



На правах рукописи



ГАСПЕР ИГОРЬ БОРИСОВИЧ

**Динамика героиновой наркомании при
присоединении соматогенной
психопатологии**

14.00.45 – наркология

**Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

23 ОКТ 2008

Москва – 2008

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 ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук,
профессор

Альтшулер Владимир Борисович

кандидат медицинских наук,
доцент

Баринев Александр Максимович

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

Защита состоится « 25 » ноября 2008 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 по адресу: 119002, г. Москва Малый Могильцевский пер., д.3.

Автореферат разослан « » октября 2008 г.

Ученый секретарь совета
кандидат биологических наук

Львова Ольга Федоровна

1. Общая характеристика работы

Актуальность проблемы.

Помимо криминальных, социальных и трудовых проблем, - повышенный риск оказаться в опасной для жизни ситуации – неизбежный компонент аддиктивного поведения. Наиболее частыми среди подобных ситуаций являются реально угрожающие физическому существованию несчастные случаи, - катастрофические состояния, связанные со злоупотреблением наркотиками и наркотическим одурманиванием, - острые отравления («передозировки»), бытовые и дорожные травмы.

Отравления наркотиками («передозировки») и травмы являются, по мнению большинства исследователей, основной причиной смертности среди больных героиновой наркоманией (Осташевская Н.Г., Надточий А.А., 1987; Мандель А.И., 2000; Нужный В.П., Огурцов П.П., 2002; Zador D., 1992; Andersen S.N., Skullerud K., 1999), особенно на начальном этапе болезни (Шамота А.З., 2000; Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А., 2006). Как отравления, так и физические травмы оказывают сложное, полипатогенное разрушительное воздействие на организм в результате эффекта ряда общих патогенетических механизмов: шока (как травматического, так и токсического), гипоксии, полиорганной недостаточности (Лыткин М.И., Костин Э.Д., 1980; Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л., 1997; Лейдерман И.Н., 1999; Austin L., Godleski L., 1999). Одновременно, и сама угрожающая жизни ситуация оказывается для пациентов значительным психогенным стрессорным фактором, составляющим содержание так называемой «внутренней картины» болезни (Лопаткин Н.А., Коркина М.В., Цивилько М.А., 1971; Лурия Р.А., 1977; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980; Молодецких В.А., 1995; Чирко В.В., Дёмина М.В., 2002; Abbasi K., 1998).

Эти проблемы (accidental man-made traumatic events; accidental physical failure; multiorgan failure) находятся в центре внимания теории и практики современной ургентной медицинской помощи (Back S., Dansky V., Coffey S., 2000; Bonin M.F., Norton G.R., Asmundson G.J., 2000). Вместе с тем, вопросы их мультидисциплинарного исследования в свете задач комплексного лечения наркологических больных остаются далекими от разрешения (Александрова Н.В., 1984; Пырков П.П., 2004; Thorley A., 1978).

Подавляющее большинство больных героиновой наркоманией неоднократно оказывались жертвами подобных несчастных случаев, представляющих большую опасность для жизни и требовавших экстренных медицинских вмешательств: сложных и длительных реанимационных мероприятий, продолжительного лечения в специализированных учреждениях (Behrendt C.E., 2000; Breslau N., 2000). Однако, до настоящего времени медицинская помощь им по существу ограничивается лишь неотложными реанимационными мероприятиями. Тогда как реального

терапевтического воздействия на первопричину физических катастроф – аддиктивную патологию, т.е., – специальной психиатрической и наркологической помощи эти больные оказываются лишены. В результате большинство больных возвращается к приему наркотиков, и происходит повторение подчас фатальных «передозировок» и травматизации (Ворошилин С.И., 1984; Vigmes P., Hazane F., 1999).

Во многом это положение обусловлено тем, что психические расстройства у больных наркоманией, связанные с перенесенными ими угрожающими жизни несчастными случаями, как в структурно-синдромальном плане, так и в плане их течения, остаются ещё мало изученными, что существенно препятствует разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных подходов.

Указанные обстоятельства определили цель настоящей работы и её задачи.

Цель работы

Изучение клинки и динамики соматогенно-стрессорных психических нарушений, развившихся у больных героинной наркоманией после перенесенных угрожающих жизни несчастных случаев и их влияния на клиническую динамику наркотической зависимости, для выработки терапевтической тактики.

Задачи исследования

1. Изучить структурно-синдромальные особенности психических нарушений, развившихся у больных героинной зависимостью после тяжелых соматических расстройств, вызванных отравлениями наркотиками и травмами.

2. Выделить особенности «внутренней картины болезни» и клинические варианты личностных изменений у больных героинной наркоманией в процессе лечения присоединившегося соматического расстройства.

3. Изучить закономерности взаимовлияния соматогенно-стрессорных психических нарушений и клинической динамики героинной наркомании.

4. Разработать подходы к лечению и реабилитации больных героинной наркоманией с перенесенными соматогенно-стрессорными расстройствами.

Научная повизна и практическая значимость

Впервые на репрезентативном материале изучены особенности симптоматики и последствия психических нарушений у больных героинной наркоманией, вызванных соматогенно-стрессорными факторами в результате перенесенных угрожающих жизни соматических катастроф – несчастных случаев - острых наркотических отравлений («передозировок») и тяжелых физических травм.

Практическое значение работы состоит в том, что знание закономерностей клиники психических нарушений, развившихся у больных наркоманией в связи с физическими катастрофами, будет способствовать уточнению состояний наименьшей активности патологического влечения, то есть, - наиболее благоприятных в плане наркологической «терапевтической готовности» больных.

Практическое значение исследования состоит также в осуществлении среди наркологических больных мер профилактики повторных угрожающих жизни физических катастроф, связанных с отравлениями и травмами. Практическое значение имеет также разработка комплексных медикаментозных и психотерапевтических методов коррекции и реконструкции личности больных наркоманией.

Полученные данные о динамике стержневого синдрома зависимости – патологического влечения после развития у больных опасной соматической патологии должны послужить научным обоснованием более интенсивных профилактических и терапевтических мероприятий в отношении этого контингента наркозависимых.

Впервые выделены клинические варианты и границы изменений личности у больных героиневой наркоманией с тяжелой соматической патологией.

Реализация результатов работы

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинических отделений НИЦ 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 НИЦ наркологии.

Положения, выносимые на защиту

Тяжелые отравления и травмы вызывают у больных героиневой наркоманией широкий спектр полиморфных соматогенно-стрессорных психических расстройств, оказывающих существенное трансформирующее влияние на патопластику синдрома зависимости и дальнейшее течение наркомании.

С одной стороны, это собственно психические нарушения, непосредственно обусловленные соматогенными факторами – интоксикацией, гипоксией, полиорганной недостаточностью.

С другой – это психогенные нарушения, - личностная переработка пациентом перенесенной катастрофы и вызванным ею стрессом – длительным переживанием физической беспомощности и «балансирования на грани жизни и смерти». Подобные психогенные нарушения составляют содержание «внутренней картины болезни», формирование и особенности которой определяются как личностными особенностями больных, так и

тяжестью, этапом и типом течения физического расстройтва (физической катастрофы).

Ведущее место в клинической картине соматогенно-стрессорных психических нарушений у больных героиновой наркоманией занимает астенический синдром.

При продолжительном существовании физической недостаточности формируются личностные сдвиги сложной природы, проявляющиеся в виде: 1. Астено-гипотимического развития со сглаживанием психического инфантилизма (maturing-out), взросления и трансформации отношения к аддикции. 2. Псевдоневротического (астенического, тревожно-фобического, ипохондрического) развития. 3. Энцефалопатического синдрома, представленного в виде астенического, дисфорического и эйфорического вариантов.

Апробация работы

Материалы исследования доложены на заседаниях Проблемной комиссии и научных конференциях ННЦ наркологии Росздрава (2005-2007), 6 Всероссийском медицинском форуме (Москва, октябрь 2006).

Публикация результатов исследования

Материалы диссертации отражены в 4 научных публикациях, список которых приводится в автореферате.

Объем и структура диссертации

Работа имеет объем 142 машинописных страниц, из которых 120 основного текста, состоит из введения, 4 глав (1 – Общие сведения о проблеме по данным современной литературы; 2 – Общая характеристика наблюдавшихся больных и методов исследования; 3 – Клинические варианты соматогенных психических расстройств, развившихся у больных наркоманией после тяжелых травм и отравлений; 4 – Динамика соматогенных личностных изменений); заключения, выводов, указателя литературы, включающего 295 наименований (140 отечественных и 155 зарубежных изданий), 26 таблиц.

2. Материал и методы исследования:

Проведено рандомизированное контролируемое исследование 115 больных опиной (героиновой) наркоманией (все мужчины), перенесших тяжелые острые соматические расстройства – отравления и травмы, потребовавшие длительного стационарного лечения. Острые отравления наркотиками («передозировки») перенесли 80 человек. Средняя длительность пребывания на стационарном лечении в специализированных токсикологических отделениях по поводу отравлений составляла у них $26 \pm 4,5$ дней. Тяжелые травмы, также связанные с приемом наркотиков (падение с высоты, управление автомобилем или мотоциклом в состоянии одурманивания, наезд автотранспортных средств и пр.), имели место у 35. Средняя длительность пребывания в травматологических отделениях составляла $64 \pm 4,4$ дня. Общей особенностью клинической картины и у

больных, перенесших отравления, и у перенесших травмы, являлось наличие тяжелой неспецифической патологии – синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), явившимся критерием тяжести состояния больных и главной причиной их длительного лечения. Возраст больных колебался от 20 до 52 лет (в среднем $25,1 \pm 4,8$). Длительность героиновой наркомании составляла от 3 до 12 лет ($5,1 \pm 2,2$). Диагноз героиновой наркомании устанавливался на основании наличия ведущих признаков зависимости: патологического влечения к наркотику, развития состояний лишения, изменений толерантности. По МКБ-10 диагноз у больных формулировался как «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов: синдром зависимости, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление» (код F11.21). Все больные ранее уже проходили лечение в наркологических учреждениях. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей соматической и психической патологией.

Исследования больных осуществлялись в Московском городском центре лечения острых отравлений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, токсикологическом отделении городской больницы № 33 им. проф. А.А. Остроумова, и в травматологических отделениях НИИ СП им. Н.В.Склифосовского. После выписки – на базе Московского научно-практического центра наркологии и в амбулаторных условиях. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с последующим катамнестическим наблюдением через 6 и 12 месяцев. Дополнительно использовались шкалы тяжести патологического влечения (М.А. Винниковой, 2004), общего клинического впечатления, тревоги Шихана, нарушений нозогнозии (М.В. Дёминой, 2004). Из 170 первоначально набранных больных, из исследования по разным причинам выбыло 55 человек.

Больные были условно разделены на 2 основные группы.

I – 63 человека (42 – с отравлениями, 21 – с травмами), получавшие в период лечения соматических расстройств дополнительную специальную наркологическую помощь.

II – 52 человека (38 – с отравлениями, 14 – с травмами). Им в период лечения соматических расстройств специальной наркологической помощи не проводилось.

Анализ полученного материала проводился с помощью статистического пакета SPSS 10.0 for Windows. В зависимости от конкретных задач исследования применялись следующие методы расчета: для сравнения независимых выборок – непараметрический тест Манна-Уитни, для сравнения попарно связанных выборок – непараметрический тест Вилкоксона, для анализа парных корреляционных соотношений

непараметрических переменных – бивариантная непараметрическая корреляция Спирмана и критерий хи-квадрат.

Схема оценки коэффициента корреляции

Оценка уровня корреляции	Величина коэффициента корреляции при наличии:	
	прямой связи	обратной связи
Слабая	0–0,29	0–(-0,29)
Умеренная	0,3–0,69	(-0,3)–(-0,69)
Сильная	0,7–1,0	(-0,7)–(-1,0)

3. Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что тяжелые соматические поражения, произошедшие в результате несчастных случаев (отравления и травмы), связанных с приемом наркотиков вызывали у больных героиновой наркоманией широкий спектр полиморфных соматогенно-стрессорных психических расстройств. Их развитие не было связано с какими-либо узко специфическими особенностями отдельных видов несчастных случаев, а было инициировано одним общепатологическим синдромом, через который в организме реализуется действие любой острой соматической катастрофы – синдромом полиорганной недостаточности. Тяжесть и длительность СПОН явились главными факторами, определяющими структурно-синдромальное содержание и динамику соматогенных психопатологических нарушений.

Феноменологическое содержание психических нарушений оценивалось на основании тщательного клинического наблюдения, регистрирующего как ведущие психопатологические синдромы, так и чувственное переживание больным своей болезни, интеллектуальную переработку ее, самоанализ, критическую самооценку. Это дало возможность условно разделить клинические проявления данных психических расстройств на две неразрывно связанные между собой основные группы.

Первую группу представляли психические нарушения, непосредственно обусловленные соматогенными факторами – интоксикацией, гипоксией, полиорганной недостаточностью. К ним относились помрачения сознания различной структуры, глубины и продолжительности, наблюдавшиеся непосредственно после выхода из состояния комы, а также последующие различные психические нарушения экзогенного типа.

Вторая группа являлась продуктом личностной переработки пациентом перенесенной катастрофы и составляла содержание «внутренней картины болезни», формирование и структура которой определялись как личностными особенностями больных, так и этапом, тяжестью и длительностью течения физического расстройства.

Первая группа психических нарушений, в свою очередь, включала две подгруппы синдромов: «*слабые*», прослеживающиеся на протяжении всего периода пребывания пациента в специализированном отделении, и *преходящие*, или транзиторные, возникавшие в виде кратковременных эпизодов.

Среди облигатных *сквозных* психопатологических синдромов у всех наблюдававшихся больных ведущее место занимал *астенический синдром*, особенности которого зависели не столько от вида, сколько от тяжести физической катастрофы. Астенические состояния у наблюдававшихся больных были чрезвычайно полиморфны, но типичными и постоянными в их структуре являлись: повышенная утомляемость, трудность концентрирования внимания; замедление восприятия, эмоциональная лабильность, быстрая отвлекаемость. У них отмечалась также гиперестезия, выражавшаяся в непереносимости резких раздражителей – состояние гиперестетически-эмоциональной слабости (К. Vonhoeffcr). Глубина астенических расстройств была тесно связана с тяжестью полиорганной недостаточности.

Важной особенностью «астенического мышления» у 26 (22,6%) наблюдававшихся больных была тенденция к «критическому переосмыслению», «пересмотру» своей наркотической зависимости. Пребывание в течение многих дней, а иногда и недель в состоянии физической беспомощности - «между жизнью и смертью» заставляло пациентов «пересмотреть прошлое», «отказаться от прежних заблуждений». У больных происходило перераспределение личностных радикалов в виде сглаживания психического инфантилизма – базисного личностного свойства всех больных наркоманией (Дёмина М.В., 1999, 2005; Чирко В.В. 2002, 2006). Суждения больных становились более зрелыми, наблюдался значительный отход от прежних инфантильно-наивных деклараций. Эмоциональный фон этих больных можно было охарактеризовать как гипотимический. Общей нитью высказываний больных была тема пережитого «горького опыта».

Таким образом, наблюдался феномен «созревания ценой потери», описывающийся в американской наркологической литературе как феномен «*maturing-out*».

Анализ взаимосвязи соматогенно обусловленного астенического синдрома и стержневых синдромов наркомании у всех исследованных больных дал подтверждение известной закономерности сомато-психического, а в нашем контексте – «сомато-аддиктивного» балансирования (С.В. Котов, 2003; М.В. Дёмина, 2005). *Соматическая астения подавляла стержневые синдромы зависимости, тогда как редукция астенического синдрома способствовала их возврату.*

Среди других «сквозных» психопатологических расстройств, возникших на фоне соматогенной астении, наблюдался ряд стойких *полиморфных невротоподобных, депрессивных, ипохондрических и психопатоподобных нарушений*. Они отмечены нами у 58 (50,4%) пациентов. Психопатоподобные расстройства выражались в нарастании эгоизма, эгоцентризма, гипертрофированной фиксации на своем самочувствии, угрюмости, подозрительности, неприязненным, настороженным, а иногда и враждебном отношении к окружающим, истериформных реакциях. Депрессивные состояния у наблюдавшихся больных отличалась от обычной депрессии приглушенностью, отсутствием яркой выразительности. Преобладала апатия и гипобулия, а не собственно гипотимия. Чем тяжелее было соматическое поражение, тем атипичнее протекало депрессивное состояние. При относительно благоприятном соматическом состоянии депрессии характеризовались подавленностью, плаксивостью, тревогой за будущее, идеями самообвинения. То есть, на общем астеническом фоне перераспределение личностных радикалов у этой части больных протекало по *псевдоневротической* модальности.

Энцефалопатический, или психоорганический, синдром выступал в качестве наиболее тяжелого психопатологического состояния, формирующегося при полиорганной недостаточности. В структуре энцефалопатического синдрома имели место все три его облигатных компонента: психическая беспомощность, недержание аффекта и мнестические расстройства. Он был отмечен у 31 (26,9%) больного в виде астенического (12 больных или 10,4%), эксплозивного (13 больных или 11,3%) и эйфорического (6 человек или 5,2%) вариантов.

Преходящие синдромы включали в себя различные проявления помрачения сознания и параноидные, а точнее – бредоподобные переживания.

При острых проявлениях интоксикации и посттравматического шока с развивающейся полиорганной недостаточностью по выходе из сопорозного или коматозного состояния нередко имели место резидуальные *транзиторные помрачения сознания*, различной продолжительности, глубины и структуры, возникавшие на астенически-адинамическом фоне. Их обнаруживали 18 (15,7%) больных. В основном встречались такие синдромы, как оглушение, рудиментарные делириозные эпизоды, амсативноподобные явления.

В ряду дополнительных преходящих симптомов, развившихся на фоне астении, значительное место занимали параноидные расстройства. Астеническое состояние сказывалось, прежде всего, в изменениях мышления, что дало основание для специального его описания как «астенического мышления» (Авербух Е.С., Бамдас Б.С. и др.). Оно обнаруживалось в невозможности концентрации внимания и необычайной

легкости возникновения *бредоподобных идей*, которые зависли главным образом от явственной недоосмысленности. Содержание бредовых переживаний можно охарактеризовать как сенситивные идеи отношения. Их важной отличительной особенностью от процессуального бреда являлось отсутствие полной категоричности и убежденности в высказываниях, а также то, что больные легко поддавались разубеждению. Всего бредоподобные нарушения обнаруживали 28 (24,3%) больных. Возникли они в основном в течение первой недели пребывания в стационаре. Продолжительность бредоподобных синдромов была невелика, - как правило, они обнаруживались в течение нескольких суток.

Вторая группа психических нарушений представляла собой ряд вариантов внутренней картины болезни.

В группе больных с ведущей психопатологической симптоматикой, представленной *астено-гипотимическими* проявлениями со сглаживанием психического инфантилизма - по типу «*созревания ценной потери*» или «*maturing-out*» (26 человек или 22,6% от общего числа наблюдавшихся пациентов), внутренняя картина болезни характеризовалась следующими особенностями. Эти больные обнаруживали наиболее адекватное переживание болезни: они признавали наличие основных симптомов наркомании, адекватно оценивали вред болезни и проявляли наибольшую заинтересованность в лечении. Нарушения нозогнозии у этих больных проявлялись лишь в виде отчуждения воспоминаний о прошлой болезни (фальсификации анамнеза), а также «оправдывающих» «рациональных объяснений» приема наркотиков и вынужденной заинтересованностью в лечении. По шкале М.В. Дёминой средний суммарный балл нарушений нозогнозии у больных этой группы составил $22,2 \pm 0,8$ в начале лечения и $21,2 \pm 1,1$ перед выпиской (различия не достоверны).

По шкале М.А. Вишиковой средний суммарный балл патологического влечения составил $6,2 \pm 0,4$ в начале лечения и $6,1 \pm 0,1$ перед выпиской. Исходя из того, что подобное состояние оказалось «сквозным синдромом» на всем протяжении коморбидного расстройства, симптоматику этих больных мы отнесли к *типу А*.

Особенности внутренней картины болезни у больных с *псевдоневротическим типом* ведущей психопатологической симптоматики (58 человек или 50,4%) характеризовались тенденцией к приуменьшению тяжести наркомании, формальной констатацией её вреда. Нарушения нозогнозии были представлены более широким спектром отчуждения симптомов. Отношение к лечению основного заболевания - наркомании было колеблющимся, - наиболее заинтересованном лишь в периоды ухудшения физического состояния. По шкале М.В. Дёминой средний суммарный балл нарушений нозогнозии у больных этой группы составил $29,2 \pm 0,7$ в начале лечения и $27,2 \pm 1,3$ перед выпиской (различия

недостовверно). По шкале М.А. Винниковой средний суммарный балл патологического влечения составил $11,1 \pm 0,5$ в начале лечения и $8,2 \pm 0,4$ перед выпиской.

Психопатологическую симптоматику этих больных мы отнесли к *типу Б*.

Больные со «сквозной» психопатологической симптоматикой, представленной *энцефалопатическими* расстройствами (31 больной или 26,9%) обнаруживали наиболее выраженные нарушения нозогнозии в виде отрицания симптомов наркотической зависимости, отрицания тяжести болезни и наибольшую резистентность к противонаркотическому лечению. Отношение к лечению основного заболевания – героиновой зависимости, как и в группе больных с ведущей псевдоневротической симптоматикой было колеблющимся, - наиболее заинтересованном лишь в периоды ухудшения физического состояния. На первом месте в оценке вреда также фигурировали социальные потери. О вреде собственному здоровью говорилось уже в последнюю очередь. По шкале М.В. Дёминой средний суммарный балл нарушений нозогнозии у больных этой группы составил $39,2 \pm 0,8$ в начале лечения и $37,1 \pm 1,3$ перед выпиской (различие недостоверно). По шкале М.А. Винниковой средний суммарный балл патологического влечения составил $14,4 \pm 0,7$ в начале лечения и $9,1 \pm 0,3$ перед выпиской.

Симптоматику этих больных мы условно отнесли к *типу В*.

Внутригрупповые статистические значения нарушений нозогнозии и патологического влечения в начале и в конце лечения оказались недостоверными. Тогда как межгрупповые различия показали высокую достоверность ($p < 0,05$), что объективно подтверждает правомерность выделения клинически дифференцированных групп больных.

Таблица № 1

Динамика нарушения нозогнозии в процессе лечения в группах с разными типами клинической симптоматики

Тип клинической симптоматики	Нарушения нозогнозии		
	В начале лечения	При выписке	P
А	$22,2 \pm 0,8$	$21,2 \pm 1,1$	0,056
Б	$29,2 \pm 0,7$	$27,2 \pm 1,3$	0,156
В	$39,2 \pm 0,8$	$37,1 \pm 1,3$	0,085

Таблица № 1.1

Значения статистической достоверности (P) межгрупповых различий нарушения нозогнозии у больных с разными типами клинической симптоматики в начале лечения

	А	Б
А	-	-
Б	0,000	-
В	0,000	0,000

Таблица № 1.2

Значения статистической достоверности (P) межгрупповых различий нарушения нозогнозии у больных с разными типами клинической симптоматики при выписке

	А	Б
А	-	-
Б	0,000	-
В	0,000	0,000

Таблица № 2

Динамика выраженности патологического влечения к алкоголю в процессе лечения в группах с разными типами клинической симптоматики

Тип клинической симптоматики	Патологическое влечение		
	В начале лечения	При выписке	P
А	6,2±0,4	6,1±0,1	0,739
Б	11,1±0,5	8,2±0,4	0,217
В	14,1±0,7	9,1±0,8	0,156

Таблица № 2.1

Значения статистической достоверности (P) межгрупповых различий выраженности патологического влечения к алкоголю в процессе лечения у больных с разными типами клинической симптоматики в начале лечения

	А	Б
А	-	-
Б	0,000	-
В	0,000	0,000

Таблица № 2.2

Значения статистической достоверности (P) межгрупповых различий выраженности патологического влечения к алкоголю у больных с разными типами клинической симптоматики при выписке

	А	Б
А	-	-
Б	0,000	-
В	0,018	0,077

Предложение о проведении наркологической помощи уже в период лечения физических расстройств нами было сделано всем 115 исследованным пациентам. Согласие дали 63. (I группа больных). Проведение её было согласовано с лечащими врачами специализированных отделений и осуществлялось по информированному согласию пациентов. Основной её задачей было предотвращение актуализации синдрома патологического влечения после его затухания в результате значительной сомато-психической астенизации больных, вызванной тяжелой полиорганной недостаточностью, достижения большей заинтересованности больных в поддерживающем лечении (комплаенса) и обеспечения, тем самым, более эффективного осуществления комплекса реабилитационных мероприятий.

Выбор лечебной тактики был продиктован следующими обстоятельствами. Поскольку в клинической картине соматогенно-стрессорных состояний ведущее место принадлежит тяжелым астеническим расстройствам, на фоне которых развиваются симптомы тревоги, дисфории, депрессии, нарушения сна и поведения, – общие и для развития патологического влечения, в их лечении ведущее значение приобретают транквилизаторы и антидепрессанты новых поколений с анксиолитическим, седативным, вегетокорректирующим и тимолептическим действием. При этом мы обязательно учитывали то обстоятельство, что бензодиазепиновые производные и антидепрессанты новых поколений не оказывают

отрицательного действия на соматическое состояние больных. Назначение лекарственных средств проводилось психиатрами психосоматических отделений соответствующих клиник и в строгом согласовании с врачами токсикологами и травматологами. Лечение начиналось лишь тогда, когда у больных была достигнута стабилизация физического состояния и полностью сглажены клинические проявления синдрома полиорганной недостаточности – нормализовалась температура, исчезала тахикардия, дыхательная и почечная дисфункция.

Назначения антидепрессанта леривона (миансерина) осуществлялись в общепринятых в наркологической практике дозах (60 мг) в течение 21 дня. Феназепам применялся для терапии тревожных и агрипических расстройств в течение первых 7 – 8 дней по 2 мг per os в сутки. В течение всего года после выписки из стационара пациенты I группы принимали налтрексон по 2 таб. (100 мг) x 3 раза в неделю.

Наряду с медикаментозным лечением мы применяли индивидуальную краткосрочную интегративную психотерапию с использованием когнитивно-бихевиоральных и рациональных методик.

Сессии психотерапии проводились 2 раза в неделю; их продолжительность составляла от 30 до 60 минут, в зависимости от тяжести психической астении пациента: по 5-15 минут клиническому обследованию (кроме первой консультации), 15-20 – рациональной терапии, 15-20 – когнитивно-поведенческой терапии.

Эффективность комбинированной медикаментозной терапии в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией верифицировали статистически значимым различием между снижением общей суммы баллов по шкале тревоги Шихана (Sheehan D.V.) и шкале общего клинического впечатления в I и II группах.

Общие результаты комбинированного наркологического лечения больных по формализованным оценкам шкалы Шихана (Sheehan D.V.) изложены в таблице 3.

Таблица № 3

Терапевтическая динамика показателя тревоги по шкале Шихана в основных группах больных в зависимости от типа клинической симптоматики

Группы больных		Показатели шкалы тревоги Шихана		
		До лечения	При выписке	P
I (n 63)	A	42,6±0,9	19,8±0,7	0,001
	B	59,7±1,7	26,3±0,8	0,001
	B	81,7±2,1	39,5±1,4	0,001
II (n 52)	A	44,2±1,5	23,8±1,2	0,002
	B	63,5±1,5	33,2±1,9	0,001
	B	80,4±2,0	54,8±0,4	0,001

Общие результаты комбинированного наркологического лечения больных по формализованным оценкам шкалы общего клинического впечатления приведены в таблицах 4 и 4.1.

Таблица № 4

Структура лечебного эффекта по данным шкалы в зависимости от группы больных и типа клинической симптоматики

Группы больных		Выраженное улучшение n (%)	Умеренное улучшение n (%)	Незначительное улучшение n (%)
I (n 63)	A	10 (71,4%)	4 (28,6%)	0 (0%)
	B	14 (43,8%)	10 (31,2%)	8 (25%)
	B	5 (29,4%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)
II (n 52)	A	5 (41,7%)	4 (33,3%)	3 (25%)
	B	4 (15,4%)	14 (53,8%)	8 (30,8%)
	B	0 (0%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)

Таблица 4.1

Результаты сопоставления эффективности терапии по шкале общего клинического впечатления между больными, получавшими (I группа) и не получавшими (II группа) специальную наркологическую помощь в зависимости от типа клинической симптоматики

Группы больных		Достоверность
Выраженное улучшение	A	0,000
	B	0,019
	B	0,025
Умеренное улучшение	A	0,032
	B	0,009
	B	0,046
Незначительное улучшение	A	0,049
	B	0,772
	B	0,025

Тем самым, к концу лечения в стационаре были выявлены достоверные различия эффективности лечения между I и II группами кроме одного показателя: «незначительное улучшение» у пациентов с ведущей псевдоневротической симптоматикой (тип Б).

Полученные результаты свидетельствуют о достоверно большей эффективности краткосрочной интегративной психотерапии в сочетании с применением анксиолитиков и антидепрессантов в I группе пациентов по сравнению с II (основной и контрольной). Проводимая психофармакотерапия не сопровождалась появлением каких-либо побочных явлений и осложнений и не снижала эффективности лечения соматических расстройств. Это дает основание считать проведение подобной курсовой комбинированной терапии патогенетически обоснованной и необходимой для рассматриваемой категории больных наркоманией.

Второй этап исследований проводился через 6 месяцев после выписки больных из специализированного отделения. Срок 6 месяцев мы выбрали, поскольку такой срок, согласно критериям МКБ-10 является минимальным для подтверждения стойкости тех или иных возникших психических расстройств. В процессе этого этапа исследования мы оценивали и сопоставляли те же, обозначенные выше, группы симптомов: *а/ Психическое и сомато-неврологическое состояние б/ Клиническую динамику наркотической зависимости в/ Изменение социального статуса, уровень социальной адаптации и качества жизни. г/ Наличие повторных отравлений и несчастных случаев.*

Указанные показатели сравнивались у больных, получавших наркологическое лечение, и не получавших его. Тем самым, исследование было строго рандомизированным: сравнивались показатели в двух аналогичных по клинико-демографическим показателям группах пациентов, отличающихся лишь по дополнительному лечению.

Третий этап исследования проводился через 12 месяцев после выписки больных из специализированных отделений. На этом этапе мы проводили сравнительный анализ тех же групп симптомов, что и на втором этапе.

Второй и третий этапы исследования проводились нами на базе Московского научно-практического центра наркологии, а также во время визитов к пациентам на дому. Информацию мы получали также от родственников больных.

В группе больных с психическим статусом типа А – сглаживанием психического инфантилизма - психические изменения, определявшие клиническую картину острого периода соматогенно-стрессорного расстройства, *полностью сохранили свое основное структурно-синдромальное содержание.* Тем самым, они знаменовали

собой развитие «нажитых» морбидных изменений личности, целиком идущих от манифестного фенотипа. Сглаживание психического инфантилизма, достигнутое ценой длительного балансирования между жизнью и смертью, определило начало возрождения индивидуальности, но уже существенно отличающейся от той, которая предшествовала «наркотическому периоду биографии».

Сомато-неврологическое состояние пациентов этой группы определялось характером перенесенной физической катастрофы. Инвалидность по поводу общего заболевания была установлена у 11 больных (у 7 – третья группа, у 4 - вторая).

Вся психическая деятельность больных этой группы шла под знаком своеобразной «печальной мудрости». Во всех проявлениях психической жизни целиком превалировали астено-гипотимические ноты. Суждения и самооценки полностью утратили наивность, беспечность и демонстративно-пренебрежительную самоуверенность. Можно было отметить и активизацию интеллектуальной сферы. Больные стали читать, - несмотря на физическую слабость, самостоятельно возвращались к учебным программам ВУЗов, учебу в которых они давно оставили из-за наркотической зависимости. Некоторые пытались писать стихи или воспоминания о своем наркоманическом опыте. Патологическое влечение к наркотику не актуализировалось ни у одного из пациентов группы А. Возобновление приема наркотиков не было отмечено ни у пациентов, получавших наркологическую помощь, ни у отказавшихся от неё.

Третий этап исследований показал определенное улучшение сомато-неврологической сферы. Инвалидность по поводу общего заболевания имели теперь 7 больных (у 3 – третья группа, у 4 - вторая).

Психический же статус сколько-нибудь существенных изменений не претерпел. Доминирующей оставалась астено-гипотимическая симптоматика. Сохранялись свойственные второму этапу исследований особенности как эмоциональной сферы, так и идеаторные и поведенческие модели. У всех 14 больных I группы имело место стойкое прекращение приема наркотиков, отсутствие признаков актуализации СПВ и «викарного» потребления других ПАВ. Во II группе пациентов (не получавших наркологической помощи в стационаре) стойкое прекращение приема наркотиков имело место у 11 (91,7%), у 1 (8,3%) дважды имели место эпизоды одноразовых интраназальных ингаляций порошка героина, не спровоцировавших, однако, обострения влечения.

Второй этап исследований *в группе больных с психическим статусом типа Б* показал, что их сомато-неврологическое состояние не представляло каких-либо существенных отличий по сравнению больными предыдущей группы. Инвалидность по поводу общего заболевания была установлена у 23 больных (у 9 – третья группа, у 14 - вторая).

Психические изменения, определявшие псевдоневротическое содержание клинической картины острого периода соматогенно-стрессорного расстройства, также *полностью сохранили свое основное структурно-синдромальное содержание*. Тем самым, развитие «нажитых» морбидных изменений личности (астенического, obsессивно-фобического, психопатологического, депрессивного, психоневротического плана), полностью определялось характером манифестного фенотипа. Имела место и своеобразная «инволюционная регрессия» с постоянным недовольством всем и вся, брюзжанием, ворчливостью, придирчивостью к близким.

Больные фактически целиком находились на изживении родственников, постоянно не работали, иногда имели случайные заработки.

Взаимосвязи ведущей псевдоневротической симптоматики с ведущими аддиктивными синдромами здесь существенно отличались от таковых у больных с симптоматикой типа А. Среди больных, получавших наркологическую помощь в стационаре (32 человека), стойкое воздержание от наркотиков в течение первых 6 месяцев имело место у 20 (62,5%). Эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 10 (31,2%) больных. Возврат к систематическому приему произошел у 2 (6,3%). Среди больных, отказавшихся от наркологической помощи (26 человек), полное воздержание от наркотиков в течение 6 месяцев отмечено у 12 (46,1%) больных, эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался также у 12 (46,1%) больных. Возврат к систематическому приему произошел у 2 (7,8%).

Третий этап исследований больных с ведущей псевдоневротической симптоматикой не показал каких-либо существенных изменений в их сомато-неврологических показателях, психическом состоянии и уровне качества жизни. Что же касается аддиктивной симптоматики, то через 12 месяцев среди больных, получавших наркологическое лечение, полное воздержание от наркотиков отмечено у 19 (59,4%) человек, эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 9 (28,1%), возврат к систематическому приему произошел у 4 (12,5%). Среди больных, отказавшихся от наркологической помощи, полное воздержание от наркотиков в течение 12 месяцев отмечено у 10 (38,5%), эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 11 (42,3%), возврат к систематическому приему произошел у 5 (19,2%). Тем самым, больные, получившие раннее дополнительное противонаркотическое лечение, обнаружили достоверно лучшие прогностические показатели.

В группе больных с *психическим статусом типа В* второй этап исследований показал, что сомато-неврологические параметры в целом были сходными с таковыми у больных с симптоматикой типов А и Б. Инвалидность по поводу травм и заболеваний внутренних органов имели 12 больных (по 6 человек с третьей и второй группами инвалидности).

Подтвердилась и стойкость манифестного фенотипа энцефалопатической модальности психических изменений. При астеническом варианте синдрома проявления психической беспомощности были выражены лишь в виде снижения интеллектуальной продуктивности и замедления осмысления. Эксплозивному варианту были свойственны агрессивность, взрывчатость, брутальная аффективная возбудимость, раздражительность. При эйфорическом варианте у больных сохранялся повышенный фон настроения с оттенком благодушия, быстро сменявшееся вспышками гневливости, агрессивности, циничной брани.

У этих больных можно было констатировать и наименьший уровень социальной адаптации. Большинство больных вело иждивенческий образ жизни, лишь некоторые из них имели случайные заработки, выполняя неквалифицированную, подсобную работу.

Особенности аддиктивной симптоматики у пациентов с энцефалопатическими нарушениями характеризовались тем, то через 6 месяцев среди больных, получавших наркологическое лечение (17), полное воздержание от наркотиков отмечено у 7 (41,2%) человек, эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 5 (29,4%), возврат к систематическому приему произошел также у 5 (29,4%). Среди больных, отказавшихся от наркологической помощи (14), полное воздержание от наркотиков в течение 6 месяцев отмечено лишь у 3 (21,4%), эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 4 (28,6%), возврат к систематическому приему произошел у 7 (50%). Тем самым, больные, получившие ранее дополнительное противонаркотическое лечение, и здесь обнаружили достоверно лучшие прогностические показатели.

К третьему этапу исследований у больных группы В можно было отметить статистически достоверное перераспределение структуры психоорганического снижения.

Таблица № 5

Динамика соотношения структур вариантов энцефалопатии в зависимости от этапа исследования

Варианты энцефалопатии (n=31)	Этапы исследований		
	Первый	Второй	Третий
Астенический	12 (38,7%)	11 (35,5%)	11 (35,5%)
Дисфорический	13 (41,9%)	15 (48,9%)	17 (54,8%)
Эйфорический	6 (19,4%)	5 (16,1%)	4 (12,9%)

Таблица 5.1

Динамика соотношения структур вариантов энцефалопатии в зависимости от этапа исследования (кросскорреляционная решетка двухсторонней бивариантной непараметрической корреляции Спирмана)

	Первый этап	Второй этап
Первый этап	–	–
Второй этап	0,941**	–
Третий этап	0,918**	0,977**

Примечание:

** – коэффициент корреляции достоверен при уровне $p \leq 0,01$

Из таблицы №5 видно, что в психопатологической структуре энцефалопатического синдрома стала существенно преобладать дисфорическая симптоматика (отличающаяся, как известно, большей синтропией к СПВ), что, по-видимому, явилось одним из факторов, определивших тенденцию к рецидивированию героиновой аддикции и повторным отравлениям наркотиками в этой группе больных.

Это подтверждается данными вычисления коэффициента корреляции (см. таблицу №6.1), подтверждающим высокую силу прямой связи между исследуемыми показателями: в каждом случае коэффициент корреляции превышает уровень 0,9.

Что же касается аддиктивной симптоматики, то через 12 месяцев среди больных с симптоматикой типа В, получавших наркологическое лечение, полное воздержание от наркотиков отмечено у 5 (29,4%) человек, эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался у 4 (23,5%), возврат к систематическому приему произошел у 8 (47,1%). Среди больных, отказавшихся от наркологической помощи, полное воздержание от наркотиков в течение 12 месяцев отмечено лишь у 1 (7,1%), эпизодический прием наркотиков без развития рецидива наблюдался также у 1 (7,1%), возврат к систематическому приему произошел у 12 (85,8%).

Обобщенные сравнительные данные, показывающие эффективность комплексного противонаркотического лечения после выписки больных из специализированных учреждений, представлена в таблице 6, 6.1, 7 и 7.1.

Таблица 6

Основные характеристики динамики заболевания по результатам второго
этапа исследований (катамнез 6 месяцев)

Клинические признаки	I группа			II группа		
	Тип А	Тип Б	Тип В	Тип А	Тип Б	Тип В
Полное воздержание от приема наркотиков	14 100%	20 62,5%	7 41,2%	12 100 %	12 46,1%	3 21,4%
Эпизодический прием без развития рецидива	0	10 31,2%	5 29,4%	0	12 46,1%	4 28,6%
Возврат к систематическому приему	0	2 6,3%	5 29,4%	0	2 7,8%	7 50%
Всего:	14	32	17	12	26	14

Таблица 6.1

Результаты сопоставления эффективности терапии между больными, получавшими (I группа) и не получавшими (II группа) специальную наркологическую помощь в зависимости от типа клинической симптоматики (катамнез 6 месяцев)

Группы больных	Достоверность	
Полное воздержание от приема наркотиков	А	0,001
	Б	0,019
	В	0,035
Эпизодический прием без развития рецидива	А	0,025
	Б	0,009
	В	0,045
Возврат к систематическому приему	А	0,016
	Б	0,017
	В	0,028

Таблица № 7

Основные характеристики динамики заболевания по результатам второго этапа исследований (катамнез 12 месяцев)

Клинические признаки	I группа			II группа		
	Тип А	Тип Б	Тип В	Тип А	Тип Б	Тип В
Полное воздержание от приема наркотиков	14 100%	19 59,4%	5 29,4%	11 91,7%	10 38,5%	1 7,1%
Эпизодический прием без развития рецидива	0	9 28,1%	4 23,5%	1 8,3%	11 42,3%	1 7,1%
Возврат к систематическому приему	0	4 12,5%	8 47,1%	0	5 19,2%	12 85,8%
Всего:	14	32	17	12	26	14

Таблица 7.1

Результаты сопоставления эффективности терапии между больными, получавшими (I группа) и не получавшими (II группа) специальную наркологическую помощь в зависимости от типа клинической симптоматики (катамнез 12 месяцев)

Группы больных	Достоверность	
Полное воздержание от приема наркотиков	А	0,001
	Б	0,019
	В	0,015
Эпизодический прием без развития рецидива	А	0,005
	Б	0,044
	В	0,011
Возврат к систематическому приему	А	0,031
	Б	0,004
	В	0,025

Итак, наиболее благоприятным в прогностическом плане в связи с угасанием патологического влечения и возможностью стойкого прекращения приема наркотиков оказался вариант соматогенно-

стрессорного психического расстройства (ССПР), характеризующийся сглаживанием черт психического инфантилизма.

Менее благоприятным оказался прогноз зависимости при псевдоневротическом развитии личности после ССПР.

Наименее благоприятным, как в плане возврата к наркотикам, так и прогрессирования деменции, оказался прогноз героиновой наркомании при энцефалопатическом варианте ССПР.

Результаты лечения показали, что применение анксиолитиков и антидепрессантов в сочетании с интегративной краткосрочной психотерапией обеспечивало достоверно большие возможности стойкого воздержания от приема наркотиков не только у больных с «maturing-out», но также и с псевдоневротическим и энцефалопатическим вариантами соматогенно-стрессорных психических расстройств.

Выводы

1. Тяжелые острые отравления героином и физические травмы, связанные с рискованным аддиктивным поведением, вызывают у больных широкий спектр полиморфных соматогенно-стрессорных психических расстройств, оказывающих существенное трансформирующее влияние на патофизику патологического влечения к наркотику и дальнейшее течение наркомании.

2. С одной стороны, это собственно психические нарушения, непосредственно обусловленные соматогенными факторами – интоксикацией, гипоксией, полиорганной недостаточностью.

С другой – это психогенные нарушения, - личностная переработка пациентом перенесенной катастрофы, составляющие содержание «внутренней картины болезни», формирование и особенности которой определяются как личностными особенностями больных, так и тяжестью, этапом и типом течения физического расстройства (физической катастрофы).

3. Ведущее место в клинической картине соматогенно-стрессорных психических нарушений у больных героиновой наркоманией занимает астенический синдром. Астенический радикал в течении коморбидного процесса определяет всё патофизиологическое изменение стержневых синдромов наркомании. Соматогенная астения нивелирует проявления синдрома патологического влечения к наркотикам и препятствует его актуализации. На этом фоне больные героиновой наркоманией обнаруживали наибольшую мотивацию к лечению. При сглаживании соматогенной астении патологическое влечение обостряется.

4. Соматогенно-стрессорные психические расстройства вызывают стойкие изменения личности, которые можно условно отнести к трем основным типам.

А. Астено-гипотимического со сглаживанием психического инфантилизма, угасанием патологического влечения и возможностью стойкого прекращения приема наркотиков (феномен «maturing-out») – наиболее благоприятного в прогностическом плане.

Б. Псевдоневротического (астенического, депрессивного, психосидрического) развития – с менее благоприятным прогнозом зависимости и учащением рецидивов.

В. Психорганического регресса в виде астенического, дисфорического и спонтанного вариантов энцефалопатии, – с наименее благоприятным прогнозом как в плане возврата к наркотикам, так и необратимой деменции.

5. Для профилактики повторных, угрожающих жизни несчастных случаев, связанных с приемом наркотиков, целесообразно проведение возможно более ранней плановой консультативно-лечебной наркологической помощи больным наркоманией уже в процессе их специализированного лечения в токсикологических и травматологических учреждениях. Комплексное лечение целесообразно проводить с применением анксиолитиков и антидепрессантов новых поколений, в сочетании с интегративной краткосрочной индивидуальной психотерапией, что обеспечивает достоверно большие возможности стойкого воздержания от приема наркотиков.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Гаспер И.Б., Чирко В.В., Дёмина М.В. Влияние соматогенно-стрессорных психических нарушений на течение героиновой наркомании. //Вопросы наркологии. – 2006. – № 5. – С. 17 – 26.
2. Гаспер И.Б., Чирко В.В., Дёмина М.В. Соматогенно-стрессорные психические нарушения у больных героиновой наркоманией и их влияние на течение зависимости. //Российский медицинский форум 2006. Тезисы. М. – 2006. – С. 217.
3. Гаспер И.Б., Чирко В.В., Дёмина М.В. Клиника соматогенно-стрессорных психических нарушений у больных героиновой наркоманией и их влияние на течение аддикции. //2 Национальный конгресс социальной и судебной психиатрии. М. – 2006. – С. 138 – 140.
4. Чирко В.В., Дёмина М.В., Гаспер И.Б. Совершенствование образования психиатров-наркологов в свете современных тенденций клиники наркологических заболеваний. //Российский медицинский форум - 2006. Тезисы. М. – 2006. – С. 312

Типография ООО «Миланж-94»
г. Москва, ул. Первомайская, д.80
тел.: 465-49-56, 465-30-52
Отпечатано 8.10.2008 г., заказ № 2715
тираж 1000 экз.