

УДК 613.86+615.851

*В.Г. Лаптев, О.Ю. Блинов***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛОПИКСОЛ В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Херсонский областной наркологический диспансер

Ключевые слова: клопиксол, опиоиды, зависимость, абстинентный, психопатоподобный.

В настоящее время употребление наркотиков опиоидной группы, является одним из наиболее распространённых видов наркотизма в Херсонской области. Развивающаяся зависимость отличается особой злокачественностью и прогрессирующей течением. Ранняя наркотизация, выраженный синдром отмены, короткие и неустойчивые ремиссии, значительные изменения в личностном и социальном статусе больных делают лечение опиоидной зависимости сложной и трудноразрешимой задачей. Рост заболеваемости данным видом патологии, злокачественность течения, увеличение числа лиц длительно употребляющих опиоидные наркотики, требуют поиска новых, мощных и эффективных психофармакологических препаратов.

Терапия абстинентных проявлений, как начальный этап лечения зависимости, нередко обнаруживает ряд сложностей, особенно у лиц длительно употребляющих наркотик с достаточно выраженными изменениями в личностной сфере. Существует ряд подходов достаточно эффективно купирующих соматовегетативные расстройства, сопровождающие абстинентный синдром. В то же время стержневой симптом абстиненции - патологическое влечение к наркотику, достигающий наибольшей интенсивности в этот период и сопровождающийся напряжённостью, тревогой, а иногда и паникой, депрессивно-дисфоричным фоном настроения со вспышками беспричинной агрессии, истероформными реакциями, бессонницей [1], трудно поддаётся терапии. Коррекция этих расстройств нейрорепрессивными препаратами, обычно применяемыми в отечественной наркологии, (аминазин, тизерцин, галоперидол, соннапакс и др.) нередко не даёт желаемого эффекта или ограничивает их применение выраженностью побочных эффектов [2]. С этой целью, в качестве основного препарата, нами был применён клопиксол (зуклопентиксол) в ретардированной форме - клопиксол-акуфаз (зуклопентиксола ацетат),

производитель фирма «Lundbek» Дания. Клопиксол (зуклопентиксол) – производное тioxантена. Антагонист дофаминергических рецепторов кортико-лимбической системы мозга. Мощный антипсихотик с высокой степенью сродства к дофаминовым D2 рецепторам. Зуклопентиксол выявляет относительно высокую степень аффинитета и к D1 дофаминовым рецепторам что, вероятно, обуславливает малую выраженность экстрапирамидных нарушений, а также сродство к серотониновым 5-HT₂ рецепторам и β-адренорецепторам [3]. Клопиксол сочетает в себе выраженное антипсихотическое действие с переходящим, дозозависимым седативным и специфическим затормаживающим, при практическом отсутствии гипнотического эффекта, ослабляет аффективную напряжённость, редуцирует психомоторное возбуждение. Эффективен в отношении агрессивного, психопатоподобного поведения [4]. Применяется для лечения острых психотических расстройств с галлюцинациями, бредом при шизофрении, маниакальных состояниях, для купирования психомоторного возбуждения, ажитации, нарушений поведения при умственной недостаточности, сенильном слабоумии. Клопиксол-акуфаз (5% масляный раствор зуклопентиксола ацетата) после внутримышечного введения подвергается гидролизу, с постепенным высвобождением активной молекулы зуклопентиксола. Концентрация зуклопентиксола в плазме нарастает достаточно быстро, ее максимум приходится на период 24 – 48 часов (в среднем 36 часов) после инъекции с последующим постепенным снижением к 3 – 4 дню [3]. Подвергаясь биотрансформации в печени, зуклопентиксол образует неактивные метаболиты и выводится, в основном, через кишечник. Препарат может проникать через плацентарный барьер, выделяться с грудным молоком.

Цель исследования: определить эффективность препарата клопиксол-акуфаз (зуклопен-

тиксолол ацетат) в купировании психопатологической симптоматики синдрома отмены опиоидов.

Задачи наблюдения:

1. Отбор пациентов соответствующих критериям диагноза МКБ-10 (F-11.30.): психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов; состояние отмены, неосложнённое.
2. Апробировать препарат в рекомендуемых

Материал и методы исследования

Клопиксол, в терапии синдрома отмены опиоидов, был применён у 25 больных опиоидной зависимостью, диагностированной согласно критериев МКБ-10. У всех больных сформирована зависимость вследствие употребления ацетилованного опия, кустарного производства, все

дозировках и схемах у данной категории больных.

3. Оценить влияние препарата на патологическое влечение к наркотику, аффективную и психопатоподобную симптоматику в рамках синдрома отмены опиоидов.
4. Провести психологическое обследование пациентов.
5. Определить частоту и степень выраженности побочных эффектов препарата.

Результаты исследования и их обсуждение

Лечение являлось комплексным, где основным препаратом был Клопиксол-акуфаз в дозе 50мг./м, применявшийся однократно в первые сутки отмены наркотика, обычно через 10-14ч. от последней инъекции. Одновременно, в зависимости от тяжести абстинентных проявлений, в комплекс были включены: финлепсин 600-800мг./сут., сибазон 20-40мг./сут., при нарушениях сна тизерцин 25-75мг., соннапакс 10-25мг. На фоне психотропной терапии больные получали витаминные, гепатопротекторные, ноотропные препараты, симптоматическое лечение.

В ходе клинического наблюдения было отмечено следующее:

1. Эффект клопиксола развивался в течении первых 2-3 часов после инъекции, в виде своеобразного седативного, затормаживающего эффекта, который по мере нарастания, у 50% пациентов, реализовывался в продолжительный, спокойный сон. У 42 % диссомнии легко корректировались невысокими дозами тизерцина, соннапакса или сибазона, при достаточно выраженном седативном эффекте в течении дня, у 8% больных бессонница купировалась тяжело, более высокими дозами выше упомянутых препаратов, ночной сон с пробуждениями.

2. В течении последующих 2-3 суток, у подавляющей части пациентов, сохранялся довольно стойкий анксиолитический, седативный эффект без заторможенности и апатии. Больные были более спокойны и упорядочены в поведении, выполнении режима отделения, доступны психотерапевтическим воздействиям. относительно пациентов, которым применялись иные методы те-

больные вводили наркотик внутривенно. Возраст пациентов от 19 до 33 лет, средний возраст 25 лет. Из них 42 % пациентов ранее неоднократно проходили лечение по поводу опийной зависимости, включая экстракорпоральные методы детоксикации, 4 чел. ВИЧ-инфицированы.

рапии. Настроение характеризовалось хотя и несколько сниженным фоном, но ровным в течении дня, без характерных аффективных вспышек, психопатоподобных реакций. Лишь у 10 % пациентов сохранялся дисфоричный фон настроения с неудовлетворённостью лечением и условиями пребывания, требованиями выписки или назначения других методов терапии. Подобные расстройства удавалось купировать, включая в комплекс финлепсин в высоких дозировках, сибазон.

3. С целью получения дополнительной информации об изменении психологического статуса испытуемых проводилось психодиагностическое обследование. Использовались следующие психодиагностические методики: ММРІ, шкала измерения тревожности Спилбергера-Ханина, САН (самочувствие, активность, настроение). Обследование проводилось по принципу «до-после» с целью отслеживания динамики изменений психологических характеристик личности испытуемых. При тестировании «до» испытуемые характеризовались: высоким уровнем напряженности, ситуативной и личностной тревоги (46 и выше условных единиц); пониженным фоном настроения, сниженным уровнем самочувствия и активности. Личностный профиль ММРІ носил «пикообразный» характер и располагался на уровне от 60 до 90Т. На профиле выражены характерные пики на 2-й, 4-й, 9-й шкалах (соответственно: депрессии, психопатии, гипомании). При тестировании «после» проявились следующие характерные черты: уровень ситуативной тревоги находился в пределах нормы (от 30 до 45 условных единиц); уровень лич-

ностной тревоги остался без видимых изменений; личностный профиль ММРІ приблизился к «линейному» (30-70Т) при сохранении незначительного повышения по шкалам 4-й и 9-й (психопатии и гипомании); по методике САН уровни самочувствия, настроения приблизились к статистически условной норме, по шкале активности – незначительно ниже нормы. Значимость различий по измеряемым шкалам определялась при помощи непараметрической статистики, в частности, использовался метод Манна-Уитни. Все полученные различия при замерах «до-после» значимы на 0,05% уровне значимости.

4. Побочные эффекты клопиксола проявились у 25 % пациентов, появляясь как правило на 2-е, реже на 3-и сутки терапии, в виде экстрапирамидной симптоматики: лёгкий тремор пальцев рук, небольшая ригидность мышц шеи, лица, гиперсаливация (у 4-х больных); выраженное напряжение мышц языка, глотательной и жевательной мускулатуры, непреодолимое стремление высунуть язык, окулогирные кризы (у 2-х больных). Экстрапирамидная симптоматика достаточно быстро купировалась применением корректоров (паркопан), повторно не возникала.

5. Эффект клопиксола плавно снижался в большинстве случаев на 4-е сутки, тогда как и

абстинентная симптоматика начинала редуцироваться, спадала интенсивность. Дальнейшее ведение больных предполагало применение финлепсина, тизерцина, сибазона, сонапакса в выше указанных дозировках, по показаниям, включение больных в психотерапевтическую работу.

Выводы:

Данный опыт обнаруживает достаточно широкие возможности клопиксола в комплексной терапии синдрома отмены опиоидов, где особенно ценным оказывается способность препарата эффективно влиять на патологическое влечение к наркотику, аффективную и психопатоподобную симптоматику, купировать возбуждение и агрессивное поведение. Наличие в спектре эффектов клопиксола своеобразного седативнозатормаживающего влияния, без явлений нейролептической загруженности, характерной для подобных препаратов, относительно небольшая частота и тяжесть побочных проявлений, наличие удобной лекарственной формы «клопиксол-акуфаз», делает его применение предпочтительным, особенно, если речь идёт о лечении пациентов длительно употребляющих наркотик, с короткими ремиссиями и частыми рецидивами заболевания, сформированными нарушениями личностного и социального функционирования.

В.Г. Липтёв, О.Ю. Блінов

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КЛОПІКСОЛ У ЛІКУВАННІ ОПІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Херсонський обласний наркологічний диспансер

Метою даного спостереження було з'ясувати ефективність застосування Клопіксолу (зуклопентіксолу) у комплексній терапії найгострішого періоду синдрому відміни опіоїдів. Проаналізовано застосування даного препарату у 25 пацієнтів страждаючих опійною залежністю, серед яких переважали хворі з тривалим стажем захворювання і високою толерантністю до наркотику. В ході спостереження виявлена досить висока ефективність Клопіксолу в купуванні патологічного потягу до наркотику, афективної та психопатоподібної симптоматики, що в сполученні із зручною формою Клопіксол-акуфаз, робить доцільним його застосування, особливо у даній категорії пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.92-94)

V.G. Laptev, O.Yu. Blinov

THE EXPERIENCE OF THE USE OF CLOPIXOL IN THERAPY OF ABOLITION'S SYNDROME IN OPIUM ADDICTION

Kherson Regional Narcological Dispansary

The aim of the article was to find out the effectiveness of the use of Clopixol (zuclopentixol) in the complex therapy of the sharpest period of the syndrom of abolition of opioids. The use of Clopixol was analized at 25 patients with opium dependence, among which the patients with the large length of the illness (term) and high tolerance towards the drug prevailed. During the observation it was found out, that the effectiveness of Clopixol in preventing of pathological inclination for the drug, affective and psychophatic-like symtomacy is very high, what together with the convenient form Clorixol-akufaz, makes its usage expedient, esspecially with the given cathegory of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.92-94)

Литература

1. Руководство по наркологии // под ред. Иванец Н.Н. – М.: Медпрактика, 2002. – т1. – С.5, 284-285.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – С. 270-271.

3. Жаркова Н.Б., Копейко Г.И., Мухин А.А. Психиатрия и психофармакотерапия. – 1999, 1. – С.19-23.
4. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. – М.: Медицина, 2000. – С.24-44.

Поступила в редакцию 19.05.2004