

**Резюме**

У 30 больных алкоголизмом после купирования алкогольного абстинентного синдрома проводили клиническое исследование эффективности антиоксиданта мексикора (50 мг/сутки, 14 дней) для коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений. Все больные, получавшие мексикор, были разделены на две подгруппы — высокочувствительные (ВЧ) и низкочувствительные (НЧ) к препарату. Сделан вывод, что при назначении препаратов метаболического действия больным алкоголизмом следует учитывать индивидуальную чувствительность к препарату. Именно она определяет успех или неуспех в лечении зависимых от алкоголя пациентов. Востриков В.В., Кузембаева Л.Б., Шабанов П.Д. Применение мексикора у больных с зависимостью от алкоголя в постабстинентном состоянии. // Психофармакол. биол. наркол. — 2006. — Т. 6, № 3. — С. 1305–1311

**Ключевые слова**

алкогольная зависимость; абстинентное состояние; астенция; антиоксиданты; мексикор

© В.В. ВОСТРИКОВ<sup>1</sup>, Л.Б. КУЗЕМБАЕВА<sup>1</sup>, П.Д. ШАБАНОВ<sup>2</sup>; 2006

<sup>1</sup>Ленинградский областной наркологический диспансер, пос. Новодевяткино, 19/1, Всеволожский район, Ленинградская область; <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, акад. Лебедева ул., 6, Санкт-Петербург, 194044, Россия

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ СОСТОЯНИИ

**ВВЕДЕНИЕ**

Вопросы терапии зависимости от психоактивных веществ сохраняют свою актуальность и в настоящее время, ставя профилактику, лечение и реабилитацию этих больных на первое место и определяя актуальность проблемы [8]. Выбор фармакологических препаратов, используемых сегодня для купирования проявлений болезни на различных этапах, достаточно широк. Необходимо оптимизировать лечебные подходы, применять дифференцированные комплексные программы, направленные на четкое приращение психофармакологической модели к различным группам больных.

При рассмотрении механизма действия этанола на клеточном уровне, необходимо учитывать, что он является мембранотропным липофильным веществом, способным растворять липидные слои мембран, изменять состояние рецепторных комплексов мембран и проникать в нервные клетки [2, 12]. При этом происходит непосредственное воздействие свободных радикалов на мозговую ткань, которое может выражаться в отеке мозга, гибели нейронов и повреждении гематоэнцефалического барьера [5]. С этими основными свойствами и связано токсическое действие этанола на центральную нервную систему (ЦНС).

Следует учитывать, что купирование синдрома отмены любого психотропного вещества не является показателем нормализации баланса центральной нервной системы [1]. В этот период у больных с зависимостью от психоактивных веществ выявляются характеризующие постабстинентное состояние высокий уровень астенизации, аффективные расстройства, выражающиеся в высокой степени невротизации, проявлении тревоги и депрессии [3]. При этом достаточно часто наблюдаются развитие острой психопатологической симптоматики или обострение ранее имеющейся соматоневрологической патологии.

В последние годы большой интерес вызывают фармакологические средства, повышающие устойчивость организма к гипоксии и относящиеся к классу антигипоксантов и антиоксидантов, сочетающие, как правило, антирадикальное действие и влияние на перекисное окисление липидов с антигипоксантами активностью [5, 6, 11]. В настоящее время нет убедительных данных о выраженной антирадикальной активности эндогенных веществ (прежде всего пептидов) при различной патологии у человека. Следует отметить, что синтетические антиоксиданты характеризуются более частыми нежелательными эффектами по сравнению с эндогенными соединениями. Создание лекарственных препаратов, обладающих не только высокой фармакологической активностью, но и низкой токсичностью и, соответственно, минимальными побочными действиями, является одной из важных проблем современной медицины. Поиск новых препаратов широкого спектра действия, сочетающих в себе противоастиенические и антиоксидантные свойства, остается одной из приоритетных задач психофармакологии.

Настоящая работа посвящена изучению нового антиоксиданта и антигипоксанта мексикора в постабстинентном периоде у больных алкоголизмом со сформированной зависимостью от алкоголя. В качестве исследуемого препарата использовали раствор мексикора для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах по 2 мл (50 мг), действующим веществом которого является оксиметилэтилпиридина сукцинат, вспомогательные вещества — янтарная кислота, трилон Б, вода для инъекций. Мексикор относится к группе антиоксидантов и антигипоксантов и применяется как кардиопротективное, антиангинальное, ангиопротективное, гипохолестеринемическое средство. Оказывает стресс-протективное, антиамнестическое действие. Усиливает компенсаторную активацию аэробного гликолиза, способствует восстановлению митохондриальных окислительно-восстановительных процессов в условиях гипоксии, увеличивает синтез АТФ и креатининфосфата. Ингибирует перекисное окисление липидов, модулирует активность мембраносвязанных ферментов (фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы). Стабилизирует мембранные структуры сосудистой стенки, уменьшает агрегацию тромбоцитов, улучшает реологические свойства крови. Улучшает кровоснабжение и активизирует метаболические процессы в ишемизированном участке миокарда, уменьшает зону некроза, восстанавливает и/или улучшает электрическую активность и сократимость миокарда. Также уменьшает последствия реперфузионного синдрома при острой коронарной недоста-

точности. При введении в организм препарат быстро распределяется по органам и тканям (при внутривенном введении — в течение 0,5–1,5 ч),  $C_{\max}$  в плазме при внутримышечном введении достигается через 30–40 мин и составляет 2,5–3 мкг/мл. Метаболиты определяются в плазме крови на протяжении 7–9 ч. Выводится с мочой в виде конъюгатов с глюкуроновой кислотой и в незначительных количествах — в неизменном виде.

## МЕТОДИКА

В исследование включали пациентов среднего возраста с зависимостью от алкоголя, перенесших синдром отмены алкоголя (СОА) средней степени тяжести и находящихся в постабстинентном периоде. Методом случайной выборки проводили рандомизацию пациентов, выделяя две группы: группу, получавшую плацебо-терапию и группу, получавшую мексикор. Из исследования исключали больных с выраженным аллергологическим статусом, психическими заболеваниями, не связанными с наркологической патологией, и больных с острым соматическим состоянием (острая коронарная недостаточность, инсульт, острое состояние после черепно-мозговой травмы и т. п.).

Верификация алкогольной зависимости основывалась на характерной клинической картине, достоверных анамнестических сведениях, психологических тестах — тесте мотивации потребления алкоголя (МПА) [4], методике Холмса и Раге на определение стресс-устойчивости и социальной адаптации [7]. Психологическое состояние больных в динамике оценивали с использованием пакета стандартных психологических тестов: опросника Вассермана (уровень невротизации), шкалы самооценки тревожности Спилбергера (уровень тревоги), шкалы депрессии Гамильтона (HDRS, уровень депрессии), самооценки самочувствия по тесту САН (самочувствие, активность, настроение), степени выраженности влечения к алкоголю (опросник потребности в приеме алкоголя). Эффективность мексикора (первичные критерии эффективности) верифицировалась статистически значимым снижением и/или редукцией аффективных расстройств. Для оценки достоверности различий использовали *t*-критерий Стьюдента для попарно сопряженных вариантов [10], статистический анализ осуществляли с помощью стандартного пакета программ Statistica for Windows [9]. Безопасность изучаемого препарата оценивали по числу неблагоприятных побочных явлений. Препарат вводили один раз в сутки внутримышечно в дозе 50 мг

(одна ампула 2 мл). Частота, дозировка и временные условия введения плацебо (2 мл 0,9 %-го раствора хлорида натрия внутримышечно) соблюдались те же, что и в исследуемой группе. Курс введения мексикора и плацебо составлял 14 дней.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выборку составили 30 пациентов в возрасте от 37 до 41 лет ( $39,2 \pm 1,7$ ) с синдромом зависимости от алкоголя (мотивационное напряжение по тесту МПА 50 и более баллов), перенесшие синдром отмены алкоголя средней степени тяжести, находящиеся в постабстинентном периоде и имеющие низкую степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу. Для включения пациентов в исследование после курса детоксикации проводили психологическое обследование по скрининговому тесту Госпитальная шкала (HADS) [7], где 0–7 баллов — отсутствие тревоги/депрессии, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и более баллов — клинически выраженная тревога/депрессия. В группы включали пациентов, имевших клинически выраженные эмоциональные нарушения в виде тревоги и/или депрессии.

В группах выборки преобладали пациенты с уровнем мотивационного напряжения по тесту МПА  $64,9 \pm 7,8$  и  $81,9 \pm 4,9$  баллов (группа, получавшая мексикор, и группа, получавшая плацебо, соответственно). При этом у большинства пациентов с зависимостью от алкоголя в 66,7 % случаев степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу находилась на низком уровне, что говорит о высокой, до 90 % вероятности возникновения какого-либо заболевания. У 8 пациентов (26,7 %) степень социальной адаптации была высокой, а в 6,7 % случаев (2 пациента) находилась на пороговом уровне. Для всех групп пациентов в начале исследования было характерно наличие субклинической формы тревоги (группа, получавшая мексикор, —  $9,2 \pm 0,6$  баллов, группа, получавшая плацебо, —  $10,1 \pm 0,4$  баллов), при этом выраженность депрессивного эпизода находилась на границе норма/субклиническая форма в обеих группах (группа, получавшая мексикор, —  $9,2 \pm 0,6$  баллов, группа, получавшая плацебо, —  $10,1 \pm 0,4$  баллов).

В период изучения эффективности мексикора клинические наблюдения показали, что 53 % больных, получавших препарат, к 5–7 дню его введения отмечали появление чувства «оживления», небольшого прилива сил и активности, повышение трудоспособ-

ности. В дальнейшем эта группа пациентов более активно участвовала в процессе лечения, больные раньше обращались с просьбой о трудоустройстве. На основании шкалы активности теста САН и данных клинических наблюдений все больные были разделены на две подгруппы:

- высокочувствительные (ВЧ) к препарату — больные, получавшие мексикор и отмечавшие прилив сил и активности (подгруппа 1.1);
- низкочувствительные (НЧ) к препарату — больные, получавшие мексикор и не отмечавшие прилив сил и активности (подгруппа 1.2).

При рассмотрении анамнеза заболевания выявлено, что длительность алкогольных эксцессов ( $39,3 \pm 13,1$  дней) и промежутков между запоями ( $34,7 \pm 13,1$  дней) в подгруппе ВЧ достигала более полутора месяцев, тогда как в подгруппе НЧ длительность запойных состояний и промежутков между ними составляла, соответственно,  $17,3 \pm 3,5$  и  $26,0 \pm 6,7$  дня. При этом пациенты, входящие в подгруппу ВЧ, в меньшей степени употребляли алкогольные суррогаты — 71,4 % против 100 % в подгруппе НЧ.

Сравнительный анализ психологического обследования по тесту МПА (где 50 и более баллов — сформированная зависимость от алкоголя) показал, что для больных из подгруппы ВЧ характерно более низкое мотивационное напряжение —  $57,4 \pm 10,7$  баллов, тогда как для больных из подгруппы НЧ мотивационное напряжение составило  $73,7 \pm 14,9$  баллов. При этом степень стресс-устойчивости и социальной адаптации по одноименному тесту Холмса и Раге у пациентов из подгруппы ВЧ в 87,5 % случаев была низкой, тогда как в группе НЧ она составила 71,4 %.

Данные психологического обследования по опроснику Вассерман (табл. 1) показали более быстрое и достоверное снижение уровня невротизации уже к 7 дню исследования у больных из подгруппы ВЧ. В подгруппе НЧ показатель уровня невротизации имел значительные колебания и к 14 дню исследования оставался на среднем уровне.

Анализ уровня ситуативной тревоги по шкале Спилбергера (табл. 2) показал более выраженное и быстрое нарастание данного показателя в подгруппе ВЧ. При этом уровень личностной тревоги (табл. 3) в обеих подгруппах колебался с тенденцией к снижению к концу исследования, он был более выражен в подгруппе ВЧ, где данный показатель снижался к концу наблюдения до среднего уровня, тогда как в подгруппе НЧ данный показатель характеризовал высокий уровень личностной тревоги к концу наблюдения, что коррелирует с данными тестов уровня невротизации.

Таблица 1  
Уровень невротизации по опроснику Вассермана

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
1	Общая, n = 30	20,8 ± 1,4	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	18,1 ± 2,7	15,4 ± 2,2*	11,4 ± 2,7**
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	18,1 ± 4,7	10,4 ± 2,7#	8,9 ± 2,3
4	Мексикор, НЧ, n = 7	18,0 ± 3,7	21,2 ± 4,1	15,0 ± 5,4
5	Плацебо, n = 15	22,7 ± 1,8	17,0 ± 1,9 <sup>+</sup>	14,4 ± 1,7 <sup>++</sup>

Примечание: + — внутригрупповая достоверность (+ —  $p < 0,05$ , ++ —  $p < 0,01$ ); # — межгрупповая достоверность в подгруппах, получавших мексикор, в сравнении с группой плацебо (# —  $p < 0,05$ ); 0–10 баллов — низкий уровень невротизации; 11–24 баллов — средний уровень невротизации; 25 баллов и выше — высокий уровень невротизации.

Таблица 2  
Уровень ситуативной тревоги по шкале тревожности Спилбергера

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
1	Общая, n = 30	44,2 ± 1,7	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	48,6 ± 3,0*	50,6 ± 2,4*	52,3 ± 2,5**
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	48,6 ± 5,1	51,6 ± 3,0	53,7 ± 3,9
4	Мексикор, НЧ, n = 7	48,7 ± 3,0*	49,5 ± 5,0	50,2 ± 5,4
5	Плацебо, n = 15	41,4 ± 1,6	47,1 ± 2,7	45,7 ± 3,0

Примечание: \* — межгрупповая достоверность (\* —  $< 0,05$ ). Уровень тревоги низкий — до 30 баллов; уровень тревоги средний — 31–45 баллов; уровень тревоги высокий — 46 баллов и более.

Таблица 3  
Уровень личностной тревоги по шкале тревожности Спилбергера

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
1	Общая, n = 30	48,7 ± 1,2	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	46,9 ± 2,4	44,4 ± 1,7*	45,2 ± 2,0
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	45,3 ± 3,6	43,3 ± 2,9	44,3 ± 3,3
4	Мексикор, НЧ, n = 7	48,7 ± 4,8	45,7 ± 2,7	46,4 ± 2,8
5	Плацебо, n = 15	50,5 ± 1,7	47,3 ± 1,7	44,1 ± 1,5 <sup>++</sup>

Примечание: + — внутригрупповая достоверность (+ —  $p < 0,01$ ). Уровень тревоги низкий — до 30 баллов; уровень тревоги средний — 31–45 баллов; уровень тревоги высокий — 46 баллов и более.

Анализ уровня депрессии по объективной шкале Гамильтона (табл. 4) показывает сохранение данного показателя в подгруппе ВЧ к концу исследования на уровне малого депрессивного эпизода, тогда как в подгруппе НЧ данный показатель имел тен-

денцию к снижению. При этом степень снижения депрессивного эпизода более выражена в подгруппе НЧ.

Интерпретация результатов психологического обследования по тесту САН (табл. 5), показала, что

Таблица 4  
Уровень депрессии по шкале Гамильтона

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
1	Общая, n = 30	15,0 ± 0,5	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	14,0 ± 0,4	9,9 ± 0,4***.+++	8,9 ± 0,6***.+++
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	14,1 ± 0,8	9,9 ± 0,8+++	9,1 ± 1,1+++
4	Мексикор, НЧ, n = 7	13,8 ± 0,7	10,0 ± 0,7+++	8,6 ± 0,9+++
5	Плацебо, n = 15	15,7 ± 0,8	9,0 ± 0,7+++	6,5 ± 0,7+++

Примечание: + — внутригрупповая достоверность (+++ — p < 0,001); 0–6 баллов — отсутствие депрессивного эпизода; 7–15 баллов — малый депрессивный эпизод; 16 и выше баллов — большой депрессивный эпизод.

Таблица 5  
Шкала самочувствия теста САН

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
Самочувствие				
1	Общая, n = 30	53,0 ± 1,7	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	56,3 ± 3,2	61,6 ± 1,0***	61,3 ± 1,7***
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	57,3 ± 5,6	62,3 ± 1,1**	61,6 ± 2,7
4	Мексикор, НЧ, n = 7	55,2 ± 4,4	60,8 ± 2,0	61,0 ± 2,4
5	Плацебо, n = 15	51,1 ± 2,3	53,7 ± 2,6	55,7 ± 1,7
Активность				
1	Общая, n = 30	45,7 ± 1,9	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	55,1 ± 1,5***	60,9 ± 1,7***.+++	61,8 ± 2,2***+
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	54,1 ± 5,1*	63,0 ± 2,6**	64,4 ± 2,9**
4	Мексикор, НЧ, n = 7	56,2 ± 4,4**	58,3 ± 3,2	58,0 ± 3,9
5	Плацебо, n = 15	39,7 ± 2,6	50,0 ± 3,3+++	51,7 ± 2,9+++
Настроение				
1	Общая, n = 30	53,7 ± 2,1	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	56,6 ± 3,4	59,7 ± 3,7	61,3 ± 1,8**
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	56,9 ± 5,9	64,1 ± 3,0*	61,4 ± 3,0
4	Мексикор, НЧ, n = 7	56,3 ± 6,0	54,5 ± 7,1	61,0 ± 4,5
5	Плацебо, n = 15	51,7 ± 2,9	53,0 ± 3,0	54,5 ± 2,6

Примечание: внутригрупповая достоверность: + — p < 0,05, ++ — p < 0,01; +++ — p < 0,001; межгрупповая достоверность в подгруппах, получавших мексикор, в сравнении с группой плацебо: \* — p < 0,05; \*\* — p < 0,01; \*\*\* — p < 0,001; 10–39 баллов — самочувствие и настроение неудовлетворительные, активность резко снижена; 40–49 баллов — самочувствие удовлетворительное, настроение и активность на среднем уровне; 50–70 баллов — самочувствие и настроение хорошие, активность высокая.

Таблица 6

Степень выраженности влечения к алкоголю

№	Группа	День исследования		
		Д <sub>0</sub>	Д <sub>7</sub>	Д <sub>14</sub>
1	Общая, n = 30	15,5 ± 1,6	—	—
2	Мексикор, общая, n = 15	11,5 ± 1,4	8,6 ± 0,4*** <sup>+</sup>	9,6 ± 0,6***
3	Мексикор, ВЧ, n = 8	8,7 ± 0,8***	8,4 ± 0,5***	9,0 ± 0,9*
4	Мексикор, НЧ, n = 7	14,7 ± 2,8	8,8 ± 0,9*** <sup>+</sup>	10,4 ± 1,3
5	Плацебо, n = 15	18,4 ± 2,2	14,2 ± 1,3	13,8 ± 1,5

Примечание: межгрупповая достоверность: \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$ ; + — внутригрупповая достоверность  $p < 0,05$ . Влечение к алкоголю не выражено — 8 баллов; слабовыраженное влечение к алкоголю — 9–32 баллов, выраженное влечение к алкоголю — 33–56 баллов.

в подгруппе ВЧ показатели самочувствия и настроения в период исследования претерпевали схожую динамику колебания с тенденцией к их снижению к концу лечения (14 дню наблюдения). Показатель активности в этой подгруппе уже с 7 дня возрастал до высокого уровня и сохранялся в этих пределах до конца исследования. В подгруппе НЧ состояние самочувствия и настроения к концу исследования достигало уровня хорошего, однако при этом состояние активности в период наблюдения в этой подгруппе не претерпевало никакой динамики.

Психологическое исследование степени выраженности влечения к алкоголю (табл. 6) показало, что группа ВЧ изначально имела невыраженное влечение к алкоголю. В течение всего периода наблюдения данный показатель в этой подгруппе имел незначительное повышение к концу исследования, тогда как в группе НЧ влечение к алкоголю имело тенденцию к колебаниям и к концу исследования оставалось более выраженным.

Таким образом, проведенное исследование показало неоднозначное и достаточно своеобразное действие мексикора у больных с синдромом зависимости от алкоголя в постабстинентном периоде. При этом отмечена высокая степень переносимости и безопасности препарата, а также готовность пациентов принимать его в качестве компонента комбинированной терапии данного заболевания.

Разделение группы больных, получавшей мексикор, по степени выраженности терапевтических эффектов на две подгруппы — ВЧ и НЧ к препарату — показало достоверные различия между данными подгруппами. У ВЧ к мексикору больных отмечали более длительные алкогольные эксцессы, чем в группе НЧ. У ВЧ пациентов регистрировали наступление эффекта препарата уже к 7 дню лечения с последующей его стабилизацией. Пациенты с НЧ к препара-

ту характеризовались более высокой мотивацией к употреблению алкоголя, которая в процессе лечения умеренно снижалась, у ВЧ пациентов мотивация к алкоголю в процессе лечения не менялась.

Особенностью действия мексикора являлось снижение выраженности и колебание в процессе исследования параметров психологического состояния больных с зависимостью от алкоголя в постабстинентном периоде и различное реагирование больных с алкогольной зависимостью на его введение в постабстинентном периоде. Учитывая тот факт, что в основе действия препарата лежит антиоксидантная активность, способность тормозить свободнорадикальные процессы и способствовать в условиях гипоксии восстановлению митохондриальных окислительно-восстановительных процессов, позволяющие обеспечивать целостность морфологических структур и физиологических функций [6], можно предполагать, что наиболее рационально и эффективно мексикор можно применять в остром периоде абстинентного состояния. Это будет способствовать формированию у больных стойких положительных эмоций и выработки установки на дальнейшее лечение. При этом, применение препарата будет наиболее эффективно у группы больных, имеющих длительное запойное состояние, превышающее 1–1,5 мес.

В связи с вышесказанным, мексикор может иметь перспективу применения в наркологии как компонент терапевтической программы при синдроме зависимости от алкоголя. Его эффективность будет более выражена в период купирования собственно абстинентного состояния у больных, имеющих выраженное запойное состояние. Курс введения препарата, по нашему мнению, должен быть непродолжительным (оптимально 6–7 дней), при этом допускается увеличение дозы и частоты введения препарата в 1,5–2 раза.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Аффективные нарушения при алкоголизме. / Под ред. И.В. Бокий. — Л.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1983. — 65 с.
2. Буров Ю.В., Ведерникова Н.Н. Нейрохимия и фармакология алкоголизма. — М., 1985. — 240 с.
3. Варфоломеева Ю.Е. Тревожные расстройства в структуре алкогольного абстинентного синдрома. // XIII съезд психиатров России: Мат. съезда. — М.: Рос. общ-во психиатров, 2000. — 31 с.
4. Завьялов В.М. Мотивации потребления алкоголя. — М., 1988. — 115 с.
5. Зарубина И.В., Шабанов П.Д. Молекулярная фармакология антигипоксантов. — СПб: Изд-во Н-Л, 2004. — 368 с.
6. Оковитый С.В. Клиническая фармакология антиоксидантов. // Фарминдекс-Практик. — 2003. — № 5. — С. 85–111.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика (методики и тесты): Уч. пос. — Самара: Барбэх, 1998. — 672 с.
8. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. — М.: Медицина, 2000. — С. 24–37.
9. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Статистический анализ данных на компьютере / Под ред. В.Э. Фигурнова. — М.: Инфра-М., 1998. — 528 с.
10. Урбах В.Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. — М., 1964. — 336 с.
11. Шабанов П.Д. Концепция адаптогенов: истоки, современное состояние, перспективы. Акт. речь на 2-х Лазаревских чтениях. — СПб: ВМедА, 2002. — 72 с.
12. Филиппович Ю.Б. Основы биохимии. — М.: Высшая школа, 1993. — 495 с.

1311

Vostrikov V.V.,<sup>1</sup> Kuzembaeva L.B.,<sup>1</sup> Shabanov P.D.<sup>2</sup> Mexicor in treatment of alcoholic patients in postwithdrawal period. // *Psychopharmacol. Biol. Narcol.* — 2006. — Vol. 6, N 3. — P. 1305–1311. <sup>1</sup>Leningrad Regional Narcologic Dispensary, Novodevyatkino, 19/1, Leningrad Region; <sup>2</sup>Military Medical Academy, 6, acad. Lebedev street, Saint-Petersburg, 194044, Russia

Summary: The clinic investigation of antioxidant mexicor (50 mg/kg, 14 days) for the correction of emotional and cognitive disorders was carried out in 30 alcoholic patients after alcohol withdrawal syndrome arrest. All patients treated with mexicor were divided into two groups: with high sensitivity (HS) and low sensitivity (LS) to mexicor. In HS patients, the more prolonged alcoholic excesses were registered in comparison with LS group. In HS patients, the therapeutic effect began by 7<sup>th</sup> day with follow up stabilization. The HS patients were characterized with high alcoholic motivation, which decreased moderately during therapy, the alcoholic motivation in HS patients did not change. It is suggested that when the treatment of alcoholic patients is carried out with the drugs of metabolic type of action the individual sensitivity to the drug is necessary to consider. The individual sensitivity determinates advance or failure of therapy of alcoholic patients.

Key words: alcohol dependence; withdrawal syndrome; asthenia; antioxidants, mexicor