

Особенности течения абстинентного синдрома при употреблении метадона у больных опийной наркоманией

ХОЛОДОВ В.С.

зав. наркологическим отделением, Наркологическая клиническая больница №17

ГАЛЕЕВ В.Р.

Департамента здравоохранения г. Москвы

заведующий наркологическим отделением, Наркологическая клиническая больница №17

ИУТИН В.Г.

Департамента здравоохранения г. Москвы

засл. врач РФ, к.м.н., зам. главного врача, Наркологическая клиническая больница №17

Департамента здравоохранения г. Москвы

Статья посвящена изучению клиники течения абстинентного синдрома у больных опийной наркоманией, потребляющих метадон. Отмечается более тяжелое и длительное течение метадонowego абстинентного синдрома. Приводятся аргументы против медицинского применения метадона.

В настоящее время не прекращается дискуссия об использовании метадона в качестве средства для лечения опийной, в частности героиновой, наркомании. Метадон (аданон, амидон, вестадон, долофин, фенадон) впервые был получен в Германии в 1944 г. и является вторым после меперидина полностью синтетическим опиоидом, в фармакологическом отношении принадлежит к классу наркотических анальгетиков. Метадон относится к производным дифенилгептана. В соответствии с объемными характеристиками метадон имеет конфигурацию, сходную с псевдопиперидиновым кольцом, и является агонистом μ - и κ -опиатных рецепторов [1].

Действие метадона длится до 24 ч. В первой фазе процесса элиминирования из плазмы период полувыведения равен 14 ч, во второй фазе — 55 ч. В случае хронического употребления метадона концентрация последнего уменьшается экспоненциально и период полувыведения равен 22 ч. Метадон — наркотический анальгетик более длительного действия, имеющий свои специфические особенности.

В Европе, США, Канаде, Австралии и других странах метадон включен в программы, которые используются около 40 лет в качестве средства для детоксикации опийных наркоманов. 50 мг метадона эквивалентны 200 мг героина. Различают программы быстрой и медленной детоксикации, где доза метадона колеблется от 40 до 80 мг/сут. Срок детоксикации составляет от 3 недель до нескольких месяцев [2].

Однако в Россию в настоящее время метадон не поставляется, и законодательная база для его применения отсутствует. Преобладает точка зрения, что применение метадона создало новую группу наркоманов [3].

Комиссией ООН по наркотическим средствам неоднократно высказывалось мнение (в настоящее время принятое как бесспорный факт), что применение метадона — не лечение, а замена одного наркотика другим. Уже в 1970 г. комиссия получила большое количество научных статей, описывающих тяжелые последствия применения метадона. Так, было отмечено много случаев нарушения функций легких, развития состояния удушья, появления резких отеков, возникновения нарушения сна с ночными кошмарами. Как отмечали американские ученые Клейнбор и Баден, серьезной проблемой, особенно среди молодых наркоманов, принимавших метадон, стали смертельные случаи с фатальными комами, которые возникали в

результате случайных передозировок. На одной из конференций в Вашингтоне было отмечено даже, что смертельные случаи от метадона превысили смертельные случаи от героина. Подчеркивалось также, что большинство пациентов, которые изучались в специально отобранных группах, несмотря на прием метадона, систематически или периодически продолжали потреблять героин [3].

Материалы и методы исследования

На базе НКБ №17 проведено исследование 26 больных, страдающих опийной и полинаркоманией в возрасте 26—40 лет (средний возраст 30,1 года) со стажем наркотизации более 5 лет, которые использовали в качестве основного наркотика метадон или сочетание героина с метадонном.

Все больные употребляли героин внутривенным способом с толерантностью от 1 до 4 г в сутки; 7 больных из числа обследованных эпизодически употребляли кокаин; 7 постоянно употребляли анашу; 3 — первитин; 2 — алкоголь с заместительной целью при отсутствии основного наркотика. Преморбидные особенности личности квалифицировались по классификации акцентуаций характера А.Е. Личко. По типу преморбидных особенностей личности больные распределялись следующим образом. У 11 чел. (40%) определялись неустойчивые черты личности, у 9 чел. (38%) — черты возбудимости, у 3 чел. (11%) — истеро-эпилептоидные и у 3 чел. (11%) — психастенические черты личности. При этом во всех случаях выявилось отчетливое заострение преморбидных характеристик личности.

Эти больные «поменяли» героин на метадон как наркотик более длительного действия. Употребление метадона объяснялось самолечением: «хотели соскочить с героина». Ни один больной с помощью самолечения метадонном не улучшил своего состояния, не добился хоть бы недолгой ремиссии в употреблении наркотиков. Для купирования героиновой абстиненции метадон вводился внутривенно от 0,2 до 0,5 г в сутки один раз в 3 дня.

Затем в течение 3—4 недель больные переходили на ежедневное употребление метадона, в течение от 1 до 2 мес. толерантность к метадону увеличилась до 0,5—1 г в сутки.

Степень тяжести абстинентных проявлений определялась стажем наркотизации, суточной дозой наркотика, преморбидом.

Общий стаж употребления метадона составил от 1 года до 9 лет. Срок пребывания в стационаре — от 6 до 40 суток. Все больные получали терапию нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами с первого дня поступления в стационар, даже без наличия признаков абстиненции.

Проводилась терапия, направленная на купирование абстинентного синдрома и коррекцию постабстинентных расстройств. У пяти больных в течение первых 10 дней проводилось исследование мочи на наличие метадона с положительным результатом.

Срок выведения метадона мочой составил 5 суток после последнего употребления наркотиков.

Первые признаки абстиненции появлялись на 3—4-е сутки от последнего приема наркотика. Они постепенно нарастали к 5-му дню и к 6—10-му достигали своего пика.

Наиболее тяжело абстиненция протекала у больных с заострением личности по эксплозивному и истероэпилептоидному типу и выражалась дисфорией, агрессией, болевым синдромом, психопатоподобным поведением, компульсивным влечением к наркотику («мозги кипят»).

У больных с заострением личности по психастеническому, неустойчивому типу абстиненция выражалась сильным алгическим компонентом (боль в спине, «выкручивание колен»), астенодепрессивным и ипохондрическим синдромами.

У всех больных отмечалось выраженное расстройство сна в течение 1—2 мес. Стабилизация состояния отмечалась на 20—30-е сутки пребывания в стационаре. У троих наркоманов с изменением личности по эксплозивному типу и множественными черепно-мозговыми травмами в анамнезе стабилизации состояния достигнуть не удалось, больные отказались от лечения на 6—8-е сутки пребывания в стационаре.

У четверых больных на 5—6-е сутки наблюдались медикаментозные психозы, которые развились при применении больших доз нейролептиков, транквилизаторов, анальгетиков в связи с выраженностью абстинентных проявлений, компульсивным влечением к наркотику, алгическим компонентом на неблагоприятном преморбидном фоне и признаках резидуально-органического поражения ЦНС. Психотическое состояние характеризова-

лось делириозным помрачением сознания продолжительностью 1—3 суток с благоприятным исходом и значительным уменьшением симптомов абстинентного синдрома по мере редукции делириозных проявлений.

Длительность абстинентных проявлений составила от 30 до 40 дней. У всех больных сохранялась инсомния, не купирующаяся седативными и снотворными средствами, что требовало назначения нейролептиков и антидепрессантов.

Обсуждение

Таким образом, абстинентный синдром при длительном употреблении метадона имеет отчетливое пролонгированное течение с длительным болевым синдромом, занимает больше времени, медицинских средств для купирования абстинентных проявлений, что повышает риск развития медикаментозных психозов во время лечения. Степень тяжести абстинентных проявлений определяется стажем, суточной дозой наркотика, преморбидным фоном. Длительное самолечение метадоном является неэффективным и бесполезным. Перерыв в употреблении наркотиков в течение 6 мес. отмечался только у одного больного после трехмесячного приема антаксона.

Метадоновая наркомания — это вариант опийной наркомании, которая имеет особенности, связанные с более длительным действием наркотика. Ни о какой новой частной форме наркоманий говорить не имеет смысла.

Список литературы

1. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Метадон. Фармакология и клиническое применение // Вопросы наркологии. — 1999. — №4. — С. 57—66.
2. Dolle V.P. Methadone mein tenace. Comes of age // Heroin add. rel. clinic. probl. — 1999. — Vol. 1, №1. — P. 19—34.
3. Бабаян Э.А., Булаев В.М. Фармакологические аспекты лечения наркоманий, вызываемых морфиноподобными средствами // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — Т. 88, №1. — С. 134—139.
4. Пятницкая И.И., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М., 2002.
5. Иванец Н.И., Винникова М.А. Героиновая зависимость. — М., 2001.
6. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Н. О роли психопатологии в клинике опиатной зависимости // Наркология. — 2003. — №10. — С. 28—31.