

На правах рукописи

ОСТАНКОВ Сергей Борисович

**ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ
ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

14.00.45 – наркология

14.00.18 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск – 2002

Работа выполнена в Курском государственном медицинском университете и Государственном учреждении научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор А.В. Погосов

доктор медицинских наук, профессор Н.А. Бохан

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор А.М. Селедцов

доктор медицинских наук, профессор С.М. Уманский

Ведущее учреждение: научно-исследовательский институт наркологии
Минздрава России

Защита состоится « » июня 2002 года в часов на заседании Диссертационного совета Д.001.030.01 при ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН по адресу: 634014, Томск-14, п. Сосновый бор, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН

Автореферат разослан « » апреля 2002 года

Ученый секретарь Диссертационного совета,

доктор медицинских наук

Л.Д. Рахмазова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Катастрофический рост заболеваемости наркоманиями, наблюдающийся в нашей стране и за рубежом, ставит эту проблему в ряд наиболее актуальных как для здравоохранения, так и общества в целом (В.Б. Альтшулер 1998; В.Я. Семке с соавт., 2000; Н.Н. Иванец, 2000; И.П. Анохина, 2000; А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, 2000; А.М. Селедцов с соавт., 2002). Особую значимость ей придают стремительное увеличение и омоложение контингента лиц, употребляющих героин. Его высокая наркогенность обуславливает быстрое и злокачественное течение заболевания, доминирование в клинической картине выраженного влечения к наркотику, которое трудно поддается психофармакотерапевтическому воздействию и является причиной высокой частоты рецидивов (Н.Н. Иванец с соавт. 1997, 1998). Практическая наркология испытывает серьезные затруднения при лечении опиоидной зависимости, связанные с весьма ограниченным выбором эффективных терапевтических подходов и схем (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, 2001).

В отечественной наркологии в последние годы наиболее широкое применение для купирования абстинентного синдрома у больных с зависимостью от опиоидов нашли методы сочетанного использования клофелина с психотропными препаратами (А.Л. Игонин, 1998; Приложение к приказу Минздрава России от 28.04.98. №140 “Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных”; Бохан Н.А. Мандель А.И., 1999; А.Г. Гофман с соавт., 1999; А.В. Погосов, 2001), а также сверхбыстрая детоксикация с помощью антагонистов опиатных рецепторов. Повседневная практика показывает, что «стандартное» лечение недостаточно эффективно при тяжелых формах опийной абстиненции. Относительная дороговизна методов сверхбыстрой детоксикации (В. Туер, 1998) делают их недоступными для большинства отечественных наркологических клиник.

Известно, что в основе формирования наркоманической зависимости лежат нарушения нейромедиаторных процессов в лимбических структурах мозга (И.П. Анохина, 1988; Н.Н. Иванец с соавт., 1991), поэтому купирование клинических симптомов заболевания достигается путем их восстановления (К.Э. Воронин, 1993). Применение для этих целей в практической

наркологии таких патогенетически обоснованных средств, как нейропептиды, крайне ограничено из-за их недоступности и дороговизны.

Трудноразрешимой задачей является воздействие на стержневое проявление опиоидной зависимости – патологическое влечение к наркотику (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова, 2000). Основу большинства предлагаемых схем лечения опиоидной зависимости на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии составляют антидепрессанты (А.Г. Врублевский с соавт., 1995; Н.Н. Иванец с соавт., 2000), наиболее часто применяемые в комбинации с нейрорептиками (В.Б. Альтшулер с соавт., 1989; А.Г. Гофман с соавт., 1999; Н.Н. Иванец, 2000). Клинический опыт показывает, что применение психофармакологических средств далеко не всегда быстро и эффективно купирует влечение к наркотику, в результате чего часто наблюдаются случаи нарушения внутрибольничного режима и досрочного прерывания лечения.

Существует мнение, что в формировании психической и физической зависимости от психоактивных средств важную роль играет память об эмоционально положительных состояниях, обусловленных действием последних (П.Д. Шабанов, 1998). По мнению И.Н.Пятницкой (1994), именно аффективно насыщенные воспоминания о состоянии эйфории, кататимно искажающие мышление, обуславливают рецидив наркологических заболеваний. В современной наркологии отсутствуют методы, позволяющие эффективно воздействовать на эмоциональную память, устранять, или хотя бы значительно снижать аффективную насыщенность «наркотических воспоминаний».

К числу важных проблем наркологии относится прием наркотических средств при психических заболеваниях (Д.В. Четвериков, И.Я. Ирлицина, 2000). Лечение опиоидной зависимости, коморбидной с психическими заболеваниями, сопряжено со значительными трудностями. Это обусловлено социальной дезадаптацией таких пациентов, отсутствием у них критического отношения к себе (K. Sciacca, 1990; S. Cohen, R. Weiss, 1998). Исследователи сходятся во мнении, что опиоидная зависимость чаще всего сочетается с аффективными нарушениями депрессивного характера.

С 1938 г. в психиатрии используется электросудорожная терапия (ЭСТ), один из немногих методов допсихофармакологического периода, сохранивших значение до наших дней. Механизмы лечебного действия электросудорожного припадка недостаточно изучены, однако доказана его способность воздействовать на метаболизм катехоламинов (А.В. Снежневский, 1988), облегчать передачу в моноаминергических синапсах (R.E. Kendell, 1981), повышать уровень эндорфинов в плазме крови у больных с депрессией (A.M. Ghadirau et al., 1988), вызывать значительные

изменения показателей иммунитета (Инструкция по применению электросудорожной терапии № 21-59/ПС59-1ЭТ. Минздрав СССР. – М., 1979). Отмечена высокая анальгетическая способность ЭСТ, используемой при лечении хронического, терапевтически резистентного болевого синдрома (В.Е. Гречко с соавт., 1990; I. R. Bloomstein et al., 1996). В настоящее время не вызывает сомнений эффективность ЭСТ аффективных расстройств. Быстрота наступления эффекта позволяет говорить об «обрывающем» действии ЭСТ на депрессию (С.Н. Мосолов, С.Ю. Мощевитин, 1990). Известна способность ЭСТ, изменяя электрическую активность нервных клеток, оказывать влияние на энграммы памяти, находящиеся в активном состоянии (Ю.И. Александров, 1998). Мнестические расстройства, прежде считающиеся неотъемлемой частью ЭСТ (А.И. Нельсон, 1995), практически все исследователи расценивают как осложнение. Однако, способность метода оказывать влияние на актуальные для больного, эмоционально окрашенные воспоминания, определяющие все его поведение, представляется скорее как достоинство, чем недостаток.

Приведенные данные позволяют ожидать высокую эффективность ЭСТ при лечении зависимости от опиоидов. Лишь единичные работы освещают применение ЭСТ в наркологической практике. Ch.F. Zorumski et al. (1986) подчеркивают ее эффективность при купировании депрессивной симптоматики у наркоманов. Л.С. Шпилея с соавт. (1990) отмечают «обрывающее» воздействие ЭСТ на проявления опиоидного абстинентного синдрома (ОАС). Остаются неизученными особенности влияния электросудорожной терапии на отдельные проявления ОАС. Не определена способность метода оказывать влияние на синдром патологического влечения к опиоидам в случаях его актуализации на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии. Несмотря на то, что эффективность ЭСТ депрессий не вызывает сомнений, возможность ее применения при опиоидной зависимости, коморбидной с первичными депрессивными расстройствами, не изучена.

Цель исследования

Целью настоящего исследования являлась разработка показаний для проведения электросудорожной терапии больным опиоидной зависимостью на основе изучения динамики клинических проявлений синдромов абстиненции и патологического влечения и оценки ее эффективности в сравнении со «стандартными» методами.

Задачи исследования

1. Проанализировать динамику клинических проявлений синдромов абстиненции и патологического влечения у больных с зависимостью от опиоидов в процессе электросудорожной терапии.

2. Оценить эффективность электросудорожной терапии опиоидной зависимости в сравнении со «стандартными» терапевтическими подходами.
3. Изучить влияние электросудорожной терапии на динамику опиоидной зависимости, коморбидной с депрессивными расстройствами.
4. Разработать дифференцированные подходы к назначению электросудорожной терапии больным опиоидной зависимостью.

Научная новизна

В результате комплексного исследования впервые разработаны показания для назначения унилатеральной электросудорожной терапии (УЭСТ) на различных этапах опиоидной зависимости. Новизну работы определяют результаты динамической оценки психопатологических и соматовегетативных слагаемых синдромов абстиненции и патологического влечения у больных опиоидной зависимостью в процессе УЭСТ. Впервые проведен сравнительный анализ эффективности УЭСТ и «стандартных» методов лечения, показавший преимущества УЭСТ. Установлено, что УЭСТ эффективна при опиоидной зависимости, коморбидной с депрессивными расстройствами. Новым следует считать предложенный метод динамического измерения порогов болевой чувствительности и болевой выносливости, объективизирующий эффективность УЭСТ абстинентного синдрома (АС). Впервые изучены частота и характер побочных эффектов УЭСТ при опиоидной зависимости. Доказано, что УЭСТ не оказывает деструктивного влияния на биоэлектрическую активность мозга у больных с опиоидной зависимостью.

Практическая значимость

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности внедрения в наркологическую практику электросудорожной терапии, в частности, ее унилатерального варианта для лечения опиоидной зависимости. Назначение УЭСТ для купирования ОАС позволяет сократить его продолжительность по сравнению с таковой при «стандартной» терапии. Практическое значение имеет «обрывающее» действие УЭСТ в случаях актуализации синдрома патологического влечения (СПВ) на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии. Использование УЭСТ при сочетании опиоидной зависимости с первичным депрессивными расстройствами уменьшает число рецидивов заболевания. Применение УЭСТ при опиоидной зависимости позволяет снизить финансовые затраты на лечение больных. На практическую значимость исследования указывают уменьшение числа случаев нарушения больничного режима, увеличение числа больных с положительной установкой на лечение и продолжительности терапевтической ремиссии при назначении УЭСТ. Значение для практики имеет предложенный способ

динамического измерения порогов болевой чувствительности и выносливости боли, позволяющий повысить объективность оценки степени тяжести АС и эффективности УЭСТ.

Положения, выносимые на защиту

1. УЭСТ оказывает выраженное терапевтическое воздействие на симптомы опиоидной абстиненции и первичного патологического влечения к наркотику, зависящее от клинико-динамических характеристик заболевания.
2. УЭСТ обладает значительными преимуществами по сравнению со «стандартными» методами лечения больных опиоидной зависимостью, проявляющимися в способности сокращать сроки купирования основных клинических проявлений заболевания, повышать пороги болевой чувствительности, снижать объем дополнительных назначений при лечении абстинентного синдрома, уменьшать количество случаев нарушения больничного режима, увеличивать число больных с положительной установкой на лечение и продолжительность терапевтических ремиссий.
3. УЭСТ, при опиоидной зависимости, коморбидной с рекуррентными депрессивными расстройствами, способствует уменьшению рецидивов заболевания.
4. УЭСТ больных с опиоидной зависимостью не сопровождается побочными действиями и осложнениями, представляющими опасность для больного и требующими проведения серьезных корригирующих мероприятий, не оказывает деструктивного влияния на биоэлектрическую активность головного мозга.

Апробация и внедрение результатов исследования в практику

Основные положения диссертации доложены на итоговых научных конференциях молодых ученых и студентов Курского государственного медицинского университета (Курск, 1999, 2002), республиканской научной конференции студентов и молодых ученых медицинских вузов России (Самара, 1999), 13 съезде психиатров России (Москва, 2000), совместном заседании кафедр психиатрии и наркологии, неврологии Курского государственного медицинского университета (Курск, 2002), заседании апробационного совета ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Томск, март 2002). По материалам диссертации опубликованы 9 печатных работ, изданы методические рекомендации «Электросудорожная терапия в наркологической практике» (Курск, 1999). Сделаны рационализаторские предложения: «Способ купирования абстинентных расстройств у больных опийной наркоманией», «Способ лечения патологического влечения к наркотику у больных опийной наркоманией», «Способ диагностики степени выраженности опийного абстинентного синдрома». Результаты исследования внедрены в практику работы Курской и Белгородской психиатрических

больниц. Основные аспекты диссертации используются в учебном процессе кафедры психиатрии и наркологии Курского государственного медицинского университета.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 222 страницах машинописного текста, включает 31 таблицу и 9 диаграмм. Состоит из введения, пяти глав («Обзор литературы», «Характеристика клинического материала. Методы исследования», «Сравнительный анализ эффективности электросудорожной и «стандартной» терапии абстинентного синдрома у больных с зависимостью от опиоидов», «Использование электросудорожной терапии для воздействия на патологическое влечение к опиатам на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии», «Электросудорожная терапия опиоидной зависимости, коморбидной с первичными депрессивными расстройствами»), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 202 источника (148 отечественных и 58 зарубежных), и приложений.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью и сформулированными задачами комплексному обследованию были подвергнуты 216 больных опиоидной зависимостью, проходивших лечение в наркологическом отделении Курской психиатрической больницы с 1997 по 2002 год. Эффективность УЭСТ изучалась у 96 больных (основная группа – ОГ), в том числе у 50 оценивалось ее влияние на абстинентный синдром, у 31 – на патологическое влечение к наркотику на этапе постабстиненции, у 15 – в состоянии ремиссии. 36-ти пациентам с ОАС, в том числе 23-м со средней степенью тяжести и 13-ти с тяжелым течением синдрома, УЭСТ проводилась в виде монотерапии. Остальным 14 больным с тяжелыми проявлениями абстиненции УЭСТ подключали к «стандартной» терапии, поскольку последняя была недостаточно эффективной. Полученные результаты сравнивали с таковыми в контрольной группе (КГ) (82 больных), в которой лечение АС (33 больных), купирование СПВ на этапах постабстиненции (33 больных) и в состоянии ремиссии (16 больных) проводилось в соответствии с упомянутыми выше «Стандартами (моделями протоколов) диагностики и лечения наркологических больных». У 18 больных изучалась способность УЭСТ влиять на течение опиоидной зависимости, коморбидной с рекуррентными депрессивными расстройствами. Для сравнения использовали контрольную группу (20 больных), в которой наряду со «стандартным» лечением опиоидной зависимости, проводилась коррекция депрессивных расстройств настроения.

Диагноз опиоидной зависимости ставился на основании критериев, предлагаемых МКБ-10. У 185 больных диагностировано состояние отмены опиатов (F11.30), у 25 – синдром зависимости от опиатов, в настоящее время воздержание (F11.20), у 6 – синдром зависимости от опиатов, в настоящее время воздержание, обусловленное приемом антагонистов наркотических веществ (F11.23). 64 больных (36%) употребляли героин, 96 (54%) – химически обработанный опий-сырец, 18 больных (10%) – различные опиоиды без явного предпочтения какого-либо из них.

Основная и контрольная группы были однородными по социально-демографическим и клинико-динамическим параметрам. В основной группе мужчины составляли 73%, женщины – 27%, в контрольной группе соответственно 85,4% и 14,6% ($P>0,05$). Средний возраст больных основной группы был $26,8\pm0,3$ лет, контрольной – $24,9\pm0,5$ лет ($P>0,05$). Большинство обследованных имело среднее и среднее специальное образование (69,8% – в основной и 68,3% в контрольной группах; $p>0,05$). Средний возраст начала наркотизации составил $19,4\pm1,2$ в основной и $19,1\pm0,9$ лет в контрольной группах ($P>0,05$), средняя давность заболевания соответственно $3,3\pm0,7$ и $3,2\pm0,6$ лет ($P>0,05$). Изучаемые группы больных сравнивались по типам установки на лечение. Для этого использовали опросник В.И. Полтавца, Е.А. Ерчковой (1991). В основной группе позитивный тип установки наблюдался у 31,3% больных, формально-вынужденный – у 68,7% (в контрольной группе соответственно 40% и 60%; $P>0,05$). Больные с негативной установкой на лечение в исследование не включались.

Применяли клинико-психопатологический, клинико-динамический (оценка динамики симптомов и синдромов в процессе лечения), экспериментально-психологический, клинико-катамнестический и электроэнцефалографический методы. Для объективной оценки состояния больных дополнительно изучали соматический, неврологический, офтальмологический статусы, назначали рентгенологическое, инструментально-лабораторные методы обследования. Для диагностики межполушарных асимметрий и латерализации функций больные подвергались нейропсихологическому исследованию. Определение функциональной асимметрии проводилось тестом Subirana, представленным в “Руководстве к практическим занятиям по психофизиологии” (О.В. Лаврова, В.Ф. Пятин, А.Ю. Агафонов и др., Самара, 1999). Клинико-психопатологическое, клинико-динамическое исследование осуществлялось с помощью формализованной карты, предполагающей изучение социально-демографических данных, наследственности, перенесенных заболеваний, наркологического анамнеза, соматического, неврологического и психического состояния больных.

Для сравнительного исследования влияния УЭСТ и «стандартного» лечения на проявления абстиненции и патологического влечения к наркотику использовались специально разработанные шкалы, содержащие квантифицированную оценку указанных синдромов. В них отражались наиболее информативные симптомы опиоидного абстинентного синдрома и синдрома патологического влечения. По степени значимости и способности определять тяжесть последних симптомы были разделены на несколько групп. В зависимости от принадлежности симптома к той или иной группе, его выраженность оценивалась определенным количеством баллов. Результаты клинического анализа аффективного компонента СПВ и проявлений коморбидной депрессии подкреплялись данными «Шкалы депрессии Гамильтона» (HDRS).

С целью определения анальгетической способности сравниваемых методов лечения и объективизации болевых проявлений при опиоидной абстиненции использовался предложенный нами метод определения болевых порогов (приоритетный № на изобретение 2000123409 от 11.09.2000г.) Для его осуществления больному на область бугристости большеберцовой кости накладывали болевывзывающий раздражитель, сверху – манжету тонометра, в которую нагнетали воздух до появления болевых ощущений. По показаниям тонометра определяли величины порогов болевых ощущений и выносливости боли.

Проведению лечения предшествовало проведение КЭК для определения целесообразности УЭСТ. Вопрос о противопоказаниях для назначения УЭСТ решался строго индивидуально. Анализировались все возможные последствия воздействия УЭСТ на различные органы и системы, сопоставлялся риск применения метода с нежелательными последствиями в случае отказа от него.

УЭСТ проводилась с помощью аппарата “ЭСТ-2М”, предназначенного для мощного дозированного воздействия модифицированным синусоидальным током частотой 50 Гц на мозг больного. При выборе стороны наложения электродов учитывалось мнение о преимущественном влиянии на депрессивную симптоматику электросудорожного припадка, вызванного с недоминантного полушария (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1981; А.Н. Корнетов с соавт., 1995). Лечение начиналось с минимальных параметров: напряжение 90 В; экспозиция 0,3 сек. В случае отсутствия судорожной реакции увеличивали напряжение тока на 10 В или экспозицию на 0,1 сек. и повторяли попытку вызвать судорожный припадок, в общей сложности не более 2 раз. При последующих процедурах параметры тока оставались прежними, если наблюдался генерализованный тонико-

клонический судорожный припадок, и повышались при менее выраженной судорожной реакции.

Для изучения влияния метода на динамику АС УЭСТ назначали не раньше 10 и не позднее 48 часов после последней инъекции наркотика, при условии среднетяжелой и тяжелой абстиненции. Основанием для начала терапии служило появление симптомокомплекса, соответствующего представлению о третьей и четвертой фазах опиоидного абстинентного синдрома (И.Н.Пятницкая, 1994). Частота и количество процедур определялись достаточностью терапевтического эффекта, а также появлением временных противопоказаний (развитие респираторных заболеваний с гипертермией, менструации и т.п.) В тех случаях, когда выраженность вегетативных, алгических, аффективных, поведенческих и диссомнических компонентов АС в течение наблюдаемого периода не превышала слабую степень, а их объективные и субъективные проявления не требовали дополнительных назначений, делался вывод об эффективности проводимой терапии. При использовании УЭСТ для подавления СПВ основанием для прекращения активного лечения являлась редукция до слабой степени выраженности его компонентов. Для купирования психопатологических и соматовегетативных симптомов СПВ у больных опиоидной зависимостью, коморбидной с рекуррентными депрессивными расстройствами, УЭСТ назначали на этапе постабстиненции. Критерием эффективности лечения являлась редукция проявлений СПВ и текущего депрессивного эпизода.

Проведению сеанса предшествовала премедикация. При наличии у больного выраженного беспокойства и чувства страха перед процедурой назначали неингаляционный кратковременный неглубокий мононаркоз тиопентал-натрием, средняя доза которого составляла 350-450 мг. У больных с указанием в анамнезе на травмы опорно-двигательного аппарата проводили искусственную миоплегию, для чего пациентам вводили дитилин в дозе 0,5-1,2 мг/кг. В этих случаях обязательной была искусственная вентиляция легких.

Больных контрольной группы лечили с использованием «Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных». При лечении текущего депрессивного эпизода руководствовались «Моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» (М., 2000).

Рентабельность УЭСТ при опиоидной зависимости оценивалась на основании сравнения стоимости УЭСТ и «стандартной» терапии. Принимались во внимание стоимость одного койко-дня (на 21.07.2000г.) и

сроки пребывания больного на койке, необходимые для купирования основных клинических проявлений заболевания.

Для статистического анализа полученных результатов применяли компьютерную программу Microsoft Excel (Версия 7.1). Для оценки достоверности сравниваемых величин использовали t-критерий Стьюдента.

Работа выполнена в соответствии с планом НИР Курского государственного медицинского университета «Системные механизмы адаптации» (№ госрегистрации 01.02.0007338).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведенное исследование позволило оценить эффективность УЭСТ при опиоидной зависимости по сравнению со «стандартными» схемами лечения на основании способности метода оказывать воздействие на ведущие проявления заболевания – синдромы абстиненции и патологического влечения к наркотикам, на течение коморбидных состояний, в частности депрессивных расстройств.

Судорожные припадки при УЭСТ отличались разнообразным характером и зависели от этапа лечения. 96 больным основной группы было проведено 153 электросудорожной процедуры. При этом в 30,7% случаев наблюдались генерализованные припадки, в том числе в 17% тонико-клонические, в 8,5% тонические abortивные, в 5,2% сложные абсансы. В 69,3% случаев характер припадков был фокальным. Общее количество процедур УЭСТ, проводимой для купирования ОАС, составило 78 (в среднем $2,2 \pm 0,1$ сеанса на одного больного). При УЭСТ на этапах постабстиненции и терапевтической ремиссии количество сеансов составило соответственно 57 (в среднем – $1,8 \pm 0,08$) и 18 (в среднем $1,2 \pm 0,04$).

С учетом степени выраженности абстинентных расстройств больные ОГ были разделены на две подгруппы. 1-ую подгруппу (23 больных) составили больные с АС средней степени тяжести (суммарная оценка проявлений АС от 40 до 70 баллов). Во 2-ой подгруппе (13 больных) суммарная оценка проявлений АС свыше 71 балла дала основание расценить его как тяжелый.

Заметное обратное развитие проявлений абстиненции в обеих группах происходило независимо от характера судорожного припадка, сразу после его завершения. У большинства больных вскоре после окончания припадка возникал сон от получаса до 8 часов. Сохраняющиеся у больных выраженные проявления АС служили показанием для повторных процедур УЭСТ. Проведенное исследование показало, что количество процедур, необходимое для купирования АС зависело от степени тяжести последнего. У всех больных 1-ой подгруппы и 87% больных 2-ой подгруппы три процедуры УЭСТ позволили полностью редуцировать АС. У 13% больных с тяжелым

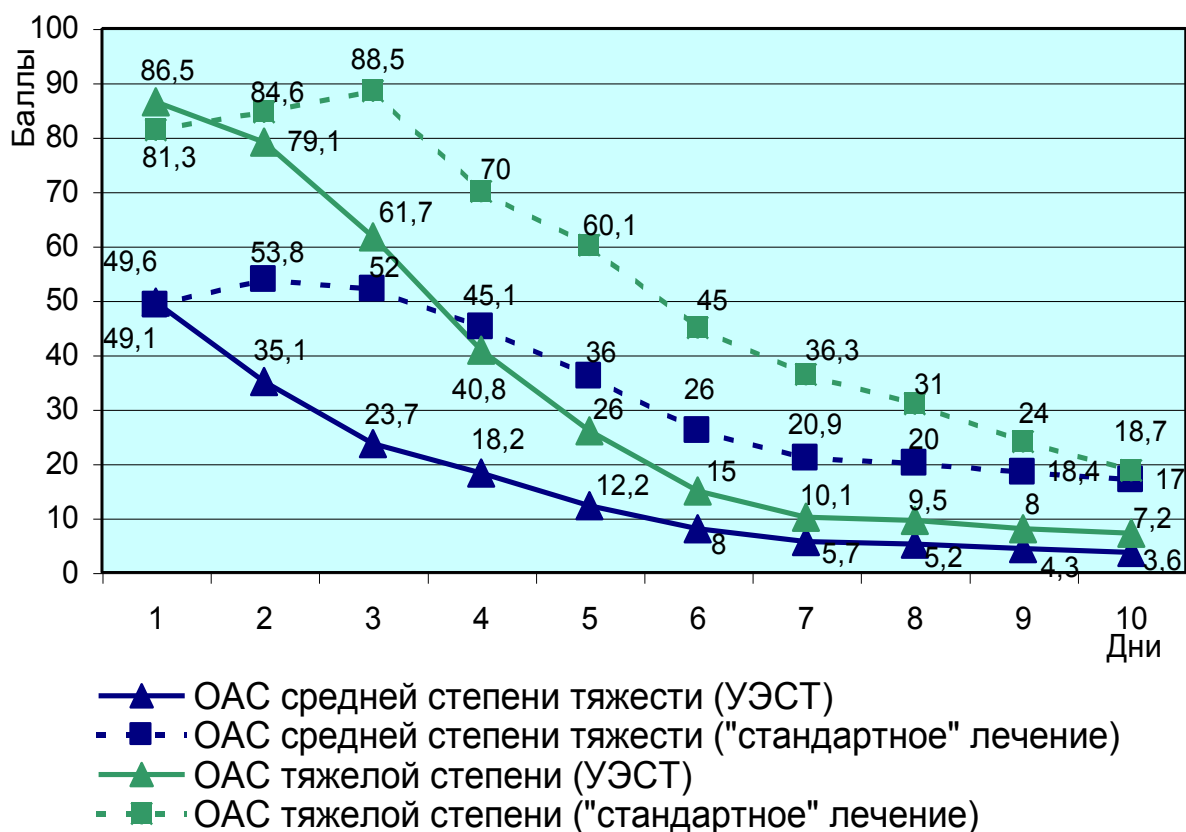
АС потребовалось проведение четвертой процедуры. Среднее количество процедур УЭСТ на одного больного в 1-ой подгруппе составило $1,8 \pm 0,1$, во 2-ой подгруппе – $3,2 \pm 0,1$. Генерализованные тонико-клонические припадки по сравнению с другими видами припадков обнаруживали большую редуцирующую способность в отношении проявлений АС. Так 19 из 21 припадка данного типа (90,5%) оказывали «обрывающее» действие на клинику опийного абстинентного синдрома.

Больные контрольной группы, для купирования АС которых применялись «стандартные» методы, в зависимости от степени выраженности абстинентных расстройств, как и в основной группе, были разделены на две подгруппы. В 1-ю (23 больных) вошли лица с абстинентными проявлениями средней степени тяжести, во 2-ю (10 больных) – с тяжелым АС. На **рис. 1** представлена сравнительная динамическая оценка суммарной выраженности АС (в баллах) на фоне УЭСТ и «стандартного» лечения.

В контрольной группе, несмотря на проводимое лечение, выраженность абстинентных проявлений нарастала до максимума спустя 48 часов после последней инъекции наркотика у больных с абстинентным синдромом средней степени тяжести и спустя 72 часа в случаях его тяжелого течения. Лишь достигнув максимального выражения, АС на фоне «стандартного» лечения начинал редуцироваться. В отличие от контрольной, в основной группе УЭСТ предотвращала нарастание абстинентных проявлений, оказывая как бы тормозящий эффект. Сравнительный анализ динамики ОАС в основной и контрольной группах обнаружил превосходство УЭСТ над «стандартной» терапией по способности купировать АС в более короткие сроки.

Рисунок 1

Сравнительная оценка динамики ОАС на фоне УЭСТ и «стандартных» методов лечения



При среднетяжелом варианте редукция значительного числа слагаемых АС наблюдалась к концу третьих суток лечения. Наиболее эффективно УЭСТ купировала вегетативные, аффективные и алгические симптомы. Удельный вес больных, в структуре АС которых были вегетативные расстройства, снизился на 65,5% (контрольная группа – на 4,4%), аффективные расстройства – на 60,5% (контрольная группа – на 4,3%), алгические расстройства на 56,5% (контрольная группа – на 13,1%). Несколько менее эффективна УЭСТ была в отношении нарушений сна, астенических расстройств. Скорость их обратного развития, хотя и превышала таковую в контрольной группе, однако к концу третьих суток они сохранялись на относительно высоком уровне. Купирующее влияние УЭСТ при тяжелом варианте абстинентного синдрома аналогично таковому при средней его тяжести. К концу третьих суток удельный вес больных, в структуре АС которых были вегетативные расстройства, снизился на 69%, поведенческие расстройства – на 67%, алгические расстройства – на 61,5%. Доля больных с аффективными и астеническими нарушениями уменьшилась соответственно на 38,5% и 24%. В меньшей степени отмечалась редукция нарушений сна (на 15,5%). В контрольной группе на аналогичном этапе обследования редукция проявлений абстинентного синдрома не наблюдалась. Напротив, удельный вес больных с вегетативными расстройствами увеличился с 92,5% до 100%. Сохранение симптомов абстиненции у больных основной группы к концу

третьих суток диктовало необходимость повторного назначения УЭСТ. После ее проведения к концу пятых суток отмечена более заметная динамика проявлений абстинентного синдрома: вегетативные расстройства снизились до 8% (контрольная группа – 80%), поведенческие – до 0% (контрольная группа – 80%), алгические – до 15% (контрольная группа – 80%), аффективные – до 23% (контрольная группа – 100%), астенические – до 46% (контрольная группа – 90%), нарушения сна – до 31% (контрольная группа – 100%). Редукция основных проявлений АС после начала УЭСТ наблюдалась в среднем через $3,7 \pm 0,28$ дней в случае среднетяжелого варианта синдрома и через $5,1 \pm 0,32$ дней при его тяжелом варианте (на фоне «стандартного» лечения соответственно через $7,2 \pm 0,32$ и $10,8 \pm 0,35$ дней).

Определение порогов болевой чувствительности и выносливости боли в процессе купирования абстиненции выявило четкую взаимосвязь между значениями этих показателей и выраженностью алгических проявлений. Указанные величины варьировали у разных больных, однако, были относительно стабильными у одного и того же больного, меняясь при нарастании или ослаблении абстинентной симптоматики. При поступлении средняя величина порога болевой чувствительности при среднетяжелом АС составляла $52 \pm 1,8$ ЕД. К концу 2-х суток на фоне УЭСТ наблюдалось его повышение до $53,8 \pm 1,6$ ЕД, на фоне «стандартного» лечения – снижение до $40 \pm 1,4$ ЕД. В дальнейшем на протяжении наиболее острого периода абстиненции разница величины порога болевой чувствительности в основной и контрольной группах составляла от 20 до 25 ЕД. Аналогичная динамика прослеживалась в отношении порога выносливости боли. При купировании тяжелого абстинентного синдрома получены сходные результаты. Весьма характерно, что динамика значений болевых порогов коррелировала не только с болевыми, но и с другими проявлениями АС. Это позволило при несоответствии тяжести жалоб величинам болевых порогов выявлять состояния аггравации и симуляции. Определение порогов болевой чувствительности и выносливости боли непосредственно перед проведением УЭСТ и после ее окончания дало основание считать, что УЭСТ достоверно повышает значения указанных показателей. Так, средняя величина порога болевой чувствительности сразу после окончания первой процедуры повышалась с $38,5 \pm 1,6$ ЕД до $65,0 \pm 2,0$ ЕД, а порога болевой выносливости – с $74,6 \pm 1,8$ ЕД до $110 \pm 2,2$ ЕД. Учитывая тот факт, что изменения значений болевых порогов в процессе купирования АС находятся в зависимости от динамики абстинентных проявлений, их определение дает возможность не только косвенно оценивать степень тяжести АС, но и эффективность проводимого лечения. Возможность УЭСТ увеличивать болевые пороги у больных с зависимостью от опиоидов, превышающая таковую

«стандартных» методов, свидетельствует о ее высокой аналгетической способности. Характерно, что степень увеличения значений болевых порогов после каждой процедуры коррелировала с редуцирующим влиянием УЭСТ на АС. Так, при повышении уровня исследуемых показателей, по окончании процедуры на 50% и более (до 150% в наших наблюдениях), в большинстве случаев (86%) можно было констатировать обрывающее действие УЭСТ на ОАС.

Одним из показателей эффективности УЭСТ являлась потребность в дополнительных назначениях фармакологических средств. Их объем коррелировал с динамикой АС в исследуемых группах. В ОГ его максимум приходился на первые сутки, затем он снижался до минимума к 5 суткам при среднетяжелом варианте АС и к 7 суткам при тяжелой форме АС. В КГ динамика объема дополнительных назначений имела форму параболы, при которой максимум приходился на 2-3 сутки. Объем дополнительных назначений при купировании АС средней степени тяжести УЭСТ был достоверно ниже на 2-5 сутки ($p<0,05$), тяжелой степени – на 2-9 сутки ($p<0,05$), то есть, в наиболее острый период проявлений абстиненции. Общее количество дополнительных назначений при купировании АС средней степени тяжести составило 6,9 ЕД. в основной группе и 55,1 ЕД. в контрольной группе ($p<0,001$); при купировании тяжелого варианта АС соответственно 19,1 ЕД. и 120,9 ЕД. ($p<0,001$).

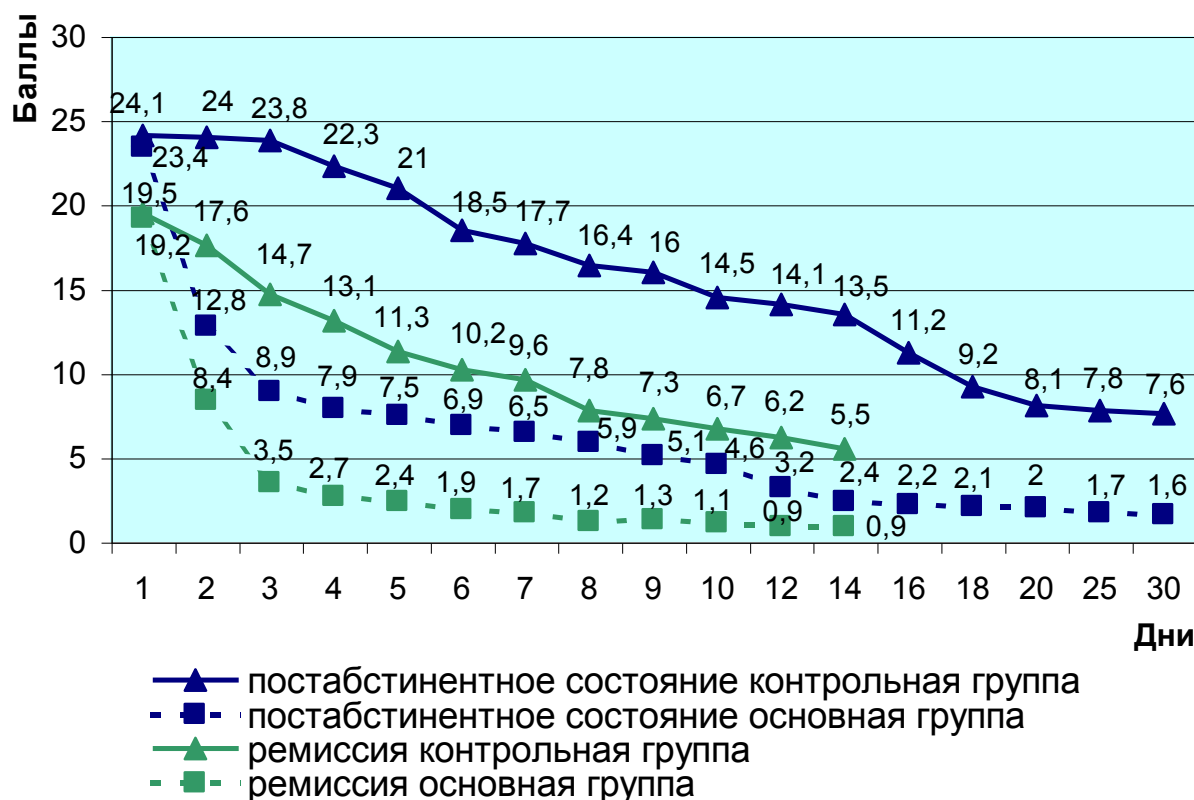
Купирующее влияние УЭСТ в сочетании с психофармакотерапией при тяжелом варианте ОАС несколько отличалось от такового при ее применении в качестве монотерапии. К концу третьих суток в ОГ удельный вес больных, в структуре АС которых были поведенческие, аффективные, вегетативные, астенические, алгические и диссомнические расстройства снизился соответственно со 100% до 50%, 57,2%, 64,3%, 78,6%, 85,7%, 87,5% (в КГ изменений не произошло). К концу пятых суток на фоне комбинированного лечения отмечена более заметная динамика проявлений абстинентного синдрома. Вегетативные, поведенческие и алгические расстройства исчезли полностью (в КГ соответственно 80%, 80% и 70%), аффективные уменьшились до 14,3% (КГ – 100%), астенические – до 28,6% (КГ – 90%), нарушения сна – до 42,8% (КГ – 100%).

При применении УЭСТ для подавления актуализированного патологического влечения к опиоидам характер судорожных припадков соответствовал таковому при терапии АС. Результаты исследования показали, что непосредственно после завершения процедуры УЭСТ наблюдалось значительное обратное развитие патологического влечения к наркотику в постабстинентном состоянии и ремиссии. Последующее наблюдение за больными в течение 1-2 суток позволило констатировать

подавление УЭСТ основных проявлений СПВ у 45% обследованных в постабстинентном состоянии и у 80% – на этапе ремиссии. После второй процедуры стойкое купирование СПВ на этапе постабстиненции наблюдалось у 83,7%, после третьей – у 100% больных. На этапе ремиссии для достижения аналогичного результата у всех больных достаточно было двух процедур. В среднем курс УЭСТ, проводимой для купирования патологического влечения к наркотику больным с зависимостью от опиоидов на этапе постабстиненции, включал $1,84 \pm 0,08$ сеансов, в состоянии ремиссии – $1,2 \pm 0,04$ сеансов. Сравнительная динамическая оценка интенсивности СПВ (в баллах) на этапах постабстиненции и ремиссии под влиянием УЭСТ и «стандартного» лечения представлена на **рис. 2**.

Рисунок 2

Динамика интенсивности СПВ на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии под влиянием УЭСТ и «стандартного» лечения у больных опиоидной зависимостью



Полученные данные позволяют говорить о способности УЭСТ оказывать «обрывающее» действие на СПВ как на этапе постабстиненции, так и в состоянии ремиссии. Под влиянием УЭСТ интенсивность СПВ в течение 2-х дней была снижена до величины, достичь которую в результате «стандартного» лечения удалось лишь к концу второй недели. При купировании СПВ в постабстинентном состоянии в ОГ через 4-5 дней эта величина снизилась до значения, оказавшегося максимально достижимым в

КГ. В ремиссии в ОГ уже через 2,5 дня балльное значение интенсивности патологического влечения к наркотику достигло величины, наименьшей для КГ. Отличительной особенностью применения УЭСТ на этапах постабстиненции и ремиссии является выраженная редукция СПВ независимо от характера припадка.

Сравнительный анализ динамики проявлений СПВ под влиянием УЭСТ и «стандартной» терапии обнаруживает превосходство УЭСТ по способности купировать симптомы патологического влечения в более короткие сроки. При применении УЭСТ для подавления актуализированного СПВ на этапе постабстиненции обратное развитие значительного числа его проявлений наблюдалось к концу вторых суток после проведенной процедуры. УЭСТ эффективно купировала идеаторный, аффективный, соматовегетативный, поведенческий, витальный и сенсорный компоненты СПВ. Удельный вес больных, в структуре СПВ которых отмечались выраженные идеаторные расстройства, снизился на 48,4%, аффективные – на 51,6%, соматовегетативные – на 58,1%, поведенческие – на 48,1%, витальные – на 54,8%. Доля больных с сенсорными расстройствами уменьшилась с 25,9% до 0,0%. В контрольной группе на аналогичном этапе интенсивность проявлений патологического влечения не снижалась. Купирующее влияние УЭСТ при обострении патологического влечения к наркотику на этапе ремиссии аналогично таковому на этапе постабстинентного состояния. К концу вторых суток в основной группе удельный вес больных, в структуре СПВ которых был выражен идеаторный компонент, снизился на 73,4%, аффективный – на 80%, поведенческий – на 50%, витальный – на 53,3%, соматовегетативный – на 57,7%. На фоне «стандартного» лечения на аналогичном этапе обследования редукция данных компонентов СПВ не наблюдалась. В наибольшей степени наблюдалось преимущество УЭСТ перед «стандартными» методами купирования СПВ по способности воздействовать на идеаторный компонент. Больные, предъявлявшие жалобы на постоянные мысли, воспоминания о наркотиках, не позволяющие отвлечься, сосредоточиться на чем-либо другом, сновидения с наркотической тематикой, после 1-2 процедур ЭСТ отмечали, что не помнят ощущений «прихода», кайфа, не думают о наркотиках. Редукция СПВ на этапе постабстинентного состояния после начала лечения наблюдалась в среднем через $3,3 \pm 0,1$ суток, в ремиссии – $2,3 \pm 0,1$ суток. При использовании «стандартных» подходов для достижения аналогичных результатов требовалось соответственно $14,8 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,2$ суток.

Динамическая оценка с использованием шкалы Гамильтона клинических проявлений депрессивных расстройств в исследуемых группах обнаружила значительное превосходство УЭСТ над «стандартным» лечением в

способности воздействовать на аффективный компонент синдрома патологического влечения. После процедуры УЭСТ уровень депрессии снижался до легкой степени (на 62% на этапе постабстиненции и на 67% в состоянии ремиссии). При дальнейшем наблюдении не было зафиксировано эпизодов повышения уровня депрессии, что позволяет характеризовать УЭСТ как метод, оказывающий «обрывающее» действие на депрессивные проявления, наблюдающиеся в структуре патологического влечения. Следует отметить, что достоверные отличия уровня депрессии в основной и контрольной группах наблюдались вплоть до окончания курса лечения.

Диагностика вариантов установки на лечение в исследуемых группах до его начала и после завершения выявила способность УЭСТ оказывать на них влияние. На этапе постабстиненции в результате применения УЭСТ у значительной части больных наблюдалось изменение установки на лечение с формально-вынужденной на положительную (31,3% до лечения и 77,4% после лечения, $p < 0,05$). Менее выраженную динамику установки на лечение в группе больных, которым УЭСТ проводилась в состоянии ремиссии (66,6% до лечения и 86,7% после лечения, $p > 0,05$), следует объяснить тем, что здесь изначально наблюдался относительно высокий процент лиц с положительной установкой на лечение. В КГ на этапе постабстиненции доля больных с положительной установкой на лечение выросла с 40,0% до 51,5% ($p > 0,05$), в состоянии ремиссии – с 56,3% до 68,8% ($p > 0,05$).

Результаты катamnестического исследования показали, что у 52,6% обследованных, которым с целью купирования СПВ проводилась УЭСТ, отмечались контролируемое воздержание и частичная ремиссия. У 11,6% больных зарегистрирована устойчивая ремиссия (воздержание от приема наркотиков более шести месяцев). Приведенные показатели достоверно превышали таковые в контрольной группе (16,3% и 1,4% соответственно; $p < 0,05$).

Об эффективности купирования патологического влечения к наркотику на этапах АС, постабстиненции и терапевтической ремиссии свидетельствуют такие показатели, как количество случаев нарушения внутрибольничного режима и прекращения лечения по инициативе больных. При «стандартной» терапии опиоидного абстинентного синдрома те или иные формы нарушения больничного режима отмечались у 52,2% больных со среднетяжелым течением АС и у 60% – при его тяжелом течении. На фоне УЭСТ подобные случаи наблюдались соответственно у 8,6% и 7,7% больных ($p < 0,001$). Недостаточно эффективное купирование влечения к наркотику «стандартными» методами явилось причиной нарушений режима у 51,5% больных на этапе постабстиненции и 37,7% больных в состоянии ремиссии. Достоверно меньшее ($p < 0,001$) количество подобных случаев (6,5% и 6,6%

соответственно) отмечалось при УЭСТ. В 12% случаев в КГ имел место такой серьезный вид нарушения, как попытка проноса в отделение наркотика. Он не был зарегистрирован в основной группе. Заслуживает внимания тот факт, что к концу лечения группы больных, которым купирование СПВ на этапах постабстинентного состояния и терапевтической ремиссии проводилось «стандартными» методами, уменьшились соответственно на 48,4% и 37,6%. Причинами преждевременной выписки были нарушения внутрибольничного режима и прерывание курса лечения по инициативе больного. При использовании в качестве метода купирования патологического влечения к наркотику УЭСТ преждевременная выписка больных на этапах постабстинентного состояния и терапевтической ремиссии наблюдалась соответственно в 6,5% и 6,6% случаев.

Клиника опиоидной зависимости на фоне «стандартного» лечения определялась не только характерными психопатологическими и соматовегетативными расстройствами, но и факультативной симптоматикой, обусловленной побочными действиями проводимой терапии. При использовании УЭСТ в ряде случаев также наблюдались характерные для данного метода побочные действия. Частота наблюдаемых побочных эффектов проводимой терапии в основной и контрольной группах представлена в **табл. 1**. Общее количество побочных эффектов УЭСТ в расчете на одного больного на всех этапах было меньшим, чем при «стандартном» лечении. Наиболее показательным это было при купировании тяжелого АС (1,69 ЕД при УЭСТ и 3,20 ЕД – при «стандартной» терапии).

Изучение функционального состояния головного мозга у обследованных больных свидетельствует о том, что у большинства из них (60,9%) УЭСТ, применяемая для подавления СПВ на этапе постабстиненции и в состоянии ремиссии, не оказывает существенного влияния на результаты электроэнцефалографии. У 15,2% больных после завершения курса УЭСТ были выявлены нерезкие общемозговые изменения электроактивности, проявляющиеся, как правило, в относительном повышении индекса медленных волн невысокого вольтажа. Указанные нарушения подвергались обратному развитию спустя несколько дней. Характерно, что почти у четверти больных после завершения курса УЭСТ можно было наблюдать положительную динамику электроэнцефалографических проявлений в виде редукции медленноволновой активности и острых волн, возникновения выраженного регулярного альфа-ритма в зонах его физиологического распространения, увеличения его частоты и появления модуляции. Несомненно, что способность УЭСТ оказывать влияние на биоэлектрическую активность головного мозга у больных опиоидной зависимостью нуждается в дальнейшем, более серьезном изучении. Однако

уже первые данные показывают, что этот метод лечения не только не влечет за собой серьезных деструктивных изменений в мозге, но и обладает способностью вызывать положительные изменения электроэнцефалографической картины.

Таблица 1

Сравнительная оценка побочных эффектов УЭСТ и «стандартной» терапии на различных этапах лечения опиоидной зависимости (в расчете на одного больного в отн. ед.)

Вид побочных действий	АС				Постабстинентное состояние		Ремиссия	
	Средней степени тяжести		Тяжелое течение					
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Побочные действия «стандартной» терапии								
Холинолитические в том числе делирий	0,0 0,0	0,48 * 0,22 *	0,1 6 0,0	1,0* 0,5*	0,03 0,0	0,33* 0	0,0 0,0	0,25* 0,0
Адренолитические	0,0	0,35 *	0,0 7	0,6*	0,0	0,09	0,0	0,0
Акатизия, тасикинезия, акайрия	0,0	0,48 *	0,1 5	0,5*	0,03	0,21*	0,0	0,19*
Экстрапирамидные нарушения	0,0	0,26 *	0,0 7	0,6*	0,0	0,18*	0,0	0,13
Гипоманиакальные состояния	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,12	0,0	0,06
Всего	0,0	1,78 *	0,4 6	3,2*	0,06	0,94*	0,0	0,63*
Побочные действия УЭСТ								
Апноэ	0,09	0,0*	0,15	0,0	0,03	0,0	0,0	0,0
Тахикардия	0,3	0,0*	0,39	0,0*	0,13	0,0	0,13	0,0
Артериальная гипертензия	0,13	0,0	0,08	0,0	0,03	0,0	0,0	0,0
Состояния оглушенности	0,35	0,0*	0,39	0,0*	0,1	0,0	0,0	0,0
Состояния спутанности с психомоторным возбуждением	0,13	0,0	0,15	0,0	0,03	0,0	0,0	0,0
Эйфория	0,44	0,0*	0,31	0,0*	0,26	0,0*	0,25	0,0*
Мнестические нарушения	0,09	0,0	0,23	0,0*	0,03	0,0	0,0	0,0
Всего	1,39	0,0*	1,69	0,0*	0,06	0,0*	0,4	0,0*

* – различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)

Сравнение затрат на лечение опиоидной зависимости (синдромов абстиненции и патологического влечения) при помощи УЭСТ и «стандартного» подхода свидетельствует о рентабельности УЭСТ (расчет производился по данным на 21.07.2000г.). Стоимость затрат на купирование абстинентного синдрома средней степени тяжести при применении УЭСТ на 62,9% меньше, чем при «стандартном» лечении, при тяжелой форме синдрома – на 65,9%. Стоимость затрат на купирование СПВ при использовании УЭСТ на 76,6% ниже таковой при «стандартной» терапии на этапе постабстиненции и на 72,2% – в состоянии ремиссии ($p < 0,001$).

В клинической картине АС у больных с опиоидной зависимостью, коморбидной с рекуррентными депрессивными расстройствами, наряду с собственно абстинентной симптоматикой обращали на себя внимание выраженные аффективные нарушения. Они проявлялись пониженным настроением (100%), тоской, подавленностью, безнадежностью (88,9%), чувством вины, собственной малоценности (77,8%), суицидальными высказываниями (44,4%), психомоторной заторможенностью (77,8%) или ажитацией (22,2%), расстройствами сна в виде раннего пробуждения (100%), отсутствием аппетита (100%), снижением массы тела (77,8%). Выраженность проявлений АС здесь до начала и в процессе лечения превышала таковую у больных опиоидной зависимостью без коморбидной патологии. Это прежде всего касалось аффективных и диссомнических расстройств. Клиника СПВ на этапе постабстиненции у больных с коморбидной патологией так же отличалась от таковой у больных только опиоидной зависимостью. До начала лечения фиксировались различия по удельному весу больных с выраженными аффективными и витальными расстройствами (100,0% и 67,7%; 88,9% и 51,6% соответственно; $p < 0,05$).

УЭСТ на этапе постабстиненции вызывала редукцию СПВ у больных с коморбидными расстройствами, темп и характер которой были аналогичны таковым, наблюдающимся при УЭСТ только опиоидной зависимости. Обратное развитие значительного числа проявлений СПВ наблюдалось к концу вторых суток после начала лечения. Отмечено эффективное купирование всех компонентов СПВ. Удельный вес больных основной группы, в структуре СПВ которых был выражен идеаторный компонент, снизился на 44,5% ($p < 0,001$), аффективный – на 33,3% ($p < 0,01$), соматовегетативный – на 33,3% ($p < 0,01$), поведенческий – на 50% ($p < 0,01$), витальный – на 33,3% ($p < 0,01$). Доля больных с сенсорным компонентом уменьшилась с 33,3% до 0,0%. В контрольной группе на данном этапе удельный вес больных, в структуре СПВ которых были выражены идеаторный, аффективный, и витальный компоненты, осталась на прежнем

уровне (100%). На протяжении всех последующих дней пребывания в стационаре исследуемые группы различались по степени выраженности компонентов СПВ ($p < 0,05$). Анализ сроков лечения показал, что большинство симптомов патологического влечения в результате УЭСТ удалось купировать за период от 1,5 до 3,5 дней (в среднем $2,6 \pm 0,11$ дней). При применении «стандартного» лечения для достижения сходных результатов потребовалось от 11 до 25 дней (в среднем $16,8 \pm 0,18$ дней), ($p < 0,001$).

С первых дней лечения у больных ОГ проявлялось тимоаналептическое действие УЭСТ. Они отмечали повышение настроения, улучшение ночного сна, появление аппетита. Снижалась интенсивность тоски, подавленности, безнадежности, исчезало чувство вины, малоценности, проходили суицидальные высказывания. Наблюдался активизирующий эффект УЭСТ. Больные вовлекались в психотерапевтический процесс, начинали заниматься лечебной физкультурой. Следует отметить, что при этом не наблюдалось расторможенности, появления или усиления тревоги, нарушений сна. Зафиксировано и анксиолитическое действие УЭСТ, проявляющееся в уменьшении проявлений ажитации, тревоги, двигательного беспокойства.

Динамическая оценка с использованием шкалы Гамильтона клинических проявлений депрессивных расстройств в исследуемых группах обнаружила значительное превосходство УЭСТ над «стандартным» лечением в способности воздействовать на депрессивную симптоматику у больных с коморбидной патологией на этапе постабстиненции. Уровень депрессии в основной и контрольной группах больных с коморбидными расстройствами до начала лечения превышал таковой в основной и контрольной группах больных только опиоидной зависимостью и соответствовал тяжелой степени депрессии. Наибольшее число баллов у них было зарегистрировано по пунктам, отражающим депрессивное настроение, расстройства сна, соматические симптомы, психомоторную заторможенность. Уже на 2-е сутки уровень депрессии в ОГ снизился с $33,5 \pm 1,5$ до $16,7 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,001$) (в КГ он остался прежним – $32,5 \pm 1,5$ баллов). Достоверные различия выраженности депрессии в сравниваемых группах сохранялись в течение всего курса лечения.

Результаты катamnестического исследования показали, что на этапе формирования терапевтической ремиссии у пациентов ОГ отмечалось ровное настроение, достаточная активность, нормальные витальные функции. Возобновлялись прежние интересы. У 44,4% больных из числа тех, кому проводилась УЭСТ, наблюдались контролируемое воздержание и частичная ремиссия. У 16,3% больных зарегистрирована устойчивая ремиссия

продолжительностью более 6 месяцев. Данные показатели значительно превышали таковые в КГ (15,0% и 0,0% соответственно; $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Опиоидный абстинентный синдром среднетяжелой и тяжелой степени с выраженными вегетативными, аффективными и алгическими расстройствами является показанием для унилатеральной электросудорожной терапии (УЭСТ).
 - 1.1. При среднетяжелом варианте абстинентного синдрома редукция значительного числа его проявлений на фоне УЭСТ наблюдается к концу третьих суток лечения. Удельный вес больных, в структуре абстиненции которых выражены вегетативные расстройства, снижается на 65,5% (контрольная группа – на 4,4%), аффективные расстройства – на 60,5% (контрольная группа – на 4,3%), алгические расстройства – на 56,5% (контрольная группа – на 13,1%). Скорость обратного развития диссомнических, поведенческих и астенических расстройств в результате УЭСТ, хотя и превышает таковую при «стандартной» терапии, однако к концу третьих суток они сохраняются на относительно высоком уровне.
 - 1.2. Купирующее влияние унилатеральной электросудорожной терапии при тяжелом варианте абстинентного синдрома аналогично таковому при средней степени его тяжести. К концу третьих суток под воздействием УЭСТ удельный вес больных, в структуре абстинентного синдрома которых выражены вегетативные расстройства, снижается на 69%, алгические и аффективные расстройства – на 61,5%. Редукция диссомнических и астенических расстройств происходит в меньшей степени. На фоне «стандартного» лечения на аналогичном этапе обследования достоверного снижения выраженности проявлений абстинентного синдрома не наблюдается. Напротив, удельный вес больных с вегетативными расстройствами увеличивается на 7,5%. Сохранение симптомов абстиненции требует повторного назначения УЭСТ.
2. Синдром патологического влечения (СПВ) у больных опиоидной зависимостью, актуализированный на этапах постабстиненции и ремиссии, является показанием для унилатеральной электросудорожной терапии. Она вызывает обратное развитие значительного числа проявлений СПВ к концу вторых суток после начала лечения. При проведении УЭСТ на этапе постабстиненции удельный вес больных, в структуре синдрома патологического влечения которых отмечены выраженные

соматовегетативные расстройства, снижается на 58,1%, витальные расстройства – на 54,8%, аффективные расстройства – на 51,6%, идеаторные расстройства – на 48,4%, поведенческие расстройства – на 45,1%. Сходная динамика выявлена у больных с выраженными проявлениями СПВ в состоянии ремиссии. На фоне «стандартного» лечения на аналогичных этапах обследования редукция синдрома патологического влечения не наблюдается.

3. Сравнительная оценка результатов лечения больных опиоидной зависимостью УЭСТ и «стандартными» методами выявляет значительные преимущества УЭСТ.
 - 3.1. УЭСТ позволяет существенно сократить сроки купирования основных клинических проявлений заболевания. Редукция абстинентного синдрома после начала лечения наблюдается, в среднем, через $3,7 \pm 0,3$ дней в случае среднетяжелого варианта синдрома и через $5,1 \pm 0,3$ дней при его тяжелом варианте (на фоне «стандартного» лечения – соответственно через $14,8 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,2$ дней; $p < 0,05$). Обратное развитие синдрома патологического влечения в результате УЭСТ наступает на постабстинентном этапе через $3,3 \pm 0,1$ дней, в ремиссии – через $2,3 \pm 0,1$ дней (на фоне «стандартного» лечения соответственно через $7,2 \pm 0,3$ и $10,8 \pm 0,3$ дней; $p < 0,05$).
 - 3.2. УЭСТ способствует достоверному ($p < 0,05$) уменьшению количества случаев нарушения больничного режима. При электросудорожной терапии опиоидной абстиненции средней степени тяжести они регистрируются у 7,7% больных, в случаях ее тяжелого течения – у 8,6% больных, при воздействии на патологическое влечение в постабстинентном состоянии – у 6,6% больных, в ремиссии – у 6,5% больных, в то время как на фоне «стандартного» лечения соответственно у 52,2%, 60%, 51,5% и 37,6% больных.
 - 3.3. Исследование катамнеза больных, получивших с целью купирования патологического влечения УЭСТ, фиксирует достоверно большее количество ремиссий продолжительностью более 6 месяцев (УЭСТ – 11,6%, «стандартное» лечение – 1,4%; $p < 0,05$).
 - 3.4. Использование УЭСТ при лечении больных с зависимостью от опиоидов позволяет снизить затраты на лечение по сравнению со «стандартной» терапией при купировании абстинентного синдрома на 61,3%, синдрома патологического влечения – на 70,8%.
 - 3.5. Изучение порогов болевой чувствительности и выносливости боли в процессе УЭСТ показывает ее способность значительно повышать величину болевых порогов (в среднем на 56,5%), что свидетельствует о высокой анальгетической эффективности, превышающей таковую при «стандартных» методах.

4. Опиоидная зависимость, коморбидная с рекуррентными депрессивными расстройствами, протекающая с частыми рецидивами и непродолжительными ремиссиями, является показанием для унилатеральной электросудорожной терапии. Последняя увеличивает продолжительность ремиссии за счет эффективного влияния на психопатологические проявления синдромов депрессии и патологического влечения (ремиссия более 6 мес.: УЭСТ – 15%, «стандартное лечение – отсутствует).
5. Побочные действия и осложнения унилатеральной электросудорожной терапии при опиоидной зависимости (апноэ, мнестические расстройства, состояния легкого оглушения, психомоторное возбуждение) встречаются редко. Они носят транзиторный характер, не представляют опасности для больного, не нуждаются в проведении серьезных корригирующих мероприятий. УЭСТ не оказывает деструктивного влияния на биоэлектрическую активность головного мозга, напротив, в ряде случаев способствует появлению положительных изменений в электроэнцефалографических показателях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При отсутствии противопоказаний для купирования абстинентного синдрома у больных с опиоидной зависимостью целесообразно использовать УЭСТ. В случаях среднетяжелой абстиненции УЭСТ применяют в виде монотерапии. При тяжелом абстинентном синдроме УЭСТ необходимо сочетать с традиционно применяемыми лекарственными средствами. УЭСТ назначают на этапе нарастания абстинентных проявлений. Курс лечения при абстинентном синдроме средней степени тяжести должен включать 2-3 электросудорожные процедуры, в случае тяжелой абстиненции – 3-4. Для купирования тяжелого АС следует стремиться к получению развернутых тонико-клонических электросудорожных припадков.
2. Уровни порогов болевой чувствительности и выносливости боли могут использоваться в качестве критериев объективной оценки эффективности УЭСТ. Повышение их величин непосредственно после окончания процедуры в более чем 1,5 раз по сравнению с исходными является прогностически благоприятным признаком.
3. Для воздействия на синдром патологического влечения к опиоидам на этапах постабстинентного состояния и ремиссии УЭСТ целесообразно применять в виде монотерапии. На этапе постабстиненции назначают 2 процедуры УЭСТ, в состоянии ремиссии – 1.

4. При лечении опиоидной зависимости, коморбидной с депрессивными расстройствами, следует применять 1-3 электросудорожных процедуры на этапе постабстинентного состояния.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ДИССЕРТАЦИИ

1. Опыт применения электросудорожной терапии в лечении больных опийной наркоманией // Проблемы психиатрии, психосоматики, наркологии. Курск: КГМУ, 1998.- С. 229-233 (в соавт. с Т.А. Гуляевой).
2. К оценке эффективности электросудорожной терапии опийных наркоманий // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". Курск. 1999. №3.-С.35-38 (в соавт. с А.В. Погосовым).
3. Электросудорожная терапия патологического влечения к опиатам // Республиканская научная конференция студентов и молодых ученых медицинских вузов России. Тезисы докладов. – Самара, 1999. – С.159 (в соавт. с Е.М. Барбиной).
4. Электросудорожная терапия синдрома патологического влечения у больных опийной наркоманией // Актуальные проблемы медицины и фармации. Материалы 64-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов. – Курск: КГМУ, -1999.-С.189-191.
5. Электросудорожная терапия в наркологической практике (Методические рекомендации). Комитет здравоохранения Правительства Курской области, Курский государственный медицинский университет. – Курск: изд. КГМУ, 1999.- 12с.
6. Электросудорожная терапия больных опийной наркоманией // Материалы 13 съезда психиатров России. -М.: Медпрактика, 2000.- С.260-261 (в соавт. с А.В. Погосовым).
7. Электросудорожная терапия при лечении опийной наркомании // Человек и его здоровье: Сб. науч. трудов. Вып.3. – Курск, 2000.-С.251-252.
8. История и современное состояние вопроса терапии наркоманий опийной группы (обзор проблемы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. -№4.- С.56-64 (в соавт. с А.В. Погосовым, Н.А Боханом).
9. Изучение порогов болевой чувствительности у больных с опиоидной зависимостью // Материалы 67-й межвузовской научной конференции

студентов и молодых ученых. В 2-х частях. Часть-1. – Курск: КГМУ, 2002.- С.21-22.