

ЛИТЕРАТУРА

1. *Богданов, С. И.* Дезинтегративные и интегративные ограничивающие факторы, снижающие обращение за наркологической помощью / С. И. Богданов, С. С. Сафина, К. Ю. Ретюнский // Непрерывное медицинское образование. — 2017. — Т. 12, № 3. — С. 12–16.
2. *Руженкова В. В.* Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии / В. В. Руженкова, В. А. Руженков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — Т. 17, № 4. — С. 5–13.
3. *Шевеленкова, Т. Д.* Отношение к психически больным людям в современном российском обществе / Т. Д. Шевеленкова, Н. А. Твердохлеб // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». — 2015. — № 2. — С. 139–149.

УДК 616.8-009.836.14:615.214.24

**ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМА ПАЦИЕНТАМИ
С ИНСОМНИЕЙ СНОТВОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЗОПИКЛОН**

Суржикова Ю. В., Томилин Б. Д.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *И. М. Сквиря*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Инсомния — распространенное расстройство сна, которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна либо сочетанием этих явлений на протяжении значительного периода времени. По данным различных популяционных исследований, около трети взрослых сообщают о симптомах инсомнии. В частности, около 20 % населения США отмечают нарушения сна, которые можно квалифицировать как инсомнию. Нередко лица, имеющие нарушения сна и являющиеся водителями различных транспортных средств, становятся причиной дорожно-транспортных происшествий [1].

Поэтому лечение инсомнии, в том числе и фармакологическое, является чрезвычайно важной задачей медицины. В настоящее время известно большое количество снотворных средств. Препараты первого поколения — барбитураты — сегодня практически не применяются из-за токсичности. Снотворные средства второго поколения — бензодиазепины — менее токсичны, однако они оказывают седативное действие, и, тем самым, способствуют развитию дневной сонливости и когнитивных нарушений. Появление нового третьего поколения снотворных препаратов, стало значительным шагом в лечении инсомнии. Одними из главных представителей этого класса являются зопиклон, золпидем и залеплон, однако при лечении инсомнии предпочтение отдается зопиклону.

Основными особенностями его действия являются: улучшение структуры сна, быстрое засыпание, относительно короткое действие (период полураспада составляет 1,4–6 ч), мало выраженное последующее общеугнетающее действие, миорелаксация и нарушение работоспособности [1, 2]. Указано, что не рекомендуется принимать лекарственное средство более 4 недель [2], но есть данные, что 12-месячное его применение не сопровождалось ростом толерантности [2]. И все же при анализе научной литературы к 2003 г. было зафиксировано 22 случая зависимости от зопиклона [3].

Однако вне зависимости от этого, количество пациентов, длительно применяющих зопиклон, растет, что в настоящее время является серьезной проблемой многих людей [Интернет].

Цель

Изучить особенности приема пациентами снотворного лекарственного средства Зопиклон в амбулаторной практике.

Материал и методы исследования

Нами были изучены подряд 270 амбулаторных карт пациентов психотерапевтического кабинета Центра пограничных состояний диспансерного отделения учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» (ЦПС при У «ГОКПБ»). Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью пакета прикладных программ «MS Excel-2010». Уровень критической значимости соответствовал $p = 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

В результате исследования 270 амбулаторных карт нами были выявлено 20 (11,8 %) случаев (15 (75 %) женщин и 5 (25 %) мужчин) назначения врачами зопиклона, как снотворного средства. По природе заболевания, вызвавшего инсомнию, у 11 (55 %) пациентов это были органические психические расстройства; у 5 (25 %) — бессонница неорганической природы; у 3 (15 %) — синдром зависимости (по одному от опиоя, алкоголя и бензодиазепиновых транквилизаторов), а у 1 (5 %) пациента — расстройство адаптации. Возраст первого приема зопиклона был следующим: 30–39 лет — 3 (15 %) человека, 40–49 лет — 2 (10 %) человека, 50–59 лет — 2 (10 %) человека, 60–69 лет — 7 (35 %) человек, 70 и более лет — 6 (30 %) человек. Из 20 случаев назначения зопиклона 7 (35 %) пациентов принимали его коротким курсом (менее 1 месяца), а 13 (75 %) пациентов принимали зопиклон длительно: 1–4 года — 3 (15 %) пациента, 5–9 лет — 5 (25 %) пациентов, 10 и более лет — 5 (25 %) пациентов. У большинства пациентов (11 (84,6%)), длительно употребляющих зопиклон, начальная доза составляла 7,5 мг (1 таблетка), у 1 (7,7 %) — полтаблетки и еще у 1 (7,7 %) пациента — $\frac{1}{4}$ таблетки перед сном. Изначальный фармакологический эффект был положительный. Через некоторое время после проведенного курса лечения у этих 13 пациентов жалобы на отсутствие сна возобновлялись, что стало причиной повторного назначения зопиклона. Несмотря на эффект от лечения, при прекращении приема препарата у них наблюдались нарушения сна, причем, еще более выраженные, чем при первичном обращении. Последующее применение зопиклона нормализовало сон, однако при отмене препарата бессонница возобновлялась, из-за чего пациенты принимали его дольше рекомендованного срока (1 месяц), после чего прием зопиклона стал непрерывным, так как при прекращении его приема возникал синдром отмены (основной симптом — инсомния тяжелой степени). Постепенно стало наблюдаться снижение эффективности препарата, что потребовало увеличения дозировки. Через один год от начала приема зопиклона все 13 (100 %) пациентов принимали не менее 1 таблетки зопиклона, а у 9 (69,2 %) из них и этой дозы становилось недостаточно, постепенно (после двух лет непрерывного приема) приходилось ее увеличивать до 2 таблеток на ночь. При дальнейшем исследовании было обнаружено, что пациенты, страдающие инсомнией и длительно употребляющие зопиклон, ранее, до появления зопиклона, а некоторые также и параллельно с его приемом употребляли и другие лекарственные средства из группы снотворных и седативных средств, прежде всего, бензодиазепиновые транквилизаторы. Мы считаем, что это связано желательным для пациентов кумулятивным эффектом действия психоактивных веществ, а ограничение максимальной дозы приема зопиклона на уровне 2 таблеток на ночь, скорее всего, объясняется ограничениями в возможностях выписки данного лекарственного средства.

Выводы

При продолжительности непрерывного приема зопиклона более одного месяца у пациентов наступает привыкание к нему, и они вынуждены принимать его постоянно, так как прекращение приема вызывает синдром отмены, главным проявлением которого является инсомния. Пациенты, имеющие в анамнезе химические зависимости, быстрее привыкают к зопиклону, у них наблюдается более быстрый рост толерантности и формирование более тяжелого синдрома отмены.

Прием снотворного лекарственного средства зопиклон представляет медико-социальную проблему, требующую дальнейшего, более углубленного изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шацберг, А. Ф.* Руководство по клинической психофармакологии / А. Ф. Шацберг, Чарлз де Батиста; пер. с англ.; под общ. акад. РАН А. Б. Смулевича, проф. С. И. Иванова. — 2-е изд., доп. и перераб. — М., 2017. — 656 с.
2. *Машковский, М. Д.* Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — 16-е изд., перераб. и доп. — М.: Новая волна: Издатель Умеренков, 2012. — 1216 с.
3. Abuse and dependence potential for the nonbenzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data / G. Hajak [et al.] // *Addiction*. — 2003. — Vol. 98. — P. 1371–1378.
4. Интернет-источник: <http://present5.com/son-ego-fiziologicheskoe-znachenie-vidy-i-fazy/>. — Дата доступа: 27.02.2019.

УДК 616.891.6:616-089.168.1

**РАЗВИТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
НА ФОНЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ**

Трухан Л. В., Гребенщикова М. В.

Научный руководитель: ассистент Д. Ю. Лайша

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Предоперационная тревога может значительно повлиять на развитие послеоперационного болевого синдрома. В виду того, что умеренная тревога считается адекватной реакцией человека на предстоящее стрессовое воздействие, каким и является предстоящее оперативное вмешательство. Чрезмерная тревога, может привести к патологическим реакциям, одной из которых может явиться выраженный болевой синдром, что в значительной степени снижает настроение пациента и может влиять на скорость его выздоровления.

Цель

Оценить влияние личностной и ситуационной тревоги на выраженность послеоперационного болевого синдрома у пациентов, перенесших торакальное оперативное вмешательство.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 40 пациентов (16 женщин и 24 мужчины), выполнялась видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) по поводу различной внутригрудной патологии. Возраст пациентов колебался от 17 до 64 лет. Средний возраст $35,6 \pm 9,45$. За час до операции и за 30 мин до премедикации оценка тревоги проводилась следующими опросниками: «Шкала тревоги Спилберга — Ханина», «Шкала Джина Эндикотта», «Шкала тревоги Тейлора». Через 2 дня проводилась повторная оценка послеоперационной тревоги аналогичными шкалами. Уровень боли определялся по вербальной описательной шкале оценки боли.

Результаты исследования и их обсуждение

По шкале Спилберга — Ханина 2 (5 %) пациента испытывали низкую ситуационную тревожность, 20 (50 %) умеренную, 18 (45 %) высокую. Личностная тревога у 2 (5 %) пациентов была низкая, у 30 (75 %) умеренная, у 8 (20 %) высокая. В послеоперационном периоде 36 (90 %) пациентов испытывали боль. 8 человек (20 %) испытывали слабую боль, 24 (60 %) — терпимую, 4 (10 %) — сильную. По шкале Спилберга 2 (5 %) пациента испытывали низкую ситуационную тревогу, 32 (80 %) — умеренную, 6 (15 %) — высокую. 4 (10 %) пациента низкую личностную тревогу, 28 (70 %) — умеренную, 8 (20 %) — высокую. Выявляется зависимость боли от по шкале Спилберга. Пациенты с низким уровнем тревоги испытывали слабую боль. 28 (70 %) пациентов с умеренным уровнем тревоги испытывали терпимую боль, 4 (10 %) — сильную. 16 (40 %) пациен-