

Применение винпотропила для лечения больных алкоголизмом

АЛЬТШУЛЕР В.Б.

д.м.н., профессор, рук. отдела клинического исследования алкоголизма,
Национальный научный центр (ННЦ) наркологии Росздрава, Москва

ТИУНЕЛИС Е.А.

н.с. отдела клинического исследования алкоголизма ННЦ наркологии Росздрава, Москва

В результате лечения 16 больных алкоголизмом с применением перорального приема винпотропила (комбинация 400 мг пирacetama и 5 мг винпоцетина) в сравнении с лечением 16 больных алкоголизмом с применением только пирacetama было достигнуто заметное улучшение когнитивных функций, особенно памяти. В группе больных, получавших винпотропил, улучшение наступило быстрее и было более стабильным, чем у больных, принимавших только пирacetam, хотя доза последнего была вдвое выше.

Введение

Как известно, клиническая картина алкоголизма складывается из признаков зависимости от алкоголя (аддиктивная симптоматика) и признаков, отражающих последствия хронической интоксикации алкоголем (токсикогенная симптоматика). Такое разделение [4] является плодотворным в дидактическом плане, однако оно довольно схематично, поскольку нередко в одном клиническом феномене сосуществуют механизмы зависимости от алкоголя и повреждения нервных функций под действием алкоголя [3].

Токсикогенные нарушения в психической сфере выражаются у больных алкоголизмом в интеллектуально-мнестическом снижении разной степени — от неврастеноподобных расстройств и ухудшения умственной работоспособности до алкогольной деменции [2, 5, 6]. Это является прямым показанием к назначению ноотропных препаратов при лечении больных алкоголизмом. Из множества ноотропных средств наиболее известными являются рацетамы, а среди них — пирacetam (ноотропил). Пирacetam оказывает нейропротективное действие, способствуя нейтрализации свободных радикалов и препятствуя перекисному окислению липидов нейронных мембран.

Существует также мнение, что алкогольная деградация и ее важнейший компонент — интеллектуально-мнестическое снижение — по сути своей являются следствием процесса естественного старения, которое, однако, начинается раньше и протекает быстрее, чем в норме [7]. Из этого следует, что при лечении больных алкоголизмом необходимо учитывать роль сосудистого фактора, который, как известно, участвует в процессе старения, и включать в программу терапии средства, обладающие способностью улучшать мозговое кровообращение.

В итоге всего сказанного, было бы весьма желательным назначать больным алкоголизмом лекарственные препараты комбинированного — ноотропного и вазотропного — действия. Именно таким препаратом является недавно появившийся на фармацевтическом рынке винпотропил, который выпускается в капсулах, содержащих каждая по 5 мг винпоцетина и 400 мг пирacetama. Это означает, что винпотропил обладает сочетанием церебровасодилатирующих и ноотропных свойств.

Материал и методы исследования

Исследование было проведено на 32 больных алкоголизмом, из них в возрасте до 40 лет — 12 чел., старше 40 лет — 20 чел. Основную группу составили 16 чел., получавшие винпотропил, а 16 чел. из группы сравнения — пирacetam. В основной группе средняя давность заболевания у больных в возрасте до 40 лет составила 4,3 года, в подгруппе старше 40 лет — 9,2 года соответственно. В группе сравнения средняя давность заболевания у больных до 40 лет составила 6,3 года; старше 40 лет — 7 лет. Таким образом, больные основной группы отличались от больных группы сравнения меньшей давностью заболевания в возрастном диапазоне до 40 лет и большей давностью в возрастной группе старше 40 лет.

У всех больных диагностирована вторая стадия алкоголизма. Об этом свидетельствовали: сформированное первичное патологическое влечение к алкоголю; утрата количественного контроля; максимальная толерантность к алкоголю, составляющая в среднем от 0,5 до 0,75 л водки в сутки; развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), а также заострение преморбидных личностных черт. В сравниваемых группах средний интервал от начала систематического приема алкоголя до формирования первых признаков ААС составлял от 3 до 8 лет. Из пациентов основной группы у 12 обследованных форма злоупотребления алкоголем была постоянной на фоне высокой толерантности; у 4 чел. — псевдозапойной. В группе сравнения преобладала псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем (10 больных); 3 чел. — злоупотребляли в постоянной форме, 3 чел. — в виде истинных запоев.

Каких-либо существенных различий в степени выраженности ААС при поступлении в группы больных отмечено не было.

Исключались пациенты с выраженной соматической патологией, с сочетанной наркологической патологией, с грубой неврологической симптоматикой, с выраженным слабоумием.

Исследование начиналось с момента госпитализации. Оно охватывало период абстинентных расстройств и в дальнейшем — постабстинентное состояние. Общая продолжительность исследования составляла 20 дней. Все это время больные основной группы получали винпотропил по одной капсуле 3 раза в день, а больные группы сравнения принимали пирacetam в средней дозе 2,4 г на 3 приема в сутки.

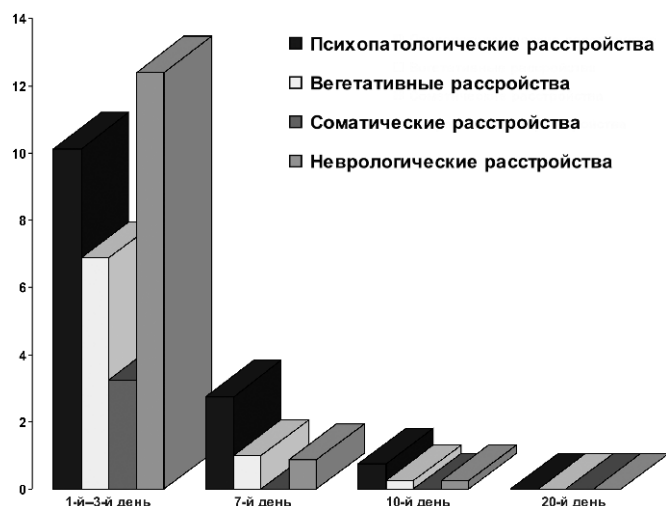


Рис. 1. Структура и динамика клинической симптоматики в группе больных, принимавших пирacetam

Все больные как основной группы, так и группы сравнения получали стандартное лечение, которое включало в себя: соли магния, витамины группы В, витамин С, гепатотропные препараты, транквилизаторы, симптоматическую терапию (диуретики, гипотензивные средства). После купирования абстинентных расстройств в программу лечения включали финлепсин — препарат нормотимического действия, обладающий свойством подавлять патологическое влечение к алкоголю [1] в дозе 200–300 мг в сутки.

С целью исследования терапевтического действия препаратов применялись специально разработанные шкалы оценки структуры и динамики клинической симптоматики — психопатологическая, вегетативная, соматическая, неврологическая. Выраженность каждого симптома оценивалась на 1-й, 5-й, 7-й, 10-й, 20-й дни терапии, в одно и то же время суток, в баллах: 3 балла — симптом сильно выражен, 2 балла — умеренно выражен, 1 балл — слабо выражен, 0 — симптом отсутствует.

Шкала психопатологических расстройств включала в себя 20 различных симптомов, шкала вегетативных расстройств оценивалась по 10 признакам, шкала соматических расстройств — по 10 признакам, шкала неврологических расстройств — по 25 признакам.

Параллельно с клиническим проводилось также экспериментально-психологическое исследование. Оно заключалось в исследовании памяти с помощью методики заучивания 10 слов А.Р. Лурия (запоминание, сохранение и воспроизведение). Пациентам зачитывали ряд из десяти простых слов, не связанных по смыслу, для их запоминания путем повторения, после чего пациент воспроизводил запомненные слова. В соответствии с количеством безошибочно воспроизведенных слов строилась кривая запоминания: по горизонтали отмечали день исследования, по вертикали — среднее число правильно воспроизведенных слов. Для оценки сохранения запоминаемого материала испытуемые без предупреждения воспроизводили те же слова через 30 мин после их запоминания.

Исследовали также активное внимание, истощаемость, коэффициент интеллекта, применяя для этого следующие методики: счет по Крепелину, таблицы Шульте,

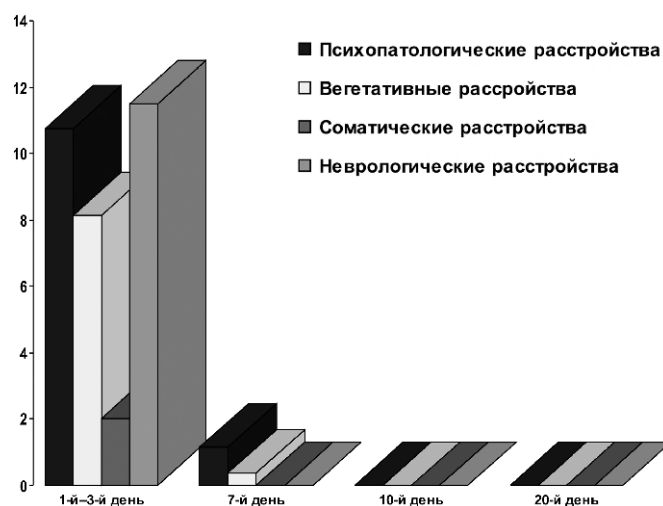


Рис. 2. Структура и динамика клинической симптоматики в группе больных, принимавших винпроприл

тест Кеттелла. Тестирование проводили на 5-й, 10-й и 20-й дни лечения.

Результаты исследования

В процессе терапии в обеих группах больных отмечена явная редукция симптоматики к 10-му дню терапии. Однако, как видно на рис. 1 и 2, выявлены существенные различия между группами. Так, согласно полученным данным, в группе сравнения клиническая симптоматика в шкалах 1, 2, 4 была более устойчива во времени: психопатологические, неврологические и вегетативные проявления ААС сохранялись и на 10-й день лечения, порой требовали дополнительного назначения симптоматической терапии (гипотензивных, диуретических средств и др.).

В то же время в основной группе психопатологическая, вегетативная и неврологическая симптоматика (шкалы 1, 2, 4) купировалась достоверно быстрее и не требовала дополнительных назначений (рис. 2). Это, ве-

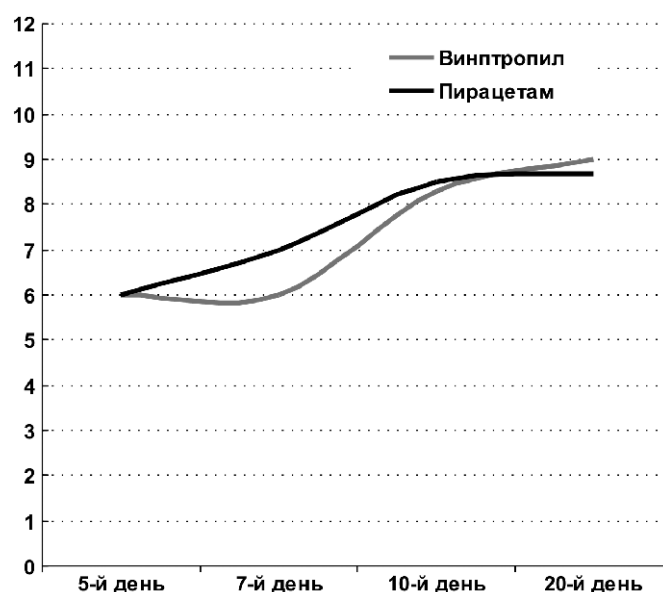


Рис. 3. Кривая запоминания 10 слов: интервал от 8 до 10 соответствует норме

Результаты исследования с использованием таблиц Шульте (среднее время в секундах),
счета по Крепелину (количество ошибок)

Препарат, применяемый в группе пациентов	5-й день		10-й день		20-й день	
	Среднее время, с	Кол-во ошибок	Среднее время, с	Кол-во ошибок	Среднее время, с	Кол-во ошибок
Винпотропил	50±8	5	45±6	2	32±6	0
Пирацетам	51±6	4	43±8	2	34±6	0

роятно, связано с вазоактивным действием препарата. Что касается соматической симптоматики (шкала 3), то она подверглась почти полной редукции в обеих группах без заметных различий уже к 7-му дню терапии.

Изначально у всех больных наблюдалось заметное снижение кратковременной и долговременной памяти, продуктивности процессов запоминания. Согласно полученным экспериментальным данным, в результате проведенного лечения достигнута консолидация мнестических функций в обеих группах. Имеются различия в динамичности, продуктивности процесса запоминания. Как видно из графика (рис. 3), группа сравнения достигла нормальных значений (8—10 слов) уже к 9-му-10-му дню терапии в ходе последовательного улучшения результатов. Основная же группа отличалась начальной задержкой процесса улучшения, которая затем сменялась более стремительным ростом показателей.

Результаты изучения опосредованного воспроизведения запомненного материала отражают постепенное восстановление нарушенных функций, достигают нормального уровня (8—10 слов) к 15-му—20-му дню лечения; эти результаты достоверно не различались в обеих группах: на 5-й день — 4—6 слов, на 10-й день — 6—7 слов, на 20-й день — 8—10 слов (таблица).

Как видно из представленной таблицы, у больных исходно было заметным значительное расстройство внимания, проявляющееся неустойчивостью и истощаемостью. После проведенного лечения показатели имели явную тенденцию к улучшению, достигнув нормальных значений (28—32 с и 0 ошибок соответственно) к 20-му дню терапии. При этом достоверных различий в полученных результатах между группами выявлено не было.

Повторное определение коэффициента интеллекта показало улучшение результата на 5—15 баллов по сравнению с исходными данными в обеих группах.

Заключение

К началу третьей недели лечения все больные — как в основной группе, так и в группе сравнения — проявляли улучшение нарушенных психических функций, особенно улучшение оперативной памяти. Однако в основной группе, где больные получали винпотропил, это улучшение в целом происходило быстрее. При оценке эффективности лечения винпотропилом необходимо иметь в виду, что суточная дозировка входящего в его состав пирацетама была вдвое меньшей, чем в группе сравнения, где больные получали только пирацетам. Каких-либо отрицательных последствий применения винпотропила не отмечено. Все это дает основания считать, что препарат *винпотропил* целесообразно использовать для лечения больных с алкогольной зависимостью как в абстинентном, так и в постабстинентном периодах, а также во время ремиссии.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Антиконвульсанты — перспективные средства лекарственной терапии болезненного влечения к алкоголю // 1-й Российский нац. конгресс «Человек и лекарство». — 1992. — С. 423.
2. Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л. Женский алкоголизм: Клинические аспекты. — М.: Гениус, 2006.
3. Демидов А.Н. Стадийность и прогрессивность алкоголизма у женщин: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1991.
4. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. — М.: Наука, 1988. — 176 с.
5. Bates M.E., Bowden S.C., Barry D. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment // Experimental and Clinical Psychopharmacology. — 2002. — Vol. 10, №3. — P. 193—212.
6. Eckardt M.J., Martin P.R. Clinical assessment of cognition in alcoholism // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1986. — Vol. 10, №2. — P. 123—127.
7. Oscar Berman M., Schendan H.E. Asymmetries of brain function in alcoholism: Relationship to aging // Studies of Normal Aging and Brain Damage. — N.Y., 2000. — P. 213—240.