

Клинические особенности героиновой наркомании у жителей Крайнего Севера

ШЕВЧЕНКО Н.Н.

гл. врач муниципального психоневрологического диспансера, Новый Уренгой

Представленные результаты исследований указывают на то, что метеогеографические факторы влияют на клинику и течение героиновой наркомании. Воздействие постоянного климатогеографического стресса проявляется утяжелением течения основных общепатологических процессов, что должно найти отражение в тактике лечения больных героиновой наркоманией в условиях Крайнего Севера.

Экономическое положение и благополучие населения Российской Федерации последние несколько лет находятся в жесткой зависимости от экспорта углеводородного сырья, в связи с чем вопросы оказания эффективной медицинской помощи населению регионов, обслуживающих нефтегазодобывающие предприятия, являются задачей по сути стратегической важности. Уровень жизни, превышающий среднероссийский, высокая интенсивность миграционных процессов делают упомянутые регионы зоной устойчивого спроса и предложения наркотических веществ, что обуславливает высокий уровень заболеваемости наркоманиями. В течение 1995 – 2001 гг. районы газо- и нефтедобычи Крайнего Севера занимали первые места по уровню распространения наркотиков, преимущественно героина. Особенности климатических условий полярной Азии и их влияние на физиологические процессы человека приводят к состоянию устойчивого климатогеографического стресса, что отражается на существенном утяжелении течения основных общепатологических процессов. В ряде исследований [1, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17] детально изучены негативные природные влияния в районах Крайнего Севера, и в частности, в Ямало-Ненецком автономном округе на организм человека. К этим факторам относятся:

- 1) длительный холодовой стресс;
- 2) влияние напряженных и нестабильных геомагнитных полей;
- 3) высокое электростатическое напряжение;
- 4) резкие изменения сезонной продолжительности светового дня;
- 5) низкое парциальное давление кислорода в атмосферном воздухе;
- 6) низкие показатели атмосферного давления;
- 7) контрастные сезонные показатели влажности атмосферного воздуха (высокие, близкие к субтропическим — в летний период, низкие — в зимний), их комплексное влияние на организм человека получило название *синдром полярного напряжения* [5, 6]. Региональные особенности и их влияние на здоровье той или иной географической территории привели к формированию *экологической медицины*, а в последствии и *экологической психиатрии* [10].

Еще в 1914 г. В.Я. Каннель признавал влияние климата как фактора, влияющего на пьянство человека, ссылаясь на теорию, созданную французским философом Монтестье, которая гласила, что «люди потребляют тем больше спиртных напитков, чем холоднее и влажнее климат, в котором они живут». Довольно тщательному изучению подверглась клиника хронического алкоголизма в условиях Крайнего Севера как у коренного населения, так и у мигрантов [7, 8, 11]. Изучался полиморфизм клинической картины рассеянного склероза, связанный с климатиче-

скими факторами. Вместе с тем, клиника опийной (героиновой) наркомании не являлась предметом систематизированного научного исследования, хотя особенности течения героиновой наркомании в районах Крайнего Севера очевидны и нуждаются в систематизации и обобщении для выработки оптимальной стратегии курации данного контингента больных.

Материалы и методы исследования

С целью выявления влияния климатогеографических условий на клинику и течение опийной наркомании обследовано 50 чел. мигрантов (I группа) и 50 чел., проживающих в средней полосе России (II группа), со сформированными признаками зависимости вследствие злоупотребления героином, согласно критериям МКБ-10. Сравнительное исследование проводилось на базе муниципального психоневрологического диспансера г.Новый Уренгой и Наркологической больницы № 19 Департамента здравоохранения г.Москвы. Для исследования использовались клинко-психопатологические, клинко-катанестические, психологические методы. Для объективной оценки абстинентного синдрома и постабстинентного состояния применялись стандартизированные шкалы ННЦ наркологии, адаптированные нами в соответствии с целями и задачами нашего исследования. Помимо перечисленных методов нами использовалась формализованная карта исследования больных, дополненная группой параметров, отражающих климатические и сезонные особенности. В исследование не включались больные с эндогенными психическими заболеваниями, злоупотреблявшие наркотиками, больные с ВИЧ-инфекцией.

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

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

Длительность злоупотребления наркотиком в I группе в среднем составила $3,9 \pm 1,5$ года, во II группе — $3,2 \pm 2,0$ года. Из 50 больных I группы 38% начали наркотизацию в подростковом возрасте (15—18 лет), 28% — в 19—20 лет, 12% — в возрасте 21—22 года, и у 34% больных первая проба героина была в возрасте старше 23 лет. Распределение начала употребления героина во II группе было несколько иным — большая часть группы (52% больных) начала наркотизацию в старшем подростковом и юношеском возрасте (15—18 лет), 20% в 19—20 лет и только

14% больных приобщились к наркотику в возрасте 23 лет и старше. На наш взгляд в I группе смещение начала потребления героина к более старшему возрасту по сравнению со II группой можно объяснить более высоким социальным статусом и отличающимися преморбидными характеристиками. Образовательный ценз в I группе исследуемых больных был более высоким (так, 82% имели среднее и среднеспециальное образование), по сравнению с пациентами из II группы, которые в 40% случаев имели неполное среднее образование и в 40% — среднее и среднеспециальное. Из всего контингента больных I группы только 34% были безработными на момент исследования, во II группе этот показатель был в 2 раза выше и составил 60%. Наследственная отягощенность преимущественно алкоголизмом отца в 2,8 раза выше во II группе. Более благоприятный преморбидный фон жителей г. Новый Уренгой объясняется функционированием в Советском Союзе системы медицинского контроля при профессиональном отборе во время устройства на работу в районы Крайнего Севера. Количество лиц с наркологическими и психическими заболеваниями среди родителей пациентов I группы было существенно ниже, а социальный статус больных выше, чем во II группе.

При изучении преморбидных черт личности выявлено, что в I и II группах соотношение лиц с возбудимыми чертами характера практически одинаковое (40%), число пациентов с астеническими чертами в 2 раза выше в группе больных с Севера (28%), а лица с неустойчивыми чертами характера в 2 раза чаще встречаются в группе больных средней полосы России.

Результаты

Изучая роль климатогеографических факторов в формировании героиновой наркомании принимался во внимание описанный феномен истощения адаптационных механизмов организма человека при стационарном проживании на Крайнем Севере свыше 8 лет [4–7, 11]. В нашем исследовании большинство больных проживало в районах Крайнего Севера в среднем 16,9 года, что свидетельствует о наличии у них так называемого синдрома полярного напряжения, который проявляется психоэмоциональной лабильностью, астенизацией, «полярной» одышкой, «полярным» нарушением сна [5, 6]. В группе мигрантов выраженные проявления этих нарушений отмечены у 30% больных еще до начала наркотизации.

В то же время дополнительными дестабилизирующими факторами у больных I группы являются: полярная ночь (длительность ультрафиолетового голодания 170 дней), во время которой обычно возникают неадекватные реакции на внешние раздражители, появляется пониженное настроение, тревога, слабость, усталость, снижается

работоспособность; во время полярного дня (768 часов солнечного сияния) в основном наблюдается гиперстеническая симптоматика, сокращение длительности сна, затрудненное засыпание [13, 14]. В той или иной форме изменения психической жизни, связанные с фотопериодизацией, наблюдались практически у всех мигрантов, а у 34% (17 пациентов) носили выраженный, патологический характер.

Еще одним значимым фактором для клиники героиновой наркомании является метеозависимость, когда организм реагирует на незначительные изменения погодных составляющих различными гелиометеопатологическими реакциями, которые являются отражением функционального состояния вегетативной нервной системы. Следует оговорить, что мы использовали типологию метеочувствительности, предложенную В.И. Хаснулиным [13], согласно которой, выделяются: физиологическая, патологическая метеочувствительность и ситуационная метеопатическая реакция. Физиологическая метеочувствительность — это свойство организма обеспечивать свое здоровье благодаря постоянному согласованию жизнеобеспечивающих процессов человеческого организма с космическими, солнечными, планетарными, геофизическими, метеорологическими и ритмологическими процессами в окружающей нас среде. В этом случае речь идет об индивидуальной способности организма переносить погодные и геофизические влияния без патологического реагирования на них [2]. Болезненная (патологическая) метеочувствительность — это реагирование организма на возникающие возмущения метеорологических и гелиогеофизических факторов развитием дизадаптивных или патологических метеопатических реакций, которые проявляются в ухудшении субъективного самочувствия и в формировании многочисленных функциональных расстройств. Болезненная метеочувствительность возникает при истощении резервных адаптивных возможностей организма, что и приводит к неадекватному реагированию гомеостатических систем на метеогеофизические флуктуации, проявляющемуся в изменении субъективного самочувствия и в возникновении ряда функциональных расстройств, ситуационной метеопатической реакции (ситуационной метеореакции), обозначающей болезненное реагирование организма человека на изменение метеогеофизических факторов в конкретный момент времени.

При опросах больных I группы патологическая метеочувствительность отмечалась у 44% (22 чел.) пациентов, ситуационные метеопатические реакции у 34% (17 чел.). Жители Центральной России (II группа) демонстрировали иную картину — патологическая метеочувствительность отмечалась у 18% (9 чел.) пациентов, ситуационные метеопатические реакции у 22% (11 чел.). Приведенные данные свидетельствуют о степени соответствия адаптив-

Распределение больных по основным типам личности (в % от общего числа обследованных в группах)

Тип личности	I группа (больные, проживающие на Крайнем Севере)	II группа (больные, проживающие в Центральной России)
Астенический	28%	14%
Возбудимый (эпилептоидный)	40%	40%
Неустойчивый	16%	30%
Эпилептоидный	16%	10%

ных ресурсов организма требованиям, предъявляемым средой обитания в их климатогеографическом смысле. Мигранты в районах Крайнего Севера демонстрировали более высокие показатели метеочувствительности, чем те представители некоренных этносов, которые были рождены в условиях Приполярья или переехали в раннем детстве из прилегающих регионов Российской Федерации. В свою очередь, жители Центральной России демонстрируют более низкие показатели метеопатий. Необходимо оговорить, что, поскольку обследуемые в обеих группах страдали героиновой наркоманией, это предполагает более высокий уровень встречаемости рассматриваемых реакций как преморбидно по отношению к наркологическому заболеванию, так и их усиление вследствие хронической наркотизации.

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

Развитие наркоманий происходит быстрее у пациентов II группы: с момента инициального потребления до установления систематического потребления у 46% больных проходит в среднем от 2 нед. до 1 мес., у 20% — 4–6 мес., по сравнению с I группой — жителями Крайнего Севера — у 22% больных этот этап длился до 1 года и у 32% от 2 до 6 мес. Сдерживающими моментами в обеих группах были: страх потерять работу, характер профессиональной деятельности, личностные особенности контингента — меньшее количество неустойчивых черт, более благоприятная наркологическая и психиатрическая наследственность. Нами был установлен феномен сезонности первой пробы героина: 19 пациентов (38%) I группы впервые героин принимали во время полярной ночи (октябрь — март). У обследуемых больных II группы такой закономерности выявлено не было.

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

Необходимо отметить, что суточная толерантность у больных I группы в период полярной ночи в 38% случаев составляла в среднем 1,0 г героина, у 24% — 2–3 г героина в сутки. Весной и к началу лета отмечается значительное снижение суточных доз, и у 18% больных отмечались спонтанные ремиссии в летний период. Во II группе у 66% больных суточная толерантность составила примерно 0,5 г героина, у 32% — 1–2 г в сутки.

Для абстинентного состояния больных I группы характерно бурное течение, быстрое нарастание симптоматики и достижение ее максимума уже в первые 24–36 ч лишения наркотика, в то время как у жителей Централь-

ной России максимум абстинентной симптоматики наблюдался в первые 40–48 ч. Его клиническая картина характеризовалась меньшим уровнем алгических ощущений, но большей выраженностью вегетативного компонента абстиненции и астенических расстройств. Сене-сталгические переживания в I группе имели ту же картину, что и у больных из Центральной России, но степень их выраженности была несколько ниже. Вегетативные расстройства были представлены в большем объеме, что выражалось большей выраженностью таких феноменов, как слезотечение, потливость, озноб, диспептические нарушения. Астенический компонент был представлен неврастеноподобной симптоматикой, которая по купированию острых проявлений абстиненции в течение 2–3 дней приобретала характер синдрома раздражительной слабости. По мере его редукции приобреталось сходство с так называемой астенией с гиперстенией, которая проявлялась неспособностью сдерживаться, гневливостью, взрывчатостью. Больные I группы демонстрировали более высокие показатели, отражающие астенические расстройства. Диссомнические расстройства были менее длительны у героино-новых наркоманов, живущих в Центральной России. В целом острый абстинентный синдром у больных I группы был на 2–3 дня продолжительнее, чем у пациентов II группы, что составило 5–7 и 7–10 дней соответственно.

Осевое, формирующее болезнь расстройство при наркологических заболеваниях — синдром патологического влечения — оказался более выраженным и резистентным к терапии у жителей Крайнего Севера, страдающих героиновой наркоманией. Весьма вероятно, что именно в патологическом влечении сконцентрировались явления «климатогеографического патоморфоза героиновой наркомании». И.Н. Пятницкая [9] указала на усиление влечения к наркотикам в межсезонье, отметила его редуцированность вместе с абстинентной симптоматикой в сильную жару и морозы. В условиях Крайнего Севера у некоренных жителей полярной Азии синдром патологического влечения оказался тесно связан с временем года и сезонными особенностями аффекта. Большинство больных героиновой наркоманией сообщали об усилении влечения в разгар полярной ночи. Характер его экзацербации приближался к так называемым сезонным депрессиям. М.М. Хананашвили [12] описывая сезонные депрессии, указывает на своеобразную субъективную оценку больными перенесенного депрессивного эпизода. Больные рационально объясняли свое состояние климатическими факторами: «недостатком солнечного света», «облачным, мрачным небом над головой», «авитаминозом». Выделяемые автором сезонные тревожно-тоскливые депрессии с лабильностью аффекта, для которых характерны: чувство мышечного беспокойства, близкого к акатизии, дисфорические реакции, тревога, соматизация тоскливого аффекта — оказались практически полностью идентичны состоянию, которое демонстрировали наши пациенты.

С другой стороны, большинство авторов указывает на высокую частоту сезонных аффективных расстройств (до 80%) у некоренного населения на Крайнем Севере. В этой связи правомерно предположить, что синдром патологического влечения к психоактивным веществам и сезонные аффективные нарушения находятся в коморбидных взаимоотношениях, потенцируя друг друга. Наличие сезонной гипертимии в весенне-летний период объясняет определенное смягчение проявлений синдрома патологического влечения, что определяет более высокую

частоту спонтанных ремиссий, достоверное снижение суточной дозы наркотика, лучшие терапевтические результаты при обращении за наркологической помощью.

При постабстинентном состоянии для больных I группы было характерно преобладание и более длительное существование прежде всего аффективного компонента в психическом статусе и состоянии астении. Вместе с тем, следует заметить, что эти же наблюдения характерны для зимнего периода, в летний же — тяжесть клиники постабстинентного периода у жителей северных районов страны была даже несколько меньше, чем показатели у героино-вых наркоманов — жителей Центральной России.

Особенности лечения больных героиновой наркоманией в условиях Крайнего Севера выражаются в назначении лекарственных средств с учетом времени года, патологической метеочувствительности, более высокой толерантности к наркотику.

Таким образом, клинические особенности течения героиновой наркомании в районах Крайнего Севера оказались очевидны. Учитывая их, в традиционные терапевтические схемы необходимо включать антидепрессанты, антиоксиданты, адаптогены.

Список литературы

1. Грибанов А.В., Данилова Р.И. Общая характеристика климато-географических условий Русского Севера и адаптивных реакций человека в холодной климатической зоне (обзор)//Сб. научных трудов/Поморский международный педагогический университет. — 1994. — №1. — С. 4–27.
2. Григорьев И.И. Погода и здоровье. — М: Авиценна, ЮНИТИ, 1996. — 96с.
3. Деденко И.И., Устюшин Б.В., Шмонин А.Е. и др. Гигиеническая значимость низкой влажности среды обитания Крайнего Севера (обзор)// Гигиена и санитария. — 1990. — №3. — С. 7–10.
4. Деряпа Н.Р., Трофимов А.В. Биогеофизические аспекты адаптации человека на Крайнем Севере // Климат и здоровье человека: Труды Международного симпозиума ВМО/ВОЗ/ЮНЕЛ, Ленинград. 22–26 сент., 1986. Т.2. — Л., 1998. — С. 59–61.
5. Казначеев В.П. Механизмы адаптации человека в условиях высоких широт. — Л.: Медицина, 1980. — 200 с.
6. Казначеев В.П. Клинические аспекты полярной медицины. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.
7. Кершенгольд Б.М., Кривогорницына Е.А. Роль некоторых этнических и экологических особенностей устойчивости организма человека к алкоголю в динамике психоневрологической и соматической заболеваемости населения на примере республики Саха (Якутия)//Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом: Респ. сб. науч. трудов. — М., 1999. — С. 204–221.
8. Миневиц В.Б. с соавт. Этнонаркология в контексте антропологической психологии //Концептуальные вопросы наркологии (Сборник научных трудов). — М.: РГМУ, 1995. — С. 33–53.
9. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 540 с.
10. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные состояния (региональные аспекты). — Томск, 1996. — 184 с.
11. Спесивцев А.В., Савченкова Л.В., Чернобровкина Т.В. и др. Количественная оценка вероятности длительной ремиссии у больных алкоголизмом на Севере// Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом: Респ. сб. науч. трудов. — М., 1999. — С. 230–235.
12. Хананашвили М.М. Сезонные депрессии (типология, клинико-прогностическое значение и вопросы лечения): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 2000. — 25с.
13. Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. — Новосибирск, 1998. — 337 с.
14. Хрущев В.Л. Здоровье человека на Севере (медицинская энциклопедия северянина). — М.: Астра, 1994. — 508с.
15. Livingstone S.D., Romet T., Keefe A.A., Nolan R.W. Changes in cold tolerance due to a 14-day stay in the Canadian Arctic // Int. J. Biometeorol. — 1996. — Vol. 39(4). — P. 182–186.
16. Matiukhin V.V., Poroshenko A.S., Sten'ko I.M., Slobodin A.K., Iudaev I.E. Substantiation of physiologic and hygienic regulations of work environment, expedition and shift work in the Far North (Yamburg settlement)// Med. Tr. Prom. Ekol. — 1996. — № 6. — P. 38–40.
17. Tarasova L.A., Komleva L.M., Lagutina G.N., Shardakova E.F., Rudakova I.E. Problem of adaptation and characteristics of the etiology of diseases in the Far North// Med. Tr. Prom. Ekol. — 1996. — № 5. — P. 4–11.

CLINICAL PARTICULARITIES OF HEROIN ADDICTION IN RUSSIAN NORTH POPULATIONS

SHEVCHENKO N.N. Psychiatrist-narcologist of the New Urengoi municipal dispensary