

6,9±2,2 балла, у пациентов с КРБС 7,9±1,7 баллов. В субъективной качественной оценке боли преобладали такие термины, как «жгучая», «палящая», «грызущая», «изматывающая», «приводящая в отчаяние», «обессиляющая», «боль-страдание», отражающие нейропатический оттенок боли и ее сенсорную и эмоциональную составляющую. У всех пациентов имелись спонтанные болезненные «жжения», «покалывания», «царапания» — характеризующие наличие дизестезии, также у 72% обследованных боли провоцировались обычным прикосновением или незначительной разницей температур — механические и температурные аллодинии.

Динамика интенсивности боли на фоне лечения препаратом Версатис показала более быстрое и продолжительное обезболивание у пациентов с ТС, со снижением выраженности болевого синдрома на 5-й день лечения по ВАШ до 8±4,5 мм ($p<0,05$), по шкале Мак-Гилла до 2,1±1,5 баллов ($p<0,05$). Уже в течение первых 30 минут 85% пациентов этой группы отметили уменьшение боли (1–2 балла по шкале облегчения боли), а в течение первых 12 часов уменьшение боли отметили все пациенты этой группы. К 5-му дню лечения у больных с ТС количественная оценка боли по обоим шкалам варьировала от слабой до умеренной боли (рис. 1 и 2).

Рисунок 1. Динамика интенсивности боли на фоне лечения по шкале ВАШ

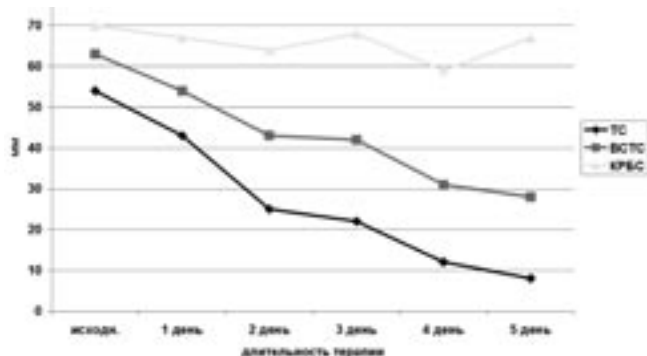
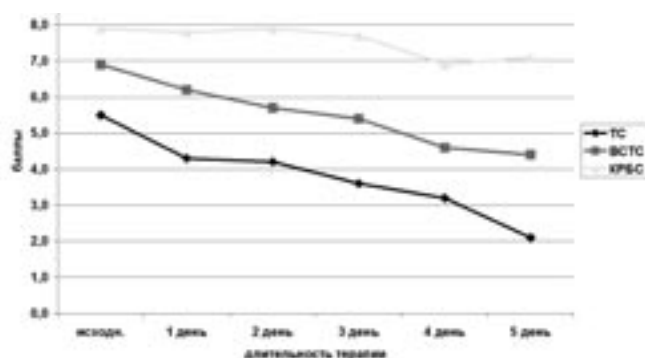


Рисунок 2. Динамика интенсивности боли на фоне лечения по шкале Мак-Гилла



Недостаточное обезболивание отмечено в группе больных с КРБС, у которых интенсивность боли по обоим шкалам достоверно не менялась на фоне лечения: до лечения и на 5-й день лечения по шкале ВАШ, соответственно 70±5,5 мм и 67±4,3 мм ($p>0,05$); по шкале Мак-Гилла 7,9±1,7 баллов и 7,1±2,3 балла ($p>0,05$) (рис. 1 и 2). По шкале облегчения боли у этих больных также не наступило значимого улучшения в течение первых 12 часов.

У пациентов с ВСТС наблюдалась удовлетворительная анальгезия на фоне лечения препаратом Версатис, однако, уступающая по эффективности обезболиванию у больных с ТС: до лечения и на 5-й день лечения, соответственно по шкале ВАШ 63±5,7 мм и 28±3,2 мм ($p<0,05$); по шкале Мак-Гилла 6,9±2,2 балла и 4,4±3,2 балла ($p<0,05$) (рис. 1 и 2).

Все пациенты завершили исследование. На фоне лечения локальных кожных или системных нежелательных явлений зафиксировано не было.

Выводы. Препарат Версатис является эффективным и безопасным целевым местным анальгетиком в лечении периферической нейропатической боли, как при монотерапии, так и в составе комплексной обезболивающей терапии. Меньшая эффективность, наблюдающаяся в лечении больных с КРБС, вероятно, связана со сложностью патогенетических механизмов КРБС, в частности, с нарушением соотношения центральных церебральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы 3-го международного конгресса Всемирного института боли, 21–25 сентября 2004 г., Барселона.
2. Вознесенская Т. Г. Боли в спине и конечностях. // В кн.: Болевые синдромы в неврологической практике. / А. М. Вейн и др. — М: МЕДпресс, 1999. — С. 217–284.
3. Мейер Т., Васнер Г., Фауст М., Кунцер Т., Ошнер Ф., Хуепп М., Богуславски Ж., Барон Р. // Эффективность применения пластырей с 5% лидокаином при лечении локальных периферических нейропатических болевых синдромов: рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование. / Боль. — 106 (2003). — С. 151–158.
4. Devers A., Galer B. S. Topical lidocaine patch relieves a variety of neuropathic pain conditions: an open label study. — Clin J. Pain. — 2000;16:205–8.
5. Galer B. S., Hendersson J., Perander J., Jensen M. P. Course of symptoms and quality of life measurement in complex regional pain syndrome: a pilot survey. — J Pain Symptom Manage. — 2000;20:286–92.
6. Galer B. S., Jensen M. P., Ma T., Davies P. S., Rowbotham M. C. The lidocaine patch 5% effectively treats all neuropathic pain qualities: results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled, 3-week efficacy study with use of the neuropathic pain scale. — Clin J Pain. — 2002;18:297–301.
7. Galer B. S., Rowbotham M. C., Perander J., Friedmann E. Topical lidocaine patch relieves postherpetic neuralgia more effectively than a vehicle topical patch: results of an enriched enrolments study. — Pain. — 1999;80:533–8.
8. Meyer-Rosberg K., Kvarnstrom A., Kinnmann E., Gorth T., Nordfors L. O., Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain — a multidimensional burden for patients. — Eur J Pain — 2001;5:379–89.
9. Kingery W. S. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. — Pain. — 1997;73:123–39.
10. Rowbotham M. C., Davies P. S., Verkempinck C. M., Galer B. S. Lidocaine patch: double-blind controlled study of a new treatment method for postherpetic neuralgia. — Pain. — 1996;65:39–44.
11. Sindrup H. S., Jensen T. S. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. — Pain. — 1999;83:389–400.

ПСИХИАТРИЯ

Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии

В. Д. МЕНДЕЛЕВИЧ, Казанский государственный медицинский университет, Институт исследований проблем психического здоровья

Следование стандартам лечения психических и поведенческих расстройств, отраженным в документах Всемирной организации

здравоохранения и профессиональных ассоциаций, считается правилом, рутинной нормой и признаком причастности к ми-

ровому научно-медицинскому сообществу. Это связано с тем, что традиционно стандарты лечения вырабатываются на основании консенсуса в среде специалистов по вопросам этиопатогенеза расстройств и заболеваний, их терапии. В таком случае приписывание стандартов в качестве эталонных и нормативных обусловлено фактом их неопровержимой доказанности (а в случае с лечебными мероприятиями — эффективности и безопасности) с использованием принципов доказательной медицины.

Отечественные стандарты терапии психических расстройств (шизофрении, биполярного аффективного, личностных и невротических расстройства и др.) идентичны общемировым и демонстрируют сходство понимания этиопатогенетических механизмов и единые теоретические позиции ученых.

Ни у одного российского психиатра не вызывает сомнений обоснованность и необходимость назначения нейролептиков при лечении психозов, транквилизаторов для купирования невротической симптоматики или антиконвульсантов при обнаружении эпилепсии.

В отличие от психиатрии стандарты лечения в отечественной наркологии по кардинальным характеристикам противостоят общемировым научным тенденциям. При терапии алкоголизма это заметно в меньшей степени, при терапии опиоидной зависимости особенно, что отличает практику лечения данного заболевания в других странах. Этот факт позволяет утверждать, что позиция официальной российской наркологической науки в области анализа этиопатогенетических механизмов опиоидной зависимости специфична и уникальна. По непонятным причинам наркология в стране продолжает оставаться областью ненаучных дискуссий и антинаучных практик, игнорируя наработки иностранных коллег, столкнувшихся с проблемой наркомании гораздо раньше.

В отечественные стандарты лечения опиоидной (героиновой) наркомании в отличие от ВОЗовских, включено преимущественное использование нейролептиков, антидепрессантов и антиконвульсантов. Перечисленные психотропные средства названы в минздравовских стандартах российской наркологии «специфическими средствами подавления патологического влечения». При этом в ВОЗовских документах эти же психотропные препараты относятся к группе вспомогательных при лечении опиоидной зависимости. Их назначение считается оправданным исключительно в случае диагностики второго диагноза (коморбидной психической патологии), терапевтической мишенью которых они и являются. По данным Ю. П. Сиволапа (2006) и других исследователей не имеется никаких научных и практических оснований считать, что нейролептики, антидепрессанты или антиконвульсанты способны купировать аддиктивное влечение.

Научно обоснованными для купирования аддиктивного влечения признаются лишь агонисты и антагонисты опиоидов, первые из которых включены ВОЗ в список «основных (незаменимых) лекарственных средств» (бупренорфин, метадон) (ВОЗ, 2005). Применение агонистов опиоидов в российской наркологии не только запрещено законодательно, но и не поддерживается официальной наркологией. Наблюдается парадоксальная для современной науки ситуация. Отечественные наркологи не имеют права использовать эталонные для лечения опиоидной наркомании препараты, а пациенты не обладают возможностью получить в России весь объем современной медицинской помощи, доступный больным в других странах мира.

Если отказ от использования агонистов опиоидов и не включение их в стандарты лечения еще можно объяснить (но не понять), то доминирование в российской наркологии разнообразных психологических (психотерапевтических) методик, неприменяемых в других странах, интерпретировать сложнее. Стандарты отечественной наркологии в части применения психотерапии при данной патологии крайне специфичны и уникальны. В ВОЗовских стандартах указывается на когнитивно-поведенческую психотерапию как основополагающую для лечения опиоидной зависимости, в российских — на суггестивную (эмоционально-стрессовую) и рациональную. Под эмоционально-стрессовой психотерапией, в первую очередь, понимается т.н. «кодирование», использование которого не признается мировым наркологическим сообществом по причине того, что эта методика не является научной и выходит за рамки деонтологии и медицинской этики. В России даже в государственных учреждениях к нему прибегают почти в 80% случаев (В. Д. Менделевич, 2004).

Таким образом, можно констатировать, что стандарты лечения опиоидной зависимости в отечественной наркологии кардинально отличаются от общемировых, что, видимо, отражает различия в понимании этиопатогенеза заболевания. Подобная ситуация оказывает негативное влияние на практику — показатель эффективности оказания помощи при опиоидной наркомании по критерию годовой ремиссии достигает в России лишь 9,2% (Е. А. Кошкина, 2007). В мировой наркологии он существенно выше — 30-35%.

Анализ кардинальных различий отечественных и мировых стандартов лечения опиоидной зависимости, позволяет пред-

полагать, что данный факт обусловлен, в первую очередь, теоретико-методологическими причинами. В частности, одним из наиболее спорных вопросов остается вопрос о психопатологической/психологической/патофизиологической сущности т.н. аддиктивного влечения. По данным большинства российских исследователей этот феномен рассматривается исключительно как психопатологический. Считается, что в его основе лежит расстройство влечений по сути своей вторичное, обусловленное психопатологическим расстройством иного круга — аффективного, когнитивного. Именно поэтому авторы рассматривают психофармакотерапию с использованием нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и антиконвульсантов как этиопатогенетически ориентированную.

Если выйти за рамки обсуждения т.н. патологического влечения к психоактивному веществу и попытаться сопоставить данный вид искаженной потребности с иными видами аддиктивного влечения, то можно заметить, что последний феномен по своим характеристикам не может быть с полным основанием обозначен как психопатологический. Он располагается ближе к инстинктивным (биологическим по своей сути) и сравним скорее с жадой, либидо и голодом, которые не относятся к психопатологическим явлениям. При этом различие перечисленных видов влечения лишь в том, что влечение к наркотикам имеет искусственное происхождение и носит характер нецелесообразности, тогда как формирование жажды, голода и либидо биологически естественный и целесообразный процесс. При этом следует учесть, что патологическая жажда (полидипсия), патологический голод (булимия) и патологическое усиление или извращение сексуального влечения (парафилия) по своей физиологической сути и клиническим проявлениям мало отличимы от патологического (аддиктивного) влечения к употреблению ПАВ, например, наркотиков. Научные исследования доказали, что ни одно из известных психотропных средств (нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, антиконвульсантов) не способно купировать подобные собственно аддиктивные феномены. Гиперсексуальность невозможно устранить с помощью аминазина или диазепама. Амритриптилин практически не влияет на истинные (не вторичные) нарушения пищевого поведения. Для нормализации сексуального или пищевого поведения более подходят гормональные средства, способные включиться в этиопатогенетически значимые биохимические процессы.

Те же закономерности обнаруживаются и при терапии т.н. патологического влечения к наркотикам. Клинический опыт и научные исследования демонстрируют неэффективность применения психотропных веществ для купирования аддиктивного влечения (Ю. П. Сиволап, 2006; В. Д. Менделевич, 2003). Их влияние на этот феномен минимально и косвенно, поскольку терапевтическая мишень психотропных средств иная — психопатологические симптомы и синдромы. Даже антагонисты опиоидов (по данным многочисленных исследований) не способны в полной мере купировать аддиктивное влечение. Именно поэтому в стандарты лечения в качестве препаратов первого выбора включены агонисты опиоидов.

Как известно, разработка стандартов лечения основывается на данных современных исследований и разработках ученых. В этом отношении парадоксальной представляется ситуация с русскоязычными публикациями отечественных и зарубежных ученых (монографиями и практическими руководствами) последних лет. Как было указано выше, в большей части из них (Н. Н. Иванец, 2001; А. Г. Гофман, 2003) указывается на этиопатогенетическую роль и эффективность применения при терапии опиоидной зависимости нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и антиконвульсантов. В других (Л. Н. Благоев, 2006) отмечается, что из перечисленных психотропных средств в качестве эффективных и обоснованных следует говорить только о нейролептиках, тогда как ни антидепрессанты, ни антиконвульсанты, ни транквилизаторы не признаются сколько-нибудь значимыми в лечении опиоидной наркомании. В отечественной литературе представлены альтернативные методы лечения опиоидной наркомании, которые отечественными авторами в отличие от зарубежных однозначно не отвергаются. К ним относятся — гемосорбция, электросудорожная терапия, атропинкоматозная терапия.

Некоторые публикации российских ученых указывают на возможность и эффективность применения агонистов опиоидов (в первую очередь, метадона), однако указания сопровождаются предупреждением о том, что эти данные получены зарубежными коллегами и делается комментарий о запрете использования агонистов опиоидов для лечения наркомании в России.

С другой стороны, в русскоязычных переводах известных мировых практических руководств по лечению психических расстройств, подготовленных при участии и редакции ведущих отечественных ученых (Ю. А. Александровского, С. Н. Мосолова) обнаруживается иная картина. В разделах, посвященных терапии опиоидной зависимости, имеется указание исключительно на применение агонистов опиоидов и отсутствует какая-



бы то ни было информация о том, что в подобных клинических случаях следует применять нейрелептики, транквилизаторы, антидепрессанты или антиконвульсанты. При этом, в частности, делается однозначное заключение о том, что использование клонидина или антагонистов опиоидов (применяемых и в российских условиях для купирования абстинентного опиоидного синдрома) по эффективности существенно уступает действию агонистов опиоидов.

Практикующий отечественный врач-нарколог, имея возможность изучить все многообразие литературных источников — практических руководств — оказывается в крайне затруднительном положении. Перед ним встает неразрешимый вопрос: если у коллег из других стран мира имеется в распоряжении более эффективный метод купирования проявлений опиоидной зависимости, то по какой причине врач лишен возможности его применять и почему он должен руководствоваться стандартами лечения, не соответствующими современным мировым тенденциям? На данный вопрос до настоящего времени ответ не получен.

Таким образом, можно констатировать, что обнаруживаются существенные различия в мировой и отечественной наркологии в подходах к терапии опиоидной (героиновой) наркомании, нашедшие свое отражение в принятых стандартах лечения. Их причина коренится не только в идеологический и законодательной плоскостях, но и в теоретико-методологической. Правовые ограничения по применению агонистов опиоидов не позволяя российским наркологам нарабатывать собственный практический опыт, сделать выводы об эффективности методик детоксикации и заместительной терапии и рассмотреть этиопатогенетическое лечение опиоидной зависимости с принятых в мировом науч-

ном сообществе методологических позиций. Для того, чтобы найти истину и приблизить российскую наркологию к мировой принципиально важно избежать пристрастного и идеологизированного подхода к проблеме и получить возможность провести собственные независимые исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. / Под редакцией С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2006. — 416 с.
2. Благоев Л. Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологические аспекты. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
3. ВОЗ. http://www.euro.who.int/document/csr/cdnews38_r.pdf.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
5. Иванец Н. Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. / Лекции по наркологии. — М.: «Нолидж», 2000. — С. 7-15, 134-148.
6. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДПРЕСС-информ, 2003. — 324 с.
7. Менделевич В. Д. Проблема наркомании в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. — Казань: Медицина, 2006. — 262 с.
8. Найденова Н. Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. к.м.н. — М., 1975. — 22 с.
9. Психотропные средства. Справочник практикующего врача. / Под редакцией Ю. А. Александровского. — М.: Литтерра, 2006. — 296 с.
10. Руководство по аддиктологии. / Под ред. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
11. Сиволоп Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.

Предикторы формирования пограничных психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

К.К.ЯХИН, Б.И.АКБЕРОВ

Казанский государственный медицинский университет

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам травматической патологии. По данным разных авторов, она составляет до 40 % всех травматических повреждений (А. И. Бабчин и соавт, цит. по [1]). Ежегодно ЧМТ регистрируется у 4 человек на 1000 жителей; среди получивших травму преобладают дети и лица молодого возраста [2].

Социально-экономическое значение ЧМТ велико: по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в 2003 г. на каждых 200 работающих приходился 1 случай выдачи больничного листа в среднем на 9,6 дня [2]. Однако наиболее важны в социальном и экономическом отношении последствия ЧМТ, поскольку они могут приобретать хронический характер, ухудшая качество жизни пациента и снижая его трудоспособность. Психические расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы имеют место более чем у половины больных [1, 3], и спектр их очень широк. Значительную часть психопатологии отдаленного периода ЧМТ составляют пограничные психические расстройства (ППР).

Несмотря на это, predisposing факторы развития ППР в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы исследованы недостаточно. Очевидна их важность при планировании лечения и психокоррекционной работы, они могут служить дополнительными «диагностическими ориентирами» в сложных клинических случаях и при решении экспертных вопросов (обследование для определения годности к военной службе и т. д.).

Нами было проведено клиничко-катамнестическое исследование 268 больных, в разное время перенесших ЧМТ различной степени тяжести и в 1988-97 гг. проходивших обследование в структурных подразделениях Казанской психоневрологической больницы им. В. М. Бехтерева и Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РТ по направлению РВК с установленным диагнозом пограничного психического расстройства в связи с перенесенной черепно-мозговой травмой. Таким обра-

зом, длительность катамнеза составила от 10 до 18 лет (в среднем 13,16 года). В исследование не включались больные со интеллектуально-мнестическим снижением, выходящим за рамки легкого когнитивного расстройства МКБ-10, пароксизмальными состояниями, синдромами зависимости к ПАВ. С помощью специально разработанной унифицированной карты, включающей в себя клинические, психологические и социальные характеристики, проведены анализ медицинской документации и клиническое обследование больных.

В последующем за лечебной помощью к психиатрам и психотерапевтам обращались 64 человека (группа 1 — 23,88 %), всего 229 случаев обращений. Не нуждавшиеся в последующем в психиатрической помощи обследованные составили вторую группу (204 человека, 76,12 %). Все больные мужского пола, средний возраст больных на момент обследования по направлению РВК 18,56 лет.

Обе группы больных сравнивались по множеству параметров. Для оценки достоверности различий использовался критерий χ^2 — угловое преобразование Фишера. Данные обрабатывались с использованием программ StatSoft STATISTICA 6.0.

Статистически достоверные ($p < 0.05$) предикторы обращения за медицинской помощью приведены в таблицах 1 и 2.

Среди биологических факторов, влияющих на формирование пограничных психических расстройств, первое место занимают параметры перенесенной травмы. Результаты наших исследований выявили следующие предикторы ППР этой группы: неоднократно ЧМТ, перенесенная нейрохирургическая операция, длительность госпитализации по поводу травмы более 14 дней, потеря сознания более 5 минут, объективно отражающие тяжесть повреждения головного мозга.

Другими предикторами развития пограничных психических расстройств, связанными с ЧМТ, по нашим данным, выступают нарушение лечебного режима в остром периоде травмы, более поздний возраст ее перенесения.