

Таблица 5

Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации

Хроническое соматическое заболевание	Структура алкоголизации		
	незлоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
БКМС	236 (69)	20 (64,5)	9 (90)
БСК	170 (49,7)	21 (67,7)	8 (80*)
БОП	143 (41,8)	13 (41,9)	4 (40)
БОВ	69 (20,2)	4 (12,9)	—
БЭС	14 (4,1)	—	—

эндокринной системы не выявили. Врачи с синдромом зависимости от алкоголя также не отметили у себя БОВ и БЭС.

Однако мы обнаружили, что сердечно-сосудистые заболевания чаще встречаются среди врачей с алкогольной зависимостью, чем среди тех, кто не злоупотребляет алкоголем ($p < 0,05$). Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации представлена в табл. 5.

Таким образом, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6%, в том числе синдром зависимости от алкоголя — 2,6%.

При этом среди данного контингента преобладали мужчины-хирурги со стажем работы от 10 до 20 лет: наркологическая патология у мужчин встречалась в 8 раз

чаще, чем у женщин. Установлено, что у злоупотребляющих алкоголем лиц чаще наблюдаются заболевания системы кровообращения, чем среди незлоупотребляющих ($p < 0,05$). Кроме того, наркологические расстройства, вызванные употреблением алкоголя, чаще сопровождаются у врачей другими формами аддиктивного поведения (табакокурение, переедание и чрезмерное употребление кофеина).

При анализе распространенности невротических расстройств выявили, что среди врачей с синдромом зависимости от алкоголя достоверно преобладали депрессивные, астенические и вегетативные нарушения.

У подавляющего большинства врачей сформирован СЭВ (67,6%), медицинские работники не удовлетворены материальным положением, проведением своего досуга и отпуска, а также жилищно-бытовыми условиями. При этом каждый третий врач хотел бы сменить место работы (35%), а каждый шестой — профессию (16%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. СПб.: Питер; 2004.
2. Морозов Л.Т. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 1: 25—9.
3. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПэрСэ; 2004.
4. Сорокина М.Г. Научное обоснование мероприятий по сохранению здоровья медицинских работников агропромышленного района: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань; 2006.
5. Тищенко П.Д. Журнал независимой психиатрической ассоциации. 2000; 4: 18—21.
6. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. М.; 2005.
7. Thomas F., Babor T.F. The alcohol use disorders identification test (AUDIT). World Health Organization; 2001.

Поступила 15.01.13

Обзоры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.851-02:613.83]-08

Б.Д. Цыганков¹, С.А. Шамов^{1, 2*}, М.Н. Земсков²

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБСТИНЕНТНОГО, ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последипломного образования ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.Е. Евдокимова, 127473, Москва, Россия;
²ГКУЗ НКБ № 17 ДЗ г. Москвы, 117405, Москва, Россия

*Шамов Сергей Александрович (Shamov Sergey Aleksandrovich). E-mail: natalia.v.markina@yandex.ru

♦ На основе анализа современного состояния вопроса рассмотрена проблема выбора эффективного метода лечения алкоголизма и наркоманий. С учетом знаний об известных механизмах развития наркологического заболевания предложены варианты патогенетического воздействия при подборе терапии. Представлен обзор научных данных, касающихся основных направлений медикаментозного воздействия на абстинентное и постабстинентное состояние наркологических больных. Подчеркнута эффективность сочетанного применения нейролептиков, бензодиазепинов, антидепрессантов и блокаторов опиоидных рецепторов (т. е. терапевтической модели) при проведении лечения как элемента становления длительной ремиссии.

Ключевые слова: синдром зависимости, абстинентный синдром, аффективные нарушения, психофармакотерапия, ремиссия

B.D. Tsygankov, S.A. Shamov, M.N. Zemskov

THE APPROACHES TO TREATMENT OF WITHDRAWAL AND POST-WITHDRAWAL CONDITION IN NARCOLOGIC PATIENTS

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia

♦ The article considers the issue of selection of effective method of treatment of alcoholism and drug addiction on the basis of analysis of actual situation in this field. The alternatives of pathogenic impact during therapy selection are proposed considering the known mechanisms of development of narcologic disease. The review of scientific data is presented concerning the directions of pharmaceutical effect on withdrawal and post-withdrawal condition of narcologic patients. The effectiveness of combined application of neuroleptics, benzodiazepines, antidepressants, and blockers of opium receptors (i.e. therapeutic model) is emphasized in case of treatment as an element of formation of lasting remission.

Key words: syndrome of addiction, withdrawal syndrome, affective disorders, psychopharmacological therapy, remission

Распространенность алкоголизма и наркоманий в нашей стране и за ее пределами носит драматический характер. Выбор методик, используемых для лечения алкоголизма и наркоманий, крайне широк. "Универсальность" некоторых из них не должна подавлять необходимость дифференцированного подхода к терапии зависимых лиц.

Традиционно в наркологической практике основной точкой приложения является патологическое влечение к алкоголю/наркотикам. Это стержневой синдром алкоголизма и наркоманий, и интерес к его изучению не ослабевает [13, 24, 31]. В определениях отечественных авторов [12, 27] патологическое влечение занимает место патогномичного признака, симптома "первого ранга" при описании синдрома зависимости. Многие другие признаки и клинические проявления — это производные от основного расстройства.

С психиатрической точки зрения патологическое влечение к психоактивным веществам соответствует критериям "истинных влечений", т.е. для него характерны приступообразность, аутохтонность аффективных расстройств, чувство охваченности переживаниями, отсутствие внутренней переработки [17].

Результаты тщательного изучения механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ различной природы позволили сформулировать представление о "стержневых", биологических механизмах этих заболеваний. Доказанным фактом считается генетическая детерминированность развития зависимости от любых видов психоактивных веществ и то, что болезни зависимости имеют общие звенья патогенеза и подчиняются всем законам течения и развития данной группы заболеваний [26]. Зарубежные исследователи подтверждают, что склонность к потреблению психоактивных веществ связана с врожденными особенностями катехоламиновой, а именно дофаминовой системы нейромедиации [45].

Нарушения функционального состояния дофаминергических образований и систем, модулирующих дофаминовую передачу в этих структурах мозга, являются основой формирования зависимости от психоактивных веществ. Этот механизм является общим для всех типов наркоманий и алкоголизма. Каждый из препаратов, способных вызывать синдром зависимости, помимо указанного выше влияния на дофаминовую нейромедиацию в системе положительного подкрепления, имеет еще дополнительный, свойственный определенной группе веществ фармакологический спектр действия. Именно этими специфическими фармакологическими свойствами психоактивных веществ, а также индивидуальной реакцией на препараты объясняются разнообразные вариации в клинической картине течения разных видов наркоманий и синдрома отмены [2].

В настоящее время получает распространение планомерный подход к работам с точки зрения исследования характерных изменений и патологических процессов в катехоламиновой системе организма и попытки соответствующего психофармакологического воздействия [16,20,22]. Главная цель при этом — воздействие на психопатологические симптомы, являющиеся следствием указанных процессов.

Значимость таких работ состоит в том, что проявления патологического влечения прослеживаются в динамике заболевания от абстинентных расстройств до собственно

срыва ремиссии, который зачастую и предвзвешивают. Основной же целью лечения наркологических больных является именно достижение длительной ремиссии и предупреждение рецидивов.

Классическим в терапии психических заболеваний является принцип монотерапии. Подразумевается использование единственного психоактивного препарата в эффективной дозировке. В практическом же здравоохранении зачастую используются сочетания различных групп препаратов. Синергизм их эффекта позволяет подавлять патологическое влечение к психоактивным веществам во всем его многообразии, что предупреждает развитие аффективной симптоматики. Связь аффективных расстройств с синдромом отмены наркотиков или алкоголя подтверждается результатами многих исследований [11, 13, 42, 47]. Довольно часто аффективные нарушения предшествуют рецидиву заболевания. У больных отмечаются такие особенности аффективной сферы, как дисфория, тревога, апатия, повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость [31].

По миновании острых признаков синдрома отмены возникает состояние, описанное сходно у разных авторов под терминами "синдром отставленных явлений" [4], "состояние неустойчивого равновесия" [28], "постабстинентный синдром" [7]. Последний термин получил наиболее широкое применение. Авторы однозначно отмечают, что после купирования абстинентных расстройств для больных характерны раздражительность, агрессивность, сниженный фон настроения, астенодепрессивные расстройства, выраженная эмоциональная лабильность, быстрая аффективная истощаемость. Данная симптоматика определяет степень выраженности патологического влечения к психоактивным веществам. У большинства больных аффективные расстройства сочетаются с астеническими нарушениями, что требует соответствующей коррекции терапии [9, 15, 29, 38].

Этот сложный этап характеризуется тем, что любая нагрузка может снова спровоцировать возвращение признаков синдрома отмены. Поэтому целесообразно рассматривать абстинентный синдром и постабстинентное состояние неотъемлемо друг от друга, как единый период течения болезни, методически требующий единого рассмотрения и изучения.

Лечебная практика свидетельствует о необходимости широкого использования фармакологических препаратов, причем речь идет не только о лечении синдрома отмены, но и о купировании различных психопатологических проявлений в постабстинентном периоде и на этапе становления ремиссии [37, 39]. При этом должны выполняться основные принципы терапии наркологических заболеваний: добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность и полный отказ от употребления психоактивных веществ [13,33,38]. Примеры грамотного применения лекарственных средств, данные об эффективности препаратов доктора получают на основании научно-практических исследований.

Наиболее широкое распространение в общей концепции лечения зависимостей получили антидепрессанты, нейролептики и бензодиазепины [28, 40, 47]. Применяются противосудорожные препараты, эффективность их подтверждается отечественными и зарубежными исследователями [19,50]. Показанием для применения анти-

конвульсантов служат любые клинические проявления патологического влечения к алкоголю, но особенно те, которые носят отчетливо периодический характер [10].

Важнейшую роль в клинических проявлениях тяжелого абстинентного синдрома играют взаимодействующие между собой факторы: синдром зависимости, эндотоксикоз абстиненции, экзотоксическое воздействие алкоголя (или наркотиков) на ЦНС и внутренние органы, коморбидность соматической и неврологической патологии, патохарактерологические особенности личности [31,34]. Высокий удельный вес в психопатологической структуре абстинентного синдрома имеет тревожность. В структуре депрессивных расстройств при алкоголизме встречаются как астеновегетативные, ипохондрические, тревожные, так и дисфорические, реже — витальные [1], что само по себе заставляет быть более внимательным к пациентам данной группы.

Широта подходов к терапии абстинентного синдрома по-прежнему уникальна. Для его купирования применяются разнообразные средства: от психотропных препаратов и гормонов до кислорода и физиотерапии.

Исторически одними из первых стали использоваться в купировании абстинентного синдрома бензодиазепины [43], тогда же был отмечен основной недостаток производных бензодиазепинового ряда — их высокий аддиктивный потенциал. Поэтому, чтобы снизить риск привыкания, транквилизаторы принимаются короткими курсами, в период острых проявлений.

Имеются данные о положительном эффекте применения ноотропных препаратов, их использование уменьшает количество осложнений, астенических проявлений. Из препаратов ноотропного ряда хорошо зарекомендовали себя ноотропил, пикамилон, фенибут, когитум, кортексин. Ряд метаболических стимуляторов из разных групп одинаково успешно используется с целью купирования абстинентных расстройств (метадоксил, семакс, тиролиберин, инстенон, глицин и др.) [25].

Отдельно необходимо рассмотреть подходы к терапии опийной наркомании (как наиболее часто встречаемой в настоящее время наркомании). Фактически в настоящее время существует четыре варианта психофармакологического воздействия при синдроме опиатов.

Первый основан на зарубежном опыте применения заместительной терапии в лечении опийной наркомании [5, 49]. Предлагается синтетический опиоид метадон, характеризующийся длительным периодом полувыведения и допускающий однократный прием его в 2—3 сут [23]. Однако данный вариант терапии и в настоящее время подвергается активной критике в рядах традиционно настроенного наркологического сообщества России [18]. Применение метадола на территории России в настоящее время незаконно.

Второй вариант — купирование опийного абстинентного синдрома методом ультрабыстрой опиоидной детоксикации под общей анестезией. Больному внутривенно вводится налоксон каждые 30 мин. Происходит интенсивное конкурентное вытеснение экзогенных опиатов из ЦНС с замещением опиоидных рецепторов антагонистом. После пробуждения могут наблюдаться остаточные явления абстинентного синдрома, которые быстро регрессируют [6]. Важно отметить, что ультрабыстрая опийная детоксикация — это метод не лечения наркомании, а всего лишь детоксикации, на аффективную патологию и влечение к наркотику она не действует [38].

Третий вариант состоит в критическом отнятии наркотика с последующим применением агониста альфа-адренергических рецепторов клонидина в комбинации с антидепрессантами [44]. Четвертый вариант, по сути, аналогичен описанному выше, но с упором на нейролептическое воздействие [29, 37].

Тесная связь динамики патологического влечения и аффективных расстройств обуславливает приоритетное использование антидепрессантов в клинической практике. Этим препаратам принадлежит ведущая роль в коррекции аффективных нарушений, в том числе и на начальных этапах формирования ремиссии [3, 16].

Использовавшиеся ранее в терапии алкогольной зависимости трициклические антидепрессанты постепенно уступают место более современным препаратам, хорошо зарекомендовавшим себя в клинической практике. Ремерон дает отчетливый противотревожный эффект; эффективен при наличии в клинической картине таких симптомов, как ангедония, колебания настроения, нарушения сна [46]. Леривон эффективен при лечении больных алкогольной зависимостью благодаря сочетанию тимоаналептического, анксиолитического, вегетостабилизирующего, снотворного действия и минимальной выраженности побочных эффектов [48]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — флуоксетин, trazодон, паксил — стимулируют серотонинергическую передачу в ЦНС, дефициту которой уделяется значительное внимание в патогенезе депрессий [21].

У зависимых больных актуальными представляются нарушения сна, которые представляют собой более затяжное и стойкое расстройство, чем собственно абстинентная симптоматика [8, 30]. Агрипнические расстройства требуют грамотного использования сочетаний лекарственных препаратов с учетом синергизма их действия. В наркологической практике наиболее часто используются следующие сочетания: бензодиазепины и антидепрессанты, нейролептики и антидепрессанты [35, 41].

Наиболее эффективными средствами для подавления патологического влечения к наркотикам являются нейролептики, такие как пропазин, тизерцин, тиапридал, этаперазин, клопиксол [14, 33]. Перспективным является комплексное назначение нейролептиков и антидепрессантов [3, 38]. Основываясь на клинической эффективности, врачи вправе включать в практику "классические" препараты антипсихотики [35].

Неверной нужно считать ориентированность врачей лишь на купирование абстинентного синдрома. Недостаточная эффективность лечения обусловлена низким вниманием к последующему состоянию пациентов. Важными элементами в терапии наркологических больных являются как длительное использование комбинированной фармакотерапии, так и ее сочетание с психотерапией, проведением реабилитационных мероприятий [32, 36].

Широта подходов к терапии зависимостей свидетельствует, кроме всего прочего о полиморфизме заболевания, требующем оценки и дальнейшего изучения практической эффективности лечебных схем и вариантов терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамочкин Р.В., Дегтярь С.И., Готовицков В.М.* Аффективные расстройства в клинической структуре алкогольной зависимости. В кн.: Современные достижения наркологии: Материалы Международной конференции. М.; 2005: 23.
2. *Анохина И.П.* Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). В кн.: Иванец Н.Н., ред. Лекции по клинической наркологии. М.; 1995: 16—20.
3. *Балашиов П.С.* Аффективные нарушения в абстинентный и постабстинентный периоды и их терапевтическая коррекция у больных с опийной зависимостью: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2003.
4. *Благов Л.Н.* Аффективные расстройства при опийной наркомании: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1994.
5. *Блике О.* Заместительная терапия героиновой наркомании (25-летний опыт применения метадоновой терапии в Швеции). В кн.: Концептуальные вопросы наркологии. М.; 1995: 178.
6. *Бузер А.В., Цимбалов С.Г.* Ультрабыстрая опиоидная детоксикация. Вестник интенсивной терапии. 1999; 2: 52—6.

7. Винникова М.А. Постабстинентные состояния при героиновой наркомании (клиника и лечение): Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999.
8. Волкова Е.В. Особенности патологического влечения к алкоголю у больных с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия): Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007.
9. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Кулагина Н.Е. и др. Наркомания, вызванная кустарно приготовленными препаратами из эфедрина: Методические рекомендации. М.: МЗ СССР; 1990.
10. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: МИКЛОШ; 2003.
11. Ерышев О.Ф., Аркадьев В.В., Эбонг К. Современные тенденции фармакотерапии больных с алкогольной зависимостью (обзор); сообщение 2. Психиатрия и психофармакотерапия. 2003; 6: 254—6.
12. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука; 1988: 14—22.
13. Звартау Э.Э., Гриненко А.Я. и др. Связь патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии с рецидивом заболевания. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2007; 1: 32—6.
14. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение клопиксола (зуклопентиксола) и галоперидола у больных героиновой наркоманией: сравнительное исследование. Вопросы наркологии. 2002; 3: 13—9.
15. Израелин А.Ю. Психопатологические, личностные и поведенческие нарушения у больных, страдающих опиоидной (героиновой) наркоманией в постабстинентном периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009.
16. Кардашян Р.А. Синдром отмены при героиновой и первитиново-героиновой наркомании (клинико-биохимические корреляции, критерии тяжести и дифференцированная терапия): Дис. д-ра. мед. наук. М.; 2007.
17. Кондратьев Ф.В., Клименко Т.В. Понятие патологического влечения к наркотическим средствам и его основные клинические аспекты. В кн.: Проблемы расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. М.; 1991: 11—7.
18. Краснов В.Н., Иванец Н.Н., Дмитриева Т.Б., Кононец А.С., Тиганов А.С. Меморандум "Нет" метадоновым программам в Российской Федерации (применение метадона нельзя рассматривать как лечение)". В кн.: Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., ред. Сборник "Социально значимые болезни в Российской Федерации". М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева; 2006: 79—83.
19. Кривенков А.Н. Алкогольная эпилепсия: связь с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя, клиника, фармакотерапия. Наркология. 2010; 7: 97—9.
20. Крылов Е.Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
21. Литвинцев С.В., Рохлина М.Л., Арбузов А.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании. М.; 2006.
22. Лобачева А.С. Аффективные расстройства в структуре патологического влечения к алкоголю: клинические особенности, дифференцированная терапия: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2005.
23. Менделевич В.Д. Терапевтические приоритеты российских наркологов. В кн.: Сборник материалов международной конференции "Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)". Казань; 2004: 212—4.
24. Михайлов М.А. Влечение как бред (психопатологический анализ влечения к наркотику у больных, зависимых от психоактивных веществ). Вопросы наркологии. 2010; 4: 19—31.
25. Москвичев В.Г., Волохова Р.Ю., Зиновьева М.А. Лечение алкогольного делирия в стационаре. Лечащий врач. 2005; 6: 51—8.
26. Погосов А.В., Козырева А.В. Зависимость от летучих растворителей у детей и подростков. Курск: КГМУ; 2002.
27. Портнов А.А. Алкоголизм: особенности развития и течения. М.: МЗ РСФСР; 1962.
28. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина; 2008.
29. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий. В кн.: Иванец Н.Н., ред. Руководство по наркологии. М.: Медпрактика-М; 2002; 2: 39—56.
30. Сиволов Ю.П., Савченков В.А. Нарушение сна у больных героино-вой наркоманией: Клиника и терапия. Вопросы наркологии. 2002; 4: 34—9.
31. Хритинин Д.Ф., Шамов С.А., Цыганков Б.Д., Сметанников В.П. Ксенонотерапия опиоидной и алкогольной зависимости. 2-е изд. М.: ПД "Куранты"; 2008.
32. Цетлин М.Г., Пелинас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. М.: Анахарсис; 2001.
33. Цыганков Б.Д., Бардеништейн Л.М. и др. Повышение эффективности качества лечения при использовании отечественных нейролептиков этаперазина и пропизина в психиатрической и наркологической практике: Метод. рекомендации. М.; 2006.
34. Цыганков Б.Д. Психофармакотерапия в системе лечения алкогольных психозов. В кн.: Актуальные проблемы металкогольных (алкогольных) психозов. Диагностика, клиника и лечение: Материалы научно-методической конференции. М.: Изд-во МГОУ; 2005: 172—80.
35. Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Сравнение эффективности и безопасности типичных и атипичных нейролептиков (по данным зарубежной литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006; 2 (40): 87—93.
36. Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В., Шамов С.А., Старкова И.В. Реабилитация созависимых родителей наркозависимых подростков. В кн.: Материалы XIV Российского национального конгресса "Человек и лекарство". М.; 2007: 484.
37. Цыганков Б.Д., Добровольский А.П., Тактаров В.Г., Шамов С.А., Старкова И.В. Клинико-биологическая оценка эффективности лечения абстиненции и раннего постабстинентного состояния у лиц, страдающих героиновой наркоманией. В кн.: Материалы XIV Российского национального конгресса "Человек и лекарство". М.; 2007: 485.
38. Шамов С.А. Клинические особенности формирования абстинентных и постабстинентных состояний у больных с зависимостью от психоактивных веществ при дифференцированной фармакотерапии: Дис. ... д-ра. мед. наук. М.; 2007.
39. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. т. 2. М.; 1994.
40. Amato L., Minozzi S., Vecchi S., Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst. Rev. 2010; 3: CD005063.
41. Arankovskiy-Sandoval G. Morphine-induced deficit in sleep patterns: attenuation by glucose. Neurobiol. Learn. Mem. 1995; 64 (2): 133—8.
42. Crocq M.-A. Depression and alcohol. WPA Bull. On Depression: Facing, Understanding, and Managing Depression. 2001; 5 (23): 3—6.
43. Guthrie S.K. The Treatment of Alcohol Withdrawal. Pharmacotherapy. 1989; 9: 131—42.
44. Healy D., Payke E.S., Whitehouse A.M. et al. Plasma noradrenaline, adrenaline and MHPG responses to clonidine in control and depressed subjects. Hum. Psychopharmacol. 1992; 7: 167—73.
45. Heinz A., Weingamer H., George D. Severity of depression in abstinent alcoholics is associated with monoamine metabolites and dehydroepiandrosterone- sulfate concentrations. Psychiatry Res. 1999; 89(2): 97—106.
46. Montgomery S.A. et al. Mirtazapine vs amitriptyline in the long-term treatment of depression: a double-blind, placebo-controlled study. Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13: 63—73.
47. Pani P.P., Vacca R., Trogu E., Amato L., Davoli M. Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence. Cochrane Database Syst. Rev. 2010; 9: CD008373.
48. Sontag H. Клиническое исследование влияния миансерина на алкогольную депрессию, возникающую после детоксикации. В кн.: Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. М.: РПЦ "Внешторгиздат"; 1998: 63-68.
49. Strain E.C., Bigelow G., Presston K.J. et al. Limited abuse liability of buprenorphine in methadone-dependent volunteers. Clin. Pharmacol. Ther. 1991; 49 (2): 167.
50. Zullino D. F., Khazaal Y., Hattenschwiler J., Borgeat F., Besson J. Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdrawal. Drugs Today (Barc). 2004; 40 (7): 603—19.

Поступила 15.01.13