

На правах рукописи



ШЕВЧЕНКО

Николай Николаевич

**КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ)
НАРКОМАНИИ У НЕКОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ В
УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА**

14.00.45 – Наркология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва- 2007

Работа выполнена в Национальном научном центре наркологии Росздрава (директор – член-корреспондент РАМН, профессор Н.Н. Иванец) и на базе МУЗ «Психоневрологический диспансер» г. Новый Уренгой ЯНАО.

Научный руководитель

кандидат медицинских наук Надеждин Алексей Валентинович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,

профессор

Клименко Татьяна Валентиновна.

Кандидат медицинских наук

Мохначев Станислав Олегович

Ведущая организация – ФГУ Московский НИИ психиатрии Росздрава

Защита диссертации состоится 30 января 2007 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.051.01 при ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава» по адресу: 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГУ НИЦ наркологии Росздрава (119002, Москва, М. Могильцевский пер., д. 3

Автореферат разослан «21» декабря 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат биологических наук

Галева Наталья Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Экономическое положение и благополучие населения Российской Федерации в последние несколько лет находятся в жесткой зависимости от экспорта углеводородного сырья, в связи с чем вопросы оказания эффективной медицинской помощи населению регионов, обслуживающих нефте- и газодобывающие предприятия, являются задачей, по сути, стратегической важности.

Уровень жизни, превышающий среднероссийский, высокая интенсивность миграционных процессов делают эти регионы зоной устойчивого спроса и предложения наркотических веществ, что обуславливает высокий уровень заболеваемости наркоманиями. В течение 1995 – 2001 гг. районы газо- и нефтедобычи Крайнего Севера занимали первые места по уровню распространения потребления наркотиков, преимущественно героина. После некоторой стабилизации ситуации и даже снижения численности лиц, потребляющих наркотики опийной группы, в 2002 – 2004 г., в настоящее время снова наблюдается рост их распространенности и заболеваемости.

Особенности климатических условий полярной Азии и их влияние на физиологические процессы человека приводят к состоянию постоянного климатогеографического стресса, что влечет за собой существенное утяжеление течения основных общепатологических процессов. В ряде исследований (Шишкина Т.Н., 1999, Хрущев Л.А., 1988 и многие другие авторы) детально изучены негативные природные воздействия районов Крайнего Севера и, в частности, Ямало-Ненецкого автономного округа на организм человека. Региональные особенности и их влияние на здоровье населения той или иной географической территории привели к формированию «экологической медицины», а впоследствии – «экологической психиатрии» (Аксенов М.М., Семке В.Я., 1995). Для изучения характера проявлений различных заболеваний в зависимости от индивидуальных адаптивных свойств организма, возникающих под влиянием экстремальных экологических

факторов Севера, возникла необходимость создания новой дисциплины – полярной медицины (Хаснулин В.И., 1998).

Проблема патоморфоза психических и наркологических заболеваний стала наиболее актуальной во второй половине XX века, так как изменились клиническая картина, характер их течения, произошли изменения во взглядах на природу этих расстройств, в результате подверглись коррекции подходы к лечению и профилактике. Изучению патоморфоза психических заболеваний уделено достаточно много внимания. Рассматривались вопросы лекарственного патоморфоза (Жислин С.Г., 1965; Авруцкий Г.Я., 1975), генетического патоморфоза, связанного с увеличением миграции (Двирский А.Е., 1981), социокультурального патоморфоза психических заболеваний (Семичев С.Б., 1978), экологического патоморфоза (Бачериков Н.Е., 1980) и др.

В последние годы вопросы изменения клинической картины наркологических заболеваний под влиянием тех или иных факторов подвергались достаточно подробному изучению. Клинический патоморфоз опийных наркоманий вследствие усиления наркогенности химических дериватов и изменения преморбидной почвы описан в работе М.В. Деминой (1999). Об утяжелении клинической картины заболевания в связи с использованием специально обработанных опийных препаратов (обработка укусным ангидридом) сообщают А.В. Погосов, П.К. Мустафетова (1998). В.В. Чирко (2001) изучил изменения стержневых синдромов наркомании в длительности заболевания; работа С.В. Котова (2003), посвященная изменению клинической картины героиновой наркомании под влиянием развившегося вирусного гепатита В и/или С.

Климатические условия являются важным фактором, определяющим изменения в клинике наркологических заболеваний. Еще в 1914 г. доктор В.Я. Каннель признавал влияние климата как фактора, влияющего на пьянство человека, ссылаясь на теорию, созданную Монтескье, которая гласила, что «люди потребляют тем больше спиртных напитков, чем холоднее и влажнее климат, в котором они живут». Довольно тщательному изучению подверглась

клиника хронического алкоголизма в условиях Крайнего Севера как у коренного населения, так и у мигрантов (Миневич В.Б. с соавторами, работы разных лет, Гильбурд О.А., 1992 и многие другие).

Вместе с тем клиника опийной (героиновой) наркомании на Крайнем Севере не стала предметом систематизированного научного исследования. В результате нашей практической деятельности были выявлены клинические особенности течения героиновой наркомании в районах Крайнего Севера, что потребовало их систематизации и обобщения для выработки оптимальной стратегии курации данного контингента больных.

Цель исследования. Выявление влияния климатогеографических условий на клинику героиновой наркомании у мигрантов на Крайнем Севере и разработка терапевтических рекомендаций.

Задачи исследования.

1. Изучение роли климатогеографических факторов в формировании героиновой наркомании.
2. Изучение особенностей синдромологии героиновой наркомании у мигрантов, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера:
 - 2.1. Абстинентного синдрома,
 - 2.2. Постабстинентных аффективных расстройств,
 - 2.3. Синдрома патологического влечения к наркотику,
 - 2.4. Характер колебания толерантности;
3. Разработка лечебных и реабилитационных мероприятий с учетом климатогеографических факторов.

Научная новизна исследования. Впервые подробно изучено течение героиновой наркомании у переселенцев в районы Крайнего Севера на основе сравнительного изучения групп больных, проживающих в различных климатических зонах. Выявлен климатогеографический патоморфоз ее основных клинических проявлений, установлен феномен сезонности колебаний выраженности компонентов синдрома зависимости. В диссертационной работе применен новый для наркологии подход к оценке

состояния взаимоотношений больного и климатических условий – изучение метеопатических реакций организма. Предложены основные подходы терапевтической тактики лечения героиновой наркомании и профилактики рецидивов у лиц, проживающих в условиях полярного климата.

Практическая значимость работы. В настоящей диссертации выделены особенности течения героиновой наркомании в условиях Крайнего Севера и обозначены дифференцированные подходы к терапии и реабилитации, внедрение которых способно повысить качество и продолжительность ремиссий. Установление феномена сезонности в выраженности проявлений клинической симптоматики расширяет возможности для индивидуализации лечения и реабилитации. Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования организации наркологической помощи в районах Крайнего Севера.

Внедрение. Полученные в результате исследования данные внедрены в лечебную работу МУЗ «Межрайонный психоневрологический диспансер г. Новый Уренгой».

Публикация результатов исследования. Данные, полученные в результате исследования, представлены в семи научных работах. Список печатных работ приводится в конце автореферата.

Апробация диссертации. Материалы диссертации были доложены на Проблемной комиссии Института клинической наркологии ННЦ наркологии Росздрава в 2006 г., на Совещании главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в 2004 г.

Положения, выносимые на защиту:

1. Климатические условия районов Крайнего Севера оказывают существенное влияние на клиническую картину героиновой наркомании, которая отличается от клинической картины заболевания, наблюдающейся в условиях Центральной России.

2. Важное место в картине климатогеографического патоморфоза героиновой наркомании занимает феномен выраженной сезонности ее основных клинических проявлений.

3. Ключевым фактором, влияющим на течение героиновой наркомании на Крайнем Севере, является синдром полярного напряжения.

4. В терапевтические схемы лечения героиновой наркомании у больных, проживающих в условиях Полярной Азии, целесообразно дополнительно включить адаптогены и физиотерапевтические мероприятия, действие которых направлено на смягчение проявлений «синдрома полярного напряжения» и метеопатических реакций;

5. Длительная реабилитация больных героиновой наркоманией должна осуществляться в учреждениях, расположенных, с одной стороны, вне районов Крайнего Севера, а с другой – в географических зонах, пребывание в которых не вызывает климатического адаптационного стресса.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 139 стр. машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, указателя литературы и приложения. Работа содержит 6 таблиц, 12 рисунков (9 диаграмм, 3 графика). Список литературы содержит 206 источников, в том числе 167 отечественных и 37 иностранных.

В главе I представлен обзор литературы по проблеме климатической медицины, особенностей течения различных общепатологических процессов в условиях Крайнего Севера. Особое место уделено анализу работ по влиянию климата на течение психических и наркологических заболеваний.

В главе II дана характеристика материала и методов исследования, приведено необходимое описание климатических условий, в которых проживают исследуемые группы больных.

Глава III посвящена сравнительной оценке основных проявлений синдрома зависимости у жителей Крайнего Севера и Центральной России.

В главе IV приведены данные о роли феноменов метеочувствительности и «сезонности» в клинике героиновой наркомании у жителей Крайнего Севера.

Глава V носит практический характер, в ней предлагаются новые терапевтические подходы, способствующие повышению эффективности лечения больных с героиновой наркоманией в условиях Крайнего Севера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью изучения влияния климатогеографических условий на клинику и течение опийной наркомании обследовано 50 чел. мигрантов (I группа) и 50 чел., проживающих в средней полосе России (II группа), со сформированными признаками зависимости вследствие злоупотребления героином, согласно критериям МКБ-10. Исследование проводилось на базе муниципального психоневрологического диспансера г. Новый Уренгой и Наркологической больницы № 19 Департамента здравоохранения г. Москвы. Для исследования использовались клиничко-психопатологические, клиничко-катамнестические и психологические методы. Для объективной оценки абстинентного синдрома, постабстинентного состояния применялись стандартизированные шкалы ННЦ наркологии Росздрава, адаптированные нами в соответствии с целями и задачами нашего исследования.

Кроме этих методов нами использовалась формализованная карта исследования больных, дополненная группой параметров, отражающих климатические и сезонные особенности течения заболевания. Изучение воздействия изменения погодных условий на организм проводилось на основании разделения метеочувствительности на физиологическую и патологическую в понимании Н.М. Воронина с соавторами (1965), И.И. Григорьева (1996), В.И. Хаснулина с соавторами (2000). Для оценки характера реагирования обследованных больных на погоду нами использовалась типология индивидуальных метеореакций В.И. Хаснулина (1998), который выделил физиологическую метеочувствительность, болезненную (патологическую) метеочувствительность, ситуационную метеопатическую реакцию (ситуационная метеореакция).

Для установления у больных обследованных групп болезненного реагирования на изменения климатических условий мы использовали предложенную В.И. Хаснудиным с соавторами (2000) шкалу, основанную на регистрации общих субъективных ощущений человека в ответ на «возмущающий» метеогеофизический фактор. Авторы этой шкалы считают, что уровень патологической метеочувствительности отражает степень истощения адаптационных ресурсов организма.

Ситуационные метеопатические реакции регистрировались в ответ на значительные изменения метеорологической ситуации. Они были свойственны как лицам с истощенными адаптационными возможностями, так и здоровым и являлись, по сути, нормальной реакцией на чрезмерные погодные пертурбации, больше характерные для климата циркумполярного региона, чем для Центральной России.

Климатические различия условий проживания для больных I и II групп были весьма значительными. Данные по климатическим условиям г. Новый Уренгой приводятся по монографии В.Л. Хрущева «Здоровье человека на Севере» и на основании климатических данных по аэропорту Новый Уренгой за 1998–2004 гг., по климатическим условиям г. Москвы и ближайшего Подмосковья по результатам наблюдений метеообсерватории географического факультета МГУ и монографии А.А. Исаева (2001, 2005).

В исследование не включались больные с коморбидной эндогенной психической патологией, больные с ВИЧ-инфекцией.

Клинические характеристики исследованных больных: средний возраст больных I группы $25,2 \pm 4,29$ года, II группы – $23,9 \pm 2,39$ года.

В I группе 36 чел. (72%) родились в северных районах страны или мигрировали с родителями в первые годы своей жизни, остальные 28% обследуемых прибыли в данный район проживания в подростковом возрасте, и средняя продолжительность их пребывания там составила 13,4 года. Обследуемые больные II группы постоянно проживали в средней полосе России.

Длительность заболевания наркоманией в I группе в среднем составила $3,9 \pm 1,5$ года, во II группе – $3,2 \pm 2,0$ года. Из 50 больных I группы 26% больных начали наркотизацию в подростковом возрасте (15–18 лет), 28% - в 19–20 лет, 12% – в возрасте 21–22 года и у 34% больных первая проба героина была в возрасте старше 23 лет.

Распределение начала употребления героина во II группе было несколько иным: большая часть группы (52% больных) начала наркотизацию в старшем подростковом возрасте (15–18 лет), 20% – в 19–20 лет, в 21–22 года – 14% и после 23 лет и старше к наркотикам приобщились только 14% больных. На наш взгляд, в I группе смещение начала потребления героина к более старшему возрасту по сравнению со II группой можно объяснить более высоким социальным статусом и иными преморбидными характеристиками.

Образовательный ценз в I группе исследуемых больных был более высоким: так, 82% имели среднее и средне-специальное образование, по сравнению с пациентами из II группы, которые в 40% случаев имели неполное среднее образование и 40% – среднее и средне-специальное.

Из всего контингента больных I группы только 34% были безработными на момент исследования, во II группе этот показатель был в 2 раза выше и составил 60%. Наследственная отягощенность преимущественно алкоголизмом отца в 2,8 раза выше во II группе. Более благоприятный преморбидный фон жителей г. Новый Уренгой объясняется функционированием в Советском Союзе системы медицинского контроля при профессиональном отборе во время устройства на работу в районы Крайнего Севера. Количество лиц с наркологическими и психическими заболеваниями среди родителей пациентов I группы было существенно ниже, а их социальный статус выше, чем во II группе.

При изучении преморбидных черт личности выявлено, что в I и II группах соотношение лиц с возбудимыми чертами характера практически одинаковое (40%), число пациентов с астеническими чертами в 2 раза выше в группе

больных с Севера (28%), а лица с неустойчивыми чертами характера в 2 раза чаще встречаются в группе больных средней полосы России.

Распределение больных по основным типам личности

Тип личности	I группа	II группа
Астенический	<u>14 чел. (28%)</u>	<u>7 чел. (14%)</u>
Возбудимый (эпилептоидный)	20 чел. (40%)	20 чел. (40%)
Неустойчивый	<u>8 чел. (16%)</u>	<u>15 чел. (30%)</u>
Истерический	8 чел. (16%)	8 чел. (16%)

Больные исследуемых групп получали сходную терапию, включавшую в себя частичные агонисты опиатных рецепторов (на этапе купирования острых абстинентных расстройств), нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы и симптоматическую терапию. Дополнительно у части больных (25 человек) I группы на этапе постабстинентных расстройств к терапии присоединялись адаптогены.

Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводился с использованием программы Statistica 5.11. Конкретный метод статистического анализа выбирался в зависимости от вида данных и задач исследования. Представление статистических данных осуществлялось в виде, принятом в ННЦ наркологии Росздрава, с указанием выборочного среднего значения для каждого показателя, что обеспечивает наибольшую наглядность демонстрируемых данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении роли климатогеографических факторов в формировании героиновой наркомании принималось во внимание ранее описанное истощение адаптационных механизмов организма человека при стационарном проживании на Крайнем Севере свыше 8 лет. В нашем клиническом материале большинство больных находилось в районах Крайнего Севера в среднем 13,4

года, что уже свидетельствует о наличии у них так называемого синдрома полярного напряжения, который проявляется психоэмоциональной лабильностью, астенизацией, «полярной» одышкой, «полярным» нарушением сна.

Другими дестабилизирующими факторами являются полярная ночь и полярный день. Во время полярной ночи (длительность ультрафиолетового голодания 170 дней) возникают неадекватные реакции на внешние раздражители, появляются пониженное настроение, тревога, слабость, усталость, снижается работоспособность. В период полярного дня (768 часов солнечного сияния) в основном наблюдаются гиперстеническая симптоматика, сокращение длительности сна, затрудненное засыпание. В той или иной форме изменения психической жизни, связанные с фотопериодизацией, наблюдались практически у всех мигрантов.

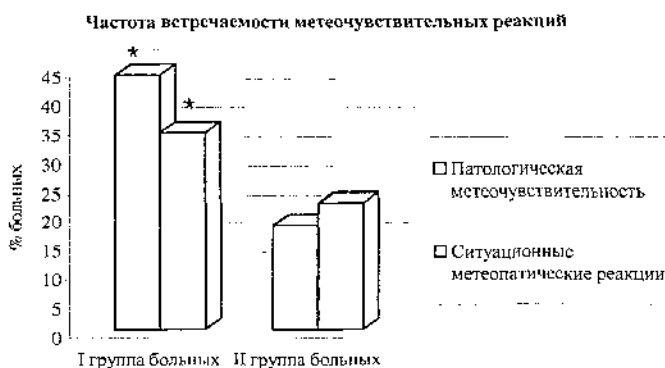
Еще одним значимым фактором является метеозависимость, когда организм реагирует на незначительные изменения погодных составляющих различными гелиометеопатологическими реакциями, которые являются отражением функционального состояния вегетативной нервной системы.

При опросах больных I группы патологическая метеочувствительность отмечалась у 44% (22 чел.) пациентов, ситуационные метеопатические реакции – у 34% (17 чел.). Жители Центральной России (II группа) демонстрировали иную картину: патологическая метеочувствительность отмечалась у 18% (9 чел.) пациентов, ситуационные метеопатические реакции – у 22% (11 чел.) (диаграмма 1).

Приведенные данные свидетельствуют о степени соответствия адаптивных ресурсов организма требованиям, предъявляемым средой обитания в их климатогеографическом смысле. Мигранты в районах Крайнего Севера демонстрировали более высокие показатели метеочувствительности, чем представители коренных этносов, которые были рождены в условиях Приполярья и в прилегающих регионах Российской Федерации. В свою очередь, жители Центральной России демонстрируют более низкие показатели

метеопатий. Необходимо оговорить, что обследуемые группы страдали героиновой наркоманией, а это предполагает более высокий уровень встречаемости рассматриваемых реакций как преморбидно по отношению к наркологическому заболеванию, так и их усиление вследствие хронической наркотизации.

Диаграмма 1



* различия между группами статистически значимы, $p \leq 0,05$ (критерий χ^2)

Синдромология героиновой наркомании у больных I группы имела ряд особенностей, так как влияние устойчивого климатогеографического стресса проявляется существенным утяжелением течения основных общепатологических процессов.

Развитие первой стадии наркомании происходит быстрее у пациентов II группы: с момента инициального потребления до установления систематического приема у 46% больных проходит в среднем от 2 недель до 1 мес. у 20% - 4–6 мес. в сравнении с жителями Крайнего Севера: у 22% больных этот этап длился до 1 года, у 32% – 2–6 мес. Сдерживающими моментами были: страх потерять работу, характер профессиональной деятельности, личностные особенности контингента – меньшее количество неустойчивых личностей, более благоприятная наркологическая и психиатрическая наследственность. Нами был установлен феномен сезонности первой пробы

героина: 29 пациентов (58%) I группы впервые героин принимали во время полярной ночи (октябрь – март).

Инициальные «мотивы» потребления у всех больных были следующие: «любопытство», «стремление расслабиться», но у жителей высоких широт отмечалось отсутствие такого характерного для жителей Москвы мотива, как «скука». Интерпретация этого явления нам представляется следующей: более интенсивное развитие индустрии развлечений в крупных административно-промышленных центрах страны привело к ее явному избытку, который способствует быстрому наступлению пресыщенности и формированию преимущественно гедонистически-развлекательных мотивов; в свою очередь, промышленные центры Заполярья определяют пребывание человека в условиях обедненной и однообразной среды, что приводит к явлениям сенсорной депривации, которая и обуславливает формирование такого мотива инициального потребления, как любопытство.

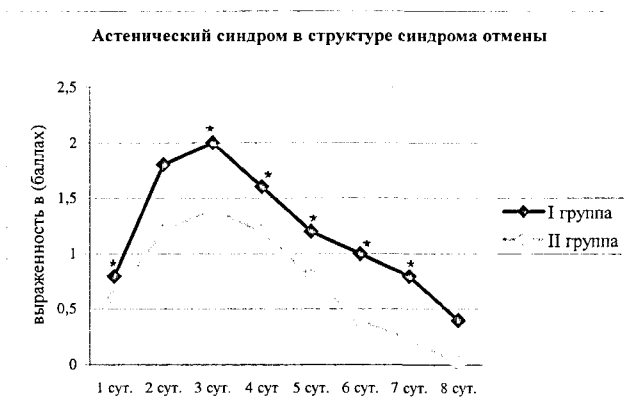
Необходимо отметить, что суточная толерантность у больных I группы в период полярной ночи в 38% случаев составляла в среднем 1,0 г героина, у 24% - 2–3 г героина в сутки, в остальных случаях (38%) доза наркотика была не более 0,5 г героина. Весной и к началу лета отмечается значительное снижение суточных доз и у 18% больных отмечались спонтанные ремиссии в летний период. Во II группе у 66% больных суточная толерантность составила примерно 0,5 г героина, у 32% – 1–2 г в сутки, у 2% больных толерантность к наркотику повышалась до 3–4 г.

Для абстинентного синдрома у больных I группы характерны бурное течение, быстрое нарастание симптоматики и достижение ее максимума уже в первые 24–36 часов лишения наркотика, у жителей Центральной России максимум абстинентной симптоматики наблюдался в первые 40–48 часов. Его клиническая картина в I группе характеризовалась меньшим уровнем алгических ощущений, но большей выраженностью вегетативного компонента абстиненции и астенических расстройств. Сенесталгические переживания имели ту же картину, что и у больных из Центральной России, но степень их

выраженности была несколько ниже. Вегетативные расстройства были более выражены в I группе, что проявлялось большей интенсивностью таких феноменов, как слезотечение, потливость, озноб, чаще наблюдались реакции симпато-адреналового полюса.

Астенический компонент был представлен неврастеноподобной симптоматикой, которая по купированию острых проявлений абстиненции в течение 2–3 дней носила характер синдрома раздражительной слабости. По мере его редукции наблюдалось сходство с так называемой астенией с гиперстенией, которая проявлялась неспособностью сдерживаться, гневливостью, взрывчатостью. Больные I группы демонстрировали более высокие показатели, отражающие астенические расстройства (график 1)

График 1



* различия между группами статистически значимы, $p \leq 0,05$ (критерий χ^2)

Диссомнические расстройства были менее длительны у героиновых наркоманов, живущих в Центральной России.

Поведенческие нарушения в период отмены у больных I группы отмечались длительное время, но с меньшей выраженностью, возможно, вследствие большей представленности астенических расстройств. В целом острый абстинентный синдром у больных I группы был на 2–3 дня

продолжительнее, чем у пациентов II группы, что составило 7–10 и 5–7 дней соответственно.

Осевое и болезньюобразующие расстройство при наркологических заболеваниях, синдром патологического влечения, оказался суммарно более выраженным у больных I группы. Весьма вероятно, что именно в патологическом влечении сконцентрировались явления «климатогеографического патоморфоза героиновой наркомании».

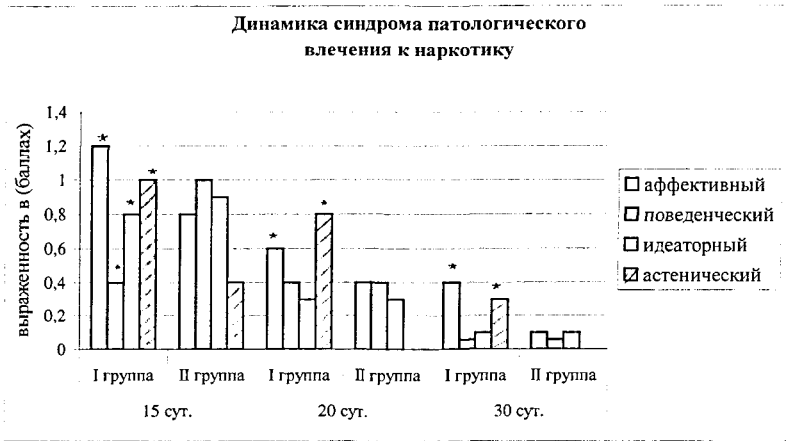
И.Н. Пятницкая (1994) указала на усиление влечения к наркотикам в межсезонье, отметила его редуцированность вместе с абстинентной симптоматикой в сильную жару и морозы. В условиях Крайнего Севера у некоренных жителей полярной Азии синдром патологического влечения оказался напрямую связан с временем года и сезонными особенностями аффекта. Большинство больных героиновой наркоманией сообщали об усилении влечения в разгар полярной ночи. Характер его экстазирования приближался к так называемым сезонным депрессиям. М.М. Хананашвили (1999), описывая сезонные депрессии, указывает на своеобразную субъективную оценку больными перенесенного депрессивного эпизода. Больные рационально объясняли свое состояние климатическими факторами: «недостатком солнечного света», «облачным, мрачным небом над головой», «авитаминозом». Выделяемые автором сезонные тревожно-тоскливые депрессии с лабильностью аффекта, для которых характерны: чувство мышечного беспокойства, близкого к акатизии, дисфорические реакции, тревога, соматизация тоскливого аффекта, оказались практически полностью идентичны состоянию, которое демонстрировали наши пациенты. С другой стороны, большинство авторов указывает на высокую частоту сезонных аффективных расстройств (САР) (до 80%) у некоренного населения на Крайнем Севере. В связи с этим правомерно заключить, что синдром патологического влечения к психоактивным веществам и сезонные аффективные нарушения находятся в коморбидных взаимоотношениях, влияя друг на друга. Наличие сезонной гипертимии в весенне-летний период

объясняет некоторое смягчение проявлений синдрома патологического влечения, что определяет более высокую частоту спонтанных ремиссий, достоверное снижение суточной дозы наркотика, лучшие терапевтические результаты при обращении за наркологической помощью.

Разграничение между сезонными аффективными расстройствами и теми состояниями, которые демонстрировали наши больные, проводилось на следующих основаниях. Мы опирались на наличие феномена «витальности» в клинической картине гипотимии и выраженности идеаторной составляющей аффективного неблагополучия. Если симптомы гипотимии были витализированы, а пессимистическая установка была стойкой и тотальной и это приводило к выраженным затруднениям в социальном функционировании, то речь шла о сезонном аффективном расстройстве, если нет, то мы рассматривали вышеописанные симптомы как адаптационную реакцию на экстремальную для мигрантов фотопериодичность. К такому же выводу приходит в своих исследованиях видный специалист в области полярной медицины L.A. Palinkas. Изучая сезонные колебания настроения у здоровых лиц, находящихся в Антарктиде, он констатировал их субклинический характер (Palinkas L.A., Houseal M., Rosenthal N.E., 1996).

Естественно, что провести четкую «демаркационную линию» между CAP и адаптивной реакцией было практически невозможно, поэтому в нашем случае речь идет о континууме явлений, на одном полюсе которого располагается нормальная адаптивная реакция, а на другом – серьезная аффективная патология.

При постабстинентном состоянии для больных I группы было характерно преобладание и более длительное существование, прежде всего, аффективного компонента в психическом статусе больного и астении (диаграмма 2). Вместе с тем, следует заметить, что эти наблюдения характерны для зимнего периода, в летний период тяжесть клиники постабстинентного периода у жителей северных районов страны была достоверно меньше.



* различия между группами статистически значимы, $p \leq 0,05$ (критерий χ^2)

Особенности лечения больных героиновой наркоманией в условиях Крайнего Севера выражаются в назначении лекарственных средств с учетом времени года, патологической метеочувствительности, колебании толерантности к наркотику и других выявленных особенностей.

Построение лечебной программы должно начинаться с создания условий, исключающих потребление наркотических средств.

Терапевтическая тактика при лечении героиновой наркомании в условиях Крайнего Севера должна включать в себя обязательное применение антидепрессивных средств, обладающих минимальными побочными действиями и обеспечивающих тимоаналептический и анксиолитический эффекты.

Важной особенностью терапевтического воздействия при лечении больных наркоманией I группы стало назначение адаптогенов, препаратов, повышающих неспецифическую устойчивость организма к неблагоприятным внешним воздействиям. Как мы уже указывали выше, климатический режим Нового Уренгоя характеризуется высокой степенью дискомфорта для проживания людей. Резкие и выраженные климатические сдвиги оказывают дополнительное негативное воздействие на организм больных наркоманией,

находящихся в лечебной программе, что приводит к ухудшению их состояния, обострению основных проявлений синдрома зависимости и, в конечном итоге, отказу от продолжения лечения и рецидиву заболевания.

С целью повышения устойчивости пациентов к климатическим воздействиям и смягчению ситуационных и патологических метеопатических реакций из достаточно широкого ассортимента лекарственных средств этой группы был выбран милайф.

Данный препарат с успехом применялся в качестве адаптогена в условиях высоких широт, в частности у работников нефтегазовой промышленности северных территорий ЯНАО. Больным героиновой наркоманией милайф назначался в таблетках в дозе 50 мг 2 раза в сутки начиная с первого дня пребывания в стационаре. Характерной особенностью его действия было отсутствие побочных действий и осложнений. Препаратам из группы адаптогенов свойственен стимулирующий эффект, который является существенным препятствием для назначения их больным наркологического профиля, так как выраженная активация больного неизбежно приводит к обострению синдрома патологического влечения. Милайф практически лишен этого компонента действия. Он оказывал мягкое антиастеническое действие, повышая устойчивость больных к климатическим пертурбациям. Так, в группе больных, которым был назначен препарат (25 чел. из состава I группы), количество патологических метеопатических реакций (30% и более положительных ответов по шкале Хаснулина с соавторами) снизилось практически вдвое. Полагаем перспективным применение этого препарата на этапе реабилитации у героиновых наркоманов.

В период полярной ночи в помещениях психоневрологического диспансера использовались дополнительные электрические лампы, излучающие свет, спектральные характеристики которого тождественны дневному свету, для уменьшения проявлений «светового голодания». В период полярного дня в помещениях для больных используются роль-ставни, изолирующие пациентов от избыточной инсоляции.

Изучение влияния климатогеографических факторов на качество ремиссий не входило в задачи нашего исследования, но на основании известных данных о реабилитации при соматических заболеваниях, а также на основе нашего общего клинического впечатления полагаем, что реабилитационные мероприятия способны дать лучший результат в том случае, если они будут проводиться в более благоприятной, но не контрастной условиям Крайнего Севера климатической зоне. Проведение реабилитационных мероприятий в Тюменской области, где экстерриториально располагается ГУЗ «Психиатрическая больница ЯНАО», в которой выделены реабилитационные койки для лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, является оптимальным выбором, так как эта климатическая зона приближается по своим параметрам к Северу средней полосы России. Реабилитация в этих климатических условиях не вызывает акклиматизационного стресса, способного спровоцировать обострение патологического влечения к наркотику.

ВЫВОДЫ

1. Климатические условия районов Крайнего Севера оказывают негативное влияние на течение героиновой наркомании у мигрантов, что выражается в утяжелении и модификации ряда проявлений синдрома зависимости, и это позволяет говорить о климатогеографическом патоморфозе заболевания.

2. Лучшие преморбидные характеристики жителей Крайнего Севера, больных героиновой наркоманией, по сравнению с больными, проживающими в Центральной России, не приводят к более благоприятному течению болезни, так как нивелируются дискомфортными климатическими условиями.

3. Резкая контрастность климата, ультрафиолетовое голодание, длительный холодовой стресс приводят к нарушению адаптационных механизмов, что индексируется существенно более частыми метеопатическими

реакциями героиновых наркоманов, проживающих в условиях Крайнего Севера.

4. Осевой синдром патологии зависимости – патологическое влечение – в условиях Крайнего Севера оказался связан со временем года и сезонными особенностями аффекта. Оно усиливалось во время полярной ночи и субъективно переживалось подобно «сезонным депрессиям», то есть для его описания больными привлекались климатические феномены, во время полярного дня наблюдалась противоположная тенденция: выраженность синдрома патологического влечения была ниже.

5. Для периода полярной ночи характерно значительное усиление астенических и аффективных расстройств депрессивного полюса в абстинентный и постабстинентный периоды.

6. В схемы лечения больных героиновой наркоманией на Крайнем Севере целесообразно включать адаптогены. Терапевтические подходы должны планироваться с учетом времени года, когда оказывается наркологическая помощь. Длительные реабилитационные программы желательно реализовывать в менее суровых климатических условиях, которые не вызывают акклиматизационного стресса, способного спровоцировать обострение патологического влечения к наркотику.

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Шевченко Н.Н., Филатов С.С., Каргополова З.А., Коптева Л.Д. Состояние и эффективность работы психиатрической службы, характеристика психического здоровья граждан / Тез. док. 3 мед. ассоциации городов Заполярья и Крайнего Севера. – Тверь: Изд-во ООО «Губернская медицина», 2001. – С. 152–155.

2. Шевченко Н.Н. Актуальность изучения климатогеографических особенностей течения героиновой наркомании // Современные проблемы наркологии: Материалы международной научно-практической конференции. – Москва, 2002. – С. 52–53.

3. Шевченко Н.Н. Роль службы охраны в обеспечении организации лечебного процесса больных наркоманией в ПНД г. Новый Уренгой // Вопросы наркологии. – 2003. – № 3. – С. 59–61.

4. Шевченко Н.Н. Клинические особенности героиновой наркомании у некоренных жителей Крайнего Севера // X Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». – Москва, 2003. – С. 414.

5. Шевченко Н.Н. Клинические особенности героиновой наркомании у жителей Крайнего Севера // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 44–47.

6. Шевченко Н.Н. Героиновая наркомания у жителей Крайнего Севера // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы российской конференции. – Иваново, 2005. – С. 79-81.

7. Шевченко Н.Н. Феномен «сезонности» в клинике героиновой наркомании у жителей Крайнего Севера // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 65–67.

Подписано в печать 08.12.06. Формат 60x90/16.
Тираж 100. Заказ 547-09.
Оригинал макет и полиграфические работы –
ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»
Москва, ул. Автозаводская, д. 25
Тел.: 739-56-80
www.radugaprint.ru