

Употребление и зависимость от ОПИОИДОВ

*«...почти мгновенно наступает состояние спокойствия,
тотчас переходящее в восторг и блаженство. И это
продолжается одну минуту, две минуты.
И потом все исчезает бесследно как не было.
Наступает боль, ужас, тьма.»*

М. Булгаков «Морфий»

Эпидемиология опиоидной зависимости

Героин является наиболее широко употребляемым в мире запрещенным опиатом.

Героин получают из опия, который также может быть незаконно употреблен как наркотик. Две трети опия, не переработанного в героин, употребляют лишь в пяти странах: в Исламской Республике Иран (42%), Афганистане (7%), Пакистане (7%), Индии (6%) и Российской Федерации (5%).

Также встречается злоупотребление другими опиатами, в том числе всевозможными отварами из опийного мака и опиоидами, отпускаемыми по рецепту; однако героин по-прежнему остается одним из наиболее проблемных опиатов во всем мире.

Мировой оборот опиоидов

Хотя **Афганистан** является источником большей части запрещенных опиатов в мире (6900 т опия, или 89% общемирового производства в 2009 году), значительные объемы опия также производятся в **Мьянме** (330 т) и в Латинской Америке (в основном в Мексике и Колумбии).

С 2003 года **Мексика** является третьим по величине мировым источником опия, и объемы опия, произведенного в этой стране в 2008 году (325 т), были почти равны объему производства опия в Мьянме в 2009 году.

В 2008 году продолжился рост объемов изъятий опия и героина. В то же время сохранилась проявившаяся в 2007 году тенденция к сокращению объемов изъятий морфина.

Большая часть изъятий опия по-прежнему отмечается в Исламской Республике Иран

Общемировое производство опия 1998-2014 г.г.



Мировое производство опия

В 2015 году общемировой объем производства опия по сравнению с предыдущим годом сократился на 38 процентов до 4 770 тонн, достигнув тем самым уровня конца 1990-х годов.

Это сокращение было вызвано прежде всего сокращением производства опия в Афганистане (на 48 процентов по сравнению с предыдущим годом) главным образом в результате неурожая в южных провинциях страны.

Новые пути распространения опиодов

Афганский героин, возможно, поступает на новые рынки сбыта.

По всей видимости, Африка является транзитной зоной для афганского героина, предназначенного для Европы и других регионов, о чем свидетельствует рост изъятий героина, отмечаемый в последние годы в некоторых африканских странах, особенно в Восточной Африке.

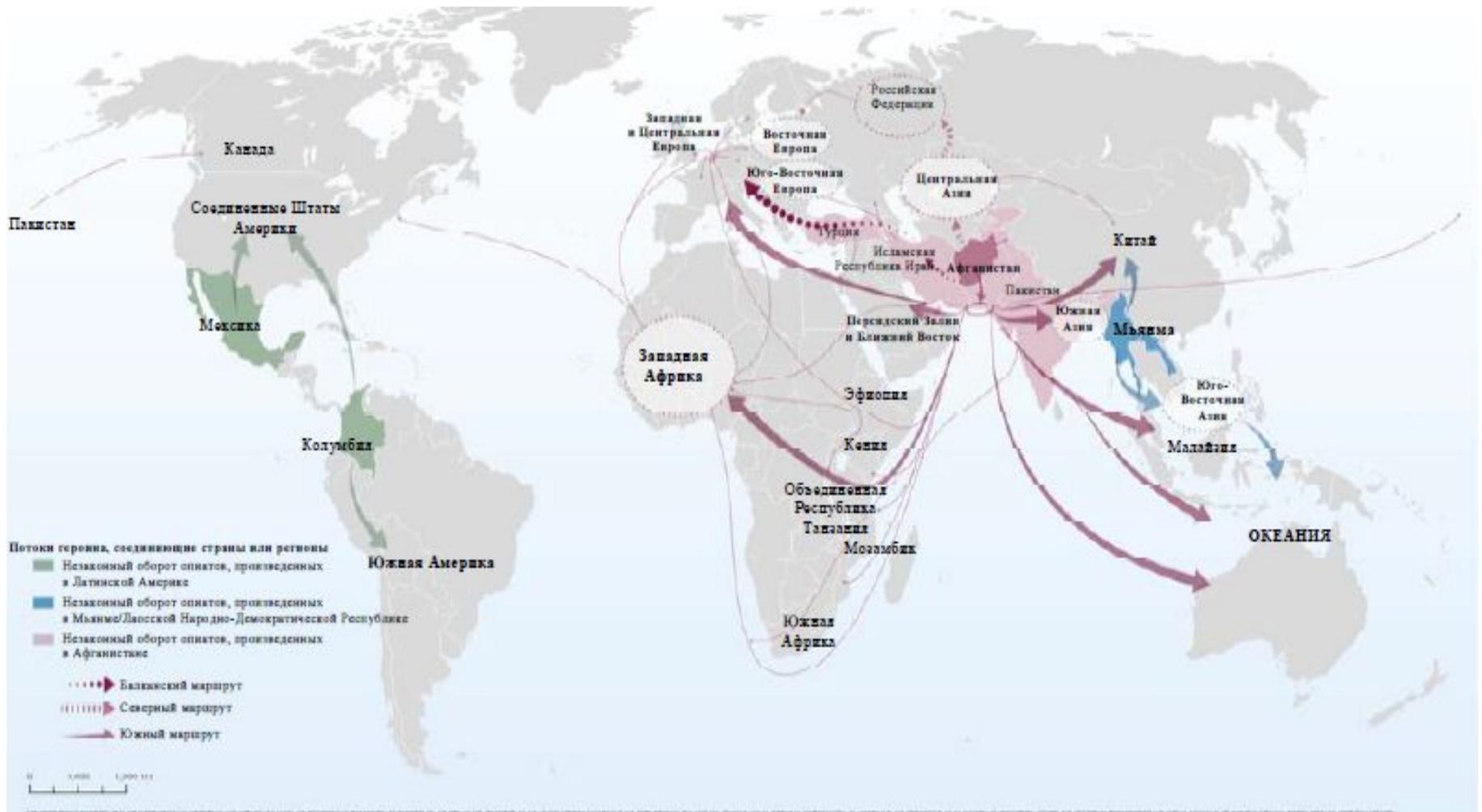
Произведенные в последнее время изъятия также указывают на то, что практика контрабанды крупных партий афганского героина через Индийский океан в Восточную и Южную Африку получает все более широкое распространение.

Новые пути распространения опиодов

Поскольку поставляемые из Мьянмы опиаты, возможно, не в состоянии удовлетворить спрос в Юго-Восточной Азии, так называемый южный маршрут может приобрести большой вес в качестве канала контрабандных поставок афганского героина в южном направлении из Афганистана через Пакистан или Исламскую Республику Иран.

Сети наркобизнеса, использующие балканский маршрут для контрабандной поставки афганского героина в Европу, похоже, экспериментируют с новым маршрутом, идущим через Кавказ, и некоторые данные указывают на то, что героин поставляется не из Исламской Республики Иран, а из Ирака.

Основные потоки незаконного оборота опиатов в мире



Употребление опиатов в мире

Число потребителей опиатов (т.е. опия, морфина и героина) во всем мире в последние годы почти не изменилось, и в 2014 году опиаты по-прежнему потребляли около 17 млн. человек.

Учитывая высокий уровень производства опия в предыдущие годы, представляется маловероятным, чтобы резкое сокращение производства в 2015 году вызвало серьезный дефицит героина на мировом рынке. Для того чтобы на рынке героина произошли ощутимые изменения, производство опия, возможно, должно неуклонно сокращаться в течение длительного периода.

С учетом того, что в 2014 году от наркотиков, по оценкам, погибли 207 400 человек, уровень смертности от наркотиков составил 43,5 смерти на миллион человек в возрасте 15-64 лет.

Приблизительно от одной трети до половины всех смертей, связанных с наркотиками, вызваны передозировкой и в большинстве случаев являются следствием приема опиоидов.

Крупнейший рынок опиоидов – Западная Европа

Крупнейшим мировым рынком героина является Западная Европа, и почти половина этого рынка приходится на три страны: Соединенное Королевство, Италию и Францию.

В большинстве западноевропейских стран потребление героина, по-видимому, уменьшается, однако связанный с употреблением героина вред увеличивается, о чем свидетельствует увеличение числа смертей, связанных с употреблением героина (*UNODC, 2010*).

Большую часть героина (около 37% или 140 т) перевозят по так называемому «балканскому маршруту» через Исламскую Республику Иран, Турцию и страны Юго-Восточной Европы (*UNODC, 2010*).

По имеющимся данным, злоупотребление опиатами становится все более распространенным в ряде стран Восточной Европы, в частности в Албании, Беларуси, Республике Молдова, Хорватии и странах, расположенных вдоль "балканского маршрута" (*INCB, 2010*).

Изменение спроса на опиоиды в Западной и Центральной Европе

Большинство стран Западной и Центральной Европы сообщают о снижении показателей распространенности злоупотребления героином и числа лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью в связи со злоупотреблением героином, при одновременном общем сокращении объема изъятий героина.

Вместе с тем имеются опасения, что героин как предмет злоупотребления частично замещается синтетическими опиоидами, такими как фентанил, бупренорфин и метадон.

В этом субрегионе смертность от злоупотребления героином снижается, в то время как смертность в связи с потреблением синтетических опиоидов повышается.

Второй по величине рынок опиоидов – Российская Федерация

Около 25% или 90 т афганского героина ввозят по северному маршруту в Центральную Азию. Из них 70 т оседает в Российской Федерации.

В Российской Федерации насчитывается от 1,6 до 1,8 миллиона лиц, злоупотребляющих опиоидами, что составляет 1,6 процента населения страны в возрасте 15-64 лет.

Доля инфицированных ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляет примерно 37%.

В качестве стран транзита на пути из Афганистана в Российскую Федерацию лица, занимающиеся незаконным оборотом наркотиков, могут выбрать Таджикистан, Узбекистан или Туркменистан.

Судя по всему, основной поток идет через Таджикистан в Ош (Кыргызстан), а затем через Казахстан поступает в Российскую Федерацию. Незаконный оборот осуществляется в основном на частных и грузовых автомобилях, обычно в относительно небольших объемах.

Употребление опиоидов в Восточной и Юго-Восточной Европе

В Восточной и Юго-Восточной Европе распространённость злоупотребления наркотиками путем инъекций, а также ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, значительно превышает среднемировые показатели.

Относительно высокий уровень употребления наркотиков путем инъекций отмечен среди населения Беларуси, Республики Молдова, Российской Федерации и Украины.

Масштабы злоупотребления опиатами в Восточной Европе значительно превышают среднемировой уровень.

Употребление опиоидов в Северной Америке

В Северной Америке распространенность потребления опиоидов остается на высоком уровне (3,8 процента) по сравнению со среднемировым показателем.

В Соединенных Штатах Америки среди потребителей опиоидов отмечается некоторое смещение в направлении потребления героина, объясняемое отчасти изменением структурной формулы оксиконтинина – одного из основных рецептурных опиоидов, являющихся предметом злоупотребления, а также расширением предложения героина и снижением цен на него в некоторых районах страны.

Несмотря на то, что смертность от героина в Соединенных Штатах существенно выросла (с 5 925 случаев в 2012 году до 8 257 случаев в 2013 году) и достигла самого высокого за десятилетие уровня, число смертей, связанных с потреблением наркотиков, продолжает расти.

Мировой рынок героина

Годовой рыночный оборот героина оценивается в 55 млрд. долларов США, всех опиатов в 65 млрд. долларов.

По приблизительным оценкам число лиц, вовлеченных в незаконный оборот наркотиков намного превышает 1 млн. чел.

Значительное предложение наркотиков в регионах, через которые происходит их незаконный транзит приводит к увеличению спроса там, где он ранее не наблюдался.

Полагают, что в ряде регионов повстанческие группировки частично финансируют свою за счет средств, полученных от производства и нелегального оборота наркотиков (Талибан в Афганистане, Исламское движение Туркестана, Курдская рабочая партия).

Доля незаконного оборота опиоидов для некоторых стран сопоставима с ВВП (Афганистан: 2007 -48%, 2008 – 33%, 2009 – 26%, Таджикистан, возможно до 30%)

Мировые проблемы, связанные с употреблением опиоидов

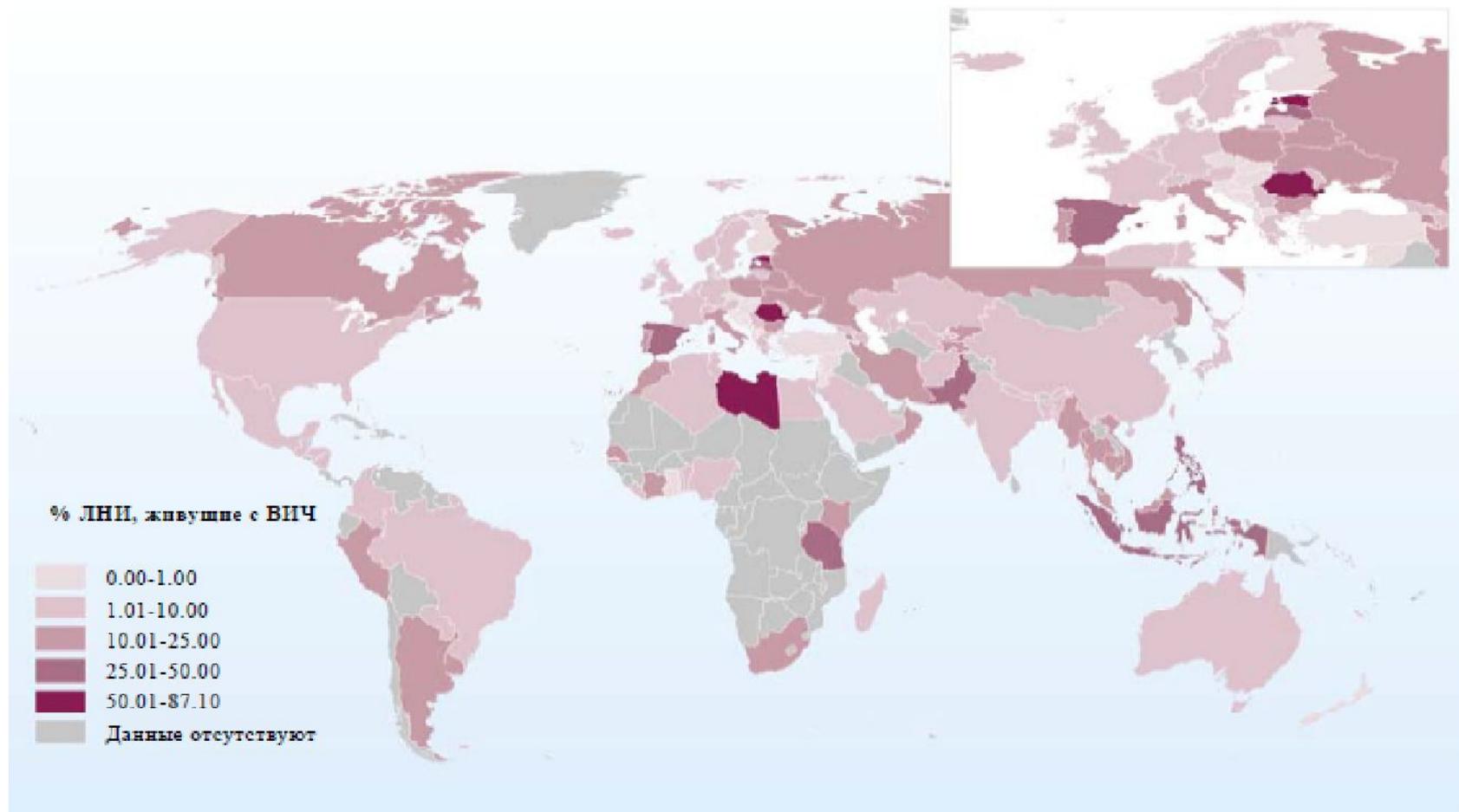
Более 15 млн. чел. Во всем мире употребляют опиаты: опий, морфин и героин.

Подавляющее большинство из них употребляют героин.

Именно среди потребителей героина наибольшее количество ежегодно обратившихся за помощью в связи с расстройствами здоровья и умерших от расстройств здоровья, связанных с употреблением наркотиков.

Так как героин чаще всего употребляют в виде инъекций, он чаще других наркотиков является причиной распространения таких инфекций как ВИЧ и гепатит С.

*Распространенность ВИЧ среди лиц,
употребляющих наркотики путем инъекций,
2013 год или последний год, по которому имеются
данные*



История употребления препаратов опия

Сок мака успокоил богиню земледелия Деметру после похищения ее дочери Персефоны Аидом.

Гомер рассказывал о лотофагах, населяющих Северную Африку и о напитке, дающем забвение.

Опием лечил своих больных Гиппократ.

Средневековая Европа получила опий в форме лауданума Парацельса. Показания к лечению настойкой опия были очень широкие – от соматических до психических.

Куриль опий с целью опьянения начали в XVII веке.

История употребления препаратов опия

В начале XIX века Фридрих Сютнер и Арман Сеген почти одновременно выделили из опия морфин.

Толчком к распространению морфинизма послужило изобретение шприца Шарлем-Габриэлем Пирацем.

В конце XIX века был получен героин, который поначалу позиционировался как средство от кашля. Достаточно быстро был обнаружен высокий наркотический потенциал героина.

Это привело к принятию Акта Гаррисона в 1914 г.

История употребления препаратов опия

Постепенно героин вытеснил из употребления препараты морфия.

Героин более липотропен, чем морфий, он легко и быстро преодолевает гематоэнцефалический барьер, в то время как морфин преодолевает его с трудом и вне зависимости от способа введения попадет в желудок и разрушается печенью.

Таким образом действие героина в десять раз превосходит действие морфия.

Определение

Понятие **опиатов** в узком смысле подразумевает вещества, непосредственно полученные из снотворного мака (*Papaver somniferum*), а также первично обработанные растительные продукты, например ацелированный опий.

Под **опиоидами** понимают вещества сходного фармакологического действия полученные полусинтетическим и синтетическим путем.

В соответствии с современной систематикой ПАВ все лиганды опиоидных рецепторов носят название **опиоидов**.



Систематика опиоидов

Эндогенные

- Энкефалины
- Эндорфины
- Динорфины

Экзогенные

- Природные
- Полусинтетические
- Синтетические

Эндогенные опиоиды

Отдельные семейства эндогенных опиоидов происходят от собственных полипептидных предшественников, распределены в структурах ЦНС и других системах организма и имеют различное физиологическое предназначение.

Энкефалины обнаруживаются в нервных окончаниях органов пищеварительной системы, симпатических ганглиях и корковом веществе надпочечников, в структурах ЦНС, участвующих в восприятии и регуляции боли, формирующих «систему вознаграждения», в гиппокампе, области миндалины, околотовородном сером веществе.

В-эндорфин проявляет максимальную среди эндогенных опиоидов активность и участвует в восприятии боли. *Эндорфины* находятся в промежуточной и дистальной частях гипофиза, дугообразном ядре гипоталамуса, в ядре одиночного тракта, в гиппокампе, околотовородном сером веществе.

Динорфины обнаруживаются в тех же отделах ЦНС, физиологическое их действие пока не до конца ясно.

Экзогенные опиоиды

Природные опиоиды. Опий, омнопон, морфин, кодеин, тебаин.

Опий содержит более 20 алкалоидов, в химическом отношении они подразделяются на две группы: производные фенантрена: морфин, кодеин и тебаин и производные бензилизохинолона: носкапин и папаверин

Полусинтетические. Героин, гидрокодон, оксикодон, бупренорфин, эторфин, оксиморфон.

Синтетические. Меперинидин, метадон, фентанил, суфентанил, пентазоцин, леворфанол, буторфанол, налбуфин.

Опиоидные рецепторы

Максимальная концентрация рецепторов отмечается в структурах ЦНС, осуществляющих болевую, эмоциональную, температурную регуляцию, регуляцию уровня сознания, пищевого и сексуального поведения, сосудистого тонуса, иммунной защиты, а также в функционировании «системы вознаграждения».

μ-рецепторы играют важную роль в восприятии боли и ее регуляции, воздействием на этот тип рецепторов объясняются психотропные и наркотические свойства многих опиоидов. Среди других эффектов: супрессия внешнего дыхания, угнетение гемодинамики, подавление перистальтики кишечника.

κ-рецепторы также принимают участие в процессах восприятия и регуляции боли, воздействие на них вызывает седацию и подавление перистальтики кишечника.

δ-рецепторы тоже участвуют в восприятии боли и обезболивании, с их участием осуществляется межнейронная передача дофамина.

Классификация экзогенных опиоидов по типу взаимодействия с рецепторами

Агонисты. Действуют по принципу активации опиоидных рецепторов. Типичные представители морфин и метадон.

Антагонисты. Связываются с опиоидными рецепторами по типу конкурентного ингибирования и препятствуют связыванию с ними агонистов. Представитель - налтрексон

Частичные (парциальные) агонисты. Обладают субмаксимальным действием на рецепторы. Агонистическое действие проявляется при изолированном введении или с малыми дозами полных агонистов. На фоне действия больших доз полных агонистов проявляют себя как антагонисты. Представитель – бупренорфин.

Препараты смешанного агонист-антагонистического действия. Проявляют агонистическую в отношении одних рецепторов и антагонистическую активность в отношении других. Представитель – налбуфин. (агонист κ -рецепторов и антагонист μ -рецепторов).

Клинические эффекты опиоидов (на примере морфина и его аналогов)

Психотропное действие. Изменение аффекта в виде эйфории, изменение восприятия, снижение уровня сознания в виде сонливости. При этом снотворно-седативное действие характеризуется некоторой обратимостью при константности анальгезирующего эффекта, что принципиально отличает опиоиды от средств для наркоза.

Анальгезирующее действие. Проявляется на спинальном и супраспинальном уровне.

Действие на желудочно-кишечный тракт. Опиоиды подавляют перистальтику тонкого и толстого кишечника, значительно повышают тону гладкой мускулатуры желчных путей, могут вызывать тошноту и рвоту.

Клинические эффекты опиоидов (на примере морфина и его аналогов)

Действие на дыхательную систему. Опиоиды подавляют реакцию дыхательных центров ствола мозга, моста и продолговатого мозга на увеличение парциального давления углекислого газа в крови и урежение дыхательных циклов.

Глазные эффекты. Патогномоничный симптом опийного опьянения – миоз. Смена миоза мидриазом – важный признак передозировки.

Действие на сердечно-сосудистую систему. Опиоиды вызывают брадикардию и гипотензию.

Экскреторная система. Опиоиды уменьшают почечную перфузию и снижают диурез.

Нейроэндокринное действие. Опиоиды подавляют секрецию гонадотропин-рилизинг фактора и кортикотропин-рилизинг-фактора, а также концентрацию лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, соматотропного и адренотропного гормонов и повышают продукцию мантидиуретического гормона, пролактина и кальцитонина.

Кроме того экзогенные опиоиды подавляют содержание эндогенных опиоидных пептидов.

Токсические эффекты опиоидов

Большинство официальных опиоидов обладает сравнительно низкой токсичностью.

Спектр примесей в запрещенных («уличных») наркотиках достаточно широк. Одни из них появляются при изготовлении по технологическим причинам, другие добавляются с целью увеличения товарной массы или пролонгации седативного эффекта. В США в наркотики добавляют кофеин, лактозу, тальк маннитол, в России - дифенгидрамин (димедрол). Высокой токсичностью обладают стрихнин и хинин.

Загрязняющие примеси увеличивают частоту и тяжесть поражений внутренних органов и вызывают тяжелые флебиты.

Наркогенные свойства опиоидов

Наркогенный потенциал – показатель, определяемый темпом развития и тяжестью зависимости, возникающей при повторном употреблении ПАВ.

Ниже приведены некоторые опиоиды в порядке убывания их наркогенного потенциала:

Героин=Оскиморфон

Фентанил=Метадон

Морфин=Гидроморфон

Оксикодон

Меперидин=Тримеперидин

Бупренорфин

Гидрокодон

Кодеин=Пропоксифен

Налбуфин=Пентазоцин

Трамадол

Способы употребления опиоидов

Опиоиды могут приниматься внутрь (перорально), респираторно и парентерально.

В начальных стадиях героиновой наркомании, а также при эпизодическом и перемежающемся употреблении героин часто употребляется респираторно: посредством вдыхания через нос (**инсуффляции**) или курения (**ингаляции**).

Коллективный способ курения «shotgunning» («стрельба из дробовика»), когда дым после затяжки выдыхают в рот другому курильщику, получивший распространение в США способствует распространению респираторных инфекций, в том числе и туберкулеза.

Употребление паров разогретого в металлической емкости «коричневого героина» - «chasing the dragon» в Юго-Восточной Азии служит причиной развития острой лейкоэнцефалопатии

Способы употребления опиоидов

По мере формирования и углубления наркотической зависимости в большинстве случаев переходят на **внутривенное введение**.

Внутривенное введение позволяет добиться более выраженного и быстрого эйфоризирующего эффекта при тех же дозах.

Групповое внутривенное введение наркотиков носит характер ритуала и зачастую практикуются даже при наличии широких возможностей для обмена игл, созданных во многих странах.

При злоупотреблении ацетилированными препаратами снотворного мака достаточно быстр происходит развитие диффузных флебитов и склерозирование вен.

При недоступности венозного русла пациенты вводят наркотик подкожно и внутримышечно, что приводит к развитию абсцессов и флегмон.

Внутрь употребляют обычно кодеин и трамадол.

Сравнительно редко для приема внутрь используют препараты мака.

Действие при энтеральном приеме отсрочено и имеет неявное начало, что повышает возможность передозировки.

Клиническая картина острого опи́йного опьянения

Первая фаза действия опиатов.

Первые несколько секунд в области поясницы или живота возникает чувство тепла и приятного раздражения, поднимающееся волной вверх, сопровождаемое кожными ощущениями легкого «воздушного поглаживания». Лицо краснеет. Зрачки сужаются, появляется сухость во рту, у большинства возникает зуд кончика носа, подбородка, лба. В груди «распирает от радости», голова становится «легкой», появляется чувство какого-то прозрения, все вокруг ясное и «блестящее». «мыслей нет, есть только ощущения». Сознание в этой фазе сужено, опьяненный «отключен», сосредоточен на телесных ощущениях. Двигательно в этот период он заторможен, «замирает». Это состояние, длящееся до 5 мин, больные называют «приходом», «подъемом».

Клиническая картина острого опи́йного опьянения

Вторая фаза действия опиатов.

На жаргоне наркоманов называется «кайф», «волокуша», «таска».

Опьяневший вял, малоподвижен, в руках и ногах появляется чувство тяжести и тепла. Какие либо желания, стремления, даже интенсивно выраженные перед инъекцией (голод, жажда, усталость), исчезают. Появляются грезоподобные фантазии. По словам больного, грезы быстро сменяют одна другую, но об этом объективно судить трудно, так как восприятие времени искажается. Внешние раздражители, за исключением резких, сильных, не воспринимаются или воспринимаются искаженно, как подкрепляющие, а не противоречащие фантастическим представлениям.

Отмечаются бледность, сухость кожи и слизистых оболочек, гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов, миоз. Аффект благодушный, легкий, ускорены смена ассоциаций.

Клиническая картина острого опийного опьянения

Третья фаза действия опиатов.

Сон в состоянии морфинной и опийной интоксикации поверхностный, часто прерываемый даже легкими раздражителями, длится 2-3 ч.

Четвертая фаза действия опиатов.

Наблюдается незакономерно. эту фазу последствия наркотика можно выделить лишь у некоторых лиц. Она характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Реже наблюдаются тошнота, головокружение, рвота, мелкий тремор рук, языка, век.

Если сравнить среднюю степень опьянения различными опиатами (опиоидами), то можно видеть, что при опийном и морфинном опьянении преобладает седативная симптоматика, при героиновом выражены и активация, и седация, а кодеин и метадон дают картину активации.

Развитие болезни. 1 стадия

Физиологическое действие наркотика в 1 стадии заболевания не изменено, каждое введение вызывает описанную выше картину опьянения. В достаточно короткие сроки (при употреблении морфина и героина - в течение 1 месяца, кодеина - в течение 1,5-2 мес) происходит угасание психического действия прежней дозы. Дозы начинают повышаться, что пока дает качественно прежний эффект.

При регулярном приеме наркотика ритм наркотизации еще не выработался.

Отсутствие наркотика сказывается на состоянии больного лишь через 1-2 суток психическими расстройствами: чувством напряженности, психического дискомфорта, целенаправленным стремлением к введению наркотика.

Влечение уже настолько интенсивно, что нарушаются отношения с близкими, обязанностями пренебрегают.

Развитие болезни. 1 стадия

Наркоман спит мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Аппетит подавлен, но сохраняется влечение к сладкому и жирному. Уменьшается количество мочи, появляется задержка стула на несколько дней; при простудах отсутствует кашель. Каждый прием наркотика сопровождается зудом, который постепенно становится все более кратковременным и исчезает к концу 1 стадии.

Длительность I стадии различна: при приеме морфина 2-3 месяца, героина - 1-2 месяца, опия - 3-4 месяца, кодеина - до полугода, при опиофагии или опиокурении - до нескольких лет; особенно длительна I стадия при опиофагии.

Развитие болезни. 2 стадия

Прием наркотика становится регулярным, образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность, продолжая постепенно повышаться, достигает необычайных величин. Больной переносит морфин в дозах, в 100-200-300 раз превышающих терапевтические, героин – 15-20 раз. При перерыве в наркотизации толерантность снижается.

Форма опьянения меняется. Вначале падает интенсивность 1 фазы опьянения. Начинает качественно меняться и вторая фаза действия наркотика. Постепенно эффект блаженного покоя, сопровождавшийся двигательной вялостью и грезоподобными фантазиями, заменяется эффектом стимуляции.

Развитие болезни. 2 стадия

Психическое влечение интенсивно. Влечение при опиизме отличается более высокой интенсивностью, чем при алкоголизме, гашишизме и злоупотреблении снотворными. Влечение возникает только вне интоксикации в отличие от алкоголизма.

Нормализуются диурез и стул, при простудах наркоман кашляет, исчезает зуд.

Постепенно формируется абстинентный синдром.

Абстинентный синдром

Абстинентный синдром формируется фазно (Пятницкая И.В., 2009) и эти же фазы закономерно сменяют друг друга в клинической картине полностью развившегося абстинентного синдрома.

1 фаза представлена неудовлетворенностью, напряженностью, стремлением к наркотику, расширением зрачков, слезотечение, зевотой насморком с чиханием.

2 фаза представлена чувством озноба, сменяющегося чувством жара, потливостью, иногда субфебрильной лихорадкой, напряженностью в мышцах, двигательным беспокойством.

Абстинентный синдром

3 фаза представлена мышечными болями, мышцы спины, конечностей «сводит», «тянет», «крутит». Пациенты не могут найти себе места, ложатся, встают и вновь ложатся. Настроение снижено до уровня депрессии с оттенком безнадежности или становится дисфорическим.

4 фаза представлена диспептическими явлениями: возможна рвота и диарея до 10-15 раз в сутки с тенезмами.

Обычно развертывание всех фаз занимает около 3 суток, при отсутствии вмешательства после этого абстиненция длится от 5 до 10 суток.

Больные не могут спать, теряют в весе 10-12 кг, не спят и испытывают отвращение к курению.

Тяжесть абстиненции пропорциональна давности заболевания.

Остаточные явления сохраняются еще 2-3 недели.

Длительность 2 стадии при употреблении морфина и кодеина – 5-10 лет, героина – 5 лет.

Развитие болезни. 3 стадия

В третьей стадии происходит снижение толерантности примерно на одну треть от прежней дозы.

Действие наркотика становится слабо тонизирующим. После приема наркотика больной торопится закурить и поесть.

Вне приема наркотика больной анергичен. Некоторое количество наркотика купирует абстиненцию, но для работоспособности и нормализации настроения нужно дополнительное количество.

В 3 стадии как правило дают о себе знать последствия хронической интоксикации.

Абстиненция тяжелая и наступает скорее, чем во 2 стадии.

3 стадия. Абстинентный синдром

Абстинентный синдром разворачивается также пофазно.

Депрессия достигает еще большей глубины. Больные часами лежат в одной позе, отвернувшись к стене. Мышечные боли практически отсутствуют. Наблюдаются анорексия и бессонница. Брадикардия и гипотензия повышают вероятность коллапса.

Р.Киплинг «Ворота ста печалей»

«Если Вы белый, ничто не сможет вас захватить так, как черный дым. Желтый человек устроен иначе, опиум на него почти не действует. Но белые и черные страдают жестоко. Конечно, есть такие, на которых дым влияет не больше, чем табак в начале курения. Они только подремлют немножко, как бы заснув естественным сном, а наутро уже почти способны работать. И я был таким, когда начал, но я занимался этим весьма усердно, целых пять лет, и теперь я не тот... Черный дым не допускает других занятий, и, хотя на меня он влияет очень слабо, я даже ради спасения своей жизни не смог бы проработать целый день. Но это не имеет значения... Ничто не имеет для меня большого значения... Все мы тут старики, нам много-много сотен лет.

Р.Киплинг «Ворота ста печалей»

В Воротах очень трудно вести счет времени, К тому же для меня время не имеет значения ... После третьей трубки драконы (вышитые на подушке. - И. П.) начинают двигаться и драться. Я смотрел на них много, много ночей напролет. Этим путем я регулировал свое курение, но теперь уже требуется дюжина трубок, чтобы заставить их пошевелиться... черный дым уже не так хорош, как бывало.... И я видел столько людей, умиравших здесь, на циновке, что теперь мне было бы жутко умереть на свежем воздухе. Я видел некоторые вещи, которые людям показались бы в достаточной мере странными, но если Вы привержены к черному дыму, для вас нет ничего странного, за исключением самого черного дыма. А если бы что и было, это не имеет значения... Перс и мадрасец теперь здорово сдали. Трубки их зажигает мальчик. Я всегда это делаю сам. По всей вероятности, я увижу, как их унесут, раньше, чем меня...»

Т.Квинси

«Я давно бросил мои занятия. Кажется, уже два года, как я не читаю ничего, кроме единственной книги... не будучи в состоянии даже подняться с постели, лежу неподвижно... Раньше моим настоящим призванием было упражнять аналитические способности своего ума. Но теперь изучение математики, интеллектуальной философии и т. д. сделалось для меня непосильным. Я уклонялся от этого с чувством детской слабости...»

*Рубцы от впрыскиваний у морфиниста (из кн.
В.А. Гиляровского, снимок принадлежит
доктору Футеру)*



Наркоманы (из кн. В.А. Гиляровского, снимок принадлежит доктору Футеру)



Последствия хронической интоксикации

Психические нарушения

- Расстройства влечений и стойкие изменения личности
- Расстройства невротического уровня
- Аффективные расстройства
- Расстройства пищевого поведения
- Острые психозы

Соматические и неврологические расстройства

Расстройства влечений и стойкие изменения личности

Стойкие личностны изменения можно охарактеризовать как **аддиктивную деформацию личности**.

Под этим понимают: 1) гипертрофированную потребность в удовольствиях, 2) резкое снижение переносимости дискомфорта, 3) снижение порога восприятия, 4) стремление к модуляции своего состояния с помощью ПАВ, 5) выраженный эгоцентризм, смещение нравственных ориентиров, 6) мотивационный коллапс.

Ежедневная рутинная работа не приводит к удовлетворению субъективной потребности в удовольствиях у больных, в связи с чем успешность этой деятельности быстро регрессирует.

Интолерантность к дискомфорту создает условия для опережающего употребления наркотиков.

Изменения личности формируются на ранних этапах заболевания и затем существенно не усугубляются.

Тяжесть этих нарушений не коррелирует с тяжестью заболевания, а скорее зависит от преморбидных особенностей личности.

Расстройства невротического спектра

- 1. Тревожные и фобические расстройства.* Один из наиболее часто и рано встречаемых феноменов – *фобия отмены*.
- 2. Ипохондрические расстройства.*
- 3. Расстройства сна.* Временами достигают полной бессонницы. Страх перед бессонницей сопоставим со страхом болевого абстинентного синдрома и, по-видимому, является компонентом фобии отмены.
- 4. Вегетативные расстройства.*
- 5. Астения.*

Аффективные расстройства

- 1. Дисфория.* Максимальной выраженности достигает в период острого абстинентного синдрома и ранний постабстинентный период. При длительном воздержании дисфорические состояния подвергаются значительной редукции, однако готовность к раздражению остается.
- 2. Депрессия.* Неглубокие депрессивные расстройства отмечаются менее, чем у половины пациентов и лишь у 10% депрессии достигают значительной глубины. Частота депрессий коррелирует с продолжительностью и тяжестью заболевания, выраженностью соматоневрологических расстройств. Депрессивные состояния чаще встречаются у ВИЧ-инфицированных.
- 3. Гипоманиакальные состояния.* Встречаются относительно редко у лиц гипертимного склада в постабстинентном периоде и поддаются спонтанной редукции.

Расстройства пищевого поведения.

- 1. Снижение аппетита с возникновением пищевых предпочтений в активной фазе болезни.* Характерно почти для всех пациентов, при этом возникает предпочтение сладкого, даже у прежде равнодушных к нему, примерно в 80% случаев пристрастие к сладкому остается как стойкая нажитая особенность.
- 2. Резкое повышение аппетита в период острой отмены опиоидов и в постабстинентный период.* Булимия отмечается в каждом пятом случае и доходит до прожорливости. Редукция абстинентной симптоматики сопровождается нормализацией пищевого поведения.
- 3. Наклонность к перееданию в период ремиссии.* Отмечается у 10% больных и характеризуется не только повышенным аппетитом но и пристрастием к высококалорийным блюдам.

Острые психозы

По мнению некоторых авторов, встречаются достаточно редко (Морозов, Боголепов, 1984, Пятницкая, 1994), с другой точки зрения при неадекватном употреблении психотропных средств могут встречаться в 10% случаев (Сиволап, 2003).

Для них характерна как и для всех делириев: нарушение ориентировки во времени и пространстве отрешенность от окружающего, дезорганизация мышления, амнезия.

Провоцирующим факторам в некоторых случаях может служить применение препаратов с холинолитической активностью. От алкогольных психозов их отличает отсутствие выраженного психомоторного возбуждений, колебаний аффекта, тяжелых неврологических осложнений, отсутствие гипертермии центрального генеза и склонность к спонтанной редукции.

Соматические расстройства

1. *Снижение иммунитета* способствуют наряду с другими причинами заражению ВИЧ-инфекцией, гепатитами, туберкулезом, оппортунистическими инфекциями, сифилисом. Вирусный гепатит С является самой частой формой инфекционного поражения печени и встречается у 65-85% лиц, злоупотребляющих опиоидами. Показана связь между вирусным гепатитом В и гепатокарциномой.
2. *Поражение сердечно-сосудистой системы.* Употребление ацетилованных препаратов мака вызывает склерозирование вен и флебиты. По видимому, героин и другие опиоиды, способны вызвать нарушения сердечного ритма. Описаны случаи фибрилляции желудочков и остановки сердца при сочетанном употреблении героина и кокаина «speedball».

Героин способен вызвать дистрофические изменения миокарда и как следствие снижение сердечного выброса. Кардиотоксическим действием обладает хинин (нередко используется в качестве примеси в США).

Соматические расстройства

3. Поражение печени. Сами опиоиды не обладают высокой гепатотоксичностью, печень поражается в результате инфицирования вирусными гепатитами, употребления алкоголя в ремиссии и употребления загрязненных «уличных» наркотиков.

4. Поражения дыхательной системы. Встречаются не очень часто. В основе респираторных расстройств лежат:

- 1) нестерильное парентеральное введение ПАВ,
- 2) ВИЧ-поражение легких,
- 3) поражение легочной ткани вследствие курения.

Поражения нервной системы

Губчатая лейкоэнцефалопатия развивается при употреблении разогретых паров героина.

Острая энцефалопатия может развиваться в связи церебральным васкулитом и другими неврологическими осложнениями ВИЧ.

Хроническая энцефалопатия со стойкими психоорганическими расстройствами нехарактерна для опиоидной зависимости.

Инсульт может развиваться в результате злокачественной артериальной гипертензии с связи с героиновой нефропатией, в связи с васкулитами, сниженной перфузией вследствие передозировки, из-за тромбоэмболии у больных с инфекционным эндокардитом.

Причины смертности при употреблении опиоидов

Мужчины чаще гибнут от передозировки, женщины в связи с ВИЧ-инфекцией.

Передозировка может носить случайный характер или быть связанной с суицидальными целями.

Среди других медицинских причин смерти большое значение имеют вирусные гепатиты, инфекционные заболевания, поражения сердца.

Признаки употребления опиодов

- Заметное снижение успехов в учебе и профессиональной деятельности, снижение круга интересов.
- Возникновение ранее не свойственных денежных трат и склонность к образованию долгов.
- Изменение круга общения.
- Быстрое нарастающее расстройство психики и поведения: беспричинные колебания настроения, агрессивность, скрытность, лживость.
- Расстройство сна, изменение суточных ритмов сна и бодрствования
- Расстройство питания, снижение массы тела, запоры.
- Определение наркотиков и их метаболитов в моче.

Этапы лечения химической зависимости

1. Прерывание злоупотребления и устранение проявлений абстинентного синдрома;
2. Лечение, направленное на снятие патологического влечения к ПАВ.
3. Поддерживающее и противорецидивное лечение, направленное на максимальное во времени воздержание от употребления ПАВ;
4. Реабилитационные мероприятия, направленные на ресоциализацию и устранение медицинских последствий злоупотребления ПАВ.

Лечение синдрома отмены опиоидов

Существует два принципиальных подхода к отмене наркотиков:

- 1. Литическая отмена* используется в рамках кратковременной заместительной терапии и предполагает постепенное снижение толерантности путем дробной отмены опиоидов.
- 2. Критическая отмена* подразумевает одновременное и полное прекращение употребления наркотика и купирование развивающейся при этом абстинентной симптоматики.

Лечение абстинентных расстройств

К мишеням терапии относятся боли, вегетативные нарушения, расстройства сна.

Многочисленные методики могут сведены к следующим подходам:

- 1. Лечение клонидином и его аналогами*
- 2. Применение препаратов снотворно-седативной группы и нейролептиков;* а также антидепрессантов, нормотимиков и ноотропов.
- 3. Ускоренная детоксикация.*
- 4. Биологическая терапия.*

Лечение клонидином и его аналогами

Клонидин относится к гипотензивным средствам и является агонистом центральных α -адренорецепторов. Благодаря воздействию на адренорецепторы нейронов locus coeruleus способен смягчать клинические проявления синдрома отмены опиоидов.

Кроме клонидина могут быть использованы и другие α -адреномиметики: *лофедоксим, метилдофа, гуанфацин, гуанабез.*

Клонидин оказывает преимущественное влияние на вегетативные проявления абстинентного синдрома и в небольшой степени смягчает боли.

Использование препаратов снотворно-седативной группы и нейролептиков

Наиболее часто в лечении острых состояний у пациентов с опиоидной зависимостью используют препараты группы бензодиазепинов для лечения бессонницы и снижения уровня тревоги.

Нейролептики назначаются с теми же целями, что и предыдущая группа препаратов. Главное их преимущество состоит в том, что не почти никогда не используются для злоупотребления и не вызывают зависимости. Следует помнить, что препараты с выраженной холинолитической активностью (хлорпромазин, левомепромазин и клозапин) в период максимальных проявлений абстинентного синдрома способны провоцировать развитие делирия.

Показания к назначению антидепрессантов в наркологии

Коморбидные аффективные расстройства (до 1/3 больных).

Постабстинентное состояние.

Аффективные нарушения в период становления ремиссии.

Снижение патологического влечения к ПАВ (?).

Ускоренная детоксикация

Основной принцип ускоренной детоксикации состоит в возможно более раннем назначении антагонистов опиоидных рецепторов налоксона и налтрексона с целью вытеснения из связи с ними опиоидов, вызвавших зависимость.

Различают две модификации метода.

Быстрая опиоидная детоксикация состоит в назначении больным клонидина с последующим быстрым вытеснением его из лечебных схем налтрексоном. Она позволяет сократить до 1-2 дней продолжительность синдрома отмены.

Сверхбыстрая опиоидная детоксикация основана на назначении сразу налтрексона в высокой дозе.. Недостатком данного метода является высокий риск для жизни пациента.

Биологическая терапия

Несмотря на широкое применение в России (в западных странах практически не используется) до настоящего времени не подтверждена серьезными научными исследованиями в плане безопасности для жизни и здоровья пациентов, что в целом позволяет отнести ее к резервным методам, граничащим с областью экспериментальной медицины.

Атропиновый делирий

Инсулинокоматозное лечение

Электросудорожная терапия

Криотерапия и др.

Противорецидивная терапия

Главная цель лечения героиновой наркомании и других форм опиоидной зависимости – полное прекращение употребления наркотиков больным.

В связи с тем, что это достигается не всегда и частота стойкой ремиссии невелика, врач в своей практической деятельности должен стремиться хотя бы к частичному результату: достижению кратковременных перерывов в употреблении наркотиков, уменьшению частоты их употребления, снижению дозы.

Отсутствие истинной ремиссии, «срывы» и рецидивы не должны служить причиной прекращения малейших попыток лечения и отказа больным во врачебной помощи при наличии у них мотивации к лечению, пусть даже эта мотивация является слабой и декларативной.

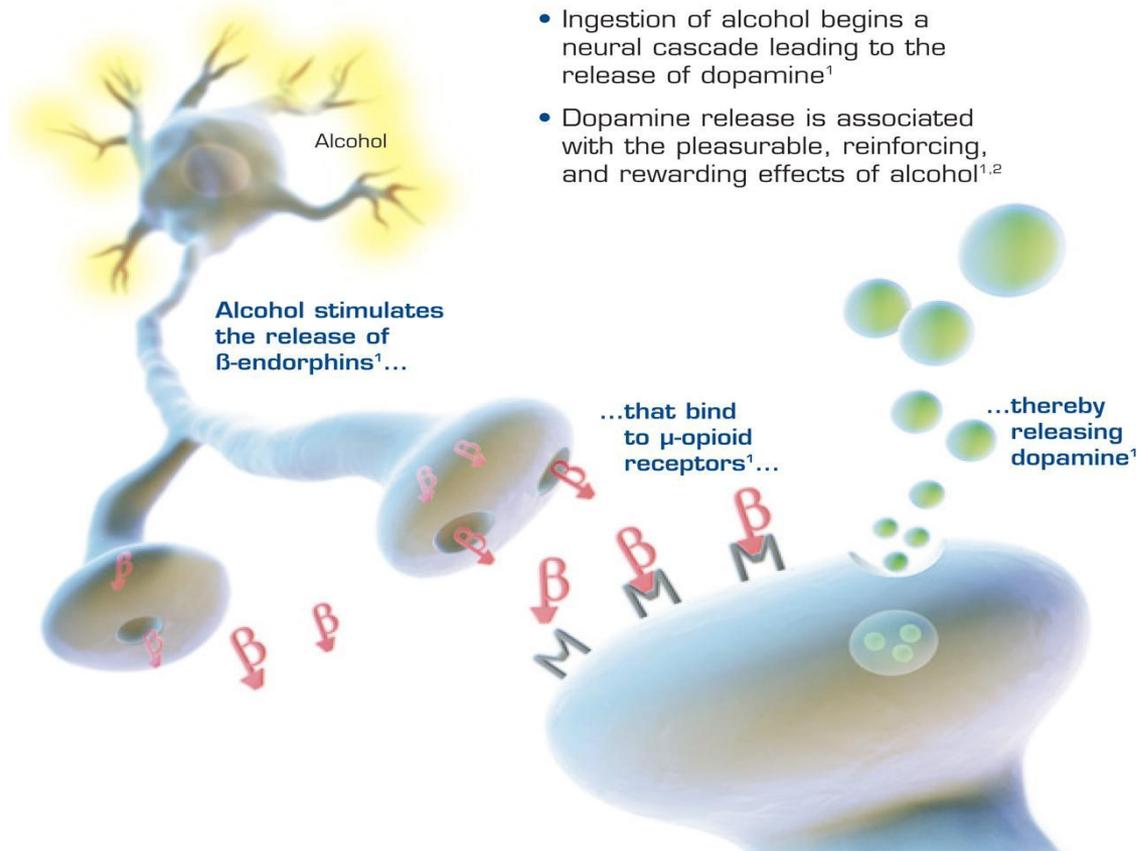
Противорецидивная терапия терапии опиоидной зависимости

Антагонисты опиоидных рецепторов

Налтрексон

- **антаксон** – капсулы для приема внутрь
- **вивитрол** – порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия, действует 1 месяц

Механизм действия конкурентных ингибиторов опиоидных рецепторов (налтрексона) – блокада μ -опиоидных рецепторов



- Ingestion of alcohol begins a neural cascade leading to the release of dopamine¹
- Dopamine release is associated with the pleasurable, reinforcing, and rewarding effects of alcohol^{1,2}

Заместительная терапия

Основной принцип заместительной терапии – замещение наркотика вызвавшего зависимость официальными опиоидами.

Известна с начала XX века: зависимость от морфина пытались лечить с использованием героина и кокаина, но высокий наркогенный потенциал последних заставил отказаться от их применения.

В 1964 г. V.P. Dole и M.E.Nyswander предложили метадон для заместительной терапии опиодной зависимости.

Заместительная терапия

По продолжительности разделяют:

краткосрочную заместительную терапию, основной задачей которой является литическая отмена опиоидов;

долгосрочную заместительную терапию, задачами которой является прекращение употребления уличных наркотиков, снижение вреда от наркотиков.

Конечной целью, к которой стремится заместительная терапия является полный отказ от употребления наркотиков.

Краткосрочная заместительная терапия

Основные принципы:

1. Опиоиды-заместители должны иметь менее выраженные наркотенные свойства, чем опиоиды, вызвавшие зависимость.
2. Предпочтителен выбор препаратов с продолжительным действием.
3. Опиоиды заместители назначаются в режиме дробной отмены.

Для краткосрочной терапии могут быть использованы *метадон, бупренорфин, пентазоцин*.

Безусловное достоинство заместительной терапии – ее максимально щадящий характер, недостаток – существенное увеличение времени продолжительности отвыкания от опиоидов.

Заместительная поддерживающая терапия

Основные принципы заместительной терапии

- Отказ от приема нелегальных наркотиков и снижение или исключение связанного с ними вреда;
- Контроль потребляемой дозы с последующим ее снижением;
- Ресоциализация;
- Конечная цель – полный отказ от употребления как нелегальных наркотиков, так и метадона.

Перевод больного из химической аддикции в другую химическую (в т.ч. метадоновую) является наилучшим вариантом реабилитации и может быть использован в случае неоднократных безуспешных попыток традиционных методов лечения и реабилитации

Отбор пациентов для заместительной терапии (Швеция)

4-х летний официальный стаж употребления наркотиков,
подтвержденный медицинской документацией.

Указания, подтвержденные документально, на безуспешность других
форм лечения.

Сопутствующие заболевания, тяжелые состояния.

Обязательно должна сочетаться с реабилитационными социальными
мероприятиями, необходим тщательный контроль потребления
наркотических веществ.

*Препараты, которые могут быть использованы в
заместительной терапии*

	Достоинства	Недостатки
Метадон	Пролонгированное действие Эффективность налоксона при передозировке Отделим от героина и других дериватов опия Оральный прием	Высокая гепатотоксичность Кумуляция Возможна зависимость и психические расстройства при длительном приеме
Бупренорфин	Низкий риск передозировки Отделим от героина и других дериватов опия Слабая зависимость Невыраженный синдром отмены	Неэффективность налоксона при передозировке Синдром отмены при переходе с героина и других дериватов опия Субъективная непереносимость
Медленно высвобождающийся морфин	Пролонгированное действие Оральный прием Отсутствие кумуляции Минимальные побочные эффекты	Неотделим от героина и других дериватов опия Выраженный синдром отмены Опасность передозировки

Эффективность метадона в сравнении с отменой

Исследования показывают, что по сравнению с отменой или плацебо метадон снижает риск употребления незаконных опиоидов и повышает процент удержания в лечении.

Уровень смертности при лечении метадонем составляет примерно одну треть от уровня смертности при отсутствии лечения.

Судя по всему метадон снижает риск заражения ВИЧ-инфекцией примерно на 50% и аналогичное снижение отмечается относительно показателей сероконверсии.

Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с социальным сопровождением. ВОЗ, 2010

Эффективность бупренорфина по сравнению с плацебо

В сравнении с плацебо бупренорфин приводит к снижению употребления героина и увеличению процента удержания в лечении.

Более высокие дозы приводят к более высокому проценту удержания в лечении и снижению количества положительных тестов на морфин в моче.

Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с социальным сопровождением. ВОЗ, 2010

Эффективность налтрексона по сравнению с плацебо

Для пациентов прошедших детоксикацию налтрексон оказался более эффективным средством нежели плацебо.

Но он не повлиял на процент удержания в лечении или частоту рецидива в период катамнестического наблюдения.

Для большинства пациентов поддерживающее лечение опиоидными агонистами приводит к лучшему результату, нежели попытки отмены, как при приеме налтрексона после отмены так и без него.

Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с социальным сопровождением. ВОЗ, 2010

Другие эффекты заместительной терапии

В ходе первого крупного американского исследования «Drug Abuse Reporting Programme – DARP» (Программа отчетов о злоупотреблении наркотиками) осуществлялась оценка результатов лечения в период с 1969 по 1973 год. Через двенадцать лет после завершения программы лечения с помощью метадоновой заместительной терапии 28% пациентов в ходе контрольного опроса сообщили, что они отбывали какой-либо тюремный срок. Перед началом лечения таких пациентов было 67%.

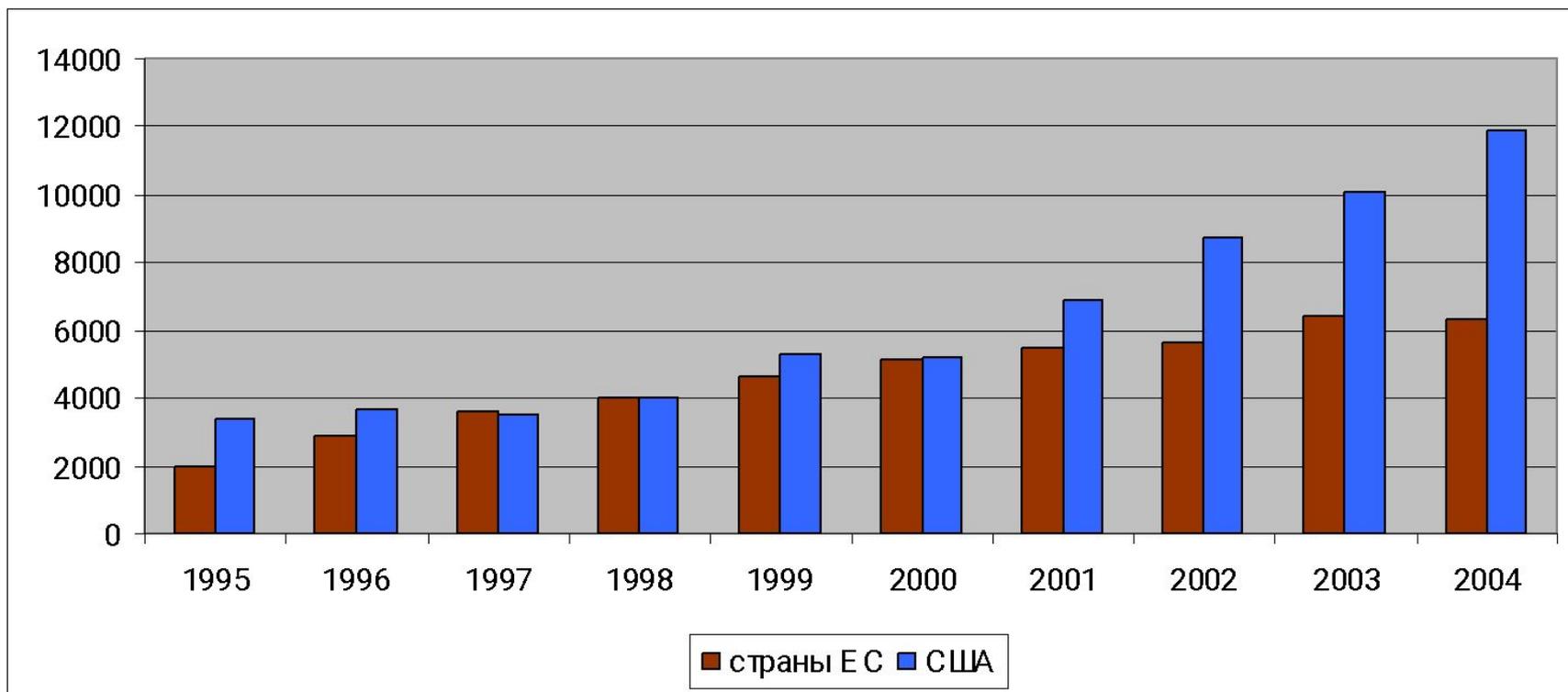
В рамках другого исследования «Treatment Prospective Study (TOPS)» (Перспективное исследование результатов лечения), проведенного в 1979-1981 гг. в США, Хаббард и др. установили, что доля пациентов, сообщивших об участии в преступной деятельности, снизилась с 32% в год перед началом лечения до 16% при контроле через 3-5 лет.

Другие эффекты заместительной терапии

Воздействие метадоновой терапии на уровень криминальной активности в целом оценивается на уровне от малой до средней степени.

Однако в тех исследованиях, где изучалась эффективность метадоновой терапии в снижении преступного поведения, связанного с наркотиками (торговля наркотиками, кражи, ограбления с целью получения средств для покупки наркотиков и т.п.), был зафиксирован значительный положительный эффект

Потребление метадона (кг) в европейских странах и США



Опыт применения заместительной терапии.

Швейцария

Героиновая заместительная терапия целенаправленно предоставлялась проблемным (тяжелым) потребителям наркотиков. При этом исходили из предположения, что 3000 таких наркозависимых составляют около 10 -15 % всех потребителей героина в Швейцарии и обеспечивают 30 - 60% спроса на героин на черном рынке.

Программа заместительной героиновой терапии оказала тройное воздействие на рынок наркотиков:

- существенно сократился спрос со стороны наиболее интенсивных потребителей, что повлияло на жизнеспособность наркорынка. (Например, количество новых зарегистрированных наркозависимых в Цюрихе в 1990 году составило 850 человек; к 2005 году их число сократилось до 150).
- снизился уровень других видов преступности, связанной с наркорынком. (Например, среди участников героиновой программы отмечалось 90-процентное сокращение имущественных преступлений).
- поскольку со швейцарского рынка ушли местные наркозависимые и дилеры, несистемным потребителям стало труднее устанавливать контакты с продавцами”.

Ситуация с ВИЧ

По оценкам, к концу 2003 г. в мире насчитывалось примерно 13,2 млн ПИН, причем большинство из них – 10,3 млн (78%) – в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Число ПИН в Западной Европе оценивается в 1,2 млн человек, в Восточной Европе и Средней Азии – в 3,2 млн человек.

В Восточной Европе рост эпидемии ВИЧ-инфекции почти полностью обусловлен потреблением инъекционных наркотиков. Самая высокая заболеваемость и распространенность инфекции отмечена в Эстонии, Российской Федерации и Украине.

В Западной Европе самые высокие показатели зарегистрированы в Испании, Италии и Португалии.

Ситуация с ВИЧ

Наиболее тяжелая обстановка сложилась в странах с ограниченным доступом к профилактике, помощи и лечению, то есть там, где программы обмена игл и шприцев и заместительная терапия малодоступны или незаконны, а борьба с потреблением наркотиков сводится в основном к карательным мерам.

Иногда за несколько лет распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН возросла с 1 до 70%.

Другие медицинские проблемы у ПИН

Передающиеся с кровью вирусные инфекции, включая, гепатиты В, С и D (дельта), вызывающие поражение печени;

Бактериальные инфекции:

Туберкулез,

Бактериальная пневмония,

Эндокардит,

Сепсис;

Отравление наркотиками (передозировка);

Алкогольная зависимость и алкогольное поражение печени;

Комбинированная зависимость;

Психические расстройства, в том числе депрессия.

Социальные проблемы у ПИН

Стигматизация,

Дискриминация и низкий социальный статус;

Нищета;

Бездомность;

Безработица;

Разлад в семейной и общественной жизни;

Криминальное поведение и заключение в тюрьму.

Стигматизация, дискриминация и низкий социальный статус

Стигма у ПИН часто усиливается из-за отсутствия правовой защиты.

Страх подвергнуться дискриминации заставляет многих ВИЧ-инфицированных лиц скрывать свое пристрастие к наркотикам от специалистов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе. Это повышает риск диагностических ошибок и лекарственных взаимодействий между назначенными АРВ-препаратами и наркотиками.

Многие потребители живут за гранью общепринятых социальных и общественных норм, от них отказались семьи.

Социальные проблемы, в том числе стигматизации и дискриминация в связи с употреблением наркотиков и ВИЧ усиливают влечение к наркотикам

Криминальное поведение и исправительные учреждения

Во многих странах основным методом лечения зависимости в исправительных учреждениях является принудительная детоксикация и воздержание. Эффективность такого лечения не доказана.

Кроме этого в тюрьмах возникают дополнительные медицинские проблемы:

опасные методы введения наркотиков;

незащищенный секс,

туберкулез,

физическое и сексуальное насилие,

депрессии и тревожные расстройства,

самоубийство.

Охваченность программами снижения вреда

Согласно оценкам, только 7,5% (диапазон – от 5,4% до 11,5%) ЛНИ во всем мире имели доступ к ПИШ в течение 12 месяцев.

Во всем мире, по оценкам, на одного ПИН в данные периоды пришлось 22 чистых шприца.

Это означает, что большинство инъекций во всем мире делают при помощи использованного оборудования для инъекций.

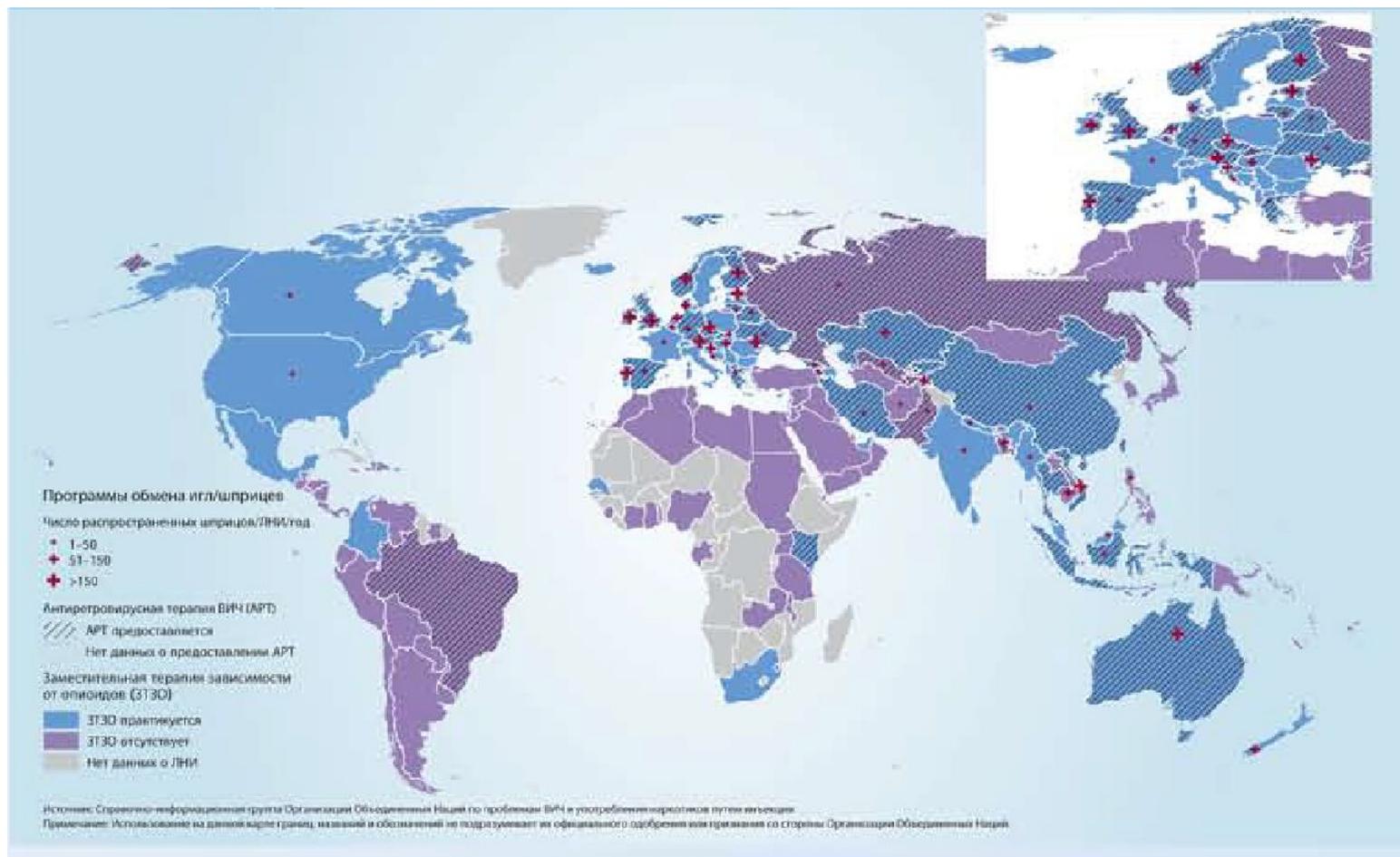
Удовлетворенность программами АРТ

Есть основания полагать, что для ПИН программы АРТ важны не только для лечения, но и для профилактики ВИЧ.

Судя по имеющимся ограниченным данным, только 4 (диапазон от 2 до 18) из 100 ВИЧ-инфицированных ПИН получают АРТ.

Доступ к АРТ высок в западноевропейских странах, в то время, как в других регионах, доступ среди ПИН к программам АРТ даже ниже, чем среди остальных ВИЧ-инфицированных.

Доступность программ профилактики ВИЧ для ПИН



Охваченность программами обмена шприцов, ЗТ, АРТ по некоторым регионам

Регион	Число игл и шприцев, полученных одним ЛНИ в год (диапазон)	Число участников ЗТЗО на 100 ЛНИ (диапазон)	Число ЛНИ, получающих АРТ, на 100 ЛНИ, живущих с ВИЧ (диапазон)
Восточная Европа	9 (7 – 14)	1 (<1 – 1)	1 (<1 – 44)
Западная Европа	59 (39 – 89)	61 (48 – 79)	89 (52 – XXXX)
Восточная и Юго-Восточная Азия	30 (7 – 68)	3 (3 – 5)	4 (2 – 8)
Южная Азия	37 (27 – 50)	19 (15 – 25)	1 (1 – 2)
Центральная Азия	92 (71 – 125)	<1 (<1 – <1)	2 (1 – 3)

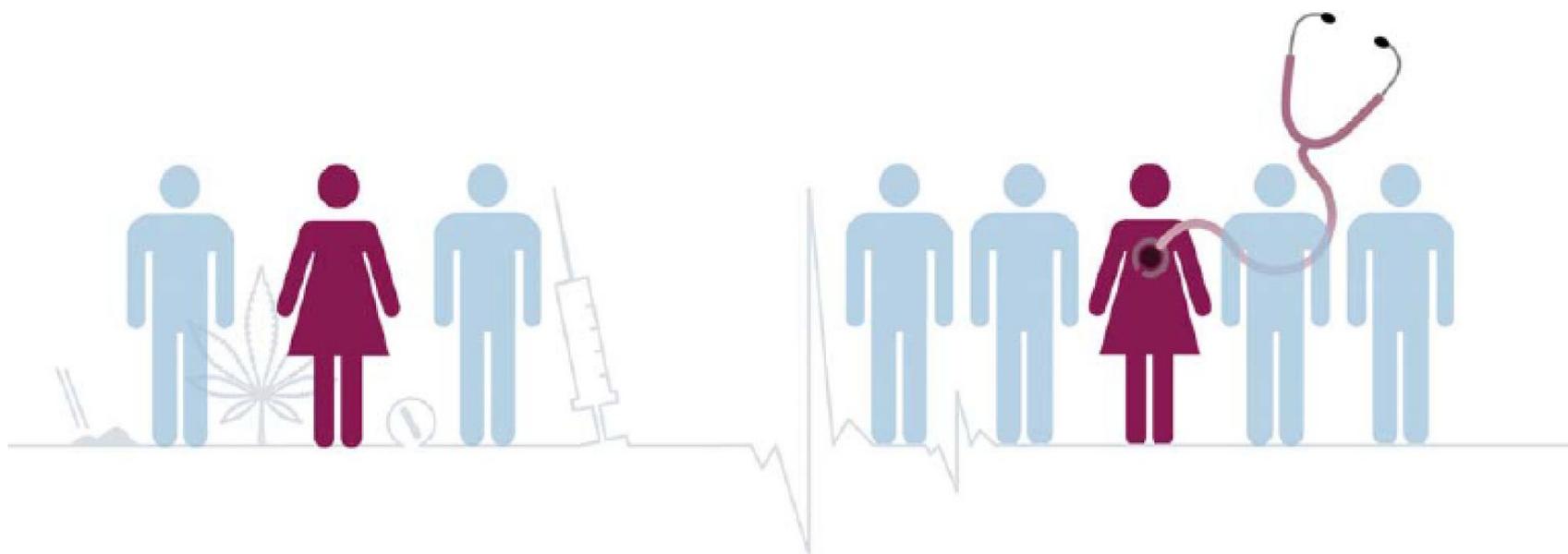
Распределение по гендерному признаку неудовлетворенных потребностей в лечении

Согласно ЕЦМНН, нет точных данных о распределении по гендерному признаку неудовлетворенности в лечении.

Тем не менее в странах в которых гендерные роли определяются культурными традициями, а права и возможности женщин ограничены, гендерные различия могут проявляться в отсутствии доступа к наркологическому лечению из-за того, что: а) употребление наркотиков считается для женщин более позорным, чем для мужчин; и/или б) женщинам не предоставляют услуги по лечению (например, в лечебные заведения не допускают женщин или не обеспечивают их потребностей, связанных с обеспечением безопасности и уходом за детьми).

Так, в Афганистане в 2008 г. существовало всего три наркологических стационара с детскими садами, несмотря на то, что уровень потребления опия и героина среди женщин в этой стране очень высок.

Хотя каждым третьим наркопотребителем является женщина, среди тех, кто получает наркологическую помощь, женщины составляют лишь пятую часть



Аргументы против заместительной терапии

Статья 31. В медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки 2 и 3. Запрещается лечение наркомании НС и ПВ, внесенными в список 2. *(Федеральный закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах № 3-ФЗ от 08.01.1998 г.)*

Заместительная терапия не направлена на избавление от наркотической зависимости.

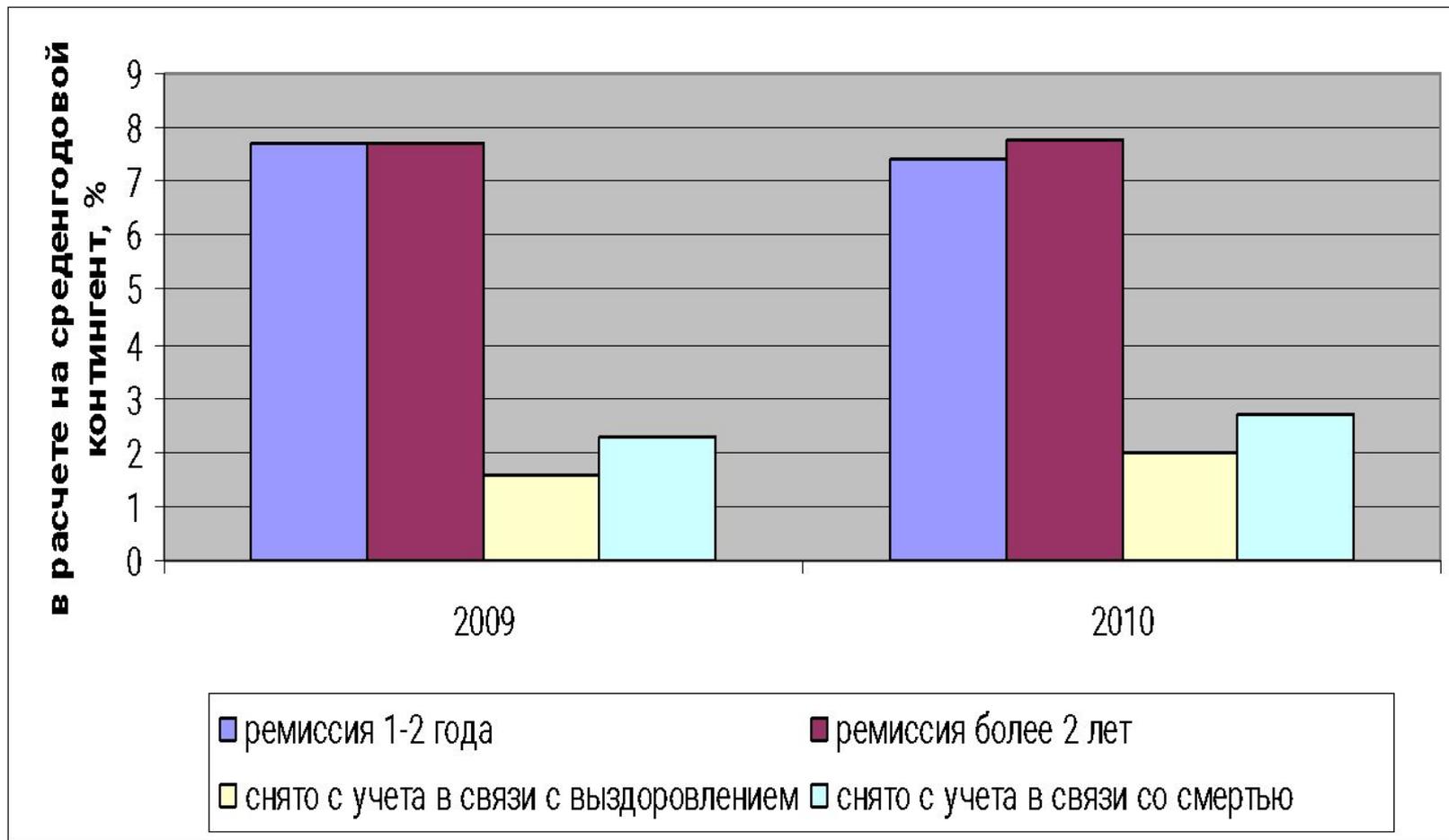
Заместительная терапия неэффективна. Некоторые возвращаются к нелегальному приему наркотиков.

Метадон обладает высокой токсичностью.

Возникнет миф об «излечимости».

Трудно обеспечить мониторинг.

Данные об эффективности лечения больных с зависимостями от ПАВ (ННЦ Наркологии Росздрава)

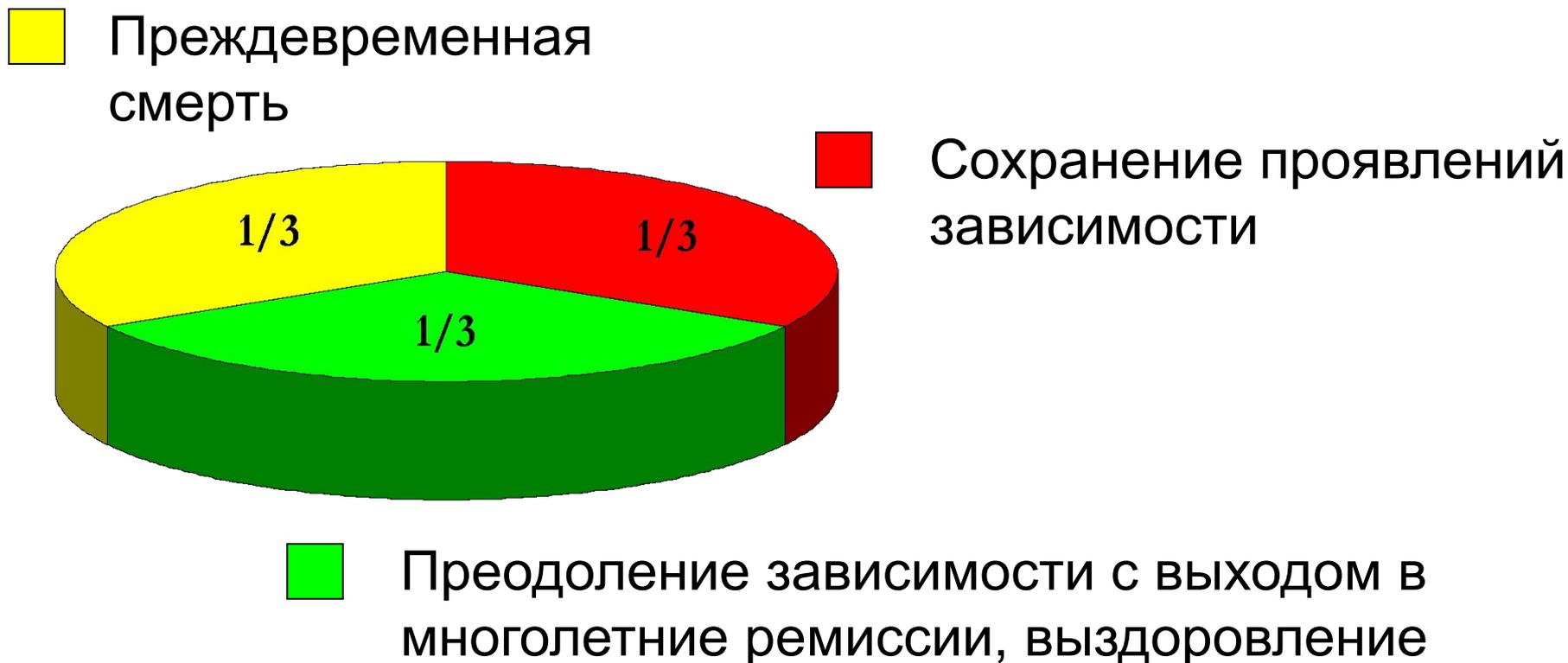


Эффективность программ детоксикации по критерию годовой ремиссии

Характер лечения	Ремиссия более 1 года	Авторы
Стационарное	5%	Рохлина М.Л., Воронин К.Э., 1991
Стационарное	9%	Киткина Т.А., 1993
Стационарное	8%	Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001
Стационарное	7,7%	Чирко В.В., Демина М.В., 2002
Стационарное	8,6%	Кошкина Е.М. и др., 2007

Характеристика исходов наркоманической карьеры

(J. Parsons, 2002)



Изучение отдаленных катамнезов

Почти 2/3 аддиктов, если они доживают до 30-ти лет, в течение последующего десятилетия прекращают наркотизацию (С. Winick, 1962; 1964).

Из 100 наркоманов, получивших лечение в 1952 году, к 1970 году 23% умерли, 25% продолжали принимать опиоиды, а у 35% отмечалась полная ремиссия (об остальных не было данных) (G. Valliant, 1973).

Прекращение наркотизации с возрастом и без связи с предшествующим лечением, примерно в 1/3 случаев подтверждают и данные российских социологов (Л.Е. Кесельман, М.Г. Мацкевич 2000).

Выводы из катамнестических исследований

Существует определенная группа наркозависимых, которая с годами самостоятельно прекращает употребление наркотиков.

Социально-психологические факторы (отсутствие криминогенности и дистрессов, здоровое социальное окружение, занятость и новая социально-личностная идентификация) оказывают положительное влияние на отказ от употребления ПАВ.

Замена одного наркотика другими ПАВ или их эпизодическое сопутствующее употребление на протяжении всего периода наркотизации является типичным проявлением динамики в значительном числе случаев.

Приверженность пациентов лечению не всегда означает их готовность к прекращению употребления ПАВ и способность до конца жизни обходиться без наркотиков.

В катамнестических исследованиях не приводятся данные о формировании различных форм нехимических аддикций у лиц, прекративших прием психоактивных веществ.

Критерии эффективности лечения опиоидной зависимости

1. Приверженность лечению
 - длительность пребывания в программе
 - возврат на лечение в случае рецидива
2. Сокращение употребления наркотиков
3. Снижение криминальной активности
4. Повышение занятости
5. Улучшение показателей здоровья

Этапы реабилитационного процесса

1. *Восстановительная терапия*, направленная на предотвращение формирования психического дефекта и инвалидности (фармакотерапия, физиотерапия).
2. *Реадаптация*, которая преследует цель приспособить больного к условиям внешней среды (психосоциальное воздействие – трудотерапия, обучение, воспитательная работа и т.д.).
3. *Собственно реабилитация* - восстановление индивидуальной и общественной ценности больного; бытовое и трудовое устройство (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи – АА, АН и т.д.).

(Кабанов М.М., 1985)

Принципы реабилитации

партнерство врача и больного;

разносторонность усилий, воздействий;

единство психосоциальных и биологических методов воздействия

ступенчатость (этапность) методов воздействия:

- *восстановительная терапия;*
- *реадаптация;*
- *собственно реабилитация.*

(М.М. Кабанов, 1985)

Продолжительность реабилитационных программ

- Краткосрочные (3-6 месяцев);
- Среднесрочные (6-12 месяцев);
- Долгосрочные (более 12 месяцев)

Эффективность реабилитации по критерию годовой ремиссии

Организационная форма	Продолжительность реабилитации	Ремиссия более 1 года	Авторы
Терапевтическое сообщество	12 месяцев	15%	Штакельберг О. Ю., 2000
Терапевтическое сообщество	12 месяцев	14%	Darke S. et al., 2005

Рейтинг удержания в программе терапевтического сообщества

Продолжительность программы	Процент завершивших программу	Авторы
12 месяцев	4 – 21%	De Leon G., Schwartz S., 1984
12 месяцев	20 – 30%	Rawlings B., Yates R., 2001
12 месяцев	34%	Kleber H., Galanter M., 2004

*Уровень успешности реабилитации в ТС
(неупотребление наркотиков и отсутствие
криминальности)*

- Пребывание 2 года – 90%;
- Пребывание более 1 года – 50%;
- Пребывание менее 1 года – 25%.

Ю.В. Валентик (2003)

Таким образом, идеальным результатом лечения опиоидной зависимости остается прекращение наркотизации и восстановление личностного и социального статуса пациента.

Вместе с тем, по мнению подавляющего большинства исследователей, даже минимальные достижения на пути преодоления зависимости в виде снижения интенсивности употребления и улучшения социального функционирования должны находить всестороннюю поддержку.

В связи с рецидивирующим характером заболевания возврат на терапию рассматривается как позитивная тенденция приверженности лечению. Важно помнить, что удержание в программе лечения во всех случаях улучшает результаты.

М. Зобин, А.Егоров. Ремиссии при опиоидных наркоманиях