну симптоматику.

Соматичний статус. Задовільного харчування, шкірні покриви чисті, у легенях везикулярний подих, тони серця приглушені, діяльність ритмічна, пульс 92 уд/хв, артеріальний тиск 120/90мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації, печінка у нормі.

Неврологічний статус. Лицьова іннервація симетрична, сухожильні рефлексі - D=S, живі. У позі Ромберга стійкий, пальце-носова проба - вірно, тремор пальців витягнутих рук, гіпергідроз помірний.

Психічний статус. Доступний продуктивному контакту, на питання відповідає повно, охоче пред'являє скарги сомато-неврологічного характеру, цікавиться станом свого здоров'я. Орієнтований усебічно вірно, продуктивної психопатологічної симптоматики не виявляє. Фон настрою знижений, тривожний, напружений. Особисто характеризує себе як «вольового, сильного, рішучого, товариського», але в той же час відзначає істотні зміни характеру з перевагою анксиозних рис. Рухово трохи метушливий, непосидючий, у відділенні малопомітний. Критика до свого стану часткова, вважає, що потрібно «підлікувати нерви, тоді і пити менше буду».

Під час фармакотерапії проводили вимір ВПГ показників.

Динаміка ВПГ показників у процесі психофармакотерапії і БАРС-терапії тривожних розладів у хворого алкогольною залежністю представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Показники ВПГ	Результат психофармакотерапії			Результат БАРС-терапії
	1 день	2 день	3 день	
ЧСС	98	84	78	78
In	164	450	110	156
АМо	45	58	64	67
Мо	570	570	690	750
Рх	330	250	200	160

На 3 день лікування значення амплітуди моди складало 64%, а варіаційного розмаху - 200 мілісекунд. З 4 дня лікування призначили 5 сеансів БАРС.

Після проведення лікування покращилися показники шкали самооцінки тривоги. До проведення лікування середній рівень особистісної тривоги

складав 42 бала, був високим рівень ситуативної тривоги - 50 балів. Шкала самооцінки тривоги після психофармакотерапії і БАРС-низький рівень особистісної тривоги - 28 балів, середній рівень ситуативної тривоги - 35 балів.

Приклад №3

Хворий С., 30 років. Скарги на тривожний стан, слабкість, біль за грудиною, серцебиття, зниження настрою, порушення засипання, потяг до алкоголю.

Анамнез життя. з родини службовців, освіта незакінчена вища. В армії служив у термін, цілком Розведений, живе цивільним шлюбом, двоє дітей. Туберкульоз, вірусний гепатит, вен. захворювання заперечує. ЧМТ не було. Спадковість психічними і наркологічними захворюваннями не обтяжена. Курить з 19 років по 15-20 сигарет у добу.

Анамнез хвороби. перше знайомство з алкоголем у 17 років - 150мл вина, після служби в армії почав працювати на заводі, випивав для того, щоб «не відрізнятись від товаришів» майже щотижня по 200-300мл горілки. Кинув інститут через алкоголізацію, почалися скандали в родині. У 26 років утрата кількісного контролю, потяг до алкоголю, нездопанне. Толерантність 700мл горілки. Абстинентний синдром стійкий. Біля року тому після алкогольного сп'яніння довго не міг заснути «бачив сокиру, пожену», вважав що його «хотіли убити», відчував тривогу, страх смерті, біль за грудиною. При дійсному надходженні побоювався повторення вищеприписаної симптоматики.

Соматичний статус. Шкірні покриви чисті, обличчя гіпереміроване. У легенях везикулярний подих, пульс 96 уд/хв, артеріальний тиск 150/110мм рт.ст., Живіт м'який, безболісний при пальпації, печінка у нормі.

Неврологічний статус. Лицьова іннервація симетрична, сухожильні рефлексі D=S, живі. У позі Ромберга атаксія, пальце-носова проба з промахуванням, тремор пальців витягнутих рук, гіпергідроз виражений.

Психічний статус. доступний продуктивному мовному контакту, орієнтований усебічно вірно, на момент бесіди порушень сприйняття і мислення не виявляє. Трохи подавлений, «боюся бути один у квартирі». Плаксивий, тривожний. Просить про допомогу. Рухово упорядкований, критика формальна.

Під час фармакотерапії вимірювали ВПГ показники.

Динаміка ВПГ показників у процесі психофармакотерапії і БАРС-терапії тривожних розладів у хворого алкогольною залежністю (приклад 3).

Таблиця 3

Показники ВПГ	Результат психофармакотерапії			Результат БАРС-терапії
	1 день	2 день	3 день	
ЧСС	94	86	82	71
In	216	129	150	55
АМо	59	43	62	28
Мо	570	690	750	690
Рх	360	240	180	120

На 3 день лікування значення амплітуди моди

складало 62%, а варіаційного розмаху - 180 мілісекунд. З 4 дня лікування призначили 7 сеансів БАРС.

Середній рівень особистісної тривоги до проведення лікування складав 44 бала, рівень ситуативної тривоги - 56 балів. Після проведення лікування знизився рівень особистісної і ситуативної тривоги: рівень особистісної тривоги - 34 бала, низький рівень ситуативної тривоги - 31 бал.

В усіх приведених прикладах перехід від фармакологічного до психотерапевтичного етапу лікування обумовлений наявністю об'єктивних ВПГ параметрів, що свідчать про стан вегетативної нервової системи, що відповідають переходу від високої до середньої тривожності. Відповідність середнього ступеня тривожності обговореним значенням амплітуди моди (рівним чи більшим 62%) і варіаційного розмаху (менше 200 мілісекунд) підтверджується даними обстеження 28 хворих з високою і середньою тривожністю алкогольної етіології.

У зазначеному інтервалі амплітуди моди і варіаційного розмаху середній ступінь тривожності спостерігається в 7 випадках з 7-ми.

При виході за цей інтервал середній ступінь

тривожності спостерігався лише в 10 випадках з 21. В інших випадках спостерігався високий ступінь тривожності. З приведених даних видно, що при наявності інтервалів значень, що заявляються, амплітуди моди і варіаційного розмаху імовірність зниження ступеня тривожності до середньої статистично вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж при виході за ці інтервали. При виході за ці інтервали з такою ж статистичною вірогідністю спостерігається підвищення імовірності наявності високого ступеня тривожності. Наявність же вегетативного компонента високого ступеня тривожності припускає продовження фармакологічного етапу лікування.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє оптимізувати тривалість фармакологічного етапу купірування тривожних станів алкогольної етіології за рахунок постійного відстеження стану вегетативної складової синдрому тривожності.

Соціальний і економічний ефект запропонованого способу визначає можливість повернути хворого до працездатного стану в більш короткий термін і скоротити до оптимальних значень курсову дозу фармакологічних препаратів, а також виключити звикання до препаратів.