

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АБСТИНЕНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРЕКРАТИВШИХ КУРС ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В.В. Гарилов

Проблема наркопотребления во всем мире остается актуальной на сегодняшний день. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с начала 80-х годов XX столетия масштабы проблемы распространения наркотической зависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) приняла характер эпидемии (WHO, 1992). По данным многоуровневого исследования 2001 года в Казахстане 1,7% населения имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1% – от алкоголя (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002).

Одним из последствий проблемы наркопотребления является распространение инфекций, передающихся парентеральным путем, в том числе распространение ВИЧ-инфекции. В Казахстане о первом случае ВИЧ-инфекции сообщили в 1987 году. Согласно статистике, основанной на системе поименной регистрации случаев, на 1 января 2009 г. кумулятивное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц составляло 11 709 человек. По результатам Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) распространенность ВИЧ-инфицированных лиц среди потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане постоянно увеличивается, прирост новых случаев ВИЧ-инфекции в 2008 году в РК составил 18%.

Последнее десятилетие система наркологической помощи населению многих стран переживает изменения. Данная ситуация связана с масштабом и темпом распространения наркотической зависимости, угрозой распространения сопутствующих инфекционных заболеваний, и в первую очередь - ВИЧ/СПИДа, а также с низкой эффективностью традиционных подходов, применяемых в здравоохранении.

В Казахстане последние годы больший акцент был сделан на предоставление и расширение ассортимента реабилитационного компонента. Были разработаны стандарты медикаментозной, психотерапевтической / психологической помощи наркозависимым лицам в условиях стационара, находящимся на различных этапах лечения.

В связи с необходимостью расширения ассортимента оказываемых услуг, не только в условиях стационара, но в амбулаторных условиях, а так же с целью профилактики инфекций, передающихся парентеральным путем в октябре 2009 года на базе Павлодарского областного центра профилактики и лечения зависимых заболеваний (далее ПОЦПЛ 33) был запущен проект опиоидной заместительной терапии.

По мнению специалистов, задействованных в новом для Казахстана проекте, основными целями, являлись:

- а) противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в РК, за счет профилактики инфицирования среди наиболее уязвимой группы – потребители инъекционных наркотиков (ПИН);
- б) увеличение приверженности к АРВ-терапии;
- в) повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ОЗТ.

В соответствии с годовым «Отчетом пилотного проекта программы заместительной терапии в Республике Казахстан» 22 участника проекта вышли из программы ОЗТ по различным причинам.

По данным ПОЦПЛ 33 шестеро из этих пациентов прошли курс детоксикации в условиях круглосуточного стационара на базе отделения медико-социальной реабилитации.

В зависимости от планового или внепланового прекращения участия пациентов в программе ЗТ были отработаны 2 варианта детоксификации метадонот:

- 1) среднесрочная детоксификация (обычно в течение 1 месяца) – применялась в случаях досрочного внепланового прекращения лечения по инициативе пациента; заключалась в постепенном снижении дозировок метадона в течение месяца;
- 2) долгосрочная детоксификация (обычно в течение 3-4 месяцев) – применялась в случаях планового завершения участия пациента в программах ЗТ.

В связи со всем вышесказанным на курс детоксикации пациенты – участники проекта опиоидной заместительной терапии – попадали с различными терапевтическими дозами метадона гидрохлорида – от 5-10 мг до 45-50 мг в сутки.

Необходимо помнить о том, что степень тяжести синдрома отмены опиоидов зависит от дозы и фармакологических свойств принимаемого опиоида, а также от степени нейроадаптивных изменений, которые происходят в организме пациента. Наркотики с коротким периодом полувыведения вызывают симптомы отмены раньше, чем наркотики с более длительными периодами полувыведения; также раньше наступает пик симптоматики и раньше исчезают симптомы. Без лечения пик синдрома отмены героина или морфина обычно наступает через 36-72 часов после приема последней дозы, а существенное ослабление симптомов происходит через 5 дней. Синдром отмены метадона или других опиоидов длительного действия без лечения обычно достигает

пика на четвертый-шестой день, и симптомы существенно не ослабевают в течение 10-12 дней (Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2009).

Таким образом, клинические признаки острого абстинентного синдрома (ОАС) отличались от героинового временем начала проявления основных симптомов, их продолжительностью, а так же интенсивностью основных проявлений.

Схема проводимой детоксикации была стандартна и была представлена клонидином, карбамазепином, реланиумом, трамаолом и нейролептиками (рисполепт, зипрекс, аминазин). Продолжительность основной схемы детоксикационной терапии составляла 10 дней. Далее проводилась симптоматическая терапия: диссомнических расстройств, патологического влечения к наркотическим веществам, терапия, направленная на купирование алгических и диспепсических проявлений.

Чувство тревоги, беспокойство, сниженное настроение с выраженной дисфорией, безнадежностью, непреодолимым (компульсивным) влечением к наркотику усиливалось так же к 8-10 дню на фоне проводимого лечения. Данный симптомокомплекс с трудом поддавался медикаментозной коррекции и полностью обуславливал клиническую картину отмены метадона гидрохлорида. Описанные признаки патологического влечения к наркотическим веществам купировались, в основном, нейролептиками (галоперидол, тизерцин, зипрекс) и нивелировались к 20 дню госпитализации.

Диссомнические расстройства усиливались на 8-10 сутки и выражались в виде затрудненного засыпания, поверхностного сна, отсутствия чувства отдыха после пробуждения. Снотворные препараты назначались в течение 3-5 дней после основного курса детоксикации на ночь в сочетании с нейролептиками.

Пациенты с активной зависимостью от метадона на фоне лечения наркотическими анальгетиками первые пять-шесть дней практически не предъявляли жалобы на мышечно-суставные боли. Они сообщали о незначительном дискомфорте в ногах и поясничной области. Жалобы на мышечно-суставные боли учащались к концу первой недели детоксикации, что вызывало необходимость назначения наркотических анальгетиков до 10 дней. Далее использовались неспецифические противовоспалительные препараты до 3-4 раз в день при обращении.

Диспепсические расстройства были представлены в большинстве случаев в виде болей в животе, задержки стула. В качестве симптоматического лечения назначались ферменты, а так же слабительные препараты.

В среднем, продолжительность абстиненции составила около трех недель. При этом описанная в литературе обратная последовательность в исчезновении симптоматики сохранялась: сначала прекратились диспепсические явления, потом болевые ощущения. Нарушения сна, пониженное настроение, влечение к наркотику сохранялись продолжительное время и обуславливали срыв – употребление нелегальных наркотических средств через непродолжительное время после выписки из стационара (пятеро из шести пациентов). Считаю необходимым, отметить, что во всех случаях планового выхода из лечебной программы, в зависимости от установок пациента, с ним проводилась индивидуальная работа по мотивированию на воздержание от наркотических веществ.

В заключении считаю необходимым, напомнить о перекрестной толерантности метадон гидрохлорида с психотропными веществами, при проведении детоксикации, что требует большой осторожности и тщательного наблюдения за пациентами особенно в первые дни госпитализации.

ГРАНДАКСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

В.И. Шушкевич

г. Рудный

В настоящее время в повседневной клинической и амбулаторной практике лечения алкоголизма применяются практически все основные группы психофармакологических препаратов (Авруцкий Г.Я., 1989; Гофман А.Г. и соавт., 1991). Поэтому актуальность усовершенствования терапии, эффективно воздействующей на различные стороны патогенеза различных нарушений, в первую очередь - алкогольного абстинентного синдрома, сохраняется и на сегодняшний день.

Одним из перспективных препаратов, который может использоваться с целью купирования ААС, является грандаксин (тофизопам). Это препарат известен как типичный транквилизатор, усиливающий ГАМК-миметические процессы в центральной нервной системе, обладающий анксиолитической, вегетокорректирующей, стрессопротективной, мягкой психостимулирующей и коронароритической активностью. Анксиолитический эффект не сопровождается миорелаксаци-