

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКИХ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ И КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО КАТАМНЕЗА

Ф.Ш. БАХРАМОВ, Л.А. ТУРСУНХОДЖАЕВА

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОПИОИДЛАР ВА КАННАБИНОИДЛАРГА ҚАРАМ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДАГИ ТУРГУН РЕМИССИЯЛАРНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШИДАГИ ОМИЛЛАРНИ УЗОҚ МУДДАТЛИ КАТАМНЕЗГА КЎРА СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

Ф.Ш. БАХРАМОВ, Л.А. ТУРСУНХОДЖАЕВА

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

COMPARATIVE ANALYSIS OF CONDITIONS OF FORMATION OF PERSISTENT REMISSIONS IN PATIENTS WITH OPIOID AND CANNABINOID DEPENDENCE ACCORDING PROLONGED CATAMNESIS

F.Sh. BAKHRAMOV, L.A. TURSUNKHODJAEVA

Tashkent Institute for Advanced Medical Education, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Опиоидлар ва каннабиноидларга қарам бўлган беморлардаги турғун ремиссияларнинг юзага келишига таъсир этувчи омиллар ўрганилиб, солиштирма таҳлили ўтказилди. Тадқиқотлардан аниқланишича опиоидларга ва каннабиноидларга қарам бўлган беморлардаги ремиссияларнинг юзага келишига таъсир этувчи омиллар бир биридан фарқ қилади.

Калим сўзлар: опиоидларга қарамлик, каннабиноидларга қарамлик, турғун ремиссия.

A comparative study of factors affecting the formation of stable remission in patients suffering from opioid and cannabinoid dependence. Studies have shown that certain differences in the characteristics of patients with opioid and cannabinoid dependence, cease taking of psychoactive substances

Key words: opioid dependence, cannabinoid dependence, stable remission.

Изучению результатов длительного катамнестического наблюдения больных наркотической зависимостью посвящено сравнительно небольшое число научных работ [6, 7]. При этом если одни авторы отмечают возможность формирования стойких, в том числе спонтанных, ремиссий у больных опиоидной зависимостью, то другие исследователи подчеркивают неблагоприятный прогноз течения заболевания, в динамике которого перерывы в наркотизации носят, по сути дела, вынужденный характер [5]. Данные о частоте и особенностях формирования ремиссий у больных каннабиноидной зависимостью практически не приводятся. Установлено, что на возникновение ремиссий у больных наркотической зависимостью влияют многочисленные социально-психологические факторы [1, 2, 4]. Вместе с тем существует точка зрения, что к концу 2-го – началу 3-го десятилетия наркотизации активность патологического процесса становится минимальной, в динамике всех форм зависимости начинают преобладать регрессионные тенденции, продолжительность терапевтических ремиссий растет [3]. В связи с этим нам представляется целесообразным проведение сравнительного анализа условий формирования стойких многолетних ремиссий у больных опиоидной и каннабиноидной зависимостью по данным длительного катамнестического наблюдения, учитывая то обстоятельство, что подобного рода исследования в Республике Узбекистан не предпринимались.

Материал и методы исследования. На базе Ташкентского городского наркологического диспансера клиническим методом обследовано 79 больных наркотической зависимостью (все мужчины), воздерживающихся от употребления любых психоактивных веществ более трех лет, что позволяло диагностировать состояние стойкой ремиссии и в большинстве случаев являлось причиной прекращения диспансерного наблюдения.

В зависимости от клинической формы наркотической зависимости больные разделены на две группы: 1 группу составили 54 больных с синдромом зависимости от героина (шифр МКБ-10 F11); 2 группу составили 25 больных с синдромом зависимости от каннабиноидов (шифр МКБ-10 F12). Сравнительному анализу подвергались как преморбидные характеристики больных, так и особенности заболевания, предшествовавшие становлению многолетней ремиссии.

Результаты исследования. Изучение возраста первичного обращения за наркологической помощью показало, что большинство больных обеих групп обратились в Ташкентский городской наркологический диспансер в возрасте до 30 лет (68,5% больных 1 группы и 56,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Не выявлялось значимых межгрупповых различий при оценке доли наркозависимых, обратившихся за помощью в возрасте от 31 до 40 лет (29,6% больных 1 группы и 20,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Вместе с тем обращало на себя внимание статистически достовер-

ное нарастание удельного веса больных в возрасте старше 40 до 50 лет в группе лиц, страдающих каннабиноидной зависимостью (1,9% больных 1 группы и 24,0% больных 2 группы; $p < 0,045$). Уровень образования в целом оказался более высоким у больных героиновой зависимостью. Если доля больных с начальным и неполным средним образованием в обеих группах был почти одинаковой (20,4% больных 1 группы и 20,0% больных 2 группы; $p > 0,05$), а процент больных со средним и средним специальным образованием различался несущественно (72,2% больных 1 группы и 80,0% больных 2 группы; $p > 0,05$), то численность лиц с незаконченным высшим и высшим образованием достоверно увеличивалась среди больных героиновой зависимостью (7,4% больных 1 группы; $p < 0,045$). Большинство пациентов обеих групп воспитывались в полных семьях (81,4% больных 1 группы и 72,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Доля больных, воспитывающихся без отца, относительно нарастала среди больных каннабиноидной зависимостью (14,8% больных 1 группы и 28,0% больных 2 группы; $p > 0,05$), но межгрупповые различия по этому признаку не отличались достоверностью. В единичных случаях больные воспитывались без матери (1,9% больных 1 группы) или матерью и отчимом (1,9% больных 1 группы; $p > 0,05$). Определенные различия выявлялись в социальном статусе больных до приобщения к психоактивным веществам. Доля служащих со статистической достоверностью возрастала в группе зависимых от героина (20,4% больных 1 группы; $p < 0,001$), доля рабочих – в группе больных каннабиноидной зависимостью (50,0% больных 1 группы и 80,0% больных 2 группы; $p < 0,01$). Межгрупповые различия по количеству безработных были несущественными (29,6% больных 1 группы и 20,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Анализ семейного положения больных до приобщения к наркотикам не обнаружил особых различий между группами. Удельный вес женатых (51,9% больных 1 группы и 52,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) и холостых (48,1% больных 1 группы и 48,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) в обеих группах был почти одинаковым. Изучение особенностей поведения до приобщения к наркотикам свидетельствовало о достоверном преобладании нормативных форм поведения у большинства больных 1 группы (68,5% больных 1 группы и 32,0% больных 2 группы; $p < 0,001$). У значительной части больных 2 группы уже в детско-подростковом возрасте наблюдались нарушения школьной дисциплины (22,2% больных 1 группы и 44,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Асоциальное (5,6% больных 1 группы и 12,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) и делинквентное поведение (3,7% больных 1 группы и 12,0% больных 2 груп-

пы; $p > 0,05$) до формирования наркотической зависимости относительно чаще имело место у больных с каннабиноидной зависимостью.

До приобщения к наркотикам не употребляли алкогольные напитки лишь 5,6% больных 1 группы. Большинство больных обеих групп допускали эпизодические приемы алкоголя (81,4% больных 1 группы и 88,0% больных 2 группы; $p > 0,05$). Существенных межгрупповых различий по частоте встречаемости систематического употребления алкоголя (5,6% больных 1 группы и 4,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) и формирования алкогольной зависимости до начала наркотизации (7,4% больных 1 группы и 8,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) не обнаруживалось.

Выявлены существенные межгрупповые различия при изучении возраста первого употребления наркотиков. Так, доля больных, впервые попробовавших наркотик в возрасте от 10 до 15 лет, среди больных 2 группы со статистической достоверностью превышала этот показатель среди больных 1 группы (3,7% больных 1 группы и 28,0% больных 2 группы; $p < 0,01$). В группе потребителей героина, напротив, подавляющее большинство больных знакомились с наркотическими веществами в возрасте старше 20 лет (57,4% больных 1 группы и 28,0% больных 2 группы; $p < 0,01$). Процент больных, к моменту первого употребления наркотиков принадлежавших к возрастной группе от 16 до 20 лет (38,9% больных 1 группы и 44,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) не имел статистически значимых межгрупповых различий. Более раннее приобщение к каннабиноидам, чем к опиатам, было характерным для больных обеих групп. У 37,0% больных 1 группы первым в жизни наркотиком был гашиш, причем, 31,4% впервые попробовали его в возрасте до 20 лет. У 53,0% больных 1 группы потребление наркотиков началось с приема опиатов: 24,1% больных начинали наркотизацию с приема кустарно приготовленных препаратов опия, 38,9% – с героина. Употребление гашиша больными 1 группы в 98,1% случаев имело эпизодический характер, синдром наркотической зависимости формировался только после перехода на наркотики опийной группы. Лишь в единичном случае до знакомства с опиатами имела место каннабиноидная зависимость с последующим оформлением гашишно-опийной полинаркомании. Доминировал внутривенный способ введения опиатов (96,3% больных 1 группы), лишь 3,7% больных 1 группы прибегали к курению героина.

Большой интерес для исследования представлял сравнительный анализ длительности наркотической зависимости до формирования стойкой многолетней ремиссии, который обнаружил наличие существенных различий между выделенными группами больных. У большинства

зависимых от героина (61,1% больных 1 группы) стаж заболевания не превышал 3 лет, причем у 24,1% он составлял менее 1 года. В группе больных каннабиноидной зависимостью наркопотребителей со столь короткой длительностью заболевания не выявлялось. У всех больных 2 группы длительность заболевания превышала 5 лет, в то время как в 1 группе доля таких больных составляла 38,9% ($p < 0,001$). При этом стаж заболевания от 5 до 10 лет имели 31,5% больных 1 группы и 56,0% больных 2 группы ($p < 0,045$), от 11 до 15 лет и более – 7,4% больных 1 группы и 44,0% больных 2 группы ($p < 0,001$).

Стойкая многолетняя ремиссия была первой по счету и единственной в динамике заболевания у 61,1% больных 1 группы и 68,0% больных 2 группы ($p > 0,05$). У 27,8% больных 1 группы и 24,0% больных 2 группы ($p > 0,05$) многолетней оказалась вторая, соответственно у 11,1% и 8,0% больных – третья по счету ремиссия ($p > 0,05$).

Обращает на себя внимание тот факт, что у части больных стойкая ремиссия носила спонтанный характер (11,1% больных 1 группы и 36,0% больных 2 группы; $p < 0,045$), причем доля таких больных оказалась более высокой среди зависимых от каннабиноидов. Однако у подавляющего большинства больных (88,9% больных 1 группы и 64,0% больных 2 группы; $p < 0,045$) формирование стабильной ремиссии наблюдалось только после терапевтического вмешательства, хотя часть из них (16,7% больных 1 группы и 12,0% больных 2 группы; $p > 0,05$) предпринимали неудачные попытки самостоятельно прекратить прием наркотиков.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии определенных различий в характеристиках больных опиоидной и каннабиноидной зависимостью, прекративших прием психоактивных веществ. В частности, до формирования героиновой зависимости значительная часть лиц имела более высокий социальный статус, знакомилась с наркотиками в возрасте старше 20 лет, прекращала прием любых психоактивных веществ при небольшой длительности заболевания. У таких больных чаще, чем у зависимых от героина, ремиссии имели спонтанный характер, возникали при большом стаже наркопотребления, что позволяло предположить преобладание в этих случаях участие биологических механизмов в их становлении.

Выводы. 1. У больных героиновой зависимостью формирование стойких ремиссий происходит преимущественно в ранние сроки заболевания под влиянием социально-психологических факторов. 2. Больные героиновой зависимостью, имеющие длительные ремиссии в динамике заболевания, в целом отличаются более благоприятными преморбидными характеристиками и более

поздним возрастом приобщения к наркотикам, чем зависимые от каннабиноидов. 3. У больных каннабиноидной зависимостью возникновение стойких ремиссий в части случаев происходит в поздние сроки заболевания и носит спонтанный характер, что позволяет предположить участие преимущественно биологических факторов в их формировании.

Литература:

1. Барабанова Л.В., Гриднева Л.Г., Гриднев Ю.В. Факторы, влияющие на качество лечения и реабилитации больных наркоманией // Вест. Новых медицинских технологий. – 2013. – №2 (том 20). – С. 298.
2. Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В. Современные возможности терапии больных наркоманией // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – №2, с. 20.
3. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 723-728.
4. Шамсиев А.Т., Ходжаева Н.И. Факторы, влияющие на длительность терапевтической ремиссии у больных героиновой наркоманией // Неврология. – 2007. – №1. – С. 44-46.
5. Darke S., Ross J., Teesson M., Ali R., Cooke R., Ritter A., Lynskey M. Factors associated with 12 month continuous heroin abstinence: finding from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) // J. Subst. Abuse Treat. – 2005. – V.28, N3. – P.260-262.
6. Rathod N.H., Addenbrooke W.M., Rosenbach A.F. Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up // Br. J. Psychiatry. – 2005. – V.187. – P.421-424, 425.
7. Shewan D., Dalgrano P. Evidence of controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users I Glasgow (Scotland) // Br. J. Health Psychol. – 2005. – V.10, N1. – P.33-48.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКИХ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ И КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО КАТАМНЕЗА

Ф.Ш. БАХРАМОВ, Л.А. ТУРСУНХОДЖАЕВА

Проведено сравнительное изучение факторов, влияющих на формирование стойких ремиссий у лиц, страдающих опиоидной и каннабиноидной зависимостью. Исследования показали о наличии определенных различий в характеристиках больных опиоидной и каннабиноидной зависимостью, прекративших прием психоактивных веществ.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, каннабиноидная зависимость, стойкая ремиссия.