

Венлаксор в лечении аффективных расстройств у больных хроническим алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы

В. Опря, Л. Греку

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Государственный университет медицины и фармации им. Н. А. Тестемицану

Статья представлена к публикации Представительством фармацевтической компании Grindex в Республике Молдова

The Efficiency of Venlaxor in the Clinical Treatment of Affective Disorders of Alcoholics

This study assesses the therapeutic efficiency of the antidepressant Venlaxor (Venlafaxinum) in the complex treatment of affective disorders of the alcoholics suffering repetitive alcoholic psychosis. Concluded in 2008, the one-year study of two groups of 112 patients, men 25-55 years of age diagnosed with chronic alcoholism of 5-15 years, who were treated in the Psychiatric Clinical Hospital of Chisinau. The study showed the efficiency of Venlaxor in the treatment of affective disorders of alcoholic patients given the daily dose of 75-100 mg taken for periods up to two months. It can be recommended as a first-choice medication in diminishing pathological alcoholic addiction throughout the period of therapeutic remission.

Key words: Venlaxor (Venlafaxinum), alcoholic psychosis.

Venlaxor în medicația dereglărilor afective în etilismul cronic, complicat prin psihoze alcoolice

A fost evaluat efectul terapeutic al Venlaxorului la pacienții cu dereglări afective în etilismul cronic, complicat prin psihoze alcoolice repetate. Studiul a cuprins un eșantion constituit din 112 bolnavi – bărbați cu vârste de la 25 până la 55 de ani; spitalizați în Clinica Psihiatrie, mun. Chișinău. Conform rezultatelor obținute, Venlaxorul posedă acțiune antidepressivă, la pacienții care au suportat psihoze alcoolice; este recomandat în doze nictemerale de la 75 până la 150 mg în remisiunile alcoolismului cronic.

Cuvinte-cheie: Venlaxor, psihoze alcoolice.

Актуальность проблемы

Актуальность проблемы алкоголизма и алкогольных психозов определяется как степенью их распространенности, так и разносторонностью наносимого ущерба - экономического, снижение уровня здоровья населения, рост числа нарушений общественного порядка и т. д.

Проблема злоупотребления алкогольными напитками во многих странах, в том числе и в Республике Молдова, приобрела общегосударственную значимость.

На 1 июля 2008 года в нашей республике находились на диспансерном учете 46 054 гражданина с диагнозом: *хронический алкоголизм*; из них 83,4 % мужчин и 16,6 % женщин, причем 66,4 % – это жители сельской местности и 33,6 % – жители городов.

На протяжении одного года зарегистрировано 832 случая – это пациенты, перенесшие алкогольные психозы, что составляет 23,0 на 100 000 населения. В 2006 году этот показатель составил 20,8 случаев на 100 000 жителей. Для сравнения приводим аналогичные данные соседних с нами стран: Украина – 18,6 случаев на 100 000 населения, Румыния – 37,6 случаев на 100 000 населения.

В последние годы усилия научных сотрудников направлены на разработку новых методов, медикаментозных средств для лечения больных алкоголизмом. Другая важная задача – это достижение более стойкой и стабильной ремиссии и предупреждение рецидивов заболевания, в частности, его психотических форм.

Задачи исследования:

- Установить распространенность алкогольных психозов среди лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.
- Выявить факторы риска, способствующие рецидивированию заболевания, и факторы риска, приводящие к повторным алкогольным психозам.
- Разработать наиболее эффективные методы лечения у данного контингента лиц, в том числе, изучить терапевтическую результативность препарата *Венлаксор*.

Материал и методика

В исследуемую группу были включены 112 больных - мужчины с хроническим алкоголизмом, в возрасте от 25 до 55 лет, с длительностью заболевания от 5 до 15 лет, перенесших от 1 до 5 алкогольных психозов. По характеру заболевания больные были распределены на 2 группы: в первую группу вошли 88 больных (78,6%), злоупотребляющих виноградным вином, во вторую – 24 больных (21,4%), страдающих смешанным алкоголизмом. Основными методами исследования явились клиничко-катамнестический и статистический. Проводя статистическую обработку клинического материала, мы использовали параметры вариационных рядов (среднеарифметические, дисперсия, стандартная ошибка к среднему арифметическому, стандартная ошибка к проценту). Сравнение между вариационными рядами осуществлялось при помощи параметрических критериев: t – критерий Стьюдента-Фишера и u - критерий Фишера. Корреляция между

Таблица 1

Алкогольные психозы у больных хроническим алкоголизмом, злоупотребляющих виноградным вином

Наименование алкогольного психоза (согласно классификации МКБ – 10)	Порядковый номер психоза									
	I		II		III		IV		V	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогольный делирий	59	67,1	25	32,9	5	11,1	4	17,4	3	17,7
Острый галлюциноз	14	15,9	27	35,5	20	44,5	6	26,1	5	29,4
Хронический галлюциноз	0	0	1	1,3	5	11,1	7	30,4	3	17,7
Алкогольный параноид	15	17	23	30,3	15	33,3	6	26,1	6	35,2
Итого	88/100		76/100		45/100		23/100		17/100	

Таблица 2

Алкогольные психозы у больных смешанным алкоголизмом

Наименование алкогольного психоза (согласно классификации МКБ – 10)	Порядковый номер психоза									
	I		II		III		IV		V	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогольный делирий	14	58,4	4	20	1	9,1	1	11,2	0	0
Острый галлюциноз	5	20,8	11	55	4	36,4	3	33,3	3	50
Хронический галлюциноз	0	0	0	0	2	18,1	2	22,2	2	33,3
Алкогольный параноид	5	20,8	5	25	4	36,4	3	33,3	1	16,7
Итого	24/100		20/100		11/100		9/100		6/100	

различными показателями оценивалась при помощи коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования

Клинический анализ дебютов и течения, впервые возникших и повторных алкогольных психозов, показал заметное увеличение удельного веса смешанных, стертых вариантов, подострых и затяжных алкогольных психозов. Принимая во внимание наличие у каждого исследуемого больного в большей или меньшей степени «неблагоприятной почвы», на которой развивался хронический алкоголизм, нами было установлено прямое влияние различной степени патогенности «этой почвы» на развитие алкогольных психозов, и как результат – возникновение многообразия клинических форм и различных видов синдромологической трансформации (табл. 1 и 2).

Результаты исследования

У всех больных, включенных в исследование, были выявлены хронические соматические и неврологические расстройства, обусловленные длительной алкогольной интоксикацией.

В I группе выделялись преимущественно расстройства соматического плана (гепатиты, гастриты, колиты, сердечно-сосудистые изменения), стойко сохраняющиеся в межприступных периодах в виде постоянных неприятных соматических ощущений (общего дискомфорта). Соматические симптомы были первичны, и, как правило, способствовали развитию эмоциональных симптомов, а именно вторичных депрессий.

Во II группе преобладали неврологические органические расстройства, а именно более или менее выраженные энцефалопатические проявления, полиневриты, интеллектуально-мнестические расстройства, что выявило преобладающую роль дисфорий над остальными факторами в реактуализации патологического влечения к алкоголю.

Результаты наших исследований подтвердили многочисленные клинические данные последних лет (подтвержденные результатами биологических исследований), где доказана тесная связь патологического влечения к алкоголю с депрессивными и дисфорическими расстройствами.

Депрессивные расстройства отмечались как в периоды алкогольных эксцессов, в период абстиненции, так и в постпсихотическом периоде, выражаясь в форме гипотимии, сопровождающейся тревожными, фобическими, дисфорическими, астеническими, когнитивными и соматовегетативными нарушениями.

Депрессивные расстройства усиливали патологическое влечение к алкоголю и сопровождались полиморфными соматовегетативными нарушениями в виде головных болей, головокружений, кардиалгий, диспепсическими симптомами, артериальной гипертензией, инсомническими расстройствами, слабостью, разбитостью, снижением массы тела.

Аффективная патология у больных хроническим алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы в периоды формирования ремиссий или становления ремиссий, не только не редуцируется, наоборот, она нарастает и сохраняется на протяжении от 6-и месяцев до 1-го года.

Из основной группы исследуемых нами были отобраны 23 больных (17 больных, страдающих винным алкоголизмом), перенесших в общей сложности 50,6 психотических состояний (в среднем 2,2 на одного больного), у которых ремиссии (в межприступные периоды) не превышали 6 месяцев, и стабильно присутствовали расстройства сомато-неврологического плана и депрессия.

В первой группе преобладали:

- Тревожная депрессия - у 8 (47,1 %) больных.
- Астеническая депрессия - у 5 (29,4 %) больных.
- Ипохондрическая депрессия - у 3 (17,6 %) больных.
- Депрессия с бредом самообвинения - у 1 (5,9 %) больного.

Во второй группе:

- Тревожная депрессия - у 1 (47,1 %) больного.
- Дисфорическая (брюзжащая) депрессия - у 3 (50 %) больных.
- Астеническая депрессия - у 2 (33,3 %) больных.

Депрессивные расстройства были расценены по степени выраженности как легкие и средние (10-12 баллов по шкале Гамильтона для депрессий). Уровень реактивной тревожности оценивался по шкале Спилберга-Ханина и соответствовал низкому и среднему уровню (20-40 баллов). Основным показателем к антидепрессивной терапии было наличие очерченных депрессивных расстройств и сохранение компульсивности к алкогольным напиткам.

У больных, которые получали антидепрессивную терапию ТАД, она была прекращена из-за плохой переносимости большей частью больных и большого количества побочных эффектов. Им был назначен *Венлаксор* для изучения терапевтического эффекта данного препарата, его антидепрессивного, анксиолитического, вегетостабилизирующего действия и способности снизить или дезактуализировать интенсивность патологического влечения к алкоголю.

Лечение больных венлаксором

Пациенты принимали *венлаксор* в амбулаторных условиях, начиная с дозировки 75 мг в сутки (по 37,5 мг утром и вечером, после еды). Через неделю дозу увеличили до 150 мг в сутки, в два приема - утром и вечером. В 3-х случаях, учитывая имеющуюся соматическую патологию, больным была назначена дозировка в 18,75 мг утром и 18,75 мг вечером с увеличением дозы до 75 мг в сутки к 4-й неделе. В некоторых случаях доза была повышена до 225 мг с 4-й недели приема; это касалось

двух больных: 1 - с ипохондрической депрессией и 1 - с бредом самообвинения.

Состояние каждого больного оценивалось с помощью шкалы Гамильтона, как до начала лечения, так и каждые 2 недели на протяжении 2-х месяцев лечения.

Улучшение состояния больных было оценено в 2-х направлениях: уменьшение симптомов депрессии и степень дезактуализации патологического влечения к алкоголю (табл. 3).

Улучшение состояния было оценено как умеренное или выраженное у 17 больных (73,9 % случаев), что свидетельствует об очень хорошем эффекте лечения. Процент побочных эффектов или непереносимости препарата, несмотря на соматоневрологическую отягощенность больных, практически был минимален.

Результаты лечения

Клинически и статистически было установлено, что уже со второй недели приема *венлаксора* в дозе 150 мг в сутки, отмечалась достаточно выраженная редукция депрессивных проявлений, состоящая в уменьшении психомоторной заторможенности и повышении жизненной активности. На протяжении последующих 6-ти недель наблюдалась дальнейшая положительная динамика в плане исчезновения подавленности настроения и чувства внутреннего напряжения, уменьшилась раздражительность, нормализовался сон, дезактуализировались идеи самообвинения и патологическое влечение к алкоголю, у 74 % больных восстановилась работоспособность. Следует отметить хорошую переносимость *венлаксора* у лиц страдающих алкогольным гепатитом. Доза *венлаксора* 75 мг в день никак не повлияла на лабораторные показатели печеночных проб (АлАТ и АсАТ).

В 4,3 % случаев после наступившего минимального улучшения, клиническая картина оставалась стабильной, но отмечался пониженный фон настроения и депрессивное мышление. У этих больных потребовалось увеличение дозы *венлаксора* до 225 мг в сутки.

В 21,8 % случаев больные прерывали лечение *венлаксором* без мотивов и объяснения отказа, либо мотивируя плохой переносимостью из-за отмечавшихся в первые дни лечения головных болей, головокружений, сухости во рту и тремора рук - это больные с энцефалопатией, полиневритами и паркинсоподобными проявлениями, являющимися следствием органического поражения головного мозга алкогольной этиологии. На наш взгляд,

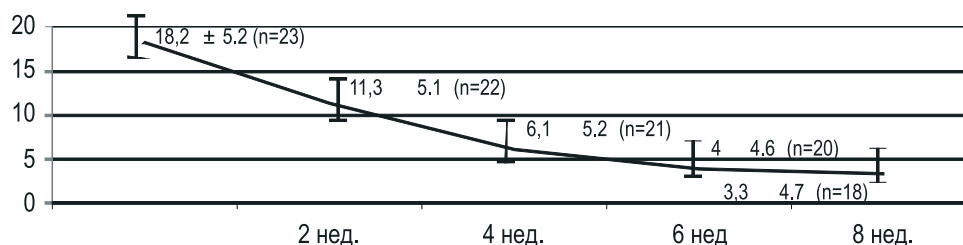


Рис. 1. Изменение общего балла оценочной шкалы Гамильтона по отношению к общему баллу до лечения; $p < 0,001$ (t - критерий Стьюдента).

Таблица 3

Состояние больных по симптомам депрессии и степени дезактуализации патологического влечения к алкоголю

Состояние больных	Кол-во больных через 2 недели		Кол-во больных через 4 недели		Кол-во больных через 6 недель		Кол-во больных через 8 недель	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выраженное улучшение	12	52,2	10	43,5	11	47,8	11	47,8
Умеренное улучшение	4	17,4	5	21,7	6	26,1	6	26,1
Незначительное улучшение	4	17,4	4	17,4	2	8,7	1	4,3
Без изменений	2	8,7	2	8,7	1	4,3	0	0
Оценка невозможна из-за неявки больного или прерванности лечения	1	4,3	2	8,7	3	13,1	5	21,8
Итого	22/95,7		21/91,3		20/86,9		18/78,2	

вышеперечисленные жалобы больных этиологически больше связаны с последствиями продолжительного злоупотребления алкоголем, чем с побочными действиями данного препарата.

Выводы

Результаты исследования подтверждают существующее мнение о целесообразности применения антидепрессантов в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом, в связи с тем, что в структуре синдрома патологического влечения к алкоголю с постоянством присутствуют аффективные расстройства, в частности, депрессивного спектра. Венлаксор является эффективным средством лечения депрессивной симптоматики у больных хроническим алкоголизмом (перенесших алкогольные психозы) в связи с его воздействием на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю во время ремиссий, особенно в амбулаторной практике, из-за отсутствия выраженных побочных эффектов, хорошей переносимости и значимой эффективности. Принимая во внимание высокий процент сомато-неврологических расстройств алкогольной этиологии, данному контингенту больных рекомендуется венлаксор в суточных дозах от 75 мг до 150 мг.

Венлаксор может быть рекомендован как антидепрессант со сбалансированным действием для лече-

ния больных хроническим алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы, ввиду его эффективности в предотвращении или значительном снижении патологического влечения к алкоголю (продолжительностью от трех до шести месяцев) в периоды ремиссий не только в условиях стационара, но и в амбулаторных условиях.

Литература

1. Иванец Н.Н., Анохина И.П. и др. Лечение алкоголизма антидепрессантами. Вопросы наркологии, 1993, № 4, с. 6-10.
2. Brown S.A., Schuckit M.A. Changes in depression among abstinent alcoholics: J. Stud. Alcohol, 1988 49; (5): 412-7, sept.
3. Ades J., Lejoyeux . Depression et alcoolisme. Masson Paris, 1997, p. 81-102.
4. Gilman H.D., Abraham A. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression: Drug and Alcohol Dependence, 2001; 63: 277-286.
5. Grecu Gh., Grecu Gaboş M., Grecu Gaboş I. Corelații ale alcoolismului cu depresia, anxietatea și suicidul: Revista Romană de Psihiatrie, 2002, № 1-2.

Валентин Опря, к. м. н., доцент
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Государственный университет медицины
и фармации им. Н. А. Тестемичану
Кишинэу, ул. Костюженская, 3
Тел.: 794573

Recepționat 03.11.2009