

Клинические особенности постабстинентного периода у больных героиновой наркоманией с коморбидным травматическим поражением головного мозга

РЕЗНИКОВ О.В.

аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва

В результате обследования больных героиновой наркоманией с коморбидным травматическим поражением головного мозга выявлены особенности синдромального содержания аффективных расстройств в постабстинентный период. Выявлена связь особенности клинической симптоматики аффективных расстройств с возрастом, в котором была перенесена черепно-мозговая травма.

Введение

В настоящее время проблемы злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) являются одними из наиболее актуальных для медицинской науки и общества. По данным Е.А. Кошкиной [5], Н.Н. Иванца [3] заболеваемость в период с 1991 по 2000 г. возросла в 13 раз. С середины 90-х годов в России среди потребляемых наркотиков преобладает героин [8]. Наибольший удельный вес среди лиц, поступающих в московские наркологические клиники, занимают больные героиновой наркоманией.

Распространенность черепно-мозговых травм (ЧМТ) среди населения при выборочном обследовании достигает 20% [7]. Среди травм преобладает пограничный уровень психических расстройств [1, 7]. Нейротравматизм имеет тенденцию к неуклонному росту до 2 % в год. По данным В.Я. Семке [11] на долю нервно-психических расстройств экзогенно-органического генеза приходится 53,4% учетной болезненности пограничными состояниями. В общей популяции частота нервно-психических расстройств экзогенно-органического происхождения колеблется от 1,2% до 6,4% [7]. Soderstrom [12] при обследовании 1118 пациентов травматологического центра (Балтимор, США) показал, что на момент обследования больных с ЧМТ каждый 5-й пациент имеет зависимость от наркотиков.

Под постабстинентным состоянием Н.Н. Иванец, М.А. Винникова [2] понимают совокупность психопатологических (аффективных и поведенческих) и астеновегетативных расстройств, которые начинаются после минования явлений острого абстинентного синдрома и клинически проявляются патологическим влечением к наркотику.

Анализируя распространенность травматизма преимущественно среди молодых людей, частоту аффективных расстройств в отдаленном периоде ЧМТ, а также выраженность аффективных расстройств в постабстинентный период при героиновой наркомании можно говорить о важности исследования проблемы коморбидности последствий ЧМТ и зависимости от ПАВ. В отечественной и зарубежной литературе недостаточно разработана проблема сочетания, взаимосвязи и обусловленности этих двух состояний [4, 6, 9, 10]. Разработка проблемы коморбидности важна как в теоретическом аспекте для понимания причинно-следственных отношений между резидуальной органической симптоматикой и аффективными расстройствами в постабстинентный период, так и для практических целей, учитывая частоту встречаемости данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования

Всего обследовано 104 пациента с зависимостью от опиатов (героина) (F 11.21 по МКБ-10), находившихся в постабстинентном периоде (ПАП).

В числе 104 пациентов было 84 мужчины (80,8%) и 20 женщин (19,2%). Возраст больных к моменту обследования составлял 17—54 года, при этом пациенты в возрасте 20—25 лет составляли большинство (66,4%). Длительность заболевания — от 7 мес. до 6,5 лет. Суточная доза героина колебалась от 0,25 до 2,5 г героина и вводилась в 89% случаев внутривенно 2—4 раза в сутки. Употребляли алкоголь с вредными последствиями (F10.1 по МКБ-10) 36 из 104 обследованных, причем у трех пациентов в анамнезе выявлялась зависимость от алкоголя (F10.2 по МКБ-10). В исследование не были включены случаи сочетанного употребления наркотиков, исключались клинические наблюдения больных с манифестными формами эндогенных психических болезней, генуинной эпилепсией, осложненных употреблением героина.

Больные были разделены на 2 группы, тождественные по биологическим характеристикам (возраст см. табл. 2). В основную группу (ОГ) вошли 54 больных героиновой наркоманией (ГН), перенесших ЧМТ (S06.0-9 по МКБ-10) в период до формирования зависимости от героина. Вторую, контрольную, группу составили 50 больных без ЧМТ в анамнезе.

Все наблюдавшиеся нами больные подвергались стандартному комплексному обследованию. Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Для формализованной оценки и анализа результатов исследования использовались адаптированная для данного исследования карта эпидемиологического исследования больных наркоманией, данные медицинской документации о наличии, степени выраженности и проводимой терапии после перенесенной ЧМТ.

Таблица 1

Распределение по полу больных, вошедших в исследование

	Мужчины, абс. (%)	Женщины, абс. (%)
Все больные (n = 104)	84 (80,8)	20 (19,2)
Основная группа (n = 54)	43 (79,6)	11 (20,4)
Контрольная группа (n = 50)	41 (82)	9 (18)

Таблица 2

Возраст больных,
вошедших в исследование

Группы больных \ Возраст	Возраст			
	17—20, абс. (%)	21—25, абс. (%)	26—30, абс. (%)	30—54, абс. (%)
Все больные (n = 104)	10 (9,6)	69 (66,4)	18 (17,3)	7 (6,7)
Основная группа (n = 54)	6 (11,1)	35 (64,8)	9 (16,7)	4 (7,4)
Контрольная группа (n = 50)	4 (8)	34 (68)	9 (18)	3 (6)

В качестве программного обеспечения для решения статистических и графических задач использовались электронные таблицы EXCEL 2000 SR-2 (WINDOWS 98, Microsoft), а также SPSS 10.0.5.

Результаты исследования и их обсуждение

Преморбидные особенности личности больных

Как видно из табл. 3, преморбидные особенности обследованных больных представлены в основном акцентуациями характера, среди которых наиболее распространены гипертимные, истероидные и неустойчивые черты в различных сочетаниях. Преобладание акцентуаций в основной группе (с ЧМТ в анамнезе) 41 больной (75,9%) по сравнению с контрольной (без ЧМТ) — 32 больных (64%). Данное распределение, возможно, связано с большей представленностью акцентуаций неустойчивого круга в I группе (ЧМТ в возрасте до 3 лет) и более высокой

Таблица 3

Типы акцентуаций в преморбиде

Тип акцентуации	Количество больных, n	Группы больных			
		Основная (с ЧМТ)		Контрольная (без ЧМТ)	
		абс	%	абс	%
Гипертимный	4	3	5,6	1	2
Истерический	6	4	7,4	2	4
Неустойчивый	15	8	14,8	7	14
Конформный	8	3	5,6	5	10
Гипертимно-неустойчивый	13	8	14,8	5	10
Гипертимно-истероидный	11	6	11,1	5	10
Истероидно-неустойчивый	4	3	5,6	1	2
Сензитивный	6	2	3,7	4	8
Психастенический	2	1	1,9	1	2
Шизоидный	1	—	—	1	2
Эпилептоидный	3	3	5,5	—	—
Всего	73	41	75,9	32	64

частотой встречаемости акцентуаций истерического круга у больных во II группе (ЧМТ в возрасте от 3 до 10 лет). Обращает на себя внимание высокая частота психического инфантилизма (из 16 больных в основной группе — 9 человек, в контрольной — 7 человек) и примитивности в преморбиде обследованных.

Анализ социальных факторов

При изучении социальных факторов обращают на себя внимание условия воспитания больных (табл. 4). Характерно, что в половине наблюдений оно носило характер гиперпротекции. Воспитание строилось с позиции «оберегания» родителями своих детей от любых сложных жизненных проблем, начиная со школы. Во время учебы в высших учебных заведениях, работы больной знал, что родители всегда помогут выйти из любой сложной ситуации.

В основной группе 5 больных (9,3%) не имели законченного среднего образования, в контрольной группе все больные имели законченное среднее образование. В группе больных без ЧМТ получили высшее образование или являлись студентами 29 человек (58%), в то время как в группе больных, перенесших ЧМТ, с окончанным или неоконченным высшим образованием 19 человек (35,2%). Имели работу с угрозой увольнения либо совсем не работали 68,5% в основной и 50% в контрольной группе. Таким образом, в основной группе социальная адаптация находилась на более низком уровне по сравнению с контрольной.

Биологические факторы

При анализе наследственной отягощенности в основной (с ЧМТ в анамнезе) и контрольной (без ЧМТ) группах на первом месте по частоте встречаемости стоит алкоголизм отца (18,5 и 16%), на втором — алкоголизм матери (9,3 и 8%) (рис. 1), что свидетельствует о значимой роли наследственных факторов для возникновения зависимости от ПАВ. При анализе степени ЧМТ обращает на себя внимание преобладание частоты травматических пораже-

Таблица 4

Характер воспитания

Характер воспитания	Количество больных, n	Группы больных			
		Основная (с ЧМТ)		Контрольная (без ЧМТ)	
		абс	%	абс	%
Скрытая гиперпротекция	8	4	7,4	4	8
Противодействующая гипопротекция	9	5	9,3	4	8
Доминирующая гиперпротекция	32	18	33,3	14	28
Потворствующая гиперпротекция	21	10	18,5	11	22
Жесткие взаимоотношения	4	2	3,7	2	4
Противоречивое воспитание	11	5	9,3	6	12
Гармоничное	19	10	18,5	9	18
Всего	104	54	100,0	50	100,0

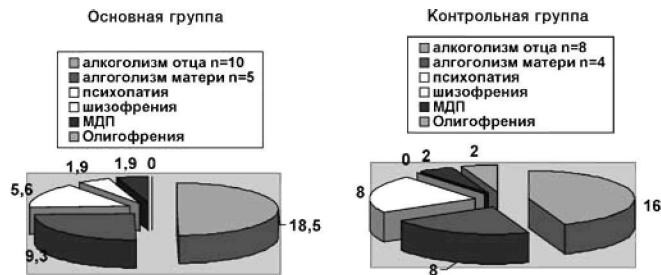


Рис. 1. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями

ний легкой степени тяжести над тяжелой — 77,8 и 22,2%, что соотносится с данными авторов, изучавших нейротравматизм [1].

При анализе факторов перинатальной патологии в основной и контрольной группах обращает на себя внимание одинаково высокая представленность патологии беременности матери (59,3 и 64%) и патологии позднего постнатального периода (64,8 и 69%) (рис. 2).

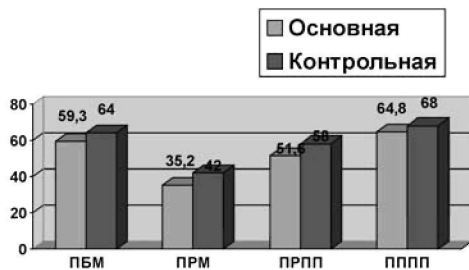


Рис. 2. ПБМ — Патология беременности у матери*; ПРМ — Патология родов матери**; ПРПП — Патология раннего постнатального периода***; ПППП — Патология позднего постнатального периода****;

* — токсикозы I и II половины беременности, анемия, тяжело протекавшие соматические и инфекционные заболевания у матери во время беременности; ** — дискоординация родовой деятельности, стремительные роды, особенности положения плода, слабость родовой деятельности, кесарево сечение; *** — низкий балл по шкале Апгара, признаки недоношенности, переносности, гипер- либо гипотрофии, обвитие пуповиной, гипервозбудимость; **** — увеличение вилочковой железы, аффективно-распираторный криз, повышенная возбудимость, отказ от груди, диспепсия, двигательное беспокойство, отставание в психофизическом развитии.

При анализе особенностей течения героиновой наркомании (табл. 5) у больных основной по сравнению с контрольной группой отмечается сокращение длительности формирования психической/физической зависимости от героина (1,1/3,2 мес. и 1,3/4,1 мес.), более высокие среднесуточные дозы героина (0,87 и 7,2 г), а также большая выраженность острого абстинентного синдрома (2,5 и 2,2 балла).

Аффективные расстройства в постабстинентный период у больных героиновой наркоманией, получивших ЧМТ в различные возрастные периоды

В зависимости от возраста, в котором была перенесена ЧМТ, в основной группе нами выделены 3 подгруппы: в I группу вошли больные, перенесшие ЧМТ в возрасте до 3 лет (n = 18), во II — перенесшие ЧМТ в возрасте от 3 до 10 лет (n = 24), III группу составили больные, перенесшие ЧМТ в возрасте старше 10 лет (n = 12).

При анализе психопатологических расстройств у больных героиновой наркоманией, с отдаленными последствиями ЧМТ, перенесенной в различные возрастные периоды, выявлены определенные закономерности (табл. 6).

Характеристики течения героиновой наркомании

Характеристики течения ГН	Группа больных			
	Основная (с ЧМТ)		Контрольная (без ЧМТ)	
Возраст I употребления алкоголя (годы)	13,1	1,8	14,2	1,7*
Возраст I употребления героина (годы)	14,2	1,3	14,5	1,4*
Длительность формирования психической зависимости (мес)	1,1	0,2	1,3	0,2 p<0,05
Длительность формирования физической зависимости (мес)	3,2	1,4	4,1	1,7 p<0,05
Среднесуточные дозы (г)	0,87	0,34	0,72	3,1 p<0,05
Длительность существования абстинентного синдрома (годы)	3,2	1,5	2,8	1,4 p<0,05
Тяжесть острого абстинентного синдрома (баллы)**	2,5	1,3	2,2	1,2 p<0,05

Примечание. * — различия не достоверны; ** — выраженность острого абстинентного синдрома 0 — 3 балла: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — выражен; 3 — отсутствует

Патологическое влечение к наркотику в группе с ЧМТ в возрасте до 3 лет (I группа) достоверно больше выражено, чем в контрольной группе. Выраженность аффективных расстройств в основной группе независимо от возраста (I, II, III группы больных), в котором была перенесена ЧМТ, достоверно больше, чем в контрольной группе. Субдепрессивные расстройства с преобладанием астении достоверно чаще встречаются у больных III группы с ЧМТ. Субдепрессивные расстройства с преобладанием дисфории достоверно чаще встречались в I группе больных. Нарушение сна достоверно чаще встречалось у больных II группы. Вегетативный дисбаланс достоверно чаще встречался у больных III группы. Патохарактерологические реакции достоверно чаще отмечались у больных I группы. Трансформация в алкогольную зависимость в постабстинентном периоде достоверно чаще происходила у больных I группы.

Заключение

На основании полученных данных можно говорить о более тяжелом течении героиновой наркомании у больных с коморбидным травматическим поражением головного мозга.

Интересно отметить, что прослеживается тенденция зависимости от возраста перенесенной ЧМТ особенности депрессивной симптоматики в постабстинентный период. У больных, перенесших ЧМТ в возрасте до 3 лет, можно говорить о психоорганическом синдроме, который придает в постабстинентный период симптоматике дисфорический, “патохарактерологический” паттерн. У больных, перенесших ЧМТ в возрасте старше 10 лет, астеническая симптоматика в рамках аффективных расстройств постабстинентного периода может рассматриваться как цефробоастенический синдром.

Таблица 6

Психопатологические расстройства в постабстинентный период

Психопатологические расстройства	Основная (с ЧМТ в анамнезе)						Контрольная (без ЧМТ) IV	Значение P			
	I* n = 18		II** n = 24		III*** n = 12			P _{I-IV}	P _{II-IV}	P _{III-IV}	
Влечение к наркотику	2,7	0,2	2,4	0,2	2,5	0,2	2,2	0,2	P _{I-IV} < 0,05	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Аффективные расстройства	2,8	0,2	2,7	0,2	2,8	0,2	2,4	0,2	P _{I-IV} < 0,05	P _{II-IV} < 0,05	P _{III-IV} < 0,05
Субдепрессия с преобладанием астении	1,0	0,2	1,1	0,2	1,5	0,2	0,8	0,1	P _{I-IV} — н.д.	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} < 0,05
Субдепрессия с дисфорическим компонентом	1,9	0,2	1,7	0,2	1,5	0,2	1,4	0,2	P _{I-IV} < 0,05	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Тревожная субдепрессия	0,9	0,2	1,2	0,2	1,2	0,2	1,1	0,2	P _{I-IV} — н.д.	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Апатия, безразличие	1,3	0,2	1,1	0,2	0,9	0,2	1,2	0,2	P _{I-IV} — н.д.	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Идеаторная заторможенность	0,6	0,1	0,8	0,1	0,7	0,1	0,8	0,1	P _{I-IV} — н.д.	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Нарушение сна	1,3	0,2	1,9	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	P _{I-IV} — н.д.	P _{III-IV} < 0,05	P _{II-IV} — н.д.
Вегетативный дисбаланс	1,3	0,2	1,4	0,2	1,6	0,2	1,2	0,2	P _{I-IV} — н.д.	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} < 0,05
Патохарактерологические реакции	1,9	0,2	1,8	0,2	1,6	0,2	1,3	0,2	P _{I-IV} < 0,05	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.
Трансформация в алкоголизм	1,1	0,2	0,8	0,1	0,7	0,2	0,9	0,2	P _{I-IV} < 0,05	P _{II-IV} — н.д.	P _{III-IV} — н.д.

Примечание. I* — Возраст ЧМТ до 3 лет; II** — Возраст ЧМТ от 3 лет до 10 лет; III*** — Возраст ЧМТ старше 10 лет; н.д. — не достоверно
Степень выраженности симптома оценивалась в баллах от 0 до 3: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — выражен; 3 — отсутствует

Список литературы

1. Голодец Р.Г., Каплан А.А. Психические нарушения в клинике отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы. //Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 6. — С. 77-83.
2. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — С. 128.
3. Иванец Н.Н. (ред.) Руководство по наркологии в 2-х т. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — 444 с., Т. 2. — 504 с.
4. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии (клинич. и судеб.-психиатр. аспект): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1996. — 360 с.
5. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики// Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 61—67.
6. Махтумова М. Х. Клиника и судебно-психиатрическое значение отдаленных последствий травматического поражения го-

ловного мозга, осложненных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1995. — 170 с.

7. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. — М.: Медицина, 1998. — 144 с.
8. Рохлина М.П., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
9. Селадцов А.Н. Патокинетические и психопатологические особенности опийной наркомании, сформировавшейся на органически неполноценной почве// Вопросы наркологии. — 1991. — №1. — С. 21—28.
10. Селадцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами (психопатология, клиника, патогенез, терапия): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — Кемерово, 1994. — 356 с.
11. Семке В.Я. Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988. — 120 с.
12. Soderstrom C. Psychactive substance use disorders among seriously injured: Trauma center patients// JAMA. — 1999. — Vol. 277. — P. 1769—74.

CLINICAL FEATURES PERIOD AT PATIENTS HEROIN NARCOTISM WITH COMORBID TRAUMATIC DEFEAT OF A BRAIN

REZNIKOV O.V. post-graduate student of faculty of psychiatry and medical psychology MMA by I.M. Sechenov

As a result of inspection of patients heroin the narcotism with comorbid traumatic defeat of a brain, reveals features syndromic maintenances of affective frustration in the postwithdrawal period. Communication of feature of clinical semiology of affective frustration with age in which the craniocerebral trauma was transferred is revealed