

Принципы фармакотерапии опиийной наркомании

РОХЛИНА М.Л.	профессор, д.м.н., рук. отделения клинических исследований наркоманий Национального научного центра наркологии (ННЦН) МЗ РФ, Москва
КОЗЛОВ А.А.	к.м.н., с.н.с. отделения клинических исследований наркоманий ННЦН МЗ РФ, Москва
МОХНАЧЕВ С.О.	с.н.с. отделения клинических исследований наркоманий ННЦН МЗ РФ, Москва
ЧИСТЯКОВА Л.А.	к.м.н., с.н.с. отделения клинических исследований наркоманий ННЦН МЗ РФ, Москва
КИТКИНА Т.А.	к.м.н., зав. отд. клинических исследований наркоманий ННЦН МЗ РФ, Москва

Приводятся основные принципы фармакотерапии опиийной наркомании. Рассматриваются основные методы лечения, направленные на купирование острых проявлений абстинентного синдрома, нормализацию психического состояния, подавление патологического влечения к наркотику, купирование различных психопатологических расстройств на разных этапах заболевания.

Различные аспекты терапии наркоманий и токсикоманий являются предметом пристального внимания отечественных и зарубежных исследователей [2–6, 9, 13, 14, 19, 20, 23, 24]. В настоящем сообщении мы остановимся на некоторых *принципах* медикаментозного лечения опиийной (героиновой) наркомании, которые использовались в отделении клинических исследований ННЦН МЗ РФ.

1. Главной задачей терапии является коррекция основных проявлений болезни. Прежде всего, это касается купирования острого опиийного абстинентного синдрома, крайне тягостного для больных, и подавления кардинального синдрома зависимости — патологического влечения к наркотику.

2. В отечественной наркологии при лечении предусматривается полная и немедленная отмена наркотиков, за исключением случаев злоупотребления седативно-снотворными препаратами или при сочетании других наркотиков (в том числе опиатов) с высокими дозами седативно-снотворных средств. Заместительная терапия в России не проводится.

3. Лечение наркоманий проводится поэтапно. Выделяются следующие этапы лечения:

1) дезинтоксикация и купирование острого абстинентного синдрома;

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

3) терапия в период становления ремиссии. Выявление основного синдрома комплекса психической зависимости, психопатологических проявлений обострения влечения к наркотикам. Проведение терапии, направленной на коррекцию этих нарушений;

4) 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) личностная и социальная реабилитация, призванная обеспечить полное функционирование больных в обществе.

4. Комплексность терапии. Доказано, что интоксикация наркотическими препаратами вызывает дисбаланс в определенных системах нейромедиации [1]. Терапия, направленная на восстановление этого дисбаланса, способствует купированию основных клинических синдромов наркоманий. Поэтому при выборе терапевтических мероприятий целесообразно использовать применение патоген-

нетически обоснованных лечебных средств в сочетании с традиционными методами дезинтоксикации и с психотропными препаратами с целью купирования психопатологических расстройств, наблюдающихся в клинике наркоманий на разных этапах заболевания, а также в сочетании с психотерапией.

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

6. Соблюдение основного принципа психофармакотерапии: выбор лекарственных средств зависит от клинико-психопатологической картины купируемого синдрома.

Купирование острого абстинентного синдрома

Это важный этап терапии, от которого зависит успех дальнейшего лечения.

Среди патогенетических средств, используемых в этот период, эффективными являются: клонидин (клофелин) — агонист альфа-2 адренорецепторов ЦНС, активирующий их постсинаптические образования и подавляющий норадренергическую активность в области «голубоватого пятна», тиапридал — атипичный нейролептик из группы замещенных аминов, избирательно блокирующий дофаминовые D-2 рецепторы, и трамал (трамадола гидрохлорид) — обезболивающее средство центрального действия, воздействующее на специфические опиоидные рецепторы в ЦНС. Комплексное применение данных препаратов позволяет оптимально купировать основные проявления опиийного абстинентного синдрома [3, 14, 15].

Клофелин купирует в основном соматовегетативные проявления абстинентного синдрома. Назначается в дозах 0,6–0,9 мг в сутки в течение первых 5–7 дней. При падении артериального давления дозы препарата снижаются или он отменяется.

Тиапридал обладает седативным, антипсихотическим и, что особенно важно, анальгезирующим действием. Первые 2–3 дня назначается внутримышечно по 200 мг 3–4 раза в сутки, затем в той же дозе перорально. Эффект наступает через 10–15 мин после инъекции, длится около 4 ч.

Трамал оказывает обезболивающее действие. Назначается в зависимости от дозы употребляемого наркотика и конкретного состояния больного: первые 2–3 дня по 2–4 мг (100–200 мг) внутримышечно, затем 50–100 мг 3–4 раза в день еще 3–4 дня внутрь, с постепенным уменьшением дозы.

В качестве обезболивающих средств вместо трамала предлагается также использовать нестероидные противо-

воспалительные препараты, такие, как кеторол, ксефокам, диклофенак и ряд других аналогичных препаратов [7,10].

Иногда рекомендуется использование экстракорпоральных методов детоксикации [8].

Описан еще целый ряд методов купирования острого опийного абстинентного синдрома. Это нейропептиды, нормализующие дисбаланс катехоламиновой нейромедиации; налоксон (антагонист опиатов) в комбинации с клофелином; УБОД (ультрабыстрая детоксикация под наркозом) с использованием налоксона; повышенные дозы атропина [4].

Для купирования нарушений сна используются анксиолитики бензодиазепинового ряда и другие седативные препараты [11].

Для подавления влечения к наркотикам в терапевтическую схему включаются психотропные препараты (нейролептики, преимущественно с седативным действием) [14, 16].

Терапия в постабстинентный период

В этот период на первый план выступают психические нарушения, которые часто камуфлируют обострение патологического влечения к наркотикам. Это, в первую очередь, аффективные расстройства, чаще всего в виде дисфорической депрессии, а также раздражительность, недовольство окружающим, возбуждение, неправильное поведение.

Схематически терапия в постабстинентный период сводится к следующему:

- применение антидепрессантов и нейролептиков (в зависимости от состояния больного);
- купирование нарушений сна;
- общеукрепляющая терапия;
- коррекция сопутствующих соматических заболеваний;
- коррекция органического поражения ЦНС (если оно имеет место).

Особое значение имеет правильный выбор антидепрессантов и нейролептиков, соответствующих клиническим проявлениям у больных [12, 14, 16, 19, 21]. Учитывая особенности аффективных расстройств, значительный удельный вес в их структуре дисфории, ажитации на фоне отсутствия заторможенности, при выборе антидепрессантов следует отдавать предпочтение препаратам с седативным или сбалансированным действием. Антидепрессанты целесообразно комбинировать с мягкими нейролептиками. В ряде случаев показано капельное введение антидепрессантов (мелипрамина, амитриптилина или лудиомила). В зависимости от выраженности дисфории, тревоги, возбуждения, нарушений поведения, ипохондрических расстройств применяются эглонил, галоперидол, неулептил, соннапакс.

Нередко депрессия, раздражительность, психопатоподобное поведение и другие психические нарушения являются замаскированными проявлениями обострения влечения к наркотикам, хотя больные могут этого и не осознавать. Им кажется, что они уже выздоровели, требуют выписки, не понимая, что ими движет влечение к изменению своего состояния. Применение лекарственных средств, подавляющих влечение к наркотикам и устраняющих соответствующие психические нарушения, является очень важным.

Для подавления как осознанного, так и неосознанного влечения к наркотикам используют нейролептики пролонгированного и короткого действия. В последнее время стали применяться нейролептики нового поколения с достаточно выраженным эффектом, например рисполепт, клопиксол, флюанксол [21, 22].

Очень важным в постабстинентный период является купирование нарушений сна. Используются седативно-снотворные препараты преимущественно бензодиазепинового ряда, а также нейролептики, обладающие снотворным действием [11].

Терапия в период становления ремиссии

На фоне стабилизации состояния в этот период может наблюдаться обострение влечения к наркотикам, в ряде случаев проявляющееся, как и на предыдущем этапе, в аффективных нарушениях, расстройствах поведения или других психических нарушениях. Кроме того, нередко наблюдаются астено-апатические состояния или выраженная аффективная лабильность. Помимо применения соответствующих состоянию больных психотропных средств рекомендуются средства восстановительной терапии, в частности ноотропные препараты, церебролизин [17]. Наибольшее действие церебролизин оказывает на когнитивные функции, а также на такие расстройства, как быстрая истощаемость, астения, апатико-абулический синдром, тревога.

Комплексную терапию схематично можно представить следующим образом:

- 1) нейролептики пролонгированного и короткого действия, в том числе корректоры поведения,
- 2) антидепрессанты,
- 3) соли лития,
- 4) ноотропные препараты,
- 5) церебролизин,
- 6) психотерапия.

Психотерапевтические беседы на всех этапах должны быть направлены на достижение положительных установок больных на полное воздержание от употребления наркотиков и других средств, вызывающих зависимость, а также на систематическое прохождение больными курсов поддерживающего лечения во внебольничных условиях.

Кроме медикаментозной терапии и психотерапии целесообразно использовать иглорефлексотерапию, различные методы физиотерапии с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний.

Специфическое противорецидивное лечение

От этого этапа терапевтического процесса во многом зависит длительность и качество ремиссии. Преследуется цель предотвращения возобновления приема наркотиков, т.е. профилактики срыва ремиссии или рецидива заболевания. Очень важно определить факторы, способствовавшие возникновению предшествующих рецидивов и знать основные клинические проявления психической зависимости на этом этапе. Особое внимание необходимо уделить причинам обострения влечения к наркотикам.

В качестве специфической противорецидивной терапии при опийной наркомании используется антагонист опиоидных рецепторов — налтрексона гидрохлорид (налтрексон) и его аналоги — антаксон (фирма “Замбон”), ревиа (фирма “Дюпон Фарма”). У части больных на фоне лечения налтрексоном могут наблюдаться различные психические нарушения, в том числе и свидетельствующие об обострении патологического влечения к наркотикам. Это требует добавления к терапии налтрексоном симптоматического лечения, а именно психотропных средств (антидепрессантов и нейролептиков), выбор которых зависит от клинико-психопатологической картины купируемого синдрома и состояния больного.

В качестве средств симптоматического лечения применяются: нейролептики, антидепрессанты, седативные препараты, ноотропы, церебротропные.

После устранения данной симптоматики психотропные средства отменяются.

Заключительный этап — личностную и социальную реабилитацию — целесообразно проводить по специальной программе в реабилитационных центрах без применения фармакотерапии.

Список литературы:

1. Анохина И.П. О некоторых механизмах толерантности к наркотикам // Актуальные вопросы наркоманий. — Омск, 1982. — С. 3—6.
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.А. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
3. Воронин К.Э. Фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — Москва, 1993. — 254 с.
4. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Рамхен И.Д. Наркомании, токсикомании и их лечение: Методические рекомендации. — М., 1979 — 48 с.
5. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М., Крылов Е.Н., Денева Н.Р., Граженский А.В. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю. Магалифа. — М., 1999. — 108 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е., Тузикова Ю.Б. Острая интоксикация психоактивными веществами в общей и судебно-психиатрической практике. — М., 1997. — 80 с.
7. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Глушко А.А., Ревенко В.А. Применение кеторола (кеторолака, трометамин) в комплексном лечении и реабилитации больных героиновой наркоманией: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2001. — 18 с.
8. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсокова. — 1999. — Т. 97, № 9. — С. 4—10.
9. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. — М.: Медпрактика, 2000. — 121 с.
10. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения ксефокама (лорноксикама) для купирования болевого синдрома у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. — 2000. — № 4. — С. 3—9.
11. Козлов А.А. Лечение инсомнических расстройств у больных наркоманиями. // Тезисы докладов. V Российский национа-

льный конгресс «Человек и лекарство». 21—25 апреля. Москва, 1998. — С. 97—98.

12. Козлов А.А., Рохлина М.Л., Чистякова Л.А. Применение ципрамила при героиновой наркомании в амбулаторной практике. // Тезисы докладов. IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». 8—12 апреля 2002. — М., 2002. — С. 214.

13. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.

14. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.

15. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 339—428.

16. Рохлина М.Л., Чистякова Л.А., Козлов А.А., Киткина Т.А. Терапия аффективных расстройств и патологического влечения в структуре абстиненции у больных героиновой наркоманией. // Тезисы докладов. VII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». 10—14 апреля 2000. Москва, 2000. — С. 118.

17. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Усманова Н.Н., Смирнова Е.В. Применение церебротропина при героиновой наркомании // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — Т. 3, № 3. — С. 98—102.

18. Рохлина М.Л., Чистякова Л.А., Козлов А.А. Купирование поведенческих расстройств и криминальных действий у больных героиновой наркоманией. // Тезисы докладов. IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». 8—12 апреля 2002. Москва, 2002. — С. 381.

19. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Детоксикация при опийной наркомании. — М.: Анахарсис, 2001. — 52 с.

20. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии: Краткое справочное руководство. — М.: Медицина. — 2000. — 44 с.

21. Чистякова Л.А., Козлов А.А., Мохначев С.О., Котлякова Н.В. Применение флюанксолола депо в наркологической практике // Тезисы докладов. IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». 8—12 апреля 2002. Москва, 2002. — С. 505.

22. Kozlov A. A. Application of Risperidone at Heroin Addiction in Outpatient Practice. // J. European Psychiatry. 11th Congress of the Association of European Psychiatrists. Stockholm. 4—8 May 2002. — Vol. 17. — Suppl.1. — P. 102.

23. O'Connor P.G., Carroll K.M., Shi J.M., Schottenfeld R.S., Kosten T.R., Rounsaville B.J. // Ann. Intern. Med. — 1997. — Vol. 127. — P. 526—530.

24. O'Connor P.G., Fiellin D.A. // Ann. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133, № 1 / Пер. с англ. в сб.: Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. — Киев, 2001. — С. 7—33).

PRINCIPLES OF PHARMACOTHERAPY OF OPIATE ADDICTION

ROKHLINA M.L.	M.D., Ph.D., Professor, Head of Addiction Clinical Research Department of National Research Center of Addiction (NRCA), Russian Federation Ministry of Public Health, Moscow
KOZLOV A.A.	M.D., Ph.D., Senior Researcher of NRCA Russian Federation Ministry of Public Health, Moscow
MOKHNATCHEV S.O.	M.D., Ph.D., Senior Researcher of NRCA Russian Federation Ministry of Public Health, Moscow
TCHISTIAKOVA L.A.	M.D., Ph.D., Senior Researcher of NRCA Russian Federation Ministry of Public Health, Moscow
KITKINA T.A.	M.D., Ph.D., Head of clinical department of NRCA Russian Federation Ministry of Public Health, Moscow

Article is dedicated to principles of pharmacotherapy of opiate addiction. Main treatment methods directed to relief of acute withdrawal syndrome, normalization of psychic functions, supression of craving to drugs, treatment of psychopathological disorders on different stages of disease are observed.