# Опыт применения гептрала у больных опийной наркоманией с поражениями печени

  Повреждения печени составляют основную часть осложнений опийных наркоманий, что подтверждается экспериментальными и клиническими исследованиями.
   Целью настоящего исследования была оценка эффективности гептрала (S-аденозил-L-метионин) у больных опийной наркоманией.

**Материалы и методы**Клиническое испытание проводили у 20 больных опийной наркоманией в возрасте от 17 до 38 лет (23,65 ± 1,28). Контрольная группа состояла из 15 пациентов в возрасте от 21 до 38 лет (28,27 ± 1,17). У всех обследованных (лица мужского пола) психиатром-наркологом установлен диагноз опийной наркомании II стадии, абстинентный синдром. Длительность заболевания в основной группе составила от 1 до 22 лет (4,05 ± 1,16), в контрольной – от 2 до 12 лет (3,87 ± 0,67). Для достижения наркотического опьянения использовали химически обработанный раствор маковой соломки в суточной дозе от 5 до 25 мл (13,4 ± 4,3) в основной группе и от 10 до 80 мл (20,0 ± 4,5) в контрольной. Течение опийной наркомании было усугублено у 11 больных основной и у 10 пациентов контрольной групп димедроловой токсикоманией (применение 1–2 таблеток димедрола на каждое внутривенное введение наркотического средства). Для каждого больного была разработана карта обследования, включающая следующие пункты: тщательный расспрос и осмотр; клинический анализ крови и мочи; определение (иммуноферментным методом) вирусных маркеров (HBsAg, anti-HBe, anti-HCV); исследование функционального состояния печени по показателям биохимических проб; определение сывороточных иммуноглобулинов: IgM, IgG, IgA; оценка процессов перекисного окисления липидов по содержанию малонового диальдегида (МДА) и антипириновый тест. Схема введения препарата включала две фазы. Для оценки эффективности различных доз гептрала основная группа была разделена на две подгруппы по 10 больных в каждой (из них 4 и 7 пациентов соответственно сочетали прием наркотических веществ с димедролом). Фаза А – больные 1-й подгруппы получали внутривенное капельное введение раствора гептрала в дозе 800 мг в сутки, а 2-й – двукратно в той же дозе (всего 1600 мг). Фаза Б – последующий прием таблетированной формы гептрала в суточной дозе 1600 мг. Продолжительность каждой фазы 14 дней. По назначению психиатра-нарколога все больные основной и контрольной групп в течение 10–14-го курса терапии абстинентного синдрома получали в различных сочетаниях следующие препараты: клофелин, аминазин, тизерцин, галоперидол, сонапакс, хлорпротиксен, амитриптилин, рогипнол, трамал, пенталгин, финлепсин, циклодол и др. До начала и по окончании каждой фазы лечения оценивали эффективность терапии по критериям, разработанным в карте обследования.

**Оценка эффективности терапии гептралом с помощью антипиринового теста**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фаза** | **Доза (мг)** | **Дельта % C 1-AP** | **Дельта % Т 1/2 АР** |
| А | 800 | 20,05 ± 3,56 | 28,55 ± 6,35\* |
| Б | 1600 | 2,25 ± 0,75 | 4,47 ± 2,09 |
| А | 1600 | 20,17 ± 2,88 | 26,49 ± 5,65\* |
| Б | 1600 | 2,53 ± 0,72 | 4,69 ± 1,24 |
| Примечание. Дельта % C 1-AP и Т 1/2 АР фазы А (p < 0,01) относительно фазы Б; \* - уменьшение показателя. |

**Динамика изменений биохимических показателей под влиянием гептрала**

**Результаты и обсуждение**У всех больных в период обследования имел место абстинентный синдром, степень выраженности которого определялась фазой абстиненции, а также временным интервалом от последнего приема наркотического вещества до момента госпитализации. У больных основной и контрольной групп он составил от 4 до 48 ч (p < 0,05).
   Клиническая симптоматика абстинентного синдрома имела многообразные проявления, наиболее частыми из них были: слезотечение, насморк, чиханье, ознобы, мышечные боли, слабость, боли в суставах и позвоночнике, снижение или отсутствие аппетита, боли в животе, поносы, снижение настроения, тревога, двигательное возбуждение, расстройства сна. Частота встречаемости отмеченных симптомов была одинаковой у обследованных обеих групп (p < 0,05). У некоторых больных опийной наркоманией, осложненной применением димедрола, преобладали явления дисфории, эмоциональной напряженности, беспокойства. Для больных основной и контрольной групп было характерным выраженное влечение к наркотикам, снижение или отсутствие критического отношения к болезни и разная степень настроенности на лечение (p < 0,05).
   Названные основные проявления абстинентного синдрома обусловлены употреблением ацетилированного морфина в результате использования токсичного уксусного ангидрида при кустарном приготовлении или сочетанием последнего с димедролом при внутривенном введении его таблетированной формы.
   При осмотре не выявили каких-либо специфических признаков поражения печени. Данные физикального обследования, свидетельствующие о поражении печени, были малоинформативными. Отсутствие "малых" печеночных знаков, а также увеличение селезенки затрудняло диагностику заболевания печени.
   У 8 больных основной и у 10 пациентов контрольной групп тщательный расспрос позволил установить наличие в анамнезе острого вирусного гепатита, перенесенного на фоне ранее сформировавшейся наркомании.
   Таким образом, достоверно показано, что токсическое воздействие опиатов и инфицирование вирусами гепатита В и С вызывают поражения печени, сопровождающиеся цитолитическим и иммуновоспалительным синдромами. Изучение иммунного статуса обследованных больных выявило количественные и качественные изменения всех классов иммуноглобулинов в сыворотке крови. Повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов у больных опийной наркоманией развивается, вероятно, в результате хронической антигенной стимуляции. Морфологические изменения ткани печени соответствовали хроническому гепатиту с умеренной активностью, что подтверждается работами других авторов.
   В результате проведенного лечения у всех больных опийной наркоманией (n = 35) отметили обратное развитие клинических пpoявлeний абстинентного синдрома. У больных основной группы (n = 20), комплексная терапия которых включала гептрал, начиная с 3–4-го дня лечения, отметили ослабление степени интенсивности симптомов абстиненции по сравнению с проявлениями последней у пациентов контрольной группы, не принимавших гептрал.
   К концу 1-й недели лечения у больных на фоне приема гептрала отметили уменьшение чувства тревоги, ослабление эмоционального напряжения и неудовлетворенности, а также повышение настроения. Пациенты этой группы охотно продолжали лечение в специализированном наркологическом отделении, проявляя при этом в определенной степени критическое отношение к своему заболеванию. У 4 больных терапия гептралом в первой фазе была продолжена амбулаторно. Отметили постепенное уменьшение интенсивности компульсивного влечения к наркотику, расширение круга интересов.
   Не выявили принципиальных различий в регрессировании клинических проявлений абстинентного синдрома в первую фазу терапии у больных, получавших разные дозы препарата (800 и 1600 мг соответственно). На втором этапе лечения гептрал нередко применяли в качестве средства монотерапии или в комбинации с другими антидепрессивными препаратами для купирования остаточных явлений абстинентного синдрома.
   Антидепрессивный эффект гептрала позволял назначать эти препараты в меньших дозах. Осложнений при применении гептрала не отмечалось. У всех больных выявили тенденцию к снижению показателей (см. рисунок) активности цитолитического синдрома, тимоловой пробы, а также содержания гамма-глобулинов в сыворотке крови (p < 0,05).

**Выводы**Опыт применения гептрала у больных опийной наркоманией с поражениями печени свидетельствует об его эффективности, проявляющейся в улучшении функционального состояния печени и стимуляции процессов микросомального окисления. С учетом его антидепрессивного действия гептрал может быть рекомендован в комплексной терапии абстинентного синдрома. Анализ результатов антипиринового теста позволяет предложить проведение более продолжительного курса терапии гептралом, особенно его первой фазы, а также увеличение суточной дозы таблетированной формы препарата во второй фазе лечения. Полученные новые научные данные могут служить основанием для дальнейшего изучения действия различных токсических веществ на печень, а также быть использованы в разработке программ лечения больных наркоманией.

**Статья А.С.Логинова, Л.Ю.Ильченкова, Т.И.Серова, А.В.Петракова, .Ю.Сильвестровой, И.Н.Черных**