

ПЕРСОНІФІКОВАНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОКАРНІТУ В КЛІНІЦІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ НА ЕТАПІ СИНДРОМУ ВІДМІНИ

I.K. Сосін, О.Ю. Гончарова

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Кафедра наркології

В роботі здійснено аналітичний огляд застосування в наркології препарату Кокарніт за його прямим призначенням, а саме – при алкогольній поліневропатії (досвід авторів статті на рівні: Інформаційного листа МОЗ України; Патенту України № 74888; Реєстру галузевих нововведень МОЗ України; статей та тез). На моделі персоніфікованого дослідження обґрунтовано диференційоване застосування Кокарніту за його новим призначенням на фоні стандартної («протокольної») детоксикаційної терапії – при сомато- неврологічних, вегетативно-судинних та психічно- поведінкових розладах, які створюють сукупну клінічну картину синдрому відміни в клініці алкогольної залежності. Матеріал об'єктивізується конкретною клінічною ілюстрацією.

Ключові слова: Препарат Кокарніт, відомі показання, алкогольна залежність, синдром відміни, нові можливості, персоніфікація дослідження, антиабстинентні ефекти.

Вступ. Наукова увага кафедри наркології ХМАПО була сфокусована на групі нових комплексних фармакологічних препаратів, які володіють можливістю полімодальної патогенетичної дії. Найбільш адекватно, на нашу думку, цієї вимозі відповідає відносно новий препарат Кокарніт (WorldMedicine, Великобританія), який уявляє собою комплекс метаболічних субстанцій і вітамінів, які володіють) нейротрофічною та нейропротективною дією, дозволило раніше провести дослідження ефективності застосування даного препарату при полінейропатії як тяжкого ускладнення хронічного зловживання алкоголем [1, 2, 3].

Технологія способу, який був розроблений нами попередньо, наступна. Після діагностичної ідентифікації алкогольної полінейропатії та алкогольної залежності хворому здійснюють традиційну комплексну фармакологічну терапію та додатково призначають препарат Кокарніт по 1 мл внутрішньом'язово один раз на добу, курс 6 – 12 ін'єкцій, а також мембранний плазмаферез (апарат «ГемоФенікс», фільтр «Роса») з видаленням плазми крові від 600 до 1000 мл.

До теперішнього часу обґрунтування та інтегроване застосування препарату Кокарніт у поєднанні із мембранним плазмаферезом в клінічній наркології та суміжних нейронауках не здійснювалося, що забезпечило критерій новизни корисної моделі «Спосіб лікування алкогольної поліневропатії» [4].

Мета. Вирішення нової творчої задачі в клінічній наркології, яке б базувалося на персоніфікованому дослідженні та обґрунтувати можливість застосування купіруючих та ад'ювантних ефектів фармакологічного препарату Кокарніт у комплексі з традиційною («протокольною») детоксикаційною терапією в клініці алкогольної залежності на етапі синдрому відміни.

Матеріал та методи. Під наглядом були 11 пацієнтів на алкогольну залежність, усі чоловіки у віці від 27 до 46 років, які були на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри наркології (КУОЗ ОНД) у зв'язку з середньо-тяжким синдромом відміни, та у яких попереднє застосування традиційної, стандартної, «протокольної» купіруючої детоксикаційної терапії було недостатньо ефективним.

Усі пацієнти були обстежені алгоритмічним протокольним комплексом досліджень: клініко- психопатологічний, клініко- лабораторний (клінічний аналіз крові, сечі); біохімічні аналізи крові; сахар крові, RW, мазки, електрофізіологічний (ЕКГ, ЕхоЕГ), флюорографія ОГК, консультація спеціалістів.

Здійснювалися також наступні методи психологічного дослідження на 1, 7 и 14 день лікування: 1) Методика «Клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни» CIWA; 2) Методика САН («Самопочуття», «Активність», «Настрій»); 3) Методика «Показник якості життя».

Ключовою в дослідженні була тематична методика «Клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни» CIWA, яка застосовувалася з метою моніторингу, диференціації та оптимізації стану у пацієнтів з алкогольним синдромом відміни.

Шкала дозволяє оцінювати 10 параметрів: пітливість, тривогу, тремор, порушення слухового сприйняття, порушення зорового сприйняття, ажитацію, нудоту, порушення тактильного сприйняття, головний біль, орієнтування та стан сенсорної сфери. Кожен параметр – це складова алкогольного синдрому відміни. Інструмент має високу валідність і надійність. Ця шкала з успіхом застосовується фахівцями в США, Австралії і Канаді. При використанні даного інструменту відзначається добра відтворюваність оцінок ($r > 0,8$; $r > 0,9$). Відповідно до шкали клінічної оцінки алкогольного синдрому відміни виділяють різні ступені тяжкості стану за кількістю набраних за шкалою балів: <10 - легкий стан відміни, яке не потребує медикаментозного лікування; $10-20$ - помірно виражене стан відміни; > 20 - виражений стан відміни.

Застосовувався також кабінетний метод збору наукової інформації щодо препарату Кокарніт.

Результати та обговорення

Кокарніт (Cocarnit) по своїй загальній характеристиці та основним фізико-хімічним властивостям уявляє собою: стерильний ліофілізований порошок для приготування розчину для ін'єкцій рожевого кольору: склад: 1 ампула препарату містить нікотинамід 20 мг, кокарбоксилази 50 мг, ціанокобаламін 0,5 мг, динатрію аденозин трифосфаттригідрату 10 мг; допоміжні речовини: гліцин (100 мг), метилпарагідроксibenзоат (метилпарабен), пропіл парагідроксibenзоат (пропілпарабен). Розчинник: стерильний прозорий, безбарвний розчин, 1 мл якого містить: Лідокаїну гідрохлориду 5 мг, допоміжна речовина: вода для ін'єкцій. Наявність лідокаїну в розчиннику забезпечує зменшення дискомфорту від ін'єкційного способу введення препарату.

Фармакотерапевтична група - вітаміни в комбінації з різними метаболічними речовинами:

Нікотинамід – одна із форм вітаміну PP, бере участь в окислювально-відновлювальних процесах у клітині, поліпшує вуглеводний і азотний обмін, нормалізує ліпідний обмін, знижує рівень атерогенних ліпопротеїнів у крові.

Кокарбоксилаза - кофермент, що утворюється в організмі з тіаміну (вітаміну B1), який надходить ззовні. Відіграє важливу роль у вуглеводному обміні, входить до складу ферменту карбоксилази, що каталізує карбоксилювання й декарбоксилювання α -кетокислот. Опосередковано сприяє синтезу нуклеїнових кислот, білків і ліпідів. Знижує в організмі рівень молочної і пірвіноградної кислот, сприяє засвоєнню глюкози. Поліпшує трофіку нервової тканини.

Ціанокобаламін (вітамін B12) в організмі перетворюється в активну форму - аденозилкобаламін або кобамід, що має високу біологічну активність. Підвищує синтез білка в організмі і сприяє його накопиченню. Активує обмін вуглеводів і ліпідів. Знижує рівень холестерину в крові, попереджає жирову інфільтрацію печінки. Необхідний для нормального функціонування кровотворних органів, сприяє накопиченню в еритроцитах сполук, що містять сульфгідрильні групи, підвищуючи їхню стійкість до гемолізу. Підвищує здатність тканин до регенерації. Виявляє позитивний вплив на функцію печінки і нервової системи.

Динатрію аденозин трифосфаттригідрат є похідним аденозину, стимулює метаболічні процеси. Чинить гіпотензивну й антиаритмічну, судинорозширювальну дію, у тому числі на коронарні артерії. Наявність Лідокаїну в розчиннику забезпечує зменшення дискомфорту від ін'єкційного способу введення препарату.

Базовими показниками для застосування Кокарніту є: - неврити, нейропатії (в т. ч. при цукровому діабеті, перніціозній анемії); невралгії різного походження; міалгія, ішіалгія; люмбаго, радикуліт; бурсити, тендиніти; ішемічна хвороба серця; міокардити; міокардіопатії.

Спосіб застосування та дози. Кокарніт вводять внутрішньом'язово по 1 - 2 ампули препарату один раз на добу. Ліофілізований порошок у скляних ампулах. 3 ампули у комплекті з розчинником (3 ампули 0,5 % розчину Лідокаїну гідрохлориду по 2 мл). Тривалість лікування й проведення повторних курсів залежать від перебігу й тяжкості захворювання. Розчин необхідно застосувати відразу після його приготування (Ex tempore!). Кокарніт не впливає на здатність керувати автомобілем або працювати зі складними механізмами. Побічні дії, протипоказання, передозування, особливості застосування та зберігання добре викладені в інструкції по застосуванню препарату та в Інтернеті.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами. Кокарбоксилаза підсилює кардіотонічну дію серцевих глікозидів, а нікотинамід та динатрію аденозин трифосфаттригідрат – підсилюють дію вазодилаторів.

Персоніфікованість нашого дослідження полягає в тому, що для клінічної ілюстрації високої ефективності був відібраний найбільш типовий випадок, який не викликає сумнівів у необхідності лікування Кокарнітом на фоні традиційної купіруючої терапії. Запропонований спосіб купірування передбачає додержання терапевтичних дозувань Кокарніту, рекомендованих виробником препарату (Інструкція) та науковими публікаціями [5, 6, 7].

Високу ефективність Кокарніту в комплексній купіруючій терапії алкогольного синдрому відміни ілюструє наступний *клінічний приклад*.

Пацієнт П. К. О., 42 років.

Скарги: на нудоту, пітливість, головний біль, біль в області серця, біль в литкових м'язах, відчуття напруги, дискомфорту, тривоги, страх розвитку делірію, слабкість, тремор, потяг до алкоголю.

Анамнез життя. Ранній розвиток без особливостей, з сім'ї робітників, спадковість не обтяжена. В армії не служив. Освіта вища, в даний час не працює. Судимий. Неодружений, проживає сам. Переніс туберкульоз легень. В 2012-2014 рр. відбував покарання в місцях позбавлення волі та лікував туберкульоз, звільнений у вересні 2014 р, відразу ж відновив алкоголізацію. Вірусні гепатити, цукровий діабет, венеричні захворювання заперечує, епілептичних нападів не було. Черепно-мозкові травми переносив неодноразово (в стані алкогольного сп'яніння) в 2007, 2011, липень 2015 за місяць до цієї госпіталізації, накладені 4 шва в тім'яній області волосистої частини голови). Переносив алкогольні психози: після різкого припинення вживання алкоголю відзначав тремор, пітливість, виражений страх, «здавалося, що хтось є в квартирі, бачив чортів, змій, павуків, розбив посуд, меблі», точно не може вказати кількість перенесених епізодів, останній 2 роки тому. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Анамнез хвороби. Палить з 13 років по 5-10 сигарет в день, в даний час по 20-30 сигарет в день, з 15-16 років став палити копоплю. З 19 років вживав наркотичні речовини трамадол перорально по 10-20 таблеток, потім перейшов на ін'єкційну його форму по 2-6 мл внутрішньовенно. Став вживати кустарно виготовлений екстракт макової соломки по 2-3 мл внутрішньовенно. Толерантність наростала до 10-15 мл, з'явився систематичний прийом наркотику протягом 8-10 років. Після лікування в наркологічному диспансері ремісія залежності від опіоїдів, не вживає наркотики більше 12 років.

Після припинення наркотизації відразу ж почав пити алкоголь: спиртову настоянку глоду, пиво, горілку, самогон. Протягом року швидко наростала толерантність до 0,8 - 1,0 л горілки, сформувався синдром алкогольної залежності, всі види контролю втрачено. Похмільний синдром стійкий, з сомато-вегетативним, неврологічним і психічним компонентом. Неодноразово переносив алкогольні психози. Запої раніше були по 1 - 2 тижні, світлі проміжки до 2 місяців, потім запої збільшилися до 2-3 місяців, в останній рік п'є щодня, толерантність в запої 1,0 л горілки. Остання алкоголізація вчора вранці 500 мл горілки, запій протягом року. Близько місяця тому черепно- мозкова травма в стані алкогольного сп'яніння, розсічення шкіри волосистої частини голови.

Соматичний статус: астеничної статури, різко зниженого харчування, шкірні покриви брудні, запах немитого тіла, обличчя одутле, на волосистій частині голови шкіра в множинних самопорезах (пацієнт невдало, внаслідок алкогольного тремору, сам собі голить голову), в тім'яній області 4 шва (зі слів накладені в лікарні швидкої медичної допомоги близько місяця тому, пацієнт повинен був з'явитися до

хірурга за місцем проживання, але не з'явився через масивну алкоголізацію), в легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, пульс 92 уд./хв., АТ 140/80 мм рт ст, живіт м'який, безболісний, печінка виступає з-за краю реберної дуги на 3,5 см., симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Неврологічний статус: Без грубої осередкової і менінгеальної симптоматики. Зіниці D = S, повіки птозировані, носо-губний трикутник згладжений, сухожилльні рефлекс D = S, знижені. Порушення всіх видів чутливості по типу високих рукавичок, панчох. Шкірні покриви вологі, виражена пітливість, тургор знижений. У позі Ромберга не стійкий, виражений тремор пальців витягнутих рук, повік, кінчика язика.

Психічний статус: Контакт недостатньо продуктивний, неохоче відповідає на питання, дратівливий, агресивний. Орієнтований всебічно вірно. Гострої психопатологічної симптоматики на момент інтерв'ю не виявлено, але повідомив, що ввечері з'являються страх, напруга, різка пітливість, чує «оклики»: «здається, що хтось мене покликав, чую музику, чую розмову за стіною», ввечері довго не можу заснути, «здається, що хтось ходить», «бачу тіні, якісь фігури на стіні», вживання алкоголю частково усуває неприємні відчуття, «можу поспати пару годин». Фон настрою знижений, емоційно вихолощений, пасивний, інтелектуально знижений. Критика до свого стану часткова, налаштований на лікування неохоче.

На підставі скарг, анамнезу, об'єктивного огляду можна поставити *діагноз*: Синдром алкогольної залежності, постійне вживання. Синдром відміни алкоголю.

План обстеження: клінічний аналіз крові, сечі; біохімічний аналіз крові; глюкоза крові, RW, мазки, ЕКГ, ЕхоЕГ, флюорографія ОГК, консультація спеціалістів.

План лікування: натрію гідрокарбонат 200,0 №2 внутрішньовенно крапельно, натрію хлорид 0,9% 200,0 + глутаргін 4% 10,0 №6 внутрішньовенно крапельно, Кокарніт 2,0 внутрішньом'язово № 6, вітамін В1 4,0 внутрішньовенно №10, вітамін В6 2,0 внутрішньом'язово №10, вітамін С 4,0 №10 внутрішньовенно, магнію сульфат 5,0 внутрішньом'язово № 10, рибоксин 5,0 внутрішньовенно №10, труксал 50 мг на ніч №10, трансцеребральний електофорез з магнієм №10.

З огляду на тяжкість стану пацієнта, тривалість запою (близько року), виражену абстинентну симптоматику, почуття тривоги, страх, порушення сну, з метою купірування стану відміни і запобігання розвитку гострого алкогольного психозу призначені психотропні лікарські засоби: сибазон 0,5% 2,0 мл о 13 годині і сибазон 0,5% 4,0 мл о 21 годині, феназепам 0,001 2 таб. в 13 і 21 годину № 3, феназепам 0,001 2 таб. о 13 і 21 години, №3.

Призначення Кокарніту даному пацієнту з метою купірування алкогольного синдрому відміни є обґрунтованим.

Результати проведеного дослідження:

Клінічний аналіз крові: гемоглобін 146 г/л, лейкоцити 8,5 г/л, ШОЕ 10 мм/год, нейтрофіли: паличкоядерні 10%, сегментноядерні 68%; еозинофіли 2%, лімфоцити 13%, моноцити 7%.

Аналіз крові на вміст глюкози 4,4 ммоль/л

Протокол рентгенологічного дослідження: фіброзно-очагові зміни на верхівці справа (туберкульоз в анамнезі).

Біохімічний аналіз крові у перший день абстиненції: білірубін загальний 31,4 мкмоль/л, АлАТ 2,78 ммоль/гхл, АсАТ 1,53 ммоль/гхл, лужна фосфатаза 2377,0 н/моль/схл, ГГТ 8,34 мккат/л, загальний білок 84,4 г/л, тимолова проба 7,70 од, β-ліпопротеїди 48 ум.од, загальний холестерин 7,09 ммоль/л.

Динаміка біохімічного аналізу крові в процесі терапії на чотирнадцятий день лікування: білірубін загальний 24,2 мкмоль/л, АлАТ 1,64 ммоль/гхл, АсАТ 1,12 ммоль/гхл, лужна фосфатаза 2137,0 н/моль/схл, ГГТ 5,16 мккат/л, загальний білок 82,6 г/л, тимолова проба 8,4 од, β-ліпопротеїди 34 ум.од, загальний холестерин 6,14 ммоль/л. Тобто покращилися показники білірубін загальний, АлАТ, АсАТ, ГГТ, але показники залишаються на рівні, який перебільшує нормальні значення.

Електрокардіографія: частота серцевих скорочень 71 ударів в хвилину. Електрична вісь серця 87 градусів, вертикальне положення. Непароксизмальна шлуночкова тахікардія (поліморфні екстрасистоли).

Ехоенцефалографія: М-ЕХО S-73мм, D-81мм, різниця 8 мм. Динаміка стану пацієнта в процесі терапії:

У перший день стану відміни алкоголю скарги на виражений тремор, пітливість, головний біль, тривогу, страх, відсутність апетиту, повідомив лікаря, що подібні відчуття були вдома при розвитку алкогольного делірію. Виражено потяг до алкоголю. Був дратівливий, агресивний, вимагав «налити випити, я себе знаю, мені треба похмелитися». Була проведена бесіда. Лікування продовжив.

У другий день абстиненції стан дещо покращився, ніч спав, став спокійнішим, з'явився апетит, зазначив, що «стало легше на душі». Зберігаються пітливість, виражений тремор, головний біль, потяг до алкоголю.

На третій день лікування відзначає значне поліпшення стану, скарги на періодичну нудоту, слабкість, головний біль, пітливість. Гострою психопатологічної симптоматики не виявлено, ніч провів спокійно, апетит достатній. Потяг до алкоголю заперечує, однак пацієнт просить лікаря відпустити його додому на півгодини, «я залишив відкритим вікно, я через півгодини приїду», через деякий час попросив відпустити його на вулицю «подихати свіжим повітрям», просив родичів принести «випити», Проведена бесіда.

Через п'ять днів початку терапії стан пацієнта покращився, гострої психопатологічної симптоматики не виявлено, лікується охоче, вважає, що повинен «пройти повний курс лікування». Скарги на слабкість, тремор, пітливість, головний біль. Проведена індивідуальна психотерапевтична бесіда.

У відділенні пацієнт з позитивною динамікою, режим не порушував, станом свого здоров'я, проведеними психологічним тестуванням, маніпуляціями, фізіотерапевтичним лікуванням, результатами лабораторного та інструментального обстеження не цікавився.

Виписаний з відділення в задовільному стані на 15 добу. Дано рекомендації: прийом гепатопротекторів та через місяць повторити курс лікування (№ 6) Кокарнітом. Спостереження нарколога за місцем проживання.

Динаміка психологічного дослідження в процесі терапії: Методика «Клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни» CIWA.

При госпіталізації клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни склала 41 бал, при цьому найвищі показники були за клінічними ознаками: нудота та блювота A=7/100%, тремор B=7/100%, пароксизмальна пітливість C=4/57%, тривога D=4/57%, ажитація E=4/57%, головний біль, важкість у голові I=5/71%.

У перший день абстиненції стан пацієнта почав покращуватися, клінічна оцінка склала 32 бали, але за показниками нудота та блювота A=4/57%, тривога D=4/57%, ажитація E=4/57%, головний біль, важкість у голові I=4/57% зберігалися досить високі цифри, а клінічна ознака тремор B=7/100% залишався на максимально високому значенні, що свідчить про збереження загрози гострого алкогольного делірію.

На третій день загальний стан пацієнта покращився, клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни склала – 17 балів, але відмічалися досить високі показники тремор B= 4/57% та тривога D=4/57%.

На п'ятий день з'явилася позитивна динаміка в фізичному та психічному стані пацієнта, всі бальне значення всіх показників суттєво знизилося, клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни склала – 13 балів, залишався тремор B= 4/57%.

На сьомий день лікування клінічна оцінка алкогольного синдрому відміни склала – 12 балів, на чотирнадцятий день лікування 7 балів, але на весь період спостереження показник тремор був підвищений B= 4/57%.

За допомогою методики «Самопочуття, Активність, Настрій» обстежили пацієнта на 1, 7 і 14 день абстиненції. У перший день показник Самопочуття становив 2,2 бали; Активність 1,8 бала; Настрій 1,6 бала. За всіма трьома шкалами було значне зниження (середні нормальні значення 5,0-5,5 балів) показників, найнижчий результат за шкалою Настрій. На сьомий день абстиненції відзначено підвищення показників за всіма шкалами: Самопочуття 2,7 бала, Активність 2,4 бала, Настрій 2,5 бала, найбільш низький показник на 7 день терапії Активність. На 14 день відбулося істотне поліпшення показників Самопочуття 3,2 бала, Активність 3,6 бала, Настрій 3,1 бала, проте нормальних значень не було досягнуто ні по одному з критеріїв.

Методика «Показник якості життя» 1 день -24 бали, 7 день – 32 бали, 14 день - 49 балів.

Висновки

Застосування препарату Кокарніт при середньо- тяжкій формі алкогольного синдрому відміни дозволяє значно поліпшити ефективність лікування, що доказово об'єктивізує персоніфікований підхід у дослідженні.

Бібліографія

1. Спосіб лікування алкогольної поліневропатії (Кокарніт) // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. МОЗ України – Київ, 2012. – 3 с.
2. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф., Гончарова Е.Ю., Клименко О.В., Сушинская Е.А., Киосев О.В., Скобелев В.О. Алкогольная полинейропатия: критерии интегрированной терапии // Довженківські читання: Проблема привабливості наркологічної допомоги. Від служби до послуги. Матеріали ХІУ Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. 9 - 10 квітня 2013 р., Харків, 2013. - С. 250 - 256.
3. Сосин И.К. Современные патогенетические критерии интегрированной терапии алкогольной полинейропатии в наркологической клинике / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев, Е.Ю. Гончарова, О.В. Клименко, Е.А. Сушинская, И.М. Сквиря // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — Минск, 2013. — № 1 (11). — С. 73–82.
4. Сосін І.К., Сушинська О.О. Гончарова О.Ю. зі співавт. Спосіб лікування алкогольної полінейропатії. Деклараційний патент на корисну модель. Номер Патенту 74888, Україна. МПК (2012.01) А61М 1/36 (2006.01) А61К 31/00. (24) 12.11.2012 . (21) u201206113 (22) 1065. 21.05.2012 Опубл.: (46) 12.11.2012, бюл. № 21.
5. Сосін І.К., Сушинська О.О. Гончарова О.Ю. зі співавт. Спосіб лікування алкогольної полінейропатії // Реєстр галузевих нововведень МОЗ України. Вип. 36 – 37. Київ, 2012. – С 263.
6. Сосін І.К., Чуев Ю.Ф., Сушинська О.О., Гончарова О.Ю., Кліменко О.В., Осипов О.А., Друзь О.В., Бурмака Н.П., Скобелев В.О., Кіосев О.В. Доказова фармація: Досвід застосування препарату Кокарніт в комплексному лікуванні алкогольної полінейропатії // Матеріали 9-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Фармацевтичне і медичне право України (фарм. і мед. законодавство. судова фармація, доказова фармація), 16 листопада 2012 р., м. Харків. Український вісник психоневрології. – Т. 20, вип. 2(71), 2012 (додаток). – С.89 – 90.
7. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Доказательная фармация: современная рубрификация показаний к применению методов лазерной терапии в наркологии // Кокарніт в комплексному лікуванні алкогольної полінейропатії // Матеріали 9-ї Міжнародної науково-практичної конференції «Фармацевтичне і медичне право України (фарм. і мед. законодавство.ю судова фармація, доказова фармація), 16 листопада 2012 р., м Харків. - Український вісник психоневрології. – Т. 20, вип. 2(71), 2012 (додаток). – С.90 – 91.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОКАРНИТА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЭТАПЕ СИНДРОМА ОТМЕНЫ

И.К. Сосин, О.Ю. Гончарова

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины. Кафедра наркологии

Резюме

В работе осуществлен аналитический обзор применения в наркологии препарата Кокарнит по его прямому назначению, а именно - при алкогольной полиневропатии (опыт авторов статьи на уровне: Информационного письма Минздрава Украины; Патента Украины № 74888; Реестра отраслевых нововведений МЗ Украины, статей и тезисов). На модели персонифицированного исследования обосновано дифференцированное применение Кокарнита по его новому назначению на фоне стандартной («протокольной») детоксикационной терапии - при сомато-неврологических, вегетативно-сосудистых, психических и поведенческих расстройствах, которые создают совокупную клиническую картину синдрома отмены в клинике алкогольной зависимости. Материал объективизируется конкретной клинической иллюстрацией.

Ключевые слова: Препарат Кокарнит, известные показания, алкогольная зависимость, синдром отмены, новые возможности, персонификация исследования, антиабстинентные эффекты.

PERSONALIZED STUDY KOKARNITA EFFICIENCY IN CLINIC ALCOHOL DEPENDENCE ON STAGE WITHDRAWAL SYNDROME

I.K. Sosin, O.Yu. Goncharova

Kharkiv Medical akademy Postgraduate Education the Ministry of Health of Ukraine. Addiction Department

Summary

The work performed analytical review of drug use in narcology Kokarnit for its intended purpose - namely in alcoholic polyneuropathy (experience of the authors at the Information Letter of the Ministry of Health of Ukraine and the Ukrainian Patent № 74888, Registry industry innovations Ministry of Health of Ukraine66 articles and theses). In the model Personalized study proved differentiated application Kokarnit on his new appointment on a background of standard («protocol») detoxification therapy - with somatic-neurological, vascular and neuro-psychiatric- behavioral disorders that create total clinical picture of a withdrawal syndrome in the clinic for alcohol dependence. Material objectified specific clinical illustration.

Keywords: drug Kokarnit known indications, alcohol dependence, withdrawal syndrome, new opportunities, the personification of the study, anti withdrawal effects.