

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

ШИГАКОВА Ф.А., ХОДЖАЕВА Н.И.

**Клинические варианты опийной наркомании у женщин
в аспекте дифференцированной терапии**

методические рекомендации

Ташкент-2012

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного Управления науки и учебных заведений МЗ РУз

_____ Атаханов Ш.Э.
« ____ » _____ 2012г.

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития медицинского образования МЗ РУз

_____ Алимова М.Х.
« ____ » _____ 2012г.

**Клинические варианты опийной наркомании у женщин
в аспекте дифференцированной терапии**

Методические рекомендации

Ташкент – 2012

СОСТАВИТЕЛИ:

Ф. А. Шигакова - аспирант кафедры ТМА

Н. И. Ходжаева- заведующая кафедры психиатрии и наркологии профессор.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующий кафедры психиатрии и психотерапии

ТашИУВ доктор медицинских наук, профессор:

Алимов У. Х.

Ассистент кафедры психиатрии и наркологии ТМА:

к.м.н.

Султанов Ш. Х.

Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании №6 от 3 февраля 2012 г.

Профессор:

Ходжаева Н. И.

Методические рекомендации утверждены на заседании проблемной комиссии №4 от 20 февраля 2012 г.

Профессор:

Мавлянов И.Р.

Методические рекомендации утверждены на Ученом Совете ТМА 28 марта 2012г.

Протокол собрания №8

Ученый секретарь, д.м.н. профессор:

Саламова Ф.И.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров, наркологов, клинических ординаторов и резидентов магистратуры кафедры психиатрии и наркологии, а также для студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

Наркомании относят к болезням зависимости. Они представляют сборную группу хронических заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным психоактивным веществам (ПАВ), развитием зависимости и толерантности к ним и выраженными медико-социальными последствиями.

Проблема наркомании стоит в ряду наиболее важных и актуальных проблем наркологии, здравоохранения и общества в целом. Большое значение, которое придают борьбе с наркоманиями, определяется рядом моментов.

Прежде всего, это тяжелые медицинские и социальные последствия злоупотребления наркотиками, среди которых характерные изменения личности, соматические и неврологические осложнения, инфекционные заболевания, например, вирусные гепатиты и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

Наблюдается высокая смертность больных наркоманиями, причинами которой являются частые передозировки ПАВ, несчастные случаи в состоянии наркотического опьянения, различные соматические заболевания, самоубийства. По данным отдельных исследователей, у больных наркоманиями суицидальный риск в 5-20 раз выше по сравнению со здоровыми лицами.

Для наркоманий характерна высокая социальная «заразность» - заболевание распространяется подобно эпидемиям. У каждого наркомана есть круг лиц, которые вовлекаются в злоупотребление наркотиками и этот круг постепенно расширяется.

Отмечается высокая криминогенность больных наркоманиями. Склонность к совершению противоправных действий. Прежде всего, к этому ведут изменения личности больных наркоманиями, наблюдающееся у них морально-этическое снижение. Криминогенные действия наркоманы могут совершать с целью приобретения наркотиков, а также в состоянии наркотического опьянения или в состоянии психоза, который может возникнуть при злоупотреблении некоторыми наркотическими препаратами.

В настоящее время в мире насчитывают 15,6 млн. человек с зависимостью от опиатов, 11,1 млн. из них приходится на героиновою зависимость (UNDOS 2007 World Drug Report). До 1990-х гг. в России преобладало злоупотребление кустарными препаратами опия, приготовленными путем специальной обработки опия-сырца и маковой соломки. С середины 1990-х гг. и до настоящего времени на рынке нелегальных наркотиков в России преобладает героин. По данным официальной статистики, в 2008 г. в России зарегистрировано 313 418 человек с синдромом зависимости от опиатов (220,70 на 100 тыс. населения), что составляет 87,5% всех случаев наркоманий, зарегистрированных в России.

В сравнении с показателями других регионов, темпы роста распространенности наркомании в Центральной Азии очень высоки, чему способствует комплекс специфических геополитических, географических и социальных условий [Н.А.Бохан и соавт., 2005; С.А.Алтынбеков, А.Л.Катков, 2006]. Распространение опиоидной (героиновой) наркомании в регионе Центральной Азии диктует необходимость более углубленного изучения клиники, течения, прогноза, лечения этого заболевания.

Актуальность проблемы опиоидной наркомании увеличивается за счет смещения возрастного состава больных в сторону лиц молодого возраста, тесной связи её с ВИЧ инфекцией, а также её тяжелых медицинских и социальных последствий [А.С.Акбаров, 2004; О.С.Мустафин, 2002; Б.Н.Ниязатов, 2003].

В настоящее время отмечают рост наркоманий среди женщин и резкое омоложение данного контингента, что, естественно, настораживает профессионалов и общество в отношении отрицательного влияния болезни не только на самих женщин, но и их генеративную функцию (беременность, плод, развитие потомства).

Употребляя наркотики во время беременности, женщина наносит двойной вред, как собственному здоровью, так и здоровью будущего ребенка; роль матери и потенциальной матери не согласуется со стилем жизни наркозависимого.

Среди употребляющих героин беременных женщин часты преждевременные роды, отставание в росте и массе тела у детей. Высока вероятность синдрома отмены у новорожденного, сопровождающегося тоническими и клоническими судорогами.

Высокий уровень неонатальной смертности связан, помимо прямого действия героина, с хаотичной и полной риска жизнью зависимых от наркотика [Andreassos S., Brandt L. 1997]. В литературе можно встретить данные о том, что более 1/3 наркозависимых женщин ни разу не посещали врачей во время беременности [Beckerleg S.2004]. В дальнейшем у детей рожденных от женщин, употреблявших в течении беременности героин, часто наблюдаются неврологические нарушения, умственная отсталость разной степени выраженности, поведенческие расстройства.

Абстинентный синдром плода и новорожденного (АСПН), или фетальный синдром отмены, служит проявлением опиоидной зависимости, развивающейся у плода вследствие хронического употребления опиоидов его матерью. Тяжесть проявлений АСПН определяется степенью физической зависимости материнского организма от опиоидов. Как правило, АСПН имеет более выраженные проявления, если мать находится в активной фазе наркомании и злоупотребляет «уличными» опиоидами, и менее выраженные в тех случаях, когда мать принимает опиоиды в рамках контролируемой заместительной терапии (например, в рамках метадоновых программ).

Критическая отмена опиоидов у матери, страдающей опиоидной зависимостью, может привести к выкидышу или преждевременным родам. Тяжелое течение АСПН в ряде случаев заканчивается фетальным дистрессом, аспирацией мекония и смертью плода. Клинические проявления АСПН практически идентичны синдрому отмены опиоидов у взрослых лиц. У младенцев, рожденных матерями, принимающими метадон, АСПН развивается на 2-3-й недели рождения, имеет более затяжное и тяжелое течение. Судорожные синдромы отмечаются в 5-20 % подобных случаев [Chiriboga C. A., Ferriero D.M., 1996; Kandall S.R. et al.,1999]. Смертность младенцев, страдающих АСПН, при отсутствии лечения может достигать 90% [Brust J.C.M.,2004]. Чаще всего дети умирают в течении 1-й недели рождения [Jaffe J.H., Raut P.C. et al.,1996]. АСПН является одним из факторов, формирующих предрасположение к злоупотреблению психоактивных веществ (в том числе к алкоголизму) у потомства больных опиоидной наркоманией.

Утрата чувства материнского долга, а также пренебрежение детьми разной степени выраженности выявляются в семьях героиновых наркоманов с очень высокой частотой. Таким детям приходится переживать совершенно «недетские» ситуации. Это является одним из основных факторов, провоцирующих развитие зависимости от наркотиков в дальнейшем. Большинство (84,2%) пациенток, имеющих детей, проявляют полное безучастие в воспитании доверив своих детей родственникам.

Среди больных наркоманиями и токсикоманиями в большинстве случаев преобладают мужчины. По обобщенным данным, доля женщин среди общей популяции больных наркоманиями колеблется от 12 до 38%. Существенные изменения показателя были обусловлены социальными причинами.

В 1920-1960гг. многие исследователи указывали на низкий процент женщин страдающих наркоманиями, но в последующем эти показатели стали расти, причем среди женщин быстрее, чем среди мужчин. Доля женщин увеличилась с 14% в 1966г. до 25% к середине 1970-х гг. [Hill S.Y 1984]. Большинство авторов объясняли рост наркоманий среди женщин повышением жизненного уровня, растущей финансовой независимостью, повышением социального статуса. В последующие годы отмечали некоторую стабилизацию распространенности наркоманий среди женщин на уровне 20-25%. Несколько более высокий показатель приведен в «Хронике ВОЗ» (1981г.) со ссылкой на японских исследователей: при обследовании 11 тыс. пациентов, злоупотребляющих стимуляторами, было выявлено 28,5% женщин. В СССР среди лиц, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, состоящих на учёте в системе Министерства внутренних дел (МВД) на конец 1987г., женщины составляли 12%. В 1989г. в медицинских учреждениях среди лиц, состоящих на учете с диагнозами «наркомания» и «токсикомания», было 135 женщин. В

Российской Федерации доля женщин, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, составляла 38,68%, это больше, чем в других регионах. В 1991г.соотношение мужчин и женщин среди регулярных потребителей наркотиков в России составило 4:1 в 1993г.-3:1 [Мирошнеченко Л.Д., Туманов С.В. 1994].

О росте распространенности наркоманий среди женщин показывают и данные официальной статистики, полученные в последующие годы.

Среди больных наркоманиями в 1999г.было зарегистрировано 32 723 женщины, или 42,4 на 100 тыс.женщин. Только за 1999 г. болезненность наркоманиями женщин увеличилась по сравнению с 1993г. в 7 раз. Данный показатель продолжал расти и в последующие 4 года. В 2003г. было зарегистрировано 54 090 женщин с диагнозом «наркомания» (70,5 на 100тыс.женщин). В 2004г. показатель распространенности наркоманией среди женщин несколько снизился - до 70 на 100тыс. женщин, что отражает общую тенденцию к стабилизации распространенности наркоманий. Соотношение мужчин и женщин в 2004г. составило 5:1.

Первичная обращаемость женщин по поводу наркомании за 1993-1999гг. выросла более чем в 10 раз. Этот показатель в среднем по России составил 12,8 на 100тыс.женщин [Рохлина М.Л., Козлов А.А..2001]. В 2000-2001гг. эта цифра продолжала расти, а в последующие годы начала снижаться и в 2004г.она составила 4,5 на 100 тыс. женщин.

Среди наркотиков, употреблявших женщинами, преобладали опиоиды: их употребляло подавляющее большинство женщин, состоящих на учете по поводу наркомании. Среди лиц молодого, в том числе подросткового, возраста различия в частоте злоупотребления наркотиками или другими ПАВ между лицами мужского и женского пола менее выражены [Кошкина Е.А.,1994]. При исследовании ПАВ школьниками 10-11-х классов (возраст 15-16 лет), проведенном в 2006 году в Национальном научном центре наркологии, о пробах любых наркотиков в течении жизни сообщили 21,2% девочек и 30% мальчиков, т.е. процент девочек увеличился в значительно большей степени, чем процент мальчиков.

Данные о числе зарегистрированных в наркологических учреждениях потребителей инъекционных наркотиков свидетельствуют о высоком уровне распространенности инъекционного потребления в России. Около 73,8% от общего числа зарегистрированных потребителей наркотиков вводят их инъекционно, что способствует широкому распространению хронических вирусных инфекций, таких как ВИЧ, гепатиты В и С. Распространенность ВИЧ-инфекции почти в половине регионов страны имеет признаки концентрированной эпидемии [Кошкина Е.А., 2006].

Одной из важных проблем современной наркологии является широкое вовлечение в наркотизацию женщин. Несмотря на то, что исследованиям, посвященным гендерному фактору в области аддиктивного поведения, в последние годы уделяется большое внимание в отечественной и зарубежной литературе, многие вопросы остаются неясными, в частности, широко дискутируется вопрос о влиянии пола на течение, прогноз заболевания и эффективность терапии.

По сравнению с мужчинами у женщин, страдающих наркоманиями, имеются определенные особенности в мотивации первого употребления наркотиков и приобщения к ним, видах предпочитаемых наркотиков, скорости формирования основных симптомов и синдромов наркомании, тяжести медицинских и социальных последствий.

По некоторым литературным данным о наркоманиях у женщин особое внимание уделяют личностным характеристикам и социальным факторам. Отмечено, что женщины часто начинают употреблять наркотики, чтобы преодолеть свою пассивность, зависимость и сравняться с мужчинами в различных аспектах жизни, поднять тонус и нивелировать низкую сексуальную привлекательность, устранить чувство одиночества, нервозность, депрессивность. Многие женщины среди причин начала наркотизации в первую очередь называют жизненные и семейные проблемы [Moise R., Reed B., 2009]. Ряд авторов на первый план выводят влияние микрогрупп, считая, что в условиях современного общества они являются более важным фактором, обуславливающим приобщение женщин к наркотикам, чем личностные характеристики и семейное окружение [Юлдашев В.Л., 1997].

В структуре личности в преморбидном периоде у женщин, в дальнейшем приобщившихся к наркотикам, отмечают преобладание истероидности и неустойчивости, психический инфантилизм, наличие аффективной лабильности. Значительно реже, чем у мужчин, отмечают возбудимые черты и склонность к риску [Мохначёв С.О., 2007]. В то же время исследователи указывают, что склонные к наркоманиям девочки-подростки отличаются стремлением к риску и острым ощущениям [Юлдашев В.Л., 1997].

В отношении возраста приобщения женщин к наркотикам существуют различные точки зрения. Одни исследователи пришли к выводу, что женщины приобщаются к наркотикам позже мужчин [Кошкина Е.А., Киржанов В.В., 2007; Hser Y., Aglin V., Booth M., 1987]. Другие указывают на более раннее приобщение женщин к наркотикам по сравнению с мужчинами [Генайло С.П., 1990], (Рохлина М.Л., Мохначев С.О. 2003]. В предшествующих работах авторы называют более поздний возраст приобщения женщин к наркотикам - 27,4 года, а в последующих - более молодой возраст - 21,4 года, 20,3 года, 18-21 год, 16-19 лет, в среднем - 18 лет [Мохначёв С.О. 2001]. считает, что после 30 лет нарко-

мания уже не дебютирует, что свидетельствует об омоложении в последние годы женского контингента больных наркоманиями.

У женщин чаще, чем у мужчин, с самого начала наркотизации преобладает комбинированный приём нескольких ПАВ [Hser Y., Aglin V., Booth M., 1987]. Более 2/3 женщин сразу же после первого приёма наркотиков начинают комбинированный приём препаратов. Ведущим в большинстве случаев являются опиоиды (женщины не отличаются от мужчин). На большую частоту полизависимости у женщин, по сравнению с мужчинами указывают Генайло С.П. [1990] и Юлдашев В.Л. [1990].

Почти все исследователи отмечают, что основным мотивом приобщения женщин к наркотикам является влияние мужчин, употребляющих наркотики, преимущественно сексуальных партнеров [Мохначев С.О., 2001; Anglin M., Hser Y., Mc Glothlin. 1987]. Подобное влияние лиц мужского пола прослеживают и в подростковом возрасте [Юлдашев В.Л. 1990]. Обычно идет речь о влиянии на девочек мальчиков старшего возраста.

Женщины на начальных этапах наркотизации играют зависимую роль и при получении наркотиков: они редко сами покупают наркотики, их снабжают ими мужчины [Мохначев С.О.2007; Рохлина М.Л., 2002; Anglin M., Hser Y., Mc Glothlin. 1987]. Зачастую женщины, употребляющие наркотики, первое время недостаточно осведомлены о дозах, способах введения наркотика, длительное время после начала наркотизации они не умеют самостоятельно делать внутривенные инъекции.

Многими авторами отмечается, что лечебные программы для наркозависимых ориентируются прежде всего на мужчин, не учитываются социальной роли женщины [Bag-nard M., 1993].

Исторически за стандарт лечения принимались мужчины, поэтому женщины считались менее курабельными. Отсюда же, по-видимому, происходит широко распространенный миф о том, что «женская наркомания неизлечима». Однако это далеко не так.

Представленное в данной методической рекомендации исследование имело **целью** изучить особенности клиники опийной наркомании у женщин и разработать дифференцированные методы терапии.

Исследование охватило 50 женщин больных опийной наркоманией, проходивших лечение в Республиканском Наркологическом Центре. Критерий включения в исследование: пациенты с диагнозом по МКБ – 10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости (код F11.2); синдром отмены, обусловленный употреблением опиоидов (код F11.30).

Лечились впервые 16 (32,0%) пациенток, повторно - 34 (68,0%) пациентки. Возраст пациентов составил от 18 до 56 лет (в среднем $31,8 \pm 1,09$ лет). По возрастным периодам

больные распределились следующим образом: 18-20 лет – 6 (12,0%) женщин, 21-25 лет - 4 (8,0%), 26-30 лет – 14(28,0%), 31-35 лет - 13 (26,0%), старше 35 лет - 13 (26,0%) (Рис.1.).

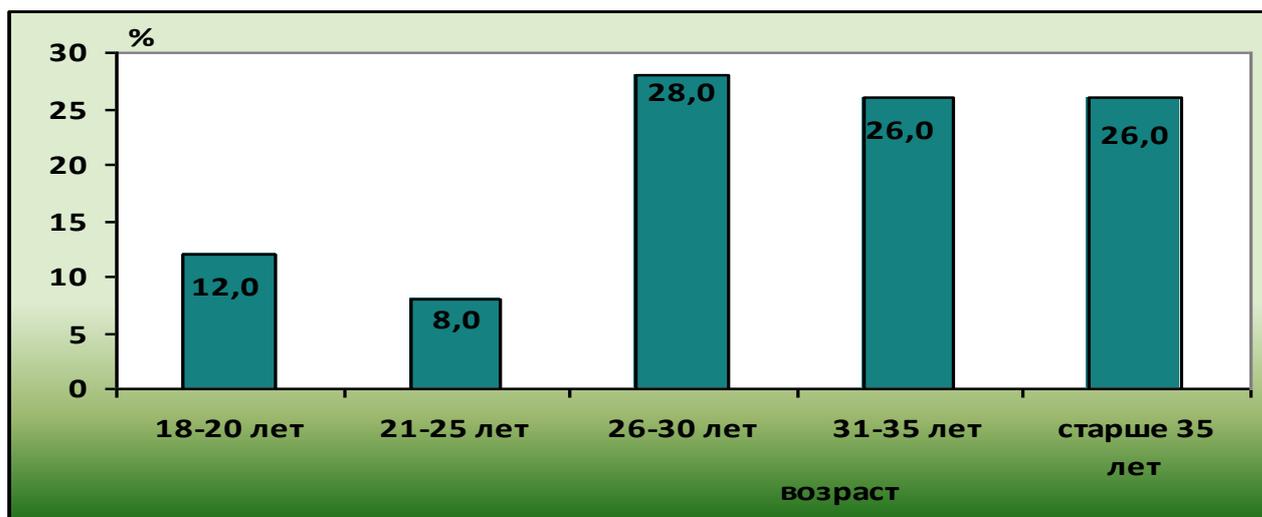


Рис.1. Распределение женщин больных опийной наркоманией в зависимости от возраста

При исследовании наследственной отягощенности было выявлено, что среди родителей больных в 24 (48%) случаях имело место злоупотребление алкоголем из них в 22(91,7%) семьях употреблял спиртные напитки отец и в 2 (8,3%) семьях - мать. Больные без алкогольного отягощения среди родственников I степени родства составили 26(52%) человек. Наркомании в роду больных (в разных степенях родства) отмечены в 4(8%) случаях.

По уровню полученного образования больные распределились следующим образом: высшее образование имели 2 пациентки (4%), незаконченное высшее -1 (2%), средне-специальное - 15 (30%), среднее общее -31 (62%), неоконченное среднее общее -1 (2%) больная, т.е. преобладали пациентки со средним общим образованием.

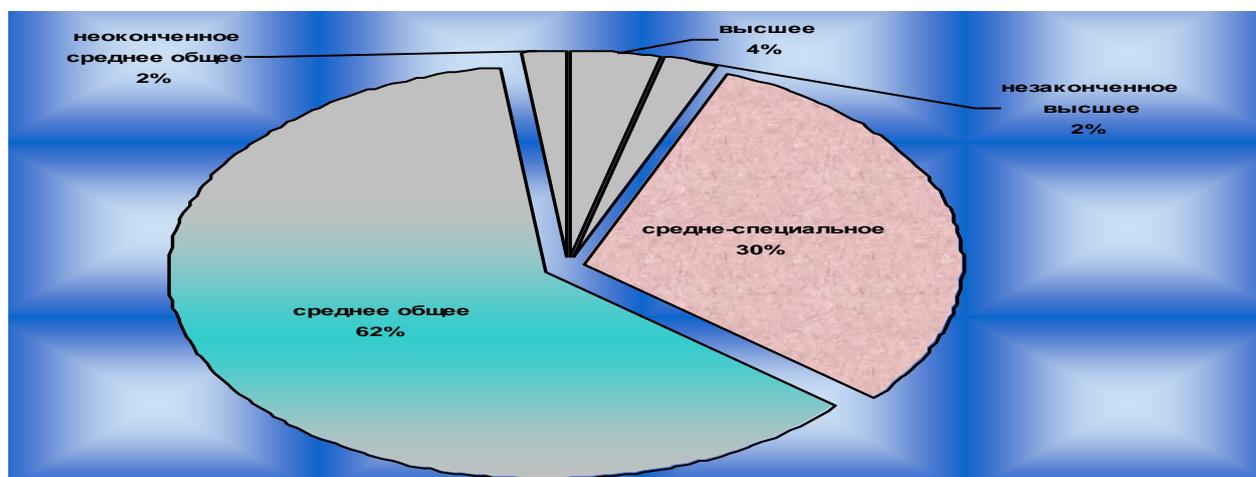


Рис.2. Распределение женщин больных опийной наркоманией в зависимости уровня полученного образования

Трудовая занятость больных на момент обследования была такова: всего работали - 17(34%) женщин, среди которых по специальности работали лишь три пациентки, остальные 33(66%) пациентки либо не работали, либо были заняты неквалифицированным трудом, чаще всего не соответствующим полученному ими образованию. Среди обследованных пациенток 8(16%) имели тюремные заключения, 11(22%) - приводы в милицию без тюремного заключения. Приведенные данные отражают нарушения в социальной адаптации основной части обследованных больных.

Возраст начала употребления наркотиков колебался от 19 до 25 лет (в среднем $22,8 \pm 1,07$ лет), но наиболее часто это происходило в возрасте 20-23 лет. Подавляющее большинство (84%) пациенток отмечали токсические реакции на первый приём героина в виде тошноты, рвоты. Неприятные ощущения отсутствовали изначально у 8 (16%) женщин. У 37(74%) обследованных пациенток героин сразу же, практически после 3-4 приёмов, становился основным наркотиком. Длительность эпизодического приёма варьировала в среднем от 1 месяца до 2,5 лет и составляла в среднем $2,4 \pm 0,7$ месяца. Абстинентные явления у 34(68%) больных, которые самостоятельно пытались прекратить наркотизацию, сформировались через 3-6 месяцев от начала систематического употребления наркотика, у 5(10%) женщин - через 7-10 месяцев, у 1 пациентки – через 1 год. Очень быстро (за 1-2 месяца) формировался абстинентный синдром у 10(20%) больных. Продолжительность систематического приёма опиатов до момента первичной госпитализации составляла от полугода до 6 лет, в среднем $2,9 \pm 1,19$ года. Давность заболевания до 1 года была у 6 (12%) больных, от 1 года до 3 лет - у 26(52%) пациенток, от 3-5 лет - у 11(22%) женщин, свыше 5 лет- у 7(14%) обследованных.

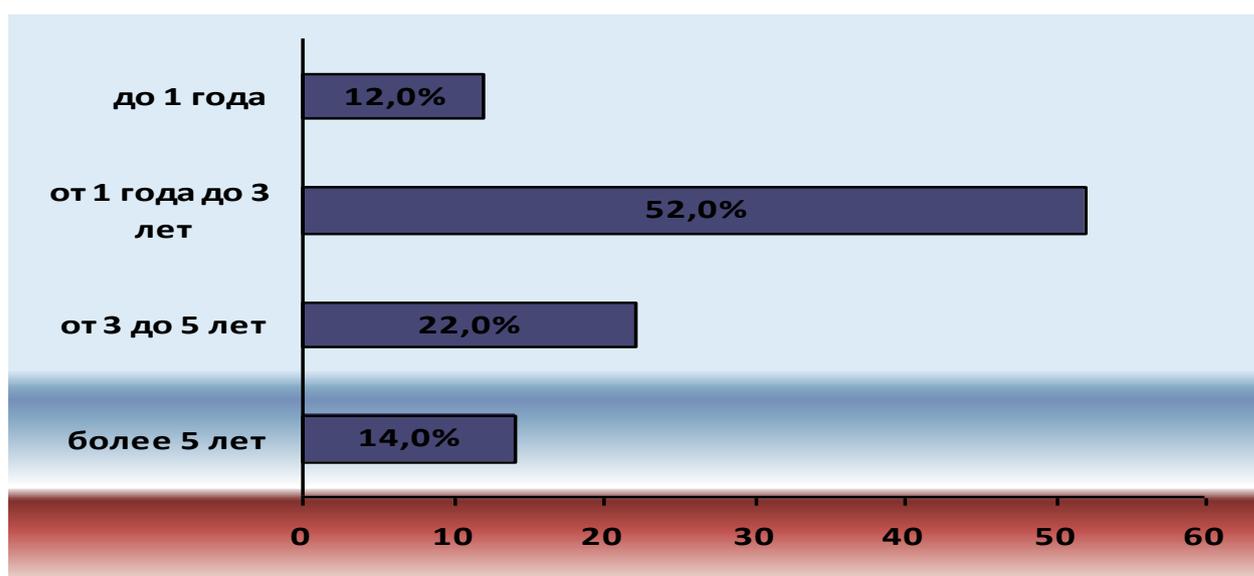


Рис.3. Распределение женщин больных опийной наркоманией в зависимости от длительности заболевания

Толерантность колебалась от 0,25 до 3,0 гр. героина в сутки. Доза употребления наркотика отчасти связана с материальными возможностями пациента, доступностью героина.

Присущее наркоманиям огромное разнообразие и изменчивость клинических проявлений заставляет врачей в своей повседневной практике сталкиваться с необходимостью решения все более сложных диагностических и лечебных задач

Осуществление полноценной программы лечения больных наркоманиями опийной группы во многом зависит от того, насколько быстрым и успешным было купирование абстинентных расстройств. Клиника опийного абстинентного синдрома (ОАС) имеет характерные особенности, в его структуре большое место занимают болевые, вегетативные, эмоциональные, диссомнические, психопатические, ипохондрические и другие расстройства. Особенно мучительны для больных своеобразные тягостные ощущения, локализующиеся в мышцах, костях, суставах, коже и др. частях тела. Эти ощущения очень близки к болевым, и в то же время отличаются от них, напоминая сенестопатии [Пятницкая И.Н., 1994]. Сопровождаемые характерными вегетативными нарушениями (озноб, потливость, насморк, сухость во рту, тошнота и др.), они рожают несоразмерно сильный эмоциональный отклик, в котором преобладают депрессивно-ипохондрические и дисфорические симптомы [Благов Л.Н., 1994].

Патологическое влечение к наркотикам у больных опийной наркоманией наблюдается как в период ОАС, так и в постабстинентном периоде, когда полностью купированы абстинентные нарушения. Обострения патологического влечения к наркотикам, возникающие в постабстинентном периоде, являются причиной нарушений режима, досрочного прекращения лечения. Они мешают осуществлению терапевтических программ и в то же время представляют собой вполне самостоятельную лечебную проблему, решать которую необходимо с учетом их клинических особенностей.

В работе использовалась специально разработанная индивидуальная карта больной, включающая в себя сведения о наследственной отягощенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных особенностей. Детально рассматривались факторы, способствующие формированию наркомании, сроки формирования психической и физической зависимости, длительности употребления наркотического вещества, толерантность и ее динамика, интенсивность и формы патологического влечения к наркотику (постоянное, периодическое, дезактуализация, обострение), характер ремиссии (спонтанная, терапевтическая, ситуационно обусловленная).

Изучение патологического влечения к наркотику проводилось с помощью специальной шкалы, отражающей психопатологическую структуру данного синдрома (клиническая шкала оценки патологического влечения к наркотику (ПВН) [Винникова М.А.,1999]. Она включала в себя следующие рубрики: идеаторная сфера (наличие постоянных или периодически возникающих мыслей о наркотике, воспоминания, представления); аффективные нарушения, вегетативные нарушения (изменения сна в динамике); изменение болевого синдрома в динамике; поведенческие расстройства, астенические расстройства.

Осознаваемое влечение к наркотику характеризовалось наличием постоянно или периодически возникающих мыслей о наркотике, воспоминаний, представлений, которые сопровождалось поведенческими, аффективными и сомническими расстройствами. Выявление аффективных нарушений различной глубины, вегетативных расстройств, изменений сна и алгического синдрома в совокупности с поведенческими расстройствами позволяло говорить о наличии неосознаваемого влечения к наркотику.

Количественная оценка тяжести состояния проводилась по 4-х балльной системе: 0-отсутствие симптома; 1 - слабо выраженный; 2-умеренно-выраженный; 3-сильно выраженный симптом.

Для объективизации данных использовались также тестовые опросники:

1.Шкала Гамильтона для оценки депрессии.

2.Шкалы для оценки тяжести психопатологической, соматоневрологической симптоматики.

В нашем исследовании, в целом среди всего разнообразия симптоматики ОАС обозначились следующие клинические варианты:

Аффективный вариант ОАС - 23 (46%) пациентки - характеризовался слабо выраженным или практически отсутствием алгического компонента ($1,6 \pm 0,4$ балла), незначительной вегетативной симптоматикой ($1,3 \pm 0,3$ балла); данные симптомы для больных являются как бы второстепенными. Больные активно и подчас назойливо жаловались на душевный дискомфорт, необъяснимую тоску, мучительную бессонницу, отмечали искаженное ощущение времени («время тянется бесконечно долго»). Некоторые жаловались на тревожное ожидание, предчувствие каких-то невзгод. В психическом статусе у этой группы больных обращали на себя внимание общая заторможенность, трудность сосредоточиться, заниженная самооценка. Аффективный компонент выражался в тревоге, дисфории, влечение к наркотикам в большинстве случаев носило неосознанный характер ($2,2 \pm 0,8$ балла).

Алгический вариант ОАС – 8 (16%) пациенток в абстинентном состоянии предъявляли жалобы на боли тянущего, выкручивающего характера в поясничной области, в коленных суставах, икроножных мышцах. Тяжесть алгического компонента ОАС составила $2,1 \pm 0,5$ балла. Многие отмечали необычные, своеобразные и мучительные ощущения «отторжения мяса от костей», «ползания червячков», «зуда в костях», другие говорили о ломоте – «как при гриппе». Речь идет, следовательно, об ощущениях, близких к сенестопатиям. Вышеописанные расстройства, особенно при их большой интенсивности, сопровождались суетливостью, непоседливостью больного, потребностью то и дело менять положение тела. Одновременно с этим больные испытывали выраженный озноб, сменяющийся ощущением жара, имели место слюнотечение, слезотечение, чиханье. Вегетативный компонент в этой группе составил $1,7 \pm 0,2$ балла. Аффективный компонент – $1,0 \pm 0,2$. Все это сопровождалось психопатоподобным возбуждением, вспыльчивостью, агрессивностью, настойчивыми требованиями дополнительных назначений, некоторые больные стремились к выписке из стационара, желая принять наркотик, чтобы избавиться от тягостных ощущений.

Смешанный вариант ОАС -19 (38%) пациенток - занимал как бы промежуточное положение между первой и второй группами; сюда вошли больные, у которых алгические ($1,9 \pm 0,4$ балла), вегетативные ($1,5 \pm 0,4$ балла) и депрессивные ($1,6 \pm 0,2$ балла) расстройства занимают примерно равное положение в клинической картине ОАС. Пациентки предъявляли многочисленные жалобы, имеющие недифференцированный характер: плохое самочувствие, внутренний дискомфорт, нечетко локализуемые тягостные ощущения в теле. Больные требовали к себе повышенного внимания окружающих, были капризны, раздражительны. Отмечались астенические расстройства, как и в первой подгруппе, характеризующиеся утомляемостью, быстрой истощаемостью, рассеянным вниманием, нарушался режим и ритм сна. Зачастую традиционные жалобы больных («крутит», «ломает») являлись вербализацией общего тягостного чувства внутреннего дискомфорта и тревоги. Также, как и во второй группе, но слабее, имела место вегетативная симптоматика (слезотечение, насморк, озноб, чихание, колебания артериального давления, пульса). Патологическое влечение к наркотику носило неосознанный характер - в форме тревоги, тоскливости - или осознанный характер - «для улучшения общего самочувствия».

Клинические варианты патологического влечения к героину в постабстинентном периоде.

Постабстинентный период характеризуется исчезновением целостной картины абстинентного синдрома, его фрагментацией и, в частности, исчезновением алгических и вегетативных нарушений. Постабстинентное состояние характеризуется сохраняющимися

эмоциональными и диссомническими расстройствами, а также патологическим влечением к наркотику (ПВН), которое определяет поведение больного в процессе лечения. Постабстинентные обострения ПВН привлекают к себе особое внимание, поскольку требуют значительных лечебных усилий и дифференцированного подхода. В отличие от абстинентных состояний, представленных, в основном, тремя клиническими вариантами, постабстинентные обострения ПВН характеризуются большим разнообразием. Выделены следующие варианты обострения ПВН в постабстинентном периоде: эмоционально-лабильный, депрессивный, тревожный, дисфорический, психопатоподобный.

1. Эмоционально-лабильный вариант обострения ПВН у 11 (22%) пациенток проявлялся неустойчивостью эмоционального реагирования - слезливостью, резким ухудшением настроения после неприятных разговоров, касающихся употребления наркотика, неуверенностью в возможности жить без героина; однако при этом сохраняется возможность быстро отвлечь больных от грустных мыслей и успокоить. Отмечаются вегетативные колебания (потливость, познабливание, тремор, побледнение или покраснение лица, тахикардия). При упоминании о наркотиках больные очень заметно оживляются, речь становится сбивчивой, в суждениях о будущей трезвости обнаруживаются непоследовательность и противоречивость. Обострение патологического влечения к наркотикам носит неосознанный характер. Экспериментально-психологическое тестирование этих больных по шкале депрессии Гамильтона дало результат $5,6 \pm 1,5$ баллов. Синдром ПВН в целом составил $10,3 \pm 2,1$ балла, что свидетельствует о влечении к героину средней степени выраженности: аффективный компонент - $5,2 \pm 1,9$ балла; идеаторный - $2,7 \pm 0,4$ балла, поведенческий - $1,8 \pm 0,5$ балла (Таблица 1).

Таблица 1

Клинические варианты патологического влечения к героину в постабстинентном периоде (в баллах)

| Варианты | Шкала Гамильтона | Варианты обострения ПВН | | | |
|------------------------------|------------------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | тяжесть | аффективный | идеаторный | поведенческий |
| эмоционально-лабильный, n=11 | $5,6 \pm 1,5$ | $10,3 \pm 2,1$ | $5,2 \pm 1,9$ | $2,7 \pm 0,4$ | $1,8 \pm 0,5$ |
| депрессивный, n=9 | $14,4 \pm 2,3$ | $11,7 \pm 2,3$ | $6,3 \pm 1,2$ | $3,9 \pm 0,8$ | $1,5 \pm 0,3$ |
| дисфорический, n=8 | $16,4 \pm 2,4$ | $13,4 \pm 1,9$ | $7,5 \pm 1,2$ | $2,8 \pm 0,4$ | $3,1 \pm 0,8$ |
| тревожный, n=17 | $14,1 \pm 1,9$ | $12,6 \pm 2,4$ | $7,2 \pm 2,2$ | $3,1 \pm 0,7$ | $2,2 \pm 0,2$ |
| психопатоподобный, n=5 | $7,4 \pm 1,7$ | $13,5 \pm 2,7$ | $4,8 \pm 1,4$ | $3,7 \pm 0,4$ | $5,0 \pm 1,2$ |

2. У 9 (18%) женщин обострение ПВН в постабстинентном состоянии характеризовался как *депрессивный вариант*. Изменение в состоянии больных отмечалось на 15-17 сутки: появлялись слабость, подавленность, больные тяготились пребыванием в клинике, говорили, что на них «давят стены», настаивали на выписке из стационара, считая, что

дома будет лучше, находили любой повод покинуть помещение, «чтобы отдохнуть от людей». Пациентки не могли на чем-либо сосредоточить внимание, не в состоянии были читать, смотреть телевизор, неохотно участвовали в повседневной жизни стационара - «не хватало сил и энергии» что-либо делать. В течение всего дня они выпрашивали снотворные препараты. При этом выделялись неряшливостью, неопрятностью, не следили за своим внешним видом. У них отмечались вялость, подавленное настроение, пессимистическая оценка своих возможностей удержаться от наркотика, безынициативность, безразличие к окружающему. Имели место диссомнические расстройства, проявлявшиеся в виде нарушения засыпания, больные, как правило, долго не могли уснуть, мучительно это переживали, засыпали только под утро, сон поверхностный, неглубокий. Указанное состояние сопровождалось анорексией или, наоборот, повышенным аппетитом. Тестирование по шкале депрессии Гамильтона – $14,4 \pm 2,3$ балла (клинически выраженная депрессия). Оценка тяжести ПВН по шкале измерения ПВН в сумме составляет $11,7 \pm 2,3$ балла, что констатирует высокую степень выраженности влечения к наркотику. Аффективный компонент составил $6,3 \pm 1,2$ балла, идеаторный - $3,9 \pm 0,8$ балла, поведенческий – $1,5 \pm 0,3$ балла (Таблица 1).

3. У 8 (16%) больных мы наблюдали *дисфорический вариант* обострения ПВН в постабстинентном периоде. Как правило, на 16 - 18 день изменялось состояние больных, они становились озлобленными, раздражительными, были всем недовольны, без повода придирались к окружающим. При этом отмечались изменения моторики – повышение мышечного тонуса, напряженность, порывистость движений, непоседливость, неусидчивость. Настроение оставалось подавленным, больные избегали разговоров с врачами, выражали недовольство в их адрес. Отмечались гипергидроз ладоней, сердцебиение. Влечение к наркотику больные отрицали, однако были заметны помрачение и вегетативная реакция в ответ на упоминание и расспросы о наркотики. Проведено тестирование по шкале Гамильтона – $16,4 \pm 2,4$ баллов. Проведена количественная оценка ПВН по шкале обострения ПВН, сумма баллов составила $13,4 \pm 1,9$ балла, это свидетельствует о тяжелой степени ПВН. На первом месте оказались аффективные нарушения – $7,5 \pm 1,2$ балла, на втором – поведенческий компонент - $3,1 \pm 0,8$ балла, идеаторный компонент – $2,8 \pm 0,4$ балла (Таблица 1).

4. Депрессивно-тревожная окраска обострения ПВН наблюдалась у 17 (34%) обследованных. Мы обозначили такие состояния как *тревожный вариант* обострения ПВН. Больные предъявляли многочисленные жалобы на свое самочувствие, у них возникла потребность срочно увидеться с родственниками. В их словах звучали неуверенность в собственных силах устоять перед соблазном приема наркотика, мрачные предчувствия,

смутное беспокойство, тревожное ожидание неминуемого «срыва», тоскливое настроение; возникали суицидальные мысли, сон был прерывистый и поверхностный. Влечение к героину больные не отрицали. Проведено тестирование по шкале Гамильтона, результат – $14,1 \pm 1,9$ баллов, т.е. имеет место субклиническая депрессия. Сумма количественной оценки ПВН по оценочному глоссарию составила $12,6 \pm 2,4$ балла, свидетельствует о тяжелой степени выраженности влечения к героину; при этом на первом месте аффективный компонент $7,2 \pm 2,2$ балла, на втором – идеаторный – $3,1 \pm 0,7$ балла и поведенческий, соответственно – $2,2 \pm 0,2$ балла (Таблица 1).

5. Психопатоподобный вариант обострения ПВН определен у 5 (10%) пациенток - с конфликтностью, неподчинением режиму, агрессивностью, грубостью по отношению к родственникам и медперсоналу. Для больных этой группы были характерны враждебность, демонстративность, пренебрежение морально-этическими нормами поведения, оппозиционность; всегда являлись отрицательными лидерами, группировали вокруг себя других больных с наркотической зависимостью, открыто провоцировали конфликтные ситуации. В статусе обнаружилось черты эгоцентризма, непомерные амбиции, отсутствие сочувствия к родным. Как правило, состояние больных резко изменялось на 16- 21 дни пребывания в стационаре, назойливо требовали отпустить их на прогулку, были навязчивы с различными просьбами, добивались немедленной выписки, вступали в конфликт с медперсоналом, не считались с мнением окружающих, порой становились агрессивными, отказывались от лечения. Такое состояние развивалось остро, в течение 2-4 часов. После беседы с врачом больные соглашались продолжить лечение, просили о помощи, или не поддавались психотерапевтической коррекции, выписывались из отделения. Результаты тестирования по шкале депрессии Гамильтона находятся в пределах $7,4 \pm 1,7$ баллов. Количественная оценка ПВН составляет в сумме $13,5 \pm 2,7$ баллов, это отражает высокую степень тяжести обострения ПВН. Поведенческий компонент – $5,0 \pm 1,2$ балла, аффективный – $4,8 \pm 1,4$ балла, идеаторный – $3,7 \pm 0,4$ балла (Таблица 1).

Проведя количественную оценку тяжести синдрома ПВН, можно сделать вывод, что более тяжелая степень выраженности ПВН отмечена в психопатоподобном, дисфорическом, депрессивном, тревожном вариантах обострений ПВН, средняя степень тяжести ПВН - эмоционально-лабильном варианте. Являясь доминирующими на данном отрезке течения опийной наркомании, эти варианты аффективных расстройств создают основу стержневого синдрома заболевания – патологического влечения к наркотику.

Повышение эффективности лечения наркоманий и токсикоманий относят к основным проблемам наркологии. Главной задачей терапии наркотической зависимости является коррекция основных проявлений болезни. Прежде всего, это касается купирования

ОАС, крайне тягостного для больных, подавление кардинального синдрома зависимости патологического влечения к наркотику, а также купирование психопатологических расстройств на разных этапах заболевания.

Лечение наркоманий проводят поэтапно:

1-й этап: дезинтоксикация и купирование острого абстинентного синдрома;

2-й этап: лечение в постабстинентном периоде. Терапия направлена на восстановление нарушенных функций, купирование психопатологических расстройств, коррекцию поведения, нормализацию сна, подавление влечения к наркотикам.

3-й этап: терапия в период становления ремиссии. Выявление основного синдрома-комплекса психической зависимости, психопатологических проявлений обострения влечения к наркотикам. Проведение терапии, направленной на коррекцию данных нарушений;

4-й этап: начало ремиссии. Поддерживающая противорецидивная терапия. Определение условий и причин, обуславливающих актуализацию влечения к наркотикам и возникновение рецидивов. Лечение, направленное на коррекцию расстройств, указывающих на актуализацию влечения;

5-й этап: личностная и социальная реабилитация, призванная обеспечить полное функционирование больных в обществе.

Комплексность терапии. Доказано, что интоксикация наркотическими препаратами вызывает дисбаланс в определенных системах нейромедиации. Терапия, направленная на восстановление этого дисбаланса, способствует купированию основных клинических синдромов наркоманий. Именно поэтому при выборе терапевтических мероприятий целесообразно использовать применение патогенетически обоснованных лечебных средств в сочетании с традиционными методами дезинтоксикации, психотропными препаратами с целью купирования психопатологических расстройств, наблюдаемых в клинике наркоманий на разных этапах заболевания, и с психотерапией.

Индивидуальный подход к каждому больному. Назначение препаратов и их дозировки следует соотносить с состоянием больного и дозами употребляемых им наркотиков.

Необходимо соблюдать основной принцип психофармакотерапии: выбор лекарственных средств зависит от клинико-психопатологической картины купируемого синдрома.

Терапия опиоидного абстинентного синдрома (ОАС)

Терапия опиоидного абстинентного синдрома включает патогенетическую и симптоматическую терапию. В качестве базовой комбинации используются следующие группы

препаратов: агонисты альфа2-адренорецепторов, антиконвульсанты, бензодиазепины, снотворные, анальгетики, нейролептики (Таблица 2)

Таблица 2

Лечение опиоидного абстинентного синдрома

| Симптоматика | Группы лекарственных средств |
|--|--|
| Болевой симптомокомплекс | Обезболивающие |
| Вегетативные расстройства | Альфа2-адреномиметики Альфа2-адреноблокаторы |
| Психопатологические (аффективные и поведенческие) расстройства | Нейролептики Антидепрессанты Нормотимики |
| Нарушения сна | Транквилизаторы, гипнотики, препараты с седативным действием |
| Астеническая симптоматика | Ноотропы |

Одним из перспективных направлений в терапии ОАС является использование ингибиторов протеолитических ферментов пептидной структуры - апротинин. При пилотных исследованиях действия препарата на симптоматику ОАС российские исследователи [Альтшулер В.Б., Судаков С.К., Павлова О.О., 1997] пришли к заключению, что апротинин обладает определенной избирательностью терапевтического действия, которая направлена на алгические, сенестопатические и вегетативные расстройства в структуре синдрома лишения.

Клонидин (клофелин) - стимулятор постсинаптических альфа2-адренорецептор тормозных структур головного мозга. Клофелин занимает особое место среди средств патогенетической терапии, нормализующих дисбаланс в системах катехоламиновой нейромедиации (при опиоидной зависимости).

У больных с длительным стажем заболевания, высокой толерантностью, резистентностью к проводимой терапии, неоднократными безуспешными попытками лечения, выраженными органическими расстройствами для купирования ОАС используется схема детоксикации с применением налоксона гидрохлорида в комбинации с клофелином. Схема детоксикации клофелином была предложена в 1980 г. Riordan и Kleber. В Российской Федерации в практике она нашла применение в несколько переработанном виде.

Налоксон также используется при отравлении опиоидными препаратами (в случае передозировки) и для диагностики опиоидной зависимости.

Нейролептики, атипичные антипсихотики. Учитывая выраженность психопатологической симптоматики (патологическое влечение к наркотику, поведенческие расстройства, нарушения сна), препараты нейролептического ряда используют с первого дня развития ОАС. Назначение больным нейролептиков фенотиазинового (аминазин, тизерцин, трифтазин) и бутирофенонового ряда (галоперидол) в период абстинентных расстройств

считается патогенетически ориентированным, основано на механизме действия данных препаратов (блокирующее влияние на дофаминергические D2-, D4-рецепторы). Подбор доз всегда индивидуален. Дозы галоперидола колеблются от 1,5 до 20 мг в течение суток в 1-4 приёма; тизерцина от 25 до 200 мг/сут в 1-4 приёма; аминазин до 800мг/сут в 3-4 приема.

Высокой эффективностью в купировании опийного (героинового) абстинентного синдрома обладает тиапридал, который относится к атипичным антипсихотикам из группы замещенных бензоаминов, избирательно блокирующих дофаминовые D2-рецепторы. Тиапридал обладает седативным, противосудорожным, антипсихотическим и, что особенно важно антиалгическим свойствами. Лечение проводится по следующей схеме: тиапридал назначают на 1-2й день развития опийного (героинового) абстинентного синдрома, когда у больных уже выражены его основные проявления, в том числе боль в мышцах, суставах, голове. Первые 1-2 дня препарат целесообразно назначать парентерально (внутримышечно) по 200мг 3-4 раза в сутки. Эффект препарата появляется через 10-15 минут после инъекции и длится до 4 часов. Затем переходят на пероральный приём в той же дозе. Через 1-2 дня дозу снижают до 100 мг 3 раза в день внутрь еще на 1-2 дня. Длительность терапии тиапридалом 6-8 дней. Редукция болевой симптоматики наблюдается уже в первые дни терапии. Благодаря своему противотревожному и седативному действию тиапридал также снижает выраженность патологического влечения к наркотикам, способствует уменьшению, а часто и купированию раздражительности, вспыльчивости, пониженного настроения, тревоги, улучшает сон. В отдельных случаях препарат вызывает развитие невыраженного нейролептического синдрома, который купируется либо незначительным снижением дозы тиапридала, либо добавлением в терапевтические схемы корректоров.

Несомненно, в терапии ОАС используются *транквилизаторы*: реланиум(диазепам) в дозе 20-40 мг/сут, как правило в виде 0,5% раствора внутримышечно; *комбинированные препараты*: реладорм(диазепам 0,01 г+циклобарбитал 0,1 г) в дозе 1-2 таб. на ночь; по показаниям - *нормотимики*: карбомазепин (финлепсин, тегретол) в дозе 200-600 мг/сут;

ноотропы: предпочтение отдается препаратам с седативным действием, таким как аминалон (ГАМК); *гепатотропы*. Препараты системного (метаболического) действия (метадоксил, липоевая кислота), симптоматическое лечение.

Терапия постабстинентных нарушений и становления (формирования) ремиссии.

На этом этапе ведущее место в клинической картине занимает выраженное в различной степени патологическое влечение к наркотику. В зависимости от доминирующей в

клинической картине симптоматики (дапрессивных, поведенческих или диссомнических нарушений) выбирается терапевтическая тактика.

Основными группами назначаемых препаратов в этот период являются нейрорептики (антипсихотики), антидепрессанты, и их сочетания, нормотимики, блокаторы опиатных рецепторов. Нельзя не учитывать и соматоневрологические последствия хронической интоксикации, в связи, с чем необходимо в комплексные программы включать гепатотропные, ноотропные препараты, витамины.

Нейрорептики. На этом этапе также используются традиционные нейрорептики: хлорпромазин (аминазин), хлорпротексен, галоперидол, левомепромазин (тизерцин), трифторперазин (трифтазин) (Таблица 3).

Таблица 3
Психотропные средства, используемые на этапе противорецидивного лечения

| Группа | Название | Средние дозы препаратов, используемые на 2-м этапе лечения |
|--|--|---|
| Блокаторы опиатных рецепторов длительного действия | Налтрексон (анатоксон, прудетоксон) | 50мг/сутки Длительность терапии - от 6 мес. и более |
| Антиконвульсанты | Карбозепин Ламотриджин | 100-600мг/сутки 200мг/сутки |
| Нейрорептики | Хлормазепин (аминазин) Галоперидол Тиапридал (тиаприл) Перициазин (неулептил) Трифторперазин (трифтазин) Сульперид (эглонил) Тиоридазин (сонапакс) Рисперидон (рисполепт) Кветиапин (сероквель) Клопиксол депо Галоперидола-деканоат | 25-100мг/сутки (короткие курсы) 1,5-10мг/сутки 300-400мг/сутки 30-40мг/сутки 1-5-30мг/сутки 100-800мг/сутки 75-150мг/сутки 1-6мг/сутки 100-800мг/сутки 200-400мг. Длительность действия 2-4 нед 50-100мг. Длительность действия 2-3 нед |
| Антидепрессанты | Амитриптилин Имипрамин (мелипрамин) Миансерин (леривон) Мапротилин (людиомил) Миртазапин (ремерон) Пароксетин (паксил) Флувоксамин (феварин) Сертралин (серилифт, золофт) Некоторые другие антидепрессанты | 25-200мг/сутки 75-250мг/сутки 60-90мг/сутки 25-150мг/сутки 15-30-60мг/сутки 10-80мг/сутки 25-200мг/сутки 50-200мг/сутки |
| Ноотропы | ГАМК(аминалон) Гопатеновая кислота(пантогам) Пирацетам(ноотропил) | 1500-3000мг/сут 1000-3000мг /сут 800-1600мг/сут |

Однако эти препараты используются только по строгим показаниям, короткими курсами и назначаются при выраженной психопатологической симптоматике.

При нарастающей раздражительности, психомоторном возбуждении, дисфории применяют хлорпромазин (аминазин) от 50 до 150 мг в виде 2,5% раствора внутримышечно 1-2 раза в сутки (в сочетании с раствором кордиамина во избежание падения АД) или галоперидол 5-10 мг в виде 0,5% раствора внутримышечно. При выраженной тревоге, глубоких нарушениях сна используют левомепромазин (тизерцин) в дозе до 25-100 мг в 1-2 приема в вечернее и ночное время. Трифторперазин (трифтазин) назначается в дозе от 1-5 до 30 мг.

При отсутствии противопоказаний применяют пролонгированные формы нейролептиков. Среди препаратов пролонгированного действия наиболее эффективными являются галоперидол-деканоат (галдол-деканоат) - 25-50 мг (0,5-1 мл) внутримышечно 1 раз в 3-4 нед; модитен-депо (флуфеназин-деканоат) - 25 мг (1 мл 2,5% раствора) 1 раз в 3-4 нед. внутримышечно; клопиксол-депо (зуклопентиксола-деканоат) - 200-500 мг внутримышечно 1 раз в 2-4 нед. Это обеспечивает непрерывность терапевтического воздействия, что, в конечном итоге, определяет общую эффективность лечебного процесса.

Более широко на этапе становления ремиссии используются тимонейролептики: тиоридазин (сонапакс), перициазин (неулептил) и некоторые другие. Тиоридазин (сонапакс) обладает избирательной антипсихотической активностью и адресуется в основном к состояниям тревоги, страха, выраженной напряженности.

Психотропная активность сонапакса направлена не столько на тяжелые психотические состояния, сколько на разнообразные психопатологические проявления более легкого регистра. В клинике наркоманий он используется для снятия дисфорических расстройств и коррекции поведения больных. Суточная доза сонапакса обычно 75-100 мг. При нарастании дисфории доза может быть увеличена до 125-150 мг и в редких случаях - 200 мг. В зависимости от выраженности у больных тревоги, возбуждения, ипохондрических расстройств, нарушений поведения препаратом выбора может быть перициазин (неулептил) - 20-30-40 мг/сут. Для коррекции поведения больных, купирования раздражительности, дисфории рекомендуется также зуклопентиксол (клопиксол) - 20-40 мг/сут. Побочные действия клопиксола менее выражены, чем у других нейролептических средств, применяемых в наркологии.

Эффективным является применение сульпирида (эглонил). Он оказывает как антидепрессивное действие, так и способствует купированию дисфорических расстройств в тех случаях когда они не сопровождаются выраженным психомоторным возбуждением. Кроме того, эглонил в известной мере способствует подавлению патологического влече-

ния к наркотикам. Суточные дозы эглонила -400-600 мг (иногда 800 мг) при пероральном приеме и по 2мл 5% раствора 2-3 раза в день при парентеральном введении.

Антидепрессанты. В постабстинентном периоде особое значение имеет правильный выбор антидепрессанта (Таблица 3). Предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим наряду с тимолептическим седативным или сбалансированным действием.

Помимо психофармакотерапии на этом этапе обязательно применяется гепатотропная, ноотропная и симптоматическая терапия.

При выраженном астеническом симптомокомплексе помимо других терапевтических средств можно назначать мягкие стимуляторы и ноотропные препараты: ноотропил, фенибут, аминолон, пикамилон, церебролизин. В результате длительного употребления наркотических веществ у некоторых больных формируется психоорганический синдром. Кроме того, на разных этапах заболевания у больных наблюдаются апатоабулические и своеобразные астенические состояния. В связи с этим в терапевтическую программу целесообразно включать пептидергический ноотропный лекарственный препарат церебролизин [Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001]. Церебролизин повышает эффективность энергетического метаболизма мозга, снижает повреждающее нейротоксическое действие от наркотиков и предотвращает гибель нейронов. Применяется он парентерально, внутримышечно или внутривенно. Оптимальная доза -5-10мл в сутки. Продолжительность курса - 4 нед.

Терапия в этапе стабилизации ремиссии.

Основным препаратом этой группы является налтрексон, его применяют для лечения зависимости от опиоидов более 30 лет. По своим фармакологическим свойствам налтрексон является прямым антагонистом опиоидов и относится к «оптимальным чистым антагонистам опиоидов»: безопасен, не вызывает привыкания, обладает длительной антагонистической активностью, быстро всасывается из ЖКТ и практически полностью метаболизируется в печени. Препарат успешно применяется, однако следует отметить, что эффективность лечения во многом зависит от мотивации больного и комплексности подходов, в частности широком применении психотерапевтических и психофармакологических программ.

Заключение

В ходе исследования было выявлено ряд характерных особенностей в клинике и течении опийной наркомании у женщин. Важно отметить, что влияние сексуального партнера определяет не только приобщение женщин к употреблению наркотиков, но и формирование наркомании. Из 50 обследованных женщин страдающих опийной наркоманией почти у половины (46%) имелся наркозависимый муж, сожитель или наркозависимый сексуальный партнер. У них в более сжатые сроки формируются основные синдромы нар-

комании, что обусловлено, по-видимому, вступлением женщин в готовый «наркоманический» образ жизни.

Под влиянием своих супругов, друзей или сексуальных партнеров женщины нередко начинают систематический приём наркотиков, минуя этапы эпизодического употребления. У них в более сжатые сроки, чем у мужчин, формируются синдром зависимости и патологического влечения к наркотику, они очень быстро увеличивают дозы, то есть растёт толерантность, хотя в целом толерантность у женщин ниже, чем у мужчин. У женщин в 2 раза чаще наркомания формируется в течение первого года после начала использования героина. У 48% наблюдавшихся женщин наркомания формировалась в течении 3 месяцев после начала наркотизации.

Период формирования абстинентного синдрома у женщин короче, чем у мужчин, а при опийной(героиновой) наркомании АС манифестирует преимущественно психопатологическими расстройствами(тревога, беспокойство, раздражительность, перепады настроения). В дальнейшем к первоначальным проявлениям присоединяется характерная алгическая и вегетативная симптоматика.

При опийной наркомании у женщин на всех этапах заболевания наблюдают истероформное поведение, демонстративность, требование к себе повышенного внимания, нестойкость предъявляемых жалоб, фиксацию на собственном самочувствии. Нарушения в аффективной сфере проявляются в выраженной аффективной лабильности, преобладании ипохондрических и синестоипохондрических субдепрессивных расстройств, склонности к соматизации жалоб, часто маскирующих влечение к наркотикам. Среди женщин реже, по сравнению с мужчинами, встречались дисфории, раздражительность, конфликтность.

Ремиссии у женщин наблюдают значительно реже, чем у мужчин. Длительность ремиссий у них короче, они характеризуются нестабильностью. Качество ремиссий в значительной степени зависит от сексуального партнера-наркомана. К отказу от наркотиков чаще всего приводит соматическое неблагополучие, связанное с наркотизацией.

Среди причин рецидивов у женщин, так же как и у мужчин, на первом месте эмоциональные расстройства, обусловленные самой наркотизацией (тревога, беспокойство, подавленное настроение, раздражительность). Вторая причина по частоте рецидивов - стремление с помощью наркотика облегчить личные проблемы.

Медико-социальные последствия наркотизации у женщин достаточно тяжелые. У них рано наступает психосоциальная дезадаптация. Среди женщин-наркоманок много проституток, лиц, занимающихся противоправной деятельностью (кражи, подделки документов, продажа наркотиков и пр.). Более тяжкие преступления (грабежи, разбои и т.п)

женщины совершают реже, чем мужчины. По-видимому, именно поэтому женщины значительно реже подвергаются аресту и пребывают в местах лишения свободы.

У женщин, как и у всех больных наркоманиями, выражены изменения личности: лживость, эгоистичность, непостоянство и неустойчивость намерений, паразитические тенденции, волевой дефект. У них формируются рентные установки. Они быстро теряют трудоспособность, утрачивают интерес к учебе. Матери-наркоманки проявляют полное безучастие в воспитании своих детей, полностью доверив их родственникам.

Отмечают высокий уровень суицидальных тенденций у женщин, употребляющих наркотики. С.О.Мохначев выявил суицидальные тенденции (суицидальные мысли, самоповреждения, отравления медикаментами, употребление больших доз наркотиков с целью суицида) у половины исследованных им женщин с опийной наркоманией.

Когда мы говорим о зависимости от наркотиков, необходимо также учитывать, что число лиц, затронутых этой проблемой, особенно среди женщин, гораздо больше, чем лиц, официально зарегистрированных наркологическими учреждениями. В силу социальной роли женщины, которая заключается в заботе о семье, многие вынуждены брать на себя дополнительные заботы об обеспечении своих семей в тех случаях, когда супруги или родные становятся наркозависимыми. С учетом особой социальной роли женщины, от которой зависит здоровье и благополучие будущего поколения, безусловно, женский наркотизм можно рассматривать как показатель роста наркотизации в обществе в целом.

Список литературы

1. Альшулер В.Б., Судаков С.К., Павлова О.О. Апротинин как средство купирования опийного абстинентного синдрома: экспериментальное и клиническое исследование// Вопросы наркологии.- 1997.- №2.- С.26-29.
2. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. - М., 2005.- 316с.
3. Генайло С.П. Особенности преморбида больных наркоманиями//Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.- 1990.- №2.- С.42-47.
4. Кошкина Е.А., Мирошниченко Л.Д. Об оценки наркологической ситуации в России по показателям медицинской статистики: Информационное письмо.- М.: МЗМП РФ, 1994. - С.33.
5. Кошкина Е.А. Распространённость наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. По данным медицинской статистики //Вопросы наркологии.- 2001.- №3.- С.61-67.
6. Кошкина Е.А, Киржанова В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 гг.: Статистический сборник.-М., 2009. - С.139.
7. Кошкина Е.А. Проблемы алкоголизма и наркоманий в России на современном этапе//Вопросы наркологии.- 1993.- №4.- С.66-70.
8. Мирошниченко Л.Д., Туманов С.В. Некоторые итоги исследования отношения к наркотикам и их потребление в объединенной выборке из населения 8 стран СНГ//Вопросы наркологии.- 1994.- №3.- С.69-72.
9. Мохначев С.О. Героиновая наркомания у женщин: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2001.- 25с.
10. Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Пинская Н.В. О злоупотреблении коаксилом// Материалы Российской конференции « Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии».- М., 2007.- С.294-295.
11. Пятницкая И.Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994.- 542с.
12. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании: Медико-социальные последствия. Лечение. - М.: Анахарсис, 2001.- 208с.
13. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О.Аффективные нарушения при героиновой наркомании//Вопросы наркологии.- 2002.- №1.- С.20-26.

14. Юлдашев В.Л. Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: Автореф.дисс. ...докт. мед. наук.- М., 1997.- 41с.
15. Andreassos S., Brandt L., Mortaliti and morbidity related to alcohol //Alcohol and Alcohol. – 1997. – Vol. 32,N 2. – P. 173 -178.
16. Barnard M.Needle Sharing in Context: Patterns of Sharing among Men and Women Injectors an HIV risk // Addiction.-1993.-Vol.88.-P.805-812.
17. Beckerleg S.. How 'cool' is heroin'injection at the Kenya coast? //Drugs: Education, Prevention and Policy.- 2004.- Vol.11, N1.- P67-77.
18. Boyle M., Offord D. Smoking, drinking and use of illicit drug among adolescents in Ontario prevalence, pattern of use and sociodemographic correlates//Canad. Med. Ass.J. - 1986.- Vol.135, N10.- P.1113-1121.
19. Hill S. Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women //Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention, S. C. Wilsnack and L. J. Beckman, eds. (New York, Guilford Press, 1984), pp. 121-154.
20. Hser Y., Anglin V., Booth M. Sex Differences in Addict Careers.3.Addiction//Am J Drug Alcol abuse.-1987.- Vol.13(3). - P.231-251.
21. Moise R., Reed B., Ryan V. Issues is the Treatment of Heroin-addicted women: A Comparison of Men and Women entering Two Types of Drug Abuse Programs//Int. J. Addict.- 2009.- Vol.17.- P.109-139.
22. UNODS 2007 World Drug Report. - 2007. –P/282.