

Случай зависимости от лекарственного препарата прегабалин («лирика»)

ПISКУНОВ М.В. врач-психиатр отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом; e-mail: 19480@mail.ru
КРИВЕНКОВ А.Н. к.м.н., с.н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом
СОРОКИНА Н.Ю. клинический психолог отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом; e-mail: sorokina_natalia@mail.ru.

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, Москва

Представлен краткий обзор применения препарата «прегабалин» в неврологической практике, указывается на его использование при генерализованном тревожном расстройстве. Приведён случай развития зависимости от препарата «лирика», имеющий симптоматический характер.

Ключевые слова: прегабалин, тревожное расстройство, развитие зависимости

Введение

Лекарственный препарат «прегабалин» (торговое название — «лирика») показал свою высокую эффективность в основном в неврологической практике: при лечении невропатической боли у взрослых [3], в качестве дополнительной терапии у взрослых с парциальными судорожными припадками, сопровождающимися и не сопровождающимися вторичной генерализацией [1], а также при фибромиалгии у взрослых [4].

В последнее время широко обсуждается возможность использования прегабалина в лечении тревожных расстройств как альтернативы транквилизаторам. Эффективность его при генерализованном тревожном расстройстве доказана множеством клинических исследований [2].

Наличие у препарата «лирика» выраженного, сравнимого с алпрозаламом, противотревожного эффекта, открывает возможности для широкого его применения как анксиолитика в случаях коморбидной неврологической и пограничной психической патологии, а также при лечении расстройств невротического уровня, сопровождающихся тревожной симптоматикой как в психиатрической практике, так и в практике врачей-интернистов.

В сравнительном исследовании прегабалина и алпрозалама в терапии коморбидной неврологической (парциальная эпилепсия) и пограничной психической (генерализованное тревожное расстройство) патологии препарат «лирика», при одинаковой эффективности с алпрозаламом в отношении анксиолитического эффекта, показал больший профиль безопасности из-за отсутствия у него аддиктивной активности. По этой причине данный препарат был рекомендован для длительной терапии тревожных расстройств при эпилепсии [5].

Следует отметить, что с точки зрения аддиктивности препарат «лирика» практически не изучен. В единичных исследованиях по этому вопросу у него не было выявлено формирования симптомов обсессивно-компульсивного влечения, но отмечались сход-

ные с лоразепамом, но меньшей интенсивности, элементы синдрома отмены при прекращении приёма препарата [2].

В практике отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России наблюдались случаи самостоятельного употребления пациентами с синдромом зависимости от опиоидов противосудорожного препарата «прегабалин» («лирика») с целью купирования абстинентного синдрома в «домашних» условиях, доза при этом составляла в среднем около 900 мг в сутки. Также отмечались единичные случаи употребления прегабалина с целью «усиления» наркотического эффекта опиоидов, в основном героина. При этом пациенты описывали, что наркотический эффект героина без применения препарата «лирика» не столь ярко и продолжительно. Случаев мононаркоманического употребления прегабалина в нашей практике не было.

Ниже представлен клинический случай полинаркоманической зависимости от антиконвульсанта прегабалина (лирика) и курительных смесей Spice, в котором препарат «лирика» является основным аддиктивным компонентом.

Больной Р., 27 лет, находился на стационарном лечении в наркологическом отделении ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» в течение 25 дней.

Анамнез, со слов больного и его матери

Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Отец по характеру вспыльчивый, «нервный», не терпящий возражений, мать — добрая, отзывчивая. В данное время родители в разводе. Единственный ребёнок в семье. Беременность у матери протекала без осложнений. Роды с длительным безводным периодом (более 10 ч), проводилась амниотомия. Родился в срок. Раннее развитие своевременное. С рождения до 15 лет состоял на учёте у невролога

с диагнозом *гиперкинетический синдром*. В раннем детском возрасте отмечался выраженный тремор головы и верхних конечностей. Перенёс ветряную оспу, вирусный гепатит А, эпидемический паротит без осложнений, часто болел простудными заболеваниями. Детские дошкольные учреждения посещал с 3 лет, где адаптировался хорошо, был подвижен, активен, много играл со сверстниками. В возрасте 7 лет был определён в среднюю общеобразовательную школу, усваивал школьную программу на удовлетворительно и хорошо. В коллективе был бойким, активным, непослушным, в учёбе был старательным, тревожился, если что-то не получалось. Интересовался гуманитарными науками. Отношения со сверстниками складывались дружеские.

В возрасте 14 лет в компании друзей впервые попробовал гашиш. При первой пробе курения состояние опьянения не понравилось, вспоминает возникший страх и опасение, что это состояние никогда не закончится. При последующих пробах отмечал повышение настроения, весёлость. В дальнейшем стал употреблять гашиш многократно в течение дня (до 3—4 раз) и практически ежедневно.

В возрасте 16 лет в компании приятелей употребил одномоментно 9 таблеток димедрола, после чего также возникли выраженный страх и тревога, ждал окончания действия препарата и более к употреблению его не возвращался.

В этом же возрасте также в компании впервые употребил 2 капсулы препарата «трамал», в дозировке 0,2 г. Испытал эйфорию, был весел, суетлив, хотелось двигаться, ощущал себя «пружиной». Через 1—2 дня после первой пробы стал употреблять трамал практически ежедневно. За 4 мес. доза препарата возросла до 0,7 г в сутки. Продолжал приём этой дозы в течение года. Одновременно с трамалом продолжал курить гашиш. В тот период успеваемость в школе резко снизилась, стал вступать в конфликты с родителями.

Окончив 11 классов, в возрасте 17 лет поступил в ветеринарную академию. С этого возраста ежедневно употреблял по 20—30 таблеток терпинкода через день. При его приёме становился подвижным, активным, суетливым, деятельным. Препарат принимал как в компании, так и в одиночестве. При этом продолжал учиться в академии, с учебной программой справлялся. Такая форма употребления терпинкода продолжалась в течение 2 лет и сопровождалась ежедневным курением гашиша.

В возрасте 20 лет стал употреблять по 14 капсул препарата «золдиар» с интервалом в 1—2 дня. Эффект от его приёма также сопровождался активностью, некоторой неусидчивостью и раскрепощённостью в общении. Для усиления эффекта опиоидов прибегал к курению гашиша.

В 22 года женился и устроился на работу менеджером в пивоваренную компанию. От брака родился сын. В связи с этим прекратил обучение в ветеринарной академии. По настоянию жены, прекратил употребление таблетированных наркотических средств. При прекращении приёма золдиара отмечал ухудшение ночного сна и снижение аппетита, дискомфорт в области живота, иногда диарею. Эти симптомы прошли в течение 1—2 недель. В тот же период стал ежедневно употреблять курительные смеси Spice, приготовленные на основе синтетических каннабиноидов. Продолжал работать в пивоваренной компании в течение 3 лет, в коллективе проблем с общением не испытывал. Свободное время предпочитал проводить с семьёй на природе. В семье отношения складывались хорошие, вместе с женой воспитывали ребёнка. Отмечает, что был требователен к супруге «в отношении быта», заставлял следить, выключены ли бытовые приборы при выходе из квартиры и прочее, сам их неоднократно проверял. Выраженного влечения к таблетированным наркотическим препаратам не испытывал, так как «было достаточно спайсов».

В возрасте 25 лет, по совету приятеля, ввёл внутривенно водный раствор кондитерского мака, при этом, поскольку использовал приготовленный приятелем раствор, дозу назвать затрудняется. В результате введения мака повысилось настроение, возникли радость, состояние благодущия, на всей поверхности кожи ощущалось «приятное покалывание». После этого в продолжении 3 мес. употреблял кондитерский мак ежедневно; вводил внутривенно приблизительно по 15 мл водного раствора. Сам его не готовил, в основном «угощали приятели». Через день после прекращения наркотизации возникали симптомы отмены: боли в спине и крупных суставах, повышенное слюноотделение, слезотечение, тошнота, неприятные ощущения в области живота, заложенность носа, которые проходили при очередном введении привычного наркотика. Параллельно постоянно употреблял курительные смеси Spice. В этот период потерял работу. В периоды абстиненции уходил из семьи к родителям.

Однажды при отказе матери дать денег на очередную дозу наркотика угрожал ей расправой, а затем употребил одномоментно 20 таблеток амитриптилина по 0,025 г (препарат принимала в лечебных целях его бабушка). Был госпитализирован в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, откуда после оказания экстренных мероприятий был переведён в одну из психиатрических больниц Москвы. После курса лечения продолжительностью 2 недели был выписан домой с постановкой на учёт в психоневрологическом диспансере. Возобновил наркотизацию в прежнем объёме через месяц после выписки.

В возрасте 26 лет по собственной инициативе проходил лечение в наркологическом отделении военного госпиталя Москвы в течение месяца. За время нахождения в стационаре сильного влечения к наркотикам не испытывал, после выписки в течение 2 недель были трудности при засыпании, которые связывал с отменой инъекций реланиума, которые проводились весь период пребывания в госпитале. Продолжал употреблять курительные смеси Spice. Нашёл работу менеджером в компании по продаже автомобильных покрышек.

Через 3 мес. после выписки впервые в компании друзей внутривенно ввёл водный раствор героина, дозу указать не мог, так как раствор готовил его друг. Состояние опьянения было схоже с опьянением от кондитерского мака. Впоследствии употреблял героин практически ежедневно в течение 5 мес. Неоднократно самостоятельно пытался прекратить наркотизацию, при этом возникали симптомы абстиненции, проявляющиеся болями в крупных суставах и мышцах, в области живота, повышенным слюноотделением, слезотечением, тошнотой, заложенностью носа, ощущениями приливов жара и холода, ускоренным сердцебиением, иногда повышением артериального давления, бессонницей, отсутствием аппетита, которые проходили при очередном внутривенном введении героина.

При очередной попытке самостоятельного преодоления «ломок», по совету приятеля, стал принимать препарат «прегабалин» («лирика») в дозировке 0,9 г в сутки с целью купирования костно-мышечных болей. Боли при этом действительно значительно уменьшались, также после приёма препарата ощущал «приятную сухость ладоней», состояние характеризовалось внутренним спокойствием, некоторым повышением настроения. Продолжил приём препарата после прохождения героиновой абстиненции, объясняя это тем, что под его действием мог «спокойно работать и отдыхать, не беспокоили потные ладони и нервозность», также при приёме лирики усиливался аппетит, стабилизировался ночной сон, но выраженной эйфории и чрезмерной активности при этом не испытывал. Приблизительно через 2 недели после начала приёма прегабалина эффект от него стал казаться недостаточным и больной стал принимать до 7 таблеток по 0,3 г (2,1 г) в сутки. Принимал его ежедневно и многократно в течение дня. Мог употребить до 10 таблеток (3 г) в сутки. После увеличения дозы препарата заметил, что стал более деятельным и активным, повысилось настроение, появилось некоторое благодушие. Через 6 недель постоянного употребления при попытке самостоятельно прекратить его приём через сутки появились боли в области живота (чувство «слипания кишечника»), «мучительно силь-

ные» по интенсивности. Из-за этого дома ходил постоянно в «согнутом состоянии». Отмечал у себя сильный неукротимый кашель, ощущение, «как будто лёгкие вылетят». Беспокоили также тошнота, повышенное слюноотделение, усилился тремор рук и головы, отсутствовал аппетит. Данные явления пациент пытался купировать употреблением курительных смесей Spice, которые облегчали состояние на незначительное время, но полностью прошли лишь при приёме очередной таблетки препарата «лирика». Вследствие усугубления абстинентных симптомов на 2—3-й день прекращения приёма препарата он возвращался снова к нему в прежней суточной дозе. В тот период пациент снова потерял работу, и из-за постоянной наркотизации, «чтобы не травмировать ребёнка», проживал с матерью. При отказе матери дать ему денег для покупки наркотиков средств, становился злым, агрессивным, дома ломал мебель и бил посуду. Самостоятельно обратился в одну из городских наркологических больниц, откуда сбежал на следующий день, так как опасался того, что препараты, которые были назначены врачом, не смогут устранить надвигающуюся абстиненцию. После 4 мес. сочетанной наркотизации прегабалином и курительными смесями Spice обратился за наркологической помощью в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского».

Осмотр при поступлении в отделение

Соматический статус. Среднего роста, сниженного питания. Кожные покровы чистые, слегка суховаты. Язык влажный, чистый. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. АД 125/80 мм рт.ст. Пульс 90 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги безболезненна. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус. Зрачки равные, реакция на свет живая, содружественная. Движения глазных яблок в полном объёме. Конвергенция их нарушена, больше слева. Лицевая мускулатура слегка асимметрична. Сухожильные рефлексы симметричные, живые на руках, снижены на ногах с двух сторон. В позе Ромберга слегка пошатывается. Координаторные пробы выполняет с небольшой интенцией, больше слева. Лёгкий тремор пальцев вытянутых рук, головы.

Психический статус. В состоянии лёгкого наркотического опьянения. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Выглядит несколько моложе своего возраста. Внешний вид опрятный. В беседе вступает активно, на вопросы отвечает в плане заданного. О себе рассказывает скупо, делая упор в основном на историю употребления наркотиков.

Себя характеризует как доброго, отзывчивого, несколько ленивого. Фон настроения лабильный, тревожен, опасается надвигающейся абстиненции, мнестически несколько снижен. Жалоб к здоровью не предъявляет. К своему болезненному состоянию критичен не полностью: признаёт зависимость от препарата «лирика» и каннабиноидов, согласен пройти курс лечения по этому поводу, однако не скрывает, что в дальнейшем будет употреблять каннабиноиды.

Данные лабораторных методов исследования:

- общий анализ крови и общий анализ мочи — без патологии;
- биохимический анализ крови: глюкоза — 6,7 ммоль/л, при контрольном исследовании — 4,6 ммоль/л; триглицериды — 2,18; АЛТ — 89. НСV +.

Данные инструментальных методов исследования:

- ЭКГ — синусовая тахикардия;
- ЭЭГ — диффузные (между нерезкими и умеренными) патологические изменения электрической активности мозга, возможно, резидуально-органического генеза, с признаками лёгкой дисфункции неспецифических срединных, преимущественно дизэнцефальных структур на фоне слабой функциональной активности коры головного мозга. Стандартная проба с гипервентиляцией выявила признаки, не исключающие лёгкого снижения порога судорожной готовности с акцентом в височно-затылочном отделе левого полушария. По данным компьютерного картирования ЭЭГ, в задневисочном отделе левого полушария определяется зона повышенной мощности медленноволновой активности дельта-тета-диапазона, возможно, перинатального генеза. Характер топографии -ритма (и тесты) указывает на смешанный профиль функциональной межполушарной асимметрии с преобладанием левшества;
- МРТ — МР-признаков объёмного поражения головного мозга не выявлено.

Консультации специалистов

Психолог: При анализе результатов экспериментально-психологического исследования на первый план выходит быстрая утомляемость больного, нерезко выраженные колебания и трудности концентрации внимания, нарушение целеполагания, а также искажение процессов анализа и обобщения. Объём непосредственного запоминания несколько снижен. Личность больного характеризуется замкнутостью, ригидностью аффекта, высоким уровнем личностной и ситуативной тревоги, которую больной склонен соматизировать. Наблюдаются трудности в вербализации своих эмоций.

Терапевт: Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический вирусный гепатит С.

Невролог: Вегетососудистая дистония.

Окулист: Выраженное расширение вен сетчатки на глазном дне, периферические отделы без особенностей.

Эндокринолог: Синдром вегетативной дисфункции.

Психический статус на фоне проводимой терапии

При поступлении больному была назначена стандартная терапия, включающая антиконвульсанты, дневные и ночные транквилизаторы, «малые» нейролептики, ноотропные средства, витаминотерапию, гепатопротекторы. Изначально в схему терапии не были включены опиоидные анальгетики, было принято решение производить обезболивание трамалом при нарастании алгической абстинентной симптоматики. На второй день госпитализации жалоб не предъявлял, говорил о том, что «ещё действует лирика», пояснял, что «ломка начнётся завтра», опасался её, был несколько напряжён, тревожен, отмечался небольшой гипергидроз ладоней. Подробно рассказывал об употреблении наркотических веществ, пытался ранжировать их по выраженности эффекта и абстиненции. В отделении был общителен с пациентами, разговоры за общим столом сводил к наркоманической тематике. Из-за выраженности обсессивного компонента влечения к наркотизации в схему лечения были добавлены нейролептики: галоперидол 0,00225 г в сутки и зуклопентиксол 0,01 г в сутки, в сопровождении корректоров нейролептической терапии. На следующий день ожидаемые больным абстинентные явления не наступили, чему пациент долго и искренне удивлялся. Был более спокоен в поведении, однако признавался в наличии сильного влечения к наркотикам. Продолжал общение с больными, большей частью с наркотической зависимостью. Со слов других пациентов, он после приёма назначенных врачом лекарств становился неусидчивым, деятельным, успокаивался лишь после приёма препаратов на ночь. На первой неделе терапии на ночь получал внутримышечно раствор диазепама 2 мл. В течение последующих 3 дней был упорядочен в поведении, однако постоянно жаловался на влечение к наркотикам. При повышении доз нейролептиков и их корректоров походка становилась атаксичной, в речи появлялись элементы дизартрии, поэтому приходилось вновь возвращаться к предыдущим дозам медикаментов. Неоднократно просил навещавшую его мать принести ему таблетки препарата «лирика», на что она отвечала отказом. После посещения матери становился беспокойным, суетливым, артериальное давление повышалось до 180/100 мм рт. ст., отмечались выраженный гипергидроз ладоней и небольшая сыпь на коже, усиливался тремор головы и рук, выявлялись подёргивания отдельных мышечных групп. Постоянно получал гипотензивную терапию (эналаприл 0,02 г в сутки). Данные

симптомы купировались после приёма ночных лекарств. На 9-й день госпитализации заявил о желании прекратить лечение, во время психотерапевтической беседы был тревожен, плаксив, говорил о том, что понимает, «какую боль приносит своей семье», но ничего не может с собой поделать из-за выраженной тяги к наркотизации. Для купирования тревожной симптоматики был назначен алпрозолам 0,002 в сутки. При осмотре на следующий день был спокоен, гипергидроз ладоней прошёл, практически отсутствовал тремор головы и верхних конечностей, первый раз со времени госпитализации сказал об уменьшении влечения к наркотикам. Через 2 дня стал просить увеличить дозу «успокаивающих препаратов». В схему лечения был добавлен седативный антидепрессант (мапротилин 0,075 г в сутки) и нейролептик с выраженным противотревожным действием (сульпирид 0,8 г в сутки). Из схемы лечения постепенно были исключены все транквилизаторы и остальные нейролептики. При изменении схемы терапии у больного обнаруживались пароксизмальные состояния, сопровождающиеся подъёмом артериального давления, гипергидрозом ладоней, усилением тремора головы и рук, паническим чувством страха за свою жизнь и дальнейшее здоровье. Влечение к наркотизации при этом отрицал, пояснял, что тяга в таких состояниях «на последнем месте, сейчас только бы выжить». В подобных состояниях уже не требовал у матери принести препарат «лирика», а ультимативно вымогал транквилизаторы у персонала отделения, требовал ввести ему реланиум. Объективно отмечались некоторая ипохондризация состояния, с множеством соматических жалоб, тревожно-фобический фон настроения из-за боязни возврата пароксизмальных состояний, обвинения лечащего врача в том, что он даёт пациенту таблетки, от которых ему «становится плохо». Имели место также нарушения ночного сна в виде трудностей засыпания и выраженное снижение аппетита. Гриппические расстройства уменьшались при ночном приёме миртазапина в дозе 0,06 г. На 20-й день госпитализации состояние больного стабилизировалось: нормализовалось артериальное давление, с каждым днем уменьшался гипергидроз конечностей, пароксизмальные состояния не повторялись, был спокоен при осмотре и упорядочен в поведении в отделении. Компulsive влечения к наркотизации не предъявлял. Отрицал тягу к употреблению психоактивных веществ. В установках на дальнейший отказ от психоактивных веществ, после выписки из стационара, уверенно сообщил об отсутствии потребности возвращаться к опиоидам, и к препарату «лирика», поясняя, что «больше такой ломки не переживёт». Говорил о желании заменить курительные смеси Spice на более натуральные каннабиноиды и употреблять

их с периодичностью 2—3 раза в месяц. Психотерапевтической коррекции данные установки подвергались с трудом. Выписан на 25-й день стационарного лечения в удовлетворительном состоянии. Даны рекомендации по медикаментозному лечению, предложено амбулаторное наблюдение у психиатра-нарколога.

Анализ случая

Из приведённого выше клинического наблюдения видно, что развитие зависимости от прегабалина («лирика») включает в себя все диагностические критерии наркотических зависимостей по МКБ-10, как-то: сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приёму вещества; сниженная способность контролировать приём; состояние отмены (или абстинентный синдром); повышение толерантности к эффектам вещества; поглощаемость употреблением и продолжающееся употребление вопреки явным признакам вредных последствий [6].

Клиническая картина развития аддикции и абстинентного синдрома у прегабалина, в целом, наиболее сходна с описываемой И.Н. Пятницкой (2008 г.) второй стадией токсикоманической зависимости от бензодиазепиновых транквилизаторов [7]. Однако здесь следует отметить, что наркотизация прегабалином была неотрывно связана у больного с постоянным употреблением курительных смесей Spice, приготовленных на основе синтетических каннабиноидов, что не даёт возможности до конца объективно оценивать этапы формирования зависимости от препарата «лирика».

Начало приёма прегабалина имело симптоматический характер: он использовался больным с целью устранения алгического компонента героинового абстинентного синдрома. Употребление, между тем, начиналось с повышенных доз (до 0,9 г в сутки). Быстрый рост толерантности, когда в течение двух недель больной стал употреблять дозу препарата «лирика», в 4—5 раз превышающую максимальную терапевтическую, предположительно может быть связан с его богатым наркоманическим опытом. Дальнейшее продолжение приёма препарата, имевшее место после прохождения опийной абстиненции, также носило симптоматический характер: препарат «лирика» применялся в качестве анксиолитического средства с выраженным вегетостабилизирующим эффектом (устранял гипергидроз ладоней, нормализовал артериальное давление и др.).

После 6 недель приёма препарата «лирика» у пациента развилась утрата количественного контроля, он мог употреблять до 3 г прегабалина в сутки. В тот период в эффекте от приёма препарата отмечал элемент эйфории. Сформировалось compulsive влечение, выражающееся тревожным напряжением, пси-

хомоторным возбуждением, агрессией в отношении матери при её отказе в предоставлении ему денежных средств на очередную дозу препарата. При отмене прегабалина отсроченно (на вторые сутки) у больного возникали выраженные абстинентные проявления в виде мучительных сенестопатических ощущений «слипания кишечника», а также соматовегетативного компонента, представленного неукротимым кашлем, повышенным слюноотделением, лабильностью пульса и артериального давления, гипергидрозом. Также отмечались нарушение сна и аппетита, тремор головы и верхних конечностей, локальные тонические судороги, единичные идеи негативного к нему отношения, тревожность, неусидчивость. Следует обратить внимание на то, что к началу второй недели отмены препарата «лирика» развивались пароксизмальные состояния, напоминающие панические атаки, со страхом смерти, тревожными опасениями за своё здоровье, выраженной вегетативной симптоматикой с повышением артериального давления, усилением тремора, гипергидрозом, которые сразу купировались при внутримышечном введении бензодиазепиновых транквилизаторов. Длительность абстиненции при употреблении прегабалина составляла в среднем 3 недели. Из постабстинентных явлений обнаруживались нарушение засыпания и снижение аппетита.

Коморбидной патологией у пациента (по данным анамнеза, осмотра, инструментальных методов и консультаций смежных специалистов — психолога, невролога и пр.) является органическое поражение головного мозга перинатального генеза, которое проявляется формированием невыраженного психоорганического синдрома. В структуре психоорганического синдрома преобладает аффективный компонент в виде полиморфной тревожной симптоматики с выраженной вегетативной дисфункцией, которые достигают у больного уровня расстройства личности.

Согласно МКБ-10, диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом: «психические и

поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких веществ (седативные средства (прегабалин) и синтетические каннабиноиды (курительные смеси Spice)), синдромом зависимости 2-й стадии (F19.2), высокопрогредиентное течение у больного с органическим тревожным расстройством, связанным с другими заболеваниями (F06.47)».

Исходя из приведённого выше клинического случая, можно указать некоторые возможные этиологические факторы, способствующие формированию зависимости от прегабалина («лирика»), такие, как: употребление указанного препарата в высоких дозах (более 0,9 г в сутки), его приём в течение длительного времени (более 3 мес.), у лиц с длительным алкогольным или наркоманическим анамнезом и наличием у них выраженной тревожной симптоматики.

Список литературы

1. Бурд С.Г., Крикова Е.В., Бадалян О.Л., Чуканова А.С., Авакян Г.Г. Прегабалин в политерапии парциальной эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — №7. — С. 96—98.
2. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С. Генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, патогенез, диагностика и фармакотерапия (обзор литературы) // <http://akolomeets.ucoz.ru/publ/5-1-0-72>
3. Камчатнов Р.П. Нейропатическая боль — возможность применения прегабалина // http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/07_02/140.shtml
4. Кукушкин М.Л. Фибромиалгия — новое назначение препарата Лирика // Информационная газета для медицинских работников «Без Боли». — 2010. — №1 (7). — Июнь. — С. 2.
5. Киссин М.Я., Бондаренко И.И. Прегабалин и Алпрозолам в лечении генерализованного тревожного расстройства у больных с парциальной эпилепсией // Эпилепсия. — 2010. — №2. — С. 17—24.
6. Международная статистическая классификация болезней и связанных со здоровьем проблем 10-го пересмотра. Раздел психиатрия // 1999 г.
7. Пятницкая Н.И. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008. — С. 265—283.

CASE OF ADDICTION FROM MEDICINE PREGABALIN (LYRICA)

PISKUNOV M.V.

MD, Psychiatrist, e-mail: 19480@mail.ru

KRIVENKOV A.N.

MD, PhD, Senior Researcher

SOROKINA N.Ju.

Medical Psychologist, e-mail: sorokina_natalia@mail.ru

Serbsky National Researcher Centre of social and forensic psychiatry, Moscow

In article is presented short review uses of medicine pregabalin in neurologic practice, to pay attention on its use at generalized anxiety disorder. Also is shown case of symptomatic addiction from medicine lyrice.

Key words: pregabalin, anxiety disorder, addiction