

І.В. Лінський, О.І. Мінко, О.С. Самойлова

АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ Й ДОСВІД ЇЇ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТОМ ЛІВЕНЦІАЛЄ У ПАЦІЄНТІВ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ЕТАНОЛУ

Інститут неврології, психіатрії й наркології АМН України, м. Харків

Вступ

За даними ВООЗ, більше, ніж 90% мешканців планети вживають алкогольні напої, причому не менше, ніж 40% вживають алкоголь щомісяця, що пов'язано з високим ризиком появи проблем зі здоров'ям. Близько 10% чоловіків і 3-5% жінок вживають алкоголь щодня. Крім характерних змін у головному мозку, що супроводжуються формуванням синдрому залежності, надмірне вживання алкоголю викликає численні розлади в роботі практично всіх систем організму, що призводить до розвитку поліорганної патології. Тому не дивно, що в більшості країн світу хвороби, пов'язані із уживанням алкоголю перебувають на 3-4-му місці серед причин смерті [1-2].

Серед внутрішніх органів найбільш уразливою до шкідливого впливу алкоголю є печінка. Зв'язок вживання алкоголю із ураженням печінки вперше був встановлений М. Baillie ще в 1793 р. Сьогодні ушкодження печінки етанолом виділені в окрему нозологічну форму - алкогольну хворобу печінки (АХП).

До факторів ризику АХП відносять: вживання більше 40 мл абсолютно-го етанолу на добу; жіночу стать; спадково детерміноване підвищення активності алкогольдегідрогенази (АДГ) у сполученні із зниженою активністю альдегіддегідрогенази (АльДГ), що спостерігається, наприклад, у осіб монголоїдної раси; хронічний дефіцит білка, вітамінів та мінералів внаслідок неповноцінного харчування; надлишкову масу тіла, що супроводжується додатковим відкладенням жиру в гепатоцитах; інфікування гепатотропними вірусами; а також алкоголізацію на тлі дії деяких ксенобіотиків (парацетамол, ізоніазид, нітрозаміни, анаболічні стероїди та ін.) [3-7].

Згідно МКХ-10 виділяють кілька форм АХП. По-перше, це стеатоз або жирова дистрофія печінки (K70.0), що розвивається внаслідок тривалого систематичного вживання алкоголю в нетоксичних й субтоксичних дозах. Повне утримання від прийому алкоголю здатне викликати регресію клініко-морфологічних проявів. По-друге, - гострий алкогольний гепатит (K70.1), що протікає в латентній, жовтяничній, холестатичній і фульмінантній (швидко прогресуючій з геморагічним синдромом) формах. Він звичайно розвивається після важкого запою, при так званій "гульбизній" формі вживання алкоголю, у тому числі, у хворих із вже існуючим цирозом печінки, що обумовлює поєднання симптоматики й значно погіршує прогноз. Далі виділяють алкогольний фіброз і склероз печінки (K70.2), що характеризуються нерізким цитолітичним й імунно-запальним синдромом, а також гістологічними ознаками гепатиту при відсутності ознак циротичної трансформації.

Ще одна форма АХП - алкогольний цироз печінки (K70.3)- дифузний процес із фіброзом і перебудовою нормальної архітекτονіки печінки, що призводить до утворення структурно аномальних вузлів. Це хронічний прогресуючий розлад з однозначно негативним прогнозом [3-7].

Крім того, виділяють алкогольну печіночну недостатність (K70.4) і алкогольну хворобу печінки неуточнену (K70.9).

У центрі медикаментозної терапії при всіх формах АХП перебувають препарати, що містять натуральні фосфоліпіди (НФЛ) - основний компонент клітинних мембран. До таких препаратів відноситься, зокрема, лівенціалє, що випускається фірмою "Скан Біотек Лтд" (Індія). Одна ампула (5 мл) препарату лівенціалє містить 250 мг НФЛ, а одна капсула препарату лівенціалє форте - 300 мг НФЛ.

Субстанція НФЛ є високоочищеним екстрактом із бобів сої й містить в основному фосфатидилхолін з високою концентрацією поліненасичених жирних кислот, в основному лінолевої (70%), ліноленової й олеїнової. Головним активним інгредієнтом НФЛ є 1,2-дилінолеоїлфосфатидилхолін. За своєю хімічною структурою НФЛ відповідають природним (ендогенним) фосфолі-

підам організму, але у функціональному відношенні перевершують їх завдяки високому вмісту в 1-м і в 2-м положеннях молекули поліненасичених жирних кислот (ПНЖК), особливо лінолевої кислоти.

Мембраностабілізуюча й гепатопротекторна дія НФЛ досягається шляхом прямого вбудовування молекул НФЛ у фосфоліпідну структуру ушкоджених печіночних клітин, заміщення дефектів і відновлення бар'єрної функції ліпідного бішару мембран. Ненасичені жирні кислоти фосфоліпідів сприяють підвищенню активності й пластичності мембран, знижують компактність фосфоліпідних структур, нормалізують проникність. Гепатопротекторна дія НФЛ ґрунтується також на їхній здатності інгібувати процеси перикисного окислювання ліпідів, яке розглядається як один з основних механізмів розвитку уражень печінки при АХП. Крім того, лівенціалє має здатність попереджувати розвиток гіперхолестеринемії й гіпертригліцеридемії, нормалізує рівень ліпопротеїдів. При цьому стимулюються керовані фосфоліпідами процеси затримки патологічного накопичення холестерину в тканинах, а також відбувається мобілізація його транспорту зі стінок судин за рахунок активації ліполітичної і холестеринестерифікуючої ферментних систем. Одним із важливих етапів патогенезу АХП є вироблення непаренхіматозними клітинами печінки протизапальних цитокінів ІІІb та TNF α , які, діючи на гепатоцити, призводять до запуску й підтримки запалення. НФЛ зменшують продукцію фактора некрозу пухлини альфа (ФНП- α) й інтерлейкіна-1. Хоча механізм такого впливу остаточно не розкритий, очевидно, він може виявитися важливим у лікуванні тих форм АХП, коли захворювання прогресує, незважаючи на відмову пацієнта від вживання алкоголю. Таким чином, механізм дії НФЛ при АХП охоплює практично всі відомі ланки її патогенезу: метаболічні порушення, перикисне окислювання ліпідів, ушкодження мембран, фіброгенез та імунні порушення.

Від деяких інших препаратів НФЛ лівенціалє принципово відрізняється відсутністю вітамінних домішок. Це дає препарату ряд істотних переваг. Відсутність вітамінів у лівенціалє дозволяє використовувати його в повній те-

рапевтичній дозі протягом тривалого часу (2-6 місяців), необхідного для ефективного лікування АХП, без ризику розвитку гіпервітамінозу. Це також дозволяє розширити коло пацієнтів, у яких можливе застосування препаратів НФЛ, зокрема , за рахунок осіб з реакціями гіперчутливості на вітаміни.

Поняття АХП не тотожно поняттю алкоголізм, оскільки останній може розвиватися й без АХП, так само як й АХП може існувати у вигляді самостійного захворювання в рамках вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (F10.1), але без ознак синдрому залежності. Однак слід визнати, що в більшості випадків АХП й алкогольна залежність ідуть "пліч-о-пліч". Саме таке сполучення створює додаткові труднощі, як для лікування даного захворювання печінки, так і для лікування власне алкоголізму. Адже ушкоджена алкоголем печінка накладає певні обмеження на можливість застосування психофармакотерапевтичних засобів, які звичайно використовуються для лікування синдрому залежності від алкоголю. Тому на базі Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України в клінічній наркологічній лікарні №9 м. Харкова нами було проведено спеціальне відкрите дослідження, присвячене вивченню даних питань.

Ціль дослідження

Оцінка ефективності препарату лівенціалє в лікуванні алкогольної хвороби печінки у хворих із синдромом залежності від алкоголю, що одержують необхідну у таких випадках психофармакотерапію.

Матеріали й методи дослідження.

У дослідження було включено 60 хворих (усі чоловіки) з такими формами АХП: жирова дистрофія печінки й алкогольний гепатит. Патогномонічних для АХП скарг й/або фізикальних ознак не було виявлено. Тому критеріями включення служили: підтверджена алкогольна залежність (відповідно до критеріїв МКХ-10) тривалістю не менш 5 років і наявність біохімічних ознак цитолітичного синдрому (підвищена трансаміазна активність плазми крові). Критеріями виключення служили наявність цирозу печінки й інфікування гепатотропними вірусами.

Вік хворих на момент дослідження становив від 23 до 65 років (середній вік - $41,75 \pm 1,32$ років), а тривалість систематичного зловживання алкоголем - від 2 до 29 років (середня тривалість - $12,42 \pm 0,80$ років). Хворі були розділені на дві групи по 30 чоловік у кожній.

В обох групах проводилася стандартна комплексна терапія синдрому залежності від алкоголю й ранніх постабстинентних розладів (перші п'ять днів: натрію тіосульфату 30% - 5,0 мл внутрішньовенно, пірроксан *per os* по 0,03 (2 таблетки) 4 рази на день - перші десять днів: пірацетам 20 % - 10,0 мл внутрішньовенно і тіаміну хлорид 2,5 % - 3,0 мл внутрішньом'язово; нейровітан *per os* 1 таб. 3 рази, гідазепам *per os* по 0,05 ранком і по 0,1 удень та на ніч; метронидазол *per os* за схемою: по 0,75 (3 таблетки) 3 рази на день протягом перших 3 днів, по 0,5 (2 таблетки) 3 рази на день протягом наступних 3 днів, по 0,25 (1 таблетки) 3 рази на день ще 3 дні; раціональна психотерапія по 20 хвилин двічі на тиждень).

Крім того, хворі першої (основної) групи одержували НФЛ за наступною схемою: препарат лівенціалє внутрішньовенно повільно однократно по 250 мг (1 ампула) на добу протягом перших п'яти днів, а потім препарат лівенціалє форте *per os* по 300 мг (1 капсула) 3 рази на добу (добова доза 900 мг НФЛ) з 6 по 25 день лікування. Хворі другої групи (групи порівняння) спеціального гепатопротекторного лікування не одержували.

Протягом лікування хворі обох груп, крім традиційного клініко-психопатологічного обстеження із залученням діагностичних критеріїв МКХ-10 [8], а також рутинного фізикального обстеження, двічі (на момент госпіталізації й через 25 днів після початку лікування) підлягали комплексному лабораторному дослідженню: аналіз крові клінічний, аналіз крові біохімічний: активність аланінової й аспарагінової трансаміназ (АЛТ та АСТ), гаммаглутамінтранспептідази (ГГТ) і лужної фосфатази (ЛФ). Також двічі (і в ті ж строки) проводилася оцінка структури й ступеня виразності патологічного потягу до алкоголю за Н.В.Чередниченко - В.Б.Альтшулером [9] й оцінка якості життя пацієнтів за J. Mezzich [10]. Обробку отриманих даних здійснювали

методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на комп'ютері за допомогою програми "Excel" з пакета "Microsoft Office 2003"[11].

Результати й обговорення

Після госпіталізації й пов'язаного із цим припиненням вживання алкоголю у хворих обох груп протягом перших 2-5 днів спостерігався скорочений (внаслідок проведеної фармакотерапії), синдром відміни алкоголю. Після цього, як правило, мав місце прогресуючий зворотний розвиток як психопатологічної, так і соматичної симптоматики. Звичайно на 3-6 день зникали скарги на нудоту, з'являвся апетит. На 5-12 день істотно поліпшувалася якість нічного сну й збільшувалася його тривалість. Найдовше зберігалися скарги на слабкість. Треба, однак, відмітити, що у хворих основної групи, які одержували препарат лівенціалє, зворотній розвиток астеничного синдрому відбувався швидше, ніж у групі порівняння.

Клінічне поліпшення супроводжувалося сприятливими змінами результатів лабораторних досліджень (Табл.1).

Таблиця 1

Усереднені показники клінічних і біохімічних аналізів крові у хворих основної групи й групи порівняння до й після лікування

Аналіз	Показник, одиниця вимірювання	На момент початку лікування (1-й день)		На момент закінчення лікування (25-й день)		
		Основна група (n=30)	Група порівняння (n=30)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=30)	
Клінічний	Еритроцити, $10^{12}/л$	4,36 ± 0,04	4,33 ± 0,06	4,31 ± 0,07	4,38 ± 0,05	
	Гемоглобін, г/л	143,50 ± 1,43	142,80 ± 1,30	142,77 ± 1,35	143,90 ± 1,53	
	Лейкоцити, $10^9 /л$	13,23 ± 0,36	13,00 ± 0,42	6,13 ± 0,25*	6,17 ± 0,21*	
	формула Лейкоцигарна	Паличкояд., %	8,33 ± 0,40	8,00 ± 0,42	1,47 ± 0,01*	1,51 ± 0,01*
		Сегментояд., %	53,51 ± 1,77	54,65 ± 1,71	63,15 ± 1,17*	62,54 ± 0,87*
		Еозинофіли, %	2,68 ± 0,23	2,63 ± 0,27	2,43 ± 0,22	2,55 ± 0,22
		Базофіли, %	0,05 ± 0,01	0,05 ± 0,02	0,06 ± 0,01	0,08 ± 0,03
		Лімфоцити, %	28,95 ± 0,76	28,40 ± 0,65	26,40 ± 0,73	26,78 ± 0,68
	Моноцити, %	6,47 ± 0,45	6,27 ± 0,43	6,27 ± 0,37	6,43 ± 0,40	
	Біохім.	ШОЕ, мм/год	27,95 ± 1,86	26,95 ± 1,87	6,17 ± 0,43*	6,43 ± 0,39*
АЛТ, ммоль/г·мл		1,01 ± 0,03	1,00 ± 0,04	0,39 ± 0,02*	0,50 ± 0,03**/**	
АСТ, ммоль/г·мл		1,34 ± 0,07	1,31 ± 0,09	0,35 ± 0,02*	0,46 ± 0,01**/**	
ГГТ, мкат/л		3,52 ± 0,17	3,49 ± 0,15	0,94 ± 0,07*	1,85 ± 0,11**/**	
ЛФ, нмоль/с·л		1746,67 ± 78,76	1753,33 ± 86,80	1336,67 ± 47,64*	1326,67 ± 43,40*	

Примітки:
 * - розходження з моментом початку лікування (у відповідній групі) достовірні ($p < 0,01$);
 ** - розходження з основною групою на момент закінчення лікування достовірні ($p < 0,01$);

Так, у хворих обох груп до 25 дня лікування відбулася нормалізація кількості лейкоцитів у крові й лейкоцитарної формули (за рахунок зниження кількості паличкоядерних клітин), а також швидкості осідання еритроцитів. Все це вказує на те, що у тих хворих, у яких АХП протікала у формі алкогольного гепатиту, запальний процес у печінці піддався істотному зворотному розвитку.

Протягом лікування істотно знизилася трансаміназна активність крові, а також показники ГГТ і ЛФ. Варто звернути особливу увагу на те, що у пацієнтів, які одержували препарат лівенціалє, нормалізація результатів біохімічного дослідження крові була більше глибокої й повною, ніж у тих пацієнтів, які не одержували даного препарату - значення АЛТ, АСТ і ГГТ в основній групі вірогідно менші, ніж у групі порівняння (Табл.1).

Сприятливі зміни клінічного статусу хворих і результатів лабораторних досліджень супроводжувалися поліпшенням такого інтегрального показника як якість життя. Було встановлено (Табл.2), що у хворих обох груп через 25 днів лікування, всі складові, крім "Соціо-емоційної підтримки" (шкала VI) і "Суспільної й службової підтримки" (шкала VII), цього найважливішого, з точки зору доказової медицини [12] показника, вірогідно ($p < 0,05$) підвищилися.

При цьому, у хворих основної групи спостерігалися вірогідно ($p < 0,05$) кращі результати лікування за показниками: "Фізичне благополуччя" (шкала I), "Працездатність" (шкала IV) і "Самореалізація" (шкала VIII), ніж у хворих із групи порівняння. Можна помітити, що всі три останніх параметра тісно залежні один від одного, тому що фізичне благополуччя безпосередньо впливає на працездатність, що не може не вплинути на здатність до самореалізації.

Протягом лікування радикально послабшав патологічний потяг до алкоголю. При цьому, у групі хворих, що одержували лівенціалє, спостерігалася вірогідно ($p < 0,05$) більш глибока редукція вегетативного (шкала II) компоненту патологічного потягу до алкоголю (за рахунок поліпшення апетиту), а також

поведінкового компоненту та інтенсивності патологічного потягу до алкоголю в цілому (Табл. 2). Таблица 2

Усереднені показники якості життя (за J. Mezzich et al., 1999) і патологічного потягу до алкоголю (за Чередниченко Н.В.- Альтшулер В.Б., 1992) у хворих основної групи й групи порівняння до й після лікування (у балах)

Оцінка	Показник, одиниця вимірювання	На момент початку лікування (1-й день)		На момент закінчення лікування (25-й день)		
		Основна група (n=30)	Група порівняння (n=30)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=30)	
Компоненти якості життя (за Mezzich et al.)	Шкала I. ***	3,60 ± 0,19	3,73 ± 0,24	8,10 ± 0,26*	6,77 ± 0,29*/**	
	Шкала II. ***	3,83 ± 0,21	4,03 ± 0,19	6,07 ± 0,29*	6,27 ± 0,32*	
	Шкала III. ***	3,53 ± 0,27	3,50 ± 0,22	7,10 ± 0,38*	7,03 ± 0,38*	
	Шкала IV. ***	4,43 ± 0,28	4,33 ± 0,23	9,40 ± 0,11*	7,67 ± 0,40*/**	
	Шкала V. ***	4,63 ± 0,27	4,80 ± 0,27	6,37 ± 0,32*	6,27 ± 0,32*	
	Шкала VI. ***	7,20 ± 0,41	7,00 ± 0,43	7,77 ± 0,37	7,67 ± 0,35	
	Шкала VII. ***	7,40 ± 0,27	7,30 ± 0,27	7,67 ± 0,29	7,90 ± 0,29	
	Шкала VIII. ***	6,07 ± 0,31	5,87 ± 0,35	9,17 ± 0,13*	7,83 ± 0,32*/**	
	Шкала IX. ***	5,07 ± 0,29	4,97 ± 0,29	7,67 ± 0,27*	7,90 ± 0,29*	
	Шкала X. ***					
Компоненти потягу до алкоголю		5,53 ± 0,27	5,50 ± 0,28	8,40 ± 0,21*	8,30 ± 0,20*	
	Афективний	Субдепресія	1,43 ± 0,10	1,37 ± 0,11	0,60 ± 0,09*	0,63 ± 0,09*
		Тривога	1,80 ± 0,15	1,87 ± 0,16	0,53 ± 0,09*	0,47 ± 0,09*
		Емоц. лабільність	0,80 ± 0,10	0,90 ± 0,12	0,27 ± 0,08*	0,33 ± 0,09*
		Дисфорія	0,87 ± 0,13	0,93 ± 0,14	0,03 ± 0,03*	0,07 ± 0,05*
		Афективн. у цілому	4,90 ± 0,28	5,07 ± 0,28	1,43 ± 0,17*	1,50 ± 0,18*
	Вегетатив.	Сновидіння	1,10 ± 0,19	1,13 ± 0,18	0,40 ± 0,09*	0,57 ± 0,10*
		Мімічні реакції	0,73 ± 0,08	0,83 ± 0,11	0,07 ± 0,05*	0,23 ± 0,08*
		Зміни апетиту	1,00 ± 0,14	1,17 ± 0,14	0,03 ± 0,03*	0,50 ± 0,13*/**
		Вегетатив. у цілому	2,83 ± 0,23	3,13 ± 0,27	0,50 ± 0,10*	1,30 ± 0,13*/**
	Ідеат.	Віднош. до алкоголю	1,73 ± 0,11	1,70 ± 0,10	0,47 ± 0,11*	0,63 ± 0,14*
		Віднош. до лікування	1,00 ± 0,14	0,93 ± 0,14	0,20 ± 0,07*	0,10 ± 0,06*
		Ідеаторний у цілому	2,73 ± 0,21	2,63 ± 0,20	0,67 ± 0,15*	0,73 ± 0,16*
		Поведінковий	0,90 ± 0,13	0,83 ± 0,12	0,23 ± 0,08*	0,00 ± 0,00*/**
	Разом	11,37 ± 0,49	11,67 ± 0,48	2,83 ± 0,23*	3,53 ± 0,25*/**	

Примітки:
 * - розходження з моментом початку лікування (у відповідній групі) достовірні (p<0,01);
 ** - розходження з основною групою на момент закінчення лікування достовірні (p<0,05);
 *** - Умовні позначки: Шкали компонентів якості життя: шкала I - фізичне благополуччя; шкала II - психоемоційне благополуччя; шкала III - самообслуговування й незалежність у діях; шкала IV - працездатність; шкала V - міжособистісна взаємодія; шкала VI - соціо-емоціональна підтримка; шкала VII - суспільна. і службова підтримка; шкала VIII - самореалізація; IX - духовна реалізація; X - загальне сприйняття якості життя.

У цьому зв'язку необхідно підкреслити, що описана вище перевага терапії із застосуванням лівенціалє, у порівнянні з фоновою терапією, за такими показниками якості життя як: фізичне благополуччя, працездатність і самореалізація, на відміну, наприклад, від аналогічних змін, що були викликані антаксоном [13], пов'язані не стільки з випереджальним об'єктивним поліпшенням самопочуття, скільки з поліпшенням стану фізичного здоров'я (важ-

ливим маркером якого можна вважати виразність вегетативного компонента потягу до алкоголю).

Висновки

1. Застосування лівенціалє на тлі традиційної комплексної терапії хворих залежних від алкоголю, дозволяє вже протягом першого місяця лікування статистично значимо знизити активність цитолітичного процесу в печінці. Активність АЛТ, АСТ і ГГТ у хворих, що одержували цей препарат, була вірогідно ($p < 0,01$) нижчою, ніж у хворих, що одержували тільки протиалкогольну психофармакотерапію.

2. Використання лівенціалє на тлі традиційної комплексної терапії хворих, залежних від алкоголю, дозволяє також протягом першого місяця лікування вірогідно ($p < 0,05$) поліпшити такі показники якості життя, як: фізичне благополуччя, працездатність і здатність до самореалізації.

3. Незважаючи на те, що лівенціалє не є психотропним препаратом, його призначення в комплексі зі стандартною психофармакотерапією забезпечує достовірно ($p < 0,05$) більш глибоку редукцію вегетативного й поведінкового компонентів патологічного потягу до алкоголю й інтенсивності патологічного потягу до алкоголю у цілому, ніж тільки згадана психофармакотерапія. Цей психотропний ефект, очевидно, опосередковано загальним поліпшенням стану фізичного здоров'я.

Література

1. Калинин А.В. Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. М., 2001; 4: 8–14.

2. Щукин М.А. Алкоголь и алкоголизм. Внутренние болезни. Пер. с англ. М.: Медицина, 1997; 433–46.

3. Нурмухаметов Р. Новые перспективы лечения алкогольной болезни печени // "Consilium-medicum" Журнал доказательной медицины для практикующих врачей, Том 2/N 7/2000 (Электронная публикация. Режим доступа - <http://www.consilium-medicum.com>).

4. Маевская М.В. Алкогольная болезнь печени // "Consilium-medicum" Журнал доказательной медицины для практикующих врачей, Том 3-N 6-2001. (Электронная публикация. Режим доступа - <http://www.consilium-medicum.com>).
5. Медведев В.Н., Кораблин Н.И. Алкогольная болезнь печени: диагностика и лечение острого и хронического алкогольного гепатита // "Consilium-medicum" Журнал доказательной медицины для практикующих врачей . Том 04/N 7/2002. Приложение (Электронная публикация. Режим доступа - <http://www.consilium-medicum.com>).
6. Буеверов А.О. Алкогольная болезнь печени // "Consilium-medicum" Журнал доказательной медицины для практикующих врачей, Том 04/N 9/2002. Приложение (Электронная публикация. Режим доступа - <http://www.consilium-medicum.com>).
7. Сухарева Г.В. Алкогольная болезнь печени // "Consilium-medicum" Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. Том 05/N 3/2003. Приложение. (Электронная публикация. Режим доступа - <http://www.consilium-medicum.com>).
8. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКХ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Издательство «Триада-Х», 2002.-232 с.
9. Чередниченко Н.В., Альтшулер В.Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом. //Ж.: Вопросы наркологии, № 3-4, М., 1992, с. 14-17.
10. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqabal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds». - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999,- P. 427-428.
11. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel // Киев, "Моріон", 2000 - 320 с.

12. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва. "Медиа Сфера", 1998. 345 с.

13. Минко А.И., Линский И.В. Качество жизни, аффективный статус и приверженность терапии на протяжении первого месяца антиалкогольного лечения. // Журнал "Вісник психіатрії та психофармакотерапії", №1-2 (9-10), 2006, с.123-125.

Резюме

И.В. Линский, А.И. Минко, Е.С. Самойлова

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И ОПЫТ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ЛИВЕНЦИАЛЕ У ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ЭТАНОЛА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, г. Харьков

В статье представлен сопоставительный анализ результатов месячного комплексного лечения больных алкоголизмом с применением препарата натуральных фосфолипидов ливенциале и без него. Установлено, что применение ливенциале достоверно ($p < 0,01$) ускоряет обратное развитие цитолитических процессов в печени (по результатам биохимического исследования крови). Кроме того, ливенциале обеспечивает достоверно ($p < 0,05$) большую редукцию вегетативного и поведенческого компонентов патологического влечения к алкоголю и улучшение показателей качества жизни пациентов.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольная болезнь печени, ливенциале, биохимические показатели цитолиза, влечение к алкоголю, качество жизни.

Резюме

І.В. Лінський, О.І. Мінко, О.С. Самойлова

АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ Й ДОСВІД ЇЇ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТОМ ЛІВЕНЦІАЛЕС У ПАЦІЄНТІВ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ЕТАНОЛУ

Інститут неврології, психіатрії й наркології АМН України, м. Харків

У статті представлений порівняльний аналіз результатів місячного комплексного лікування хворих на алкоголізм з застосуванням препарату натуральних фосфоліпідів лівенціале та без нього. Встановлено, що застосування лівенціале достовірно ($p < 0,01$) прискорює зворотнє розвиток цитолітичних процесів у печінці (за результатами біохімічного дослідження крові). Крім того, лівенціале забезпечує достовірно ($p < 0,05$) більшу редукцію вегетативного та поведінкового компонентів патологічного влечення до алкоголю та покращення показників якості життя пацієнтів.

ксного лікування хворих на алкоголізм із застосуванням препарату натуральних фосфоліпідів лівенціале та без нього. Встановлено, що застосування лівенціале достовірно ($p < 0,01$) прискорює зворотний розвиток цитолітичних процесів у печінці (за результатами біохімічного дослідження крові). Крім того, лівенціале забезпечує достовірно ($p < 0,05$) більшу редукцію вегетативного й поведінкового компонентів патологічного потягу до алкоголю й поліпшення показників якості життя пацієнтів.

Ключові слова: алкогольна залежність, алкогольна хвороба печінки, лівенціале, біохімічні показники цитолізу, потяг до алкоголю, якість життя.

Summary

I.V.Linskiy, A.I.Minko, E.S.Samoylova

ALCOHOLIC DISEASE OF THE LIVER AND EXPERIENCE OF ITS TREATMENT BY LIVENTSIALE MEDICATION IN ETHANOL-DEPENDENT PATIENTS

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkov

Comparative analysis of results of monthly complex treatment of patients with alcoholism with using of medication made of natural phospholipids liventsiale and without it submitted in article. It is established, that using of liventsiale reliable ($p < 0.01$) Accelerates back development of cytolytic processes in a liver (by results of biochemical research of blood). Besides liventsiale provides for certain ($p < 0.05$) bigger reduction of vegetative and behavioral components of a pathological craving to alcohol and improvement of parameters of quality of life of the patients.

Key words: alcoholic dependence, alcoholic disease of liver, liventsiale, biochemical parameters of cytolysis, craving to alcohol, quality of life.