

На правах рукописи

РУСИНОВА ОЛЬГА ИВАНОВНА

**АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, РАЗВИВШАЯСЯ НА ФОНЕ
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ**

14 00 45 – наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук



Москва – 2007

Работа выполнена в ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава» (директор – член-корреспондент РАМН, д м н , профессор Н Н Иванец)

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

Доктор медицинских наук,
Профессор

Чирко Владимир Васильевич

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОПОНЕНТЫ

Доктор медицинских наук,
профессор

Новиков Евгений Михайлович

Кандидат медицинских наук

Агибалова Татьяна Васильевна

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В П Сербского Росздрава»

Защита состоится «25» декабря 2007 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.051.01 при ФГУ ННЦ наркологии Росздрава по адресу. 119002, г Москва, Малый Могильцевский пер , д 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ ННЦ наркологии Росздрава

Автореферат разослан «22» ноября 2007 г

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций,
кандидат биологических наук

Львова Ольга Федоровна

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема перехода больных с зависимостью от опиатов после прекращения приема наркотиков на систематическое употребление алкоголя является актуальной для отечественной наркологии. Трансформация одного вида зависимости в другой часто встречается в клинической практике (Полубояринов А А , Алексеев С С , 1983; Ровенская О А , 2000 Савченков В А , Сиволап Ю П , 2000) При этом первичной может быть как алкогольная, так и опиоидная зависимость. По данным литературы частота злоупотребления алкоголем среди больных наркотической зависимостью достигает 64 %, что в 7-8 раз выше этого показателя в популяции (Compton W M , Cottler L B , Ben Abdallah A 1993) Стремительное развитие алкогольной зависимости у данной группы больных объясняется общностью нейробиохимических механизмов синдрома патологического влечения к психоактивным веществам и универсальностью наследования предрасположенности к алкогольной и наркотической зависимости (Анохина И П , 2002; Иванец Н Н , 2000, George F R , 1993, Neumark Y D , Friedlander Y , 1998)

Злоупотребление алкоголем во многих случаях предшествует развитию наркотической зависимости и является фактором риска для развития наркомании. Тенденция к приему алкоголя больными опиоидной зависимостью по типу викарного замещения возрастает при отнятии наркотика (Пятницкая И Н , 1994) Для формирования зависимости от алкоголя имеет важное значение длительное существование психопатологической симптоматики, тяжесть которой особенно выражена при опиоидном абстинентном синдроме и в постабстинентный период (Иванец Н Н., Винникова М А , 2000) Наличие депрессивных и дисфорических нарушений в структуре патологического влечения к ПАВ является одной из наиболее значимых причин в развитии викарного употребления алкоголя.

Алкогольная зависимость у больных, ранее употреблявших наркотики, отличается крайне высокой прогрессивностью. Значительную

трансформацию претерпевает алкогольный абстинентный синдром. Типичные соматовегетативные расстройства часто дополняются алгическим компонентом, аффективные расстройства отличаются большим полиморфизмом (Чирко В В , 2001)

Лекарственная терапия алкогольной зависимости больных, ранее употреблявших наркотики, как показывает лечебная практика, оказывается недостаточно эффективной. Большинство психотропных средств используется без учета измененной реактивности организма и терапевтической резистентности к стандартной терапии, что не всегда обеспечивает достаточную терапевтическую эффективность. Значительные трудности в лечебном плане представляют те больные, у которых различные соматические заболевания создают риск развития побочных действий и ограничивают в выборе психотропных препаратов. Сведения о дифференцированных лечебных мероприятиях, необходимых больным алкогольной зависимостью, ранее употреблявшим наркотики, малочисленны и не систематизированы. Все это свидетельствует об актуальности темы, ее важной научной и практической значимости, и определяет ее цель и задачи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности формирования, клинической картины и течения алкогольной зависимости у больных, ранее употреблявших опиаты для разработки принципов дифференцированной терапии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1 Изучить особенности формирования алкогольной зависимости у больных с предшествующей опиоидной зависимостью в сравнении с больными алкоголизмом без предшествующей наркомании,
- 2 Изучить клинико-динамические особенности основных синдромов алкогольной зависимости (ПВА, ААС, деградации личности) у данных групп больных,

3 Изучить особенности течения алкогольной зависимости в сравниваемых группах больных,

4 Усовершенствовать подходы к лечению для изученных групп больных

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые дано подробное клиническое описание особенностей формирования, клиники, течения и медико-социальных последствий алкогольной зависимости, у больных с уже сформированной опийной зависимостью. Впервые описаны клинические особенности абстинентного синдрома при алкогольной зависимости, развившейся на фоне предшествующей опийной наркомании, в виде преобладания психопатологических расстройств над соматовегетативными. Установлена высокая частота транзиторных психотических феноменов экзогенного типа, ипохондрических и параноидных включений. Констатирован интермиттирующий и протрагированный характер абстинентного синдрома. Описан характерный патокинез алкогольной зависимости у больных с прелиминарной героиновой зависимостью с выделением его клинически очерченных этапов.

Выделены особенности терапевтической тактики у больных с алкогольной зависимостью, ранее злоупотреблявших опиатами.

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Предшествующая, «прелиминарная», опийная зависимость явилась важным патопластическим фактором, существенно изменившим большинство основных клинико-динамических параметров последующей алкогольной зависимости. Наряду с сохранением общих облигатных закономерностей патокинеза, опийная зависимость определила своеобразие всех этапов становления и развития алкоголизма. По сравнению с «обычным» – без предшествовавшей опийной зависимости, алкоголизмом – отмечаются иные динамические соотношения в синдромокинезе и изменения

в структуре стержневых синдромов алкогольной зависимости. Они выражаются в видоизменении клинической картины алкогольного опьянения, ускорении роста толерантности к алкоголю, раннем появлении его непереносимости, изменении типа потребления спиртного.

В картине абстинентного синдрома преобладают аффективные, поведенческие и диссомнические нарушения, учащаются психотические включения экзогенного типа. Морбидные личностные сдвиги развиваются по психоорганическому типу.

Коррекция традиционной терапевтической тактики требует более раннего комбинированного применения интенсивной дезинтоксикации с антагонистами опиатов и длительного использования современных психофармакологических препаратов.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Полученные данные позволяют разрабатывать комплексные дифференцированные подходы к терапии больных алкогольной зависимостью, ранее употреблявших опиаты, определить приоритеты терапевтической тактики на всех этапах лечения и повысить эффективность лечебных мероприятий.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинических отделений ННЦ наркологии Росздрава. Научные положения работы внедрены в научную тематику и педагогические программы кафедры наркологии ФПФОВ ММА им. И.М. Сеченова, используются при подготовке клинических ординаторов и аспирантов ННЦ наркологии.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ

Работа объемом 181 страница машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения и выводов, указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 34 таблицами, 2 диаграммами, содержит 4 клинических

примера Список цитированной литературы включает 242 источника, из которых 147 – иностранные авторы

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме Глава 2 содержит общую характеристику обследованных больных и описание методов исследования Глава 3 описывает особенности формирования и клинические проявления алкогольной зависимости у больных, ранее употреблявших опиаты Глава 4 освещает медико-социальные последствия хронической интоксикации Глава 5 посвящена методам дифференцированной терапии алкогольной зависимости больных, ранее употреблявших наркотики В заключении обсуждаются полученные результаты

Основные материалы диссертации доложены на клинических конференциях, заседании Проблемной комиссии ФГУ НИЦ наркологии Росздрава (Москва, 2007 г.) По результатам исследования опубликовано 6 печатных работ, список которых приведен в конце автореферата

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе сравнительного исследования были изучены клинические случаи и результаты терапии 100 больных, проходивших лечение в клинике ФГУ НИЦН Росздрава с диагнозом «хронический алкоголизм» (МКБ-9), «алкогольная зависимость» (МКБ-10)

Основную группу составили 50 пациентов мужского пола Критериями включения являлось наличие алкогольной зависимости, сформировавшейся в период, когда у пациентов уже сложился систематический прием наркотиков опиоидной группы (зависимость от опиатов – F 11.2.) Контрольную группу (50 пациентов мужского пола) составили больные алкогольной зависимостью

сравнимого возраста, не употреблявших ранее наркотики. Больные были сопоставимы по социально-демографическим характеристикам полу, возрасту и семейному положению. Возраст исследуемых больных составил от 18 до 30 лет, средний возраст - $26,5 \pm 2,5$ года. Из исследования исключались пациенты с другими видами зависимости от ПАВ (кроме опийной наркомании), полизависимостью на момент обследования, с сопутствующими психическими расстройствами, с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями в стадии обострения.

Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями в сравниваемых группах больных была практически одинаковой, составила 84% и 80% в первой и второй линиях родства.

Типологическая группировка преморбидных личностных особенностей проводилась в соответствии с установившимися принципами клинического подхода, на основе учета доминирующих признаков. В основной группе преобладали личности с истерическими чертами характера (28% по сравнению с 8%). Черты неустойчивости в основной группе наблюдались в 2 раза реже, чем в контрольной (16% по сравнению с 32%). При этом, черты возбудимости встречались практически одинаково в 2-х группах - 16% и 20% соответственно. По степени выраженности характерологических особенностей в преморбидном периоде распределение было следующим. Личности с акцентуациями характера определялись в группах одинаково часто: 64% и 68% соответственно. А личности с психопатиями чаще встречались в основной группе больных - 28% и 4% соответственно.

Первая проба алкоголя приходилась на 14,5 и 13,8 лет в основной и контрольной группах соответственно. Возраст начала систематического употребления алкоголя в контрольной группе приходился на $18,6 \pm 2,1$ лет.

У подавляющего большинства пациентов основной группы первая проба наркотиков происходила в пубертатном возрасте (средний возраст 16,5

лет) Более чем у половины больных (68%) наблюдался активный «поисковый» период К 16-20 годам ($19,28 \pm 2,67$ лет) осуществлялся переход к основному наркогику (героину) Становление ПВН происходило в сжатые сроки Период эпизодического приема героина, как правило, был редуцирован Через $3,65 \pm 1,93$ месяца употребление героина приобретало систематический характер Стремительно формировался синдром измененной реактивности, который проявлялся нивелировкой защитных реакций организма, прогрессивным ростом толерантности, изменением пути введения наркотика Признаки физической зависимости отмечались в среднем через $2,86 \pm 2,2$ месяца после начала систематического употребления наркотика, каких-либо специфических особенностей ОАС не обнаруживал. Опыт лечения наркомании имелся у 70% пациентов, из которых более половины – лечились неоднократно У этих больных основной группы опийная зависимость характеризовалась стремительным ростом толерантности, безремиссионным течением, наличием неоднократных передозировок

По своим клинико-динамическим особенностям опийную зависимость, предшествовавшую алкоголизму можно отнести к прогрессирующим формам К моменту начала злоупотребления алкоголем давность предшествовавшей наркотической зависимости у большинства больных составляла более 3 лет

До формирования опийной наркомании все больные употребляли алкоголь У 46% больных прием алкоголя имел систематический характер без признаков зависимости У 18% пациентов отмечалось стремление к оглушению в состоянии алкогольного опьянения Остальные больные выпивали эпизодически Ни у одного из исследуемых пациентов до начала употребления наркотиков признаков алкогольной зависимости не было выявлено

Среди факторов, определяющих прекращение употребления наркотиков и трансформацию наркотической зависимости в алкогольную,

можно отметить медицинские, социальные, семейные и культурно-средовые. Было выявлено, что около половины 52% больных осознавали последствия употребления героина здоровья, начинали лечить инфекционные осложнения (гепатиты, ВИЧ), отмечали «наркотическую усталость», оставшиеся 48% пациентов говорили о социальных и семейных причинах прекращения приема наркотиков. Суть средовых влияний сводилась либо к употреблению более доступного и «безопасного» психоактивного вещества, либо прекращение приема наркотиков было вынужденным. в результате ультимативного требования лиц, в чьем подчинении они находились.

Систематически употреблять алкоголь 64% пациентов начали в терапевтической ремиссии, 36% - в остром периоде отмены наркотиков. Наиболее часто у 40% пациентов массивное употребление алкоголя приходилось на период обострения ПВН в постабстинентном периоде или ремиссии. 36% больных прибегали к приему алкоголя для снятия аффективных и дисфорических нарушений (при эмоциональных нагрузках, на фоне психотравмирующих ситуаций). У 20% преобладали гедонистические мотивы (желание расслабиться, получить удовольствие), а у 4% пациентов выявлены социальные причины.

В работе использовались клинический, катamnестический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных и статистической обработки результатов была разработана «индивидуальная карта обследования больного», созданная на основе карты эпидемиологического исследования больных алкоголизмом и карты исследования больных наркоманиями, разработанной в наркологических отделениях ВНИИОСП им. В.П. Сербского, а в последующем в ННЦ наркологии.

Все больные обследовались с помощью валидизированной шкалы патологического влечения к алкоголю, отражающей психопатологическую структуру данного синдрома (Н В Чердынченко, В Б Альтшулер, 1992)

Для оценки психопатологических нарушений (аффективные, невзведенческие, идеаторные расстройства) в ААС, ПАС и ремиссии, а также оценки соматовегетативных и неврологических расстройств в ААС, ПАС использовались шкалы, специально разработанные в НИЦ наркологии

Выявление особенностей клинико-динамических характеристик и клинико-психопатологической картины алкогольной зависимости проводилось при помощи подробного изучения анамнестических сведений, анализа материалов бесед с их родственниками, данных клинических историй болезни и амбулаторных карт

Динамика заболевания в процессе лечения, а также эффективность выбранной терапии определялась тщательным психопатологическим обследованием с учетом данных анамнеза, катamnестического наблюдения, длительности ремиссий, частоты "срывов" и рецидивов

Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (версия 7.1), Statistica 6.0, SPSS 10.0 for Windows

Данные анализировались статистически. Сравнение аналоговых данных проводилось при помощи критерия χ^2 при наличии в каждой из сравниваемых подгрупп не менее 5 наблюдений, при наличии менее 5 наблюдений использовался критерий Фишера. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Йейтса. Распределение количественных данных в группах оценивалось при помощи критерия Стьюдента. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Бонферони. Порядковые данные анализировались с применением критерия Манна-Уитни. Критерием достоверности считалось

достижение уровня значимости $p < 0,05$ Для определения взаимосвязи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предшествующая опийная зависимость существенно изменила большинство основных клинико-динамических параметров алкогольной зависимости. Наряду с сохранением общих закономерностей патокинеза алкоголизма, она определила своеобразие всех этапов его становления и развития. В формировании алкогольной зависимости у больных ранее злоупотреблявших опиатами отмечаются иные динамические соотношения и изменения в структуре стержневых синдромов зависимости.

На основании клинико-психопатологической оценки состояния, анамнестических данных и исходя из степени тяжести соматоневрологических и психопатологических нарушений, определяющих картину алкогольного абстинентного синдрома, больные основной группы были разделены на 2 подгруппы.

Первую основную подгруппу А+Н-1 составили 25 человек, у которых алкогольный абстинентный синдром ограничивался соматовегетативными или соматовегетативными и неврологическими расстройствами – группа больных со средней и легкой степенью тяжести ААС. Во второй основной подгруппе А+Н-2 (25 человек), на момент обследования алкогольный абстинентный синдром характеризовался наличием психических расстройств, судорожным компонентами или обратимыми психоорганическими расстройствами - группа больных с тяжелым течением ААС. В контрольной группе у всех больных алкогольный абстинентный синдром носил характер соматовегетативных или соматовегетативных и неврологических расстройств. Выделенные группы были сопоставимы по времени, прошедшему от начала систематического употребления алкоголя до момента обследования. Пациенты всех перечисленных групп были сопоставимы между собой по возрасту ($p > 0,05$).

Главным отличием анамнеза алкогольной зависимости у больных ранее употреблявших наркотики было ускоренное формирование психической, и физической зависимости темп прогрессивности речеценивался как высокий

Прием алкоголя в основной группе сразу же становился систематическим, со стремительным ростом толерантности После формирования алкогольной зависимости в группе А+Н-2 сохранялась тенденция к увеличению толерантности (1364 ± 390 мл водки/сутки), по сравнению с группой А+Н-1 (1263 ± 339 мл водки/сутки) и контрольной группой (872 ± 315 мл водки/сутки)

Анализ темпа прогрессивности заболевания показал, что в основной группе у подавляющего большинства больных наблюдался высокопрогрессивный темп течения заболевания (в группе А+Н-1 92%, в группе А+Н-2 – 100%) у оставшихся 8% пациентов наблюдался среднепрогрессивный темп течения

У всех больных основной группы отмечалось изменение картины алкогольного опьянения Характерной чертой явилось сочетание различных картин алкогольного опьянения у одного больного Анализ полученных данных показал, что чаще всего у больных основной группы наблюдалось опьянение с эксплозивными (46%), истерическими (30%), дисфорическим (18%) чертами, по типу «рауша» - в 26% случаев В контрольной группе преобладали картины опьянения с эксплозивностью (36%) В клинической картине алкогольного опьянения практически изначально редуцируется эйфорический эффект, а ведущее место занимают проявления релаксации, седации и рауша Важно отметить, что в картине алкогольного опьянения стремительно трансформировались эмоциональные и поведенческие реакции С одной стороны происходил сдвиг от релаксации к возбудимости, расторможенности, злобе, раздражительности и агрессии, с другой стороны,

часть больных обнаруживала измененное опьянение с преобладанием оглушения, сонливости и психомоторной заторможенности

Учитывая измененную толерантность, силу влечения, личностные девиации, употребление спиртных напитков больными основной группы практически сразу становится массивным и постоянным

У больных алкогольной зависимостью, ранее употреблявших опиаты, в течение первых 6-12 месяцев после начала злоупотребления алкоголем формировалось первичное влечение без борьбы мотивов, минуя стадии ситуационно обусловленного и влечения с борьбой мотивов. На этом этапе первичное ПВА вытесняет влечение к наркотикам

Вторичное влечение к алкоголю характеризовалось утратой количественного и ситуационного контроля у 100% больных. В обеих подгруппах основной группы в кратчайшие сроки ($0,44 \pm 0,4$ лет в группе А+Н-1 и $1,39 \pm 0,86$ лет в группе А+Н-2) происходила утрата количественного и ситуационного контроля. После приема даже небольших доз алкоголя (50-100 мл водки) больные продолжали выпивку до насыщения. Каждый прием алкоголя заканчивалась тяжелой или средней степенью опьянения. В контрольной группе сроки формирования вторичного влечения к алкоголю составили $4,78 \pm 3,57$ лет

В структуре алкогольного абстинентного синдрома у пациентов подгруппы А+Н-2 вторичное ПВА проявлялось злобно-тоскливым аффектом, сниженным настроением, ипохондрическими расстройствами, нарастающим чувством внутреннего дискомфорта, тревожности, напряженности. Влечение к алкоголю имело «насильственный», непреодолимый характер и осознавалось больными. После купирования острых проявлений ААС наблюдалось усиление выраженности проявлений патологического влечения к алкоголю. На первый план выступали поведенческие нарушения. ПВА имело генерализованную форму, отличалось крайней резистентностью к проводимой терапии. Обострения влечения нередко сопровождалось

эмоционально-вегетативными реакциями и незамедлительной реализацией, такая симптоматика свидетельствовала о развитии пароксизмального варианта ПВА

В период ААС у больных с легким и среднетяжелым течением синдрома отмены алкоголя (А+Н-1) психопатологические расстройства в структуре ПВА проявлялись выраженными поведенческими нарушениями, дисфорическими расстройствами, тревогой, агрессивностью, стремлением к выписке. В силу достаточно быстрого улучшения физического состояния, эти пациенты трудно улеживались в условиях стационара, часто нарушали режим, досрочно выписывались. После купирования ААС интенсивность психопатологической симптоматики несколько уменьшалась. Обострения первичного ПВА в постабстинентном периоде или ремиссии протекали в генерализованной форме (84%), проявлялись поведенческими и аффективными расстройствами. У 16% пациентов этой группы обострения ПВА имели парциальную форму и проявлялись астено-депрессивными и субдепрессивными расстройствами. Больные осознавали влечение к алкоголю, обращались за помощью и дополнительными назначениями.

Диссомнические расстройства наблюдались практически у всех больных основной группы и имели тенденцию к затяжному существованию.

Под воздействием медикаментозного лечения дезактуализация ПВА происходила значительно быстрее группы с А+Н-1, чем у больных с тяжелым течением ААС.

Анализ структурных особенностей синдрома патологического влечения позволяет отнести его к доминантным, сверхценным образованиям. Больные были полностью охвачены своим пристрастием, влечение к алкоголю не сопровождалось борьбой мотивов, оно полностью подчиняло себе личность. Его сила сохраняется на протяжении всего периода наблюдения.

На высоте обострения влечения к ПАВ четверть больных подгруппы А+Н-2 эпизодически употребляли опиийные наркотики, еще меньшая часть

сочетали прием алкоголя и наркотиков. Для больных подгруппы А+Н-1 более характерна перемежающаяся форма употребления алкоголя и наркотиков. Прием героина, как правило, длился не более 3-5 дней – до появления признаков ОАС, после чего больные употребляли алкоголь в максимально переносимых количествах. По своей длительности алкогольные эпизоды составляли 2-4 недели.

О более злокачественном течении алкогольной зависимости, сформировавшейся на фоне наркомании, свидетельствует и тот факт, что у этих больных очень быстро от начала систематического злоупотребления алкоголем, развивается психофизическое истощение, вынуждающее больных обращаться за медицинской помощью.

Предшествующая опийная зависимость вызвала значительные изменения клинко-динамических параметров абстинентного синдрома. В структуре ААС наблюдались выраженные астенические, вегетативные компоненты, диспептические расстройства и связанные с ними желудочно-кишечные боли, неврологические нарушения с генерализованным тремором, атаксией, головокружением, мышечной гипотонией. Обращает на себя внимание наличие алгического компонента в остром периоде отмены алкоголя, в виде ломоты в крупных суставах, тянущих болей в спине, мышцах рук и ног. Интенсивность болевой симптоматики не была выраженной, но мучительно переносилась больными. Общая тяжесть абстинентной симптоматики у больных основной группы была большей.

Наиболее заметными, определяющими клиническую картину ААС, стали психопатологические нарушения. В структуре преморбидных личностных черт основной группы преобладали повышенная возбудимость, истероидность, за счет чего удельный вес аффективных компонентов абстинентного синдрома, главным образом – проявлений дисфории, тревожной ажитации, поведенческих нарушений был достаточно высоким.

В стадии развернутого синдрома отмены алкоголя у пациентов основной группы нарастало ощущение общего внутреннего дискомфорта, на фоне которого появлялось тревожное ожидание чего-то неприятного, страшного, ужасного. Степень выраженности и продолжительность подобного ощущения варьировали индивидуально, но его тяжесть была выше у больных группы А+Н-2. Тревожная агитация у больных этой подгруппы была значительно тяжелее, чем в подгруппе А+Н-1, и приближалась к состояниям раптуса. На высоте тревожных переживаний, усиливающихся в вечерние и ночные часы, возникали отдельные слуховые или зрительные обманы, гипнагогические галлюцинации, просоночные состояния с кратковременной дезориентировкой во времени и пространстве. Глубина диссомнических нарушений у пациентов с тяжелым течением ААС более выражена.

Симптомы ААС были тесно переплетены с сопутствующей соматической патологией, как правило, эти больные были резко астенизированы, с трудом передвигались. Эти пациенты обнаруживали мнестические расстройства, общую психическую беспомощность, вялость, пассивность, «недержание» аффекта со слезливостью или короткими вспышками злобы. Такое состояние транзиторного слабоумия сохранялось до двух недель.

Особенностью ААС у больных основной группы является его протрагированное течение, наличие поведенческих, аффективных, особенно дисфорических, астенических, диссомнических и соматовегетативных расстройств, алгических проявлений, развитие у большинства больных психотических состояний. Регресс симптоматики происходил гораздо дольше, вплоть до 14-15 дней (группа А+Н-2). Алкогольные психозы встречались у 72% пациентов из группы А+Н-2 и у 24% пациентов в группе А+Н-1. По структуре они были нетипичными, аментивноподобными, длительность до суток, амнзировались большими

Истинные суицидальные тенденции в виде суицидальных мыслей наблюдались в группе с тяжелым течением ААС, встречались у 32% пациентов и появлялись исключительно в состоянии похмелья

Сроки появления различных форм ААС отличались в группах В основной группе, ААС с соматовегетативными и неврологическими расстройствами в подгруппе, в которой происходило развитие тяжелых форм синдрома отмены (А+Н-2), формировался медленнее ($2,9 \pm 1,48$ лет), чем в группе (А+Н-1) - $1,48 \pm 1,29$ лет соответственно ($p < 0,01$) У части пациентов в дальнейшем алкогольный абстинентный синдром трансформировался в более тяжелые формы с психическими расстройствами (14%), с судорожными расстройствами (20%), с обратимыми психоорганическими расстройствами (16%) В контрольной группе ААС формировался лишь по прошествии в среднем 4 лет после начала систематического злоупотребления алкоголем и ограничивался соматовегетативными и неврологическими расстройствами

Длительность ААС в обеих подгруппах ($5,8 \pm 1,87$ и $12,72 \pm 2,46$ дней соответственно) превышала его длительность в контрольной группе ($4,8 \pm 1,46$) Продолжительность постабстинентного периода в подгруппе больных А+Н-2 ($38,64 \pm 26,39$ дней) в 2 раза больше чем в контрольной группе ($17,92 \pm 5,88$ дней)

Значительные различия между основной и контрольной группой были обнаружены по форме злоупотребления алкоголем на момент обследования У подавляющего большинства больных (84%) контрольной группы наблюдалась периодическая форма В то время как на долю таких форм как постоянное пьянство с высокой толерантностью и перемежающееся пьянство приходилось лишь по 8 % больных В подгруппе А+Н-1 44% больных употребляли алкоголь в периодической форме (псевдозапой) Несколько чаще регистрируются постоянные формы 44% случаев приходится на постоянную с высокой толерантностью и 12% на перемежающуюся Для подгруппы А+Н-2 более характерны постоянные формы злоупотребления

алкоголем пьянство с высокой толерантностью у 32% и перемежающееся - у 36% Периодические формы представлены как псевдозапойми - в 28% случаев, так и истинными запоями - 4%

Высокопрогрессивный темп течения алкогольной зависимости определялся у подавляющего большинства больных основной группы. Лишь в 8% случаев в подгруппе А+Н-1 наблюдался среднепрогрессивный темп течения

При определении стадии алкогольной зависимости у 56% больных с тяжелым течением ААС встречается вторая (средняя) стадия, у 35% переходная II-III, а в 8% случаев III (конечная) стадия. В группе А+Н-1 у подавляющего большинства больных (88%) наблюдалась II (средняя) стадия алкогольной зависимости. Нужно отметить, что у больных с тяжелым течением ААС в сжатые сроки происходил переход от средней к конечной стадии заболевания. В контрольной группе у большей части больных (94%) – установлена вторая (средняя) стадия алкогольной зависимости, у 6% – II-III стадия заболевания

У подавляющего большинства больных наблюдаются серьезные соматические проблемы. Из осложнений наркомании отмечались вирусный гепатит С -98% случаев, вирусный гепатит В – в 16% случаев, ВИЧ-инфекция - в 24% случаев. Во всех группах с высокой частотой встречались соматические заболевания, связанные с хронической алкогольной интоксикацией. Признаки токсического поражения печени обнаруживались в 66% случаев, по сравнению с 22% в контрольной группе, энцефалопатии – 82% и 12%, токсической кардиомиопатии –20% и 8% случаев соответственно. Анализ соматических последствий хронической интоксикации показал, что больные контрольной группы были соматически более сохранными по сравнению с пациентами основных подгрупп.

Катамнестическое наблюдение позволило отметить ряд личностных изменений, происходящих в период болезни. Более выраженные изменения

личности среди больных, ранее употреблявших опиаты, связаны и с тем, что личностная динамика в этой группе частично происходила в период хронической интоксикации наркотиками с последующим усугублением в период хронической интоксикации алкоголем

Анализ личностных сдвигов, происходивших у больных основной группы, показал, что им свойственны признаки снижения в эмоционально-волевой сфере лживость, эгоцентризм, отсутствие чувства долга, теплоты к близким, заботы, апатия, снижение инициативы, слабость побуждений, характерные для больных наркотической зависимостью Эти личностные девиации сопровождались нарастанием психоорганического снижения

У части пациентов выявлялась неспособность концентрировать волевые усилия, даже внешне они были неряшливыми, запущенными, пренебрегали правилами гигиены, выглядели растерянными, беспомощными, у них сужался круг общения Такие больные обнаруживали проявления психоорганического синдрома, при котором быстро появлялись апатичность со снижением побуждений, утратой интересов и инициативы У большей части обследованных пациентов основной группы выявлялась личностная деградация по психопатоподобному типу с преобладанием черт возбудимости, раздражительности, эксцентричности, ригидности, аффективными реакциями злобы Общие признаки личностного регресса характеризуются психической беспомощностью, «недержанием» аффективных реакций, нарастающими мистическими нарушениями

Таким образом, личностные изменения, развивающиеся у больных алкогольной зависимостью с преобладающей наркоманией, приближались к проявлениям алкогольной деградации, но сроки их развития очень сжаты Наиболее выраженные изменения наблюдались в подгруппе больных А+Н-2 у 72% больных выявлялась личностная деградация, у 28% – заострение преморбидных черт В подгруппе А+Н-1 у 56% больных регистрировалось заострение личностных черт В контрольной группе у 52% больных

изменения личности отсутствовали, у 44% - происходило заострение личностных черт, у 4% - деградация

Интеллектуальные нарушения выявлялись у подавляющего большинства больных группы А+Н-2 (88%) Они характеризовались снижением памяти от умеренного до выраженного, нарушением памяти на события недавнего прошлого, вплоть до фиксационной амнезии, трудностями в обучении и решении проблем

Наиболее выраженные социальные последствия наблюдались у больных с тяжелым течением ААС. Большинство пациентов (96%) уклонялись от систематического труда, находились на иждивении близких. Этим больным отличал крайне низкий образовательный уровень, отсутствие профессии, криминальное поведение, более высокая частота совершения уголовных преступлений, они уклоняются от систематического труда, находятся на иждивении близких. Они совершенно утрачивали даже самые примитивные профессиональные навыки, вели паразитический образ жизни. Социальные последствия в подгруппе А+Н- характеризовались прогрессирующим снижением адаптации. Они забрасывали обучение, часто меняли места работы или трудились и учились под строгим контролем родителей. В контрольной группе социальная дезадаптация была выражена менее всего. Больные этой группы изначально отличались более высокими навыками адаптации, что позволяло им занимать достаточно устойчивое социальное положение.

В основной группе была достоверно более высока частота совершения уголовных преступлений, что может быть обусловлено более тяжелыми личностными девиациями.

Катамнестическое исследование показало, что в группе А+Н-1 ремиссия более года была зарегистрирована в 12% случаев, 6-12 месяцев – в 36%, 3-6 месяцев – в 28%, менее 3 месяцев – в 24%. У этих больных можно было добиться систематического наблюдения и поддерживающего лечения.

На высоте обострения влечение к ПАВ, у четверти пациентов отмечались единичные приемы наркотиков, чаще всего препаратов конопли

В группе с тяжелым течением абстинентного синдрома (А+Н-2) более чем у половины больных (52%) рецидив наступал в течение первых 3 месяцев после лечения. Значительная доля больных (32%) возобновляла прием алкоголя в течение 3-6 месяцев после лечения. В этой группе не отмечалось ремиссий более года. Оценка качества ремиссий показывает, что у этих пациентов отсутствует стойкая мотивация на поддержание трезвого образа жизни, после выписки из стационара они избегают поддерживающего лечения, бездеятельны, апатичны, не стремятся к какой-либо деятельности.

Терапевтическая тактика подразумевала решение следующих задач: купирование проявлений ААС, купирование синдрома патологического влечения к ПАВ, лечение последствий хронической интоксикации ПАВ.

Построение патогенетически обоснованной терапевтической тактики включало применение интенсивной многопрофильной инфузионной терапии, в том числе с использованием экстракорпоральных методов. Помимо редукции абстинентной симптоматики это позволяло снизить лекарственную резистентность, обусловленную имеющейся высокой толерантностью больных к алкоголю и опиатам.

Для подавления патологического влечения к ПАВ, купирования дисфорических, поведенческих расстройств использовались нейролептики как короткого, так и пролонгированного действия. Предпочтительным было назначение препаратов с высоким антипсихотическим потенциалом - галоперидол, клопиксол.

Терапию аффективного компонента ПАВ антидепрессантами целесообразнее начинать после купирования алкогольного абстинентного синдрома, предпочтение отдавалось препаратам, обладающим седативным, тимоаналептическим или сбалансированным действием - amitриптилин, анафранил, лсривон, паксил. Применение нейролептиков и антидепрессантов

с мощным анксиолитическим, седативным, вегетокорректирующим и антидепрессивным действием позволяло эффективно купировать доминирующие в структуре ААС и постабстинентного состояния психопатологические расстройства и давало возможность удерживать больного в лечебной программе

При лечении стойких диссомнических расстройств предпочтение отдавалось применению нейролептиков с выраженным гипнотическим эффектом

Для коррекции интеллектуально-мнестической функции и астенического симптомокомплекса, помимо других терапевтических средств назначались ноотропные препараты длительными курсами

Необходимо отметить, что в силу выраженности и напряженности ПВА, крайне низкой критической оценки своего состояния и заболевания в целом у данного контингента больных нецелесообразно проведение запретительных методов лечения

В процессе длительного противорецидивного лечения использовался весь спектр психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, нормотимики и т.д.) Помимо этого важную роль играет длительный (6-12 месяцев) прием блокаторов опиоидных рецепторов (антаксон) в качестве противорецидивной специфической терапии. Больные становились более восприимчивыми к психотерапевтическому воздействию, что создавало, тем самым, предпосылки для более эффективного проведения реабилитационных мероприятий

ВЫВОДЫ

1. Предшествующая опиоидная зависимость существенно изменила большинство основных клинико-динамических параметров алкогольной зависимости. Наряду с сохранением общих закономерностей патокинеза алкоголизма, она определила своеобразие всех этапов его становления и

развития В формирование алкогольной зависимостью у больных ранее злоупотреблявших опиатами отмечаются иные динамические соотношения в синдромокинезе и изменения в структуре стержневых синдромов зависимости

2. Алкогольная зависимость с предшествующей наркотической зависимостью является неблагоприятным вариантом аддикции, который характеризуется высокой частотой наследственной отягощенности, личностными девиациями в преморбиде, ранним установлением систематического употребления ПАВ и ускоренным формированием синдромов зависимости

3. Зависимость от опиатов является фактором, существенно влияющим на основные клинико-динамические параметры алкогольной зависимости Синдром измененной реактивности характеризуется выраженным ростом толерантности к алкоголю с установлением максимальных доз в короткие сроки и постоянной формой злоупотребления алкоголем Синдром патологического влечения характеризуется ускоренным сроком формирования, тяжестью клинических (аффективных, поведенческих, идеаторных, вегетативных) проявлений, протекает в генерализованной форме, достоверно реже наблюдается парциальнь ⁴ вариант

4. Для больных с алкогольной зависимостью, ранее употреблявших опиаты характерна общность клинической картины острой интоксикации, возникающей при приеме различных психоактивных веществ с изначально редуцированным эйфорическим эффектом и преобладанием седации, рауша и оглушенности

5. В структуре алкогольного абстинентного синдрома превалируют психопатологические расстройства. аффективные, поведенческие и диссомнические Характерны часто возникающие психогические эпизоды, протекающие по экзогенному типу, параноидные переживания, состояние транзиторного слабоумия, затяжнос существование астенических и

диссомнических расстройств. Длительность ААС составляет от 10 до 14 дней, что статистически достоверно больше, чем у больных с алкогольной зависимостью без предшествующей наркомании.

6 У больных алкогольной зависимостью, ранее употреблявших опиаты, статистически достоверно чаще отмечаются тяжелые медицинские и социальные последствия хронической интоксикации ПАВ.

Соматоневрологические последствия представлены поражениями печени смешанной этиологии, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, кардиомиопатиями, энцефалопатиями, инфекционными осложнениями употребления наркотиков (вирусные гепатиты, ВИЧ).

7 Изменения личности характеризуются быстрым нивелированием премоурбидных индивидуальных особенностей. Достоверно чаще наблюдается деградация по психопатоподобному типу.

Социальная дезадаптация характеризуется отсутствием или полной утратой профессиональных навыков, уклонением от систематического труда, крайне низким образовательным уровнем, криминальным поведением.

8 Построение оптимальной терапевтической тактики требует раннего применения интенсивной детоксикации, в первую очередь, инфузионных и экстракорпоральных методов в комбинации с ненаркотическими антагонистами опиатов. Эффективно применение нейрорепрессантов и антидепрессантов новых поколений с мощным анксиолитическим, седативным, вегетокорректирующим и антидепрессивным действием, что дает возможность дольше удерживать больного в лечебной программе, делает их более восприимчивыми к психотерапевтическому воздействию и создает предпосылки для более эффективного проведения реабилитационных мероприятий.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1 Винникова М А, Русинова О И Использование коаксила при лечении аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью //Ж Вопросы наркологии – 2002 №4 – С 16–22

2 Иванец Н Н, Винникова М А., Русинова О И Перспективы применения нестероидных противовоспалительных препаратов в наркологической клинике (на примере кетанова) //Ж Вопросы наркологии – 2003 №6 – С 6 – 15

3 М А Винникова, О И Русинова Возможности использования клопиксола (зуклопентиксола) при лечении больных героиновой зависимостью //Ж Психиатрия и Психофармакотерапия – 2003 Т 5 №4 – С – 153-156

4. О И Русинова, М А Рослова, А С. Лобачева Новые подходы к комплексному лечению алкогольного абстинентного синдрома //Материалы научной программы «Аптрека-2004» (26 10 – 30 10) – Тезисы докладов - М - 2004 – С 58-59

5 О И Русинова Клинические особенности и терапия алкогольной зависимости у больных, ранее употреблявших опиаты //Ж Вопросы наркологии – 2007 №6 С 17-24

6 О I Rusinova, D V Borisov Non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of opiate withdrawal syndrome. // Eur Neuropsychopharmacology. - 2005 - V 15 - S 2 - P S290

Отпечатано в Типографии ООО «Образ 5»,
105568 Москва, ул. Челябинская, д. 8, Тел. 307-16-50
Заказ № 56214, Тираж 100 экз
Отпечатано 19 ноября 2007 г.