

## КОРОЛЕВСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

ДЕПАРТАМЕНТ ВЫСШИХ ЗНАНИЙ  
НИИ Ювенологии

### МЕТОДИКА купирования синдрома отмены опиодных наркотических веществ.

В последние 5-6 лет в России актуализировалась проблема опийной (героиновой) наркомании, в особенности среди лиц молодого возраста. Наибольшее количество таких пациентов регистрируется в возрасте от 16 до 23 лет, также увеличивается количество заболевших среди лиц, не достигших возраста совершеннолетия.

Многочисленные клинические наблюдения (более 300 пациентов) и многолетний (более 15 лет) опыт адекватной патогенетической терапии (в амбулаторных условиях) больных, страдающих опийной наркоманией, привели к определенным выводам, которые рассматриваются нами как базисными при купации таких пациентов.

#### **К вопросу о лишении наркотика.**

В руководстве по психотерапии под редакцией академика А.В. Снежевского (изд-во «Медицина», 1983 г.) в главе «Неалкогольные токсикомании» (А.Б. Смулевич) рекомендуется постепенное отнятие наркотиков, как более щадящий и безопасный метод, особенно при большой давности наркомании и высоких дозах наркотиков. Продолжительность курса от 3 до 10 дней.

По данным реферативных статей журнала «Наркологическая токсикомания» за 1992-1996 гг., а также руководства «Наркология» (перевод с английского) Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман «Издательство Бином» -«невский диалект» - 1998г., во многих странах Западной Европы, Скандинавии, США, Канаде, Австралии и др. при лечении опийной (героиновой) наркомании применяются синтетические наркотические вещества опиеподобного действия: методон, бупренорфин, трамал, нубаин и т.п.

В нашей практике используется принципиально иной подход к данной проблеме – критическое лишение больного наркотических веществ, т.к. продолжение поступления в организм больного любого количества алкалоидов опия, либо других опиатных анальгетиков синтетического происхождения не только затрудняет процесс лечения и психотерапевтического контакта с пациентом, но делает его практически невозможным в силу следующих причин:

- а) затрудняет понятийное мышление больного;
- б) способствует сохранению анозогнозии даже при достаточном количестве субъективно осознаваемых побудительных мотивов для прекращения наркотизации – явная угроза здоровью, ухудшение материального положения, суицидальные мысли и попытки, конфликты с родственниками и на производстве, необходимость совершения тяжких преступлений, страх перед уголовной ответственностью и ВИЧ-инфицированием;
- в) поступающий в организм больного психическую и физическую зависимость на уровне, не поддающемся купации.

Применение синтетических наркотических анальгетиков для лечения синдрома отмены наркотиков «нарушает восстановление медиаторной регуляции в структуре головного мозга, вызывает быстрое развитие перекрестной психической и физической зависимости», (Д.А. Харкевич «Фармакология»- Москва, «Медицина», 1980г.), угнетает работу антиноцицептивной системы головного мозга, отвечающей за воспроизводство опиодных пептидов.

### **К вопросу о детоксикации.**

В клинике алкоголизма и наркомании есть идентичные синдромы отмены, но похожи они только по названию.

В структуре алкогольного абстинентного синдрома (ААС) преобладают симптоматика металкогольной интоксикации и ацидоза, которая успешно купируется энтеральным и парентеральным введением натрия гидрокарбоната, ионо- и минералстабилизирующих жидкостей, гемосорбцией, лазерным и УФО-облучением крови, лечебным плазмаферезом и т.п.

Клиника синдрома отмены наркотиков обусловлена грубыми медиаторными нарушениями, как в ЦНС, так и на периферии. При применении вышеуказанных методов детоксикации на первых этапах синдрома отмены из организма больного быстро выводятся остатки морфина и его дериватов. Это приводит к резкому усилению медиаторных нарушений, поскольку при хронической интоксикации опиум, его алкалоиды «берут на себя» функции многих медиаторов мозга, крови и других тканей, повреждая и уменьшая их нормальное воспроизводство. Следовательно, искусственно ускоренный вывод морфина из организма больного чреват развитием тяжелых симптомов конечной фазы синдрома отмены наркотиков без промежуточных этапов.

По нашим наблюдениям, наилучшим вариантом при лечении таких больных является спонтанный литический переход от интоксикации к синдрому отмены без какого-либо вмешательства.

Адекватная патогеническая терапия всего комплекса медиаторных и обменных нарушений проводится с момента развития начальных симптомов отмены наркотиков. При таком подходе больные гораздо легче переносят вышеуказанный переход.

Учитывая, что период полуэлиминации морфина в организме больного составляет 2–3 часа (журнал «Вопросы наркологии» №4, 1990, Москва, «Медицина»), к моменту развития первой фазы синдрома отмены в крови и мозге пациента нет активно действующих алкалоидов опиума, следует, что не имеется показаний для применения методов интра- и экстракорпоральной детоксикации. Такие методы будут полезны лишь в случаях передозировки наркотиков, угрожающих жизни больного.

### **К вопросу патогенетической терапии.**

Общеизвестно, что в организме больных, страдающих синдромом зависимости от наркотических анальгетиков, резко нарушено воспроизводство эндогенных полипептидов. В нашей практике с первого дня курации больных наркоманией активно применяется физиотерапевтическая методика, основанная на селективном возбуждении импульсными токами низкой частоты эндогенной опиодной системы ствола головного мозга. Следствием возбуждения антиноцицептивной системы является выделение из нейронов головного мозга бета-эндорфина и энкефалинов, содержание которых увеличивается в ликворе и спинном мозге. При этом получаем лечебные эффекты: анальгетический, сосудодилатирующий, рапаративно-регенеративный, седативный,

антиабстинентный, транквилизирующий (В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко «Общая физиотерапия». Москва–Санкт-Петербург. 1998.- учебник для студентов высших медицинских учебных заведений).

Опиоидная природа транскраниальной электростимуляции по методу В.П. Лебедева и соавторов подтверждена многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями. В экспериментах на кроликах показано, что под влиянием ТЭС в заданном режиме увеличивается содержание бета-эндорфина в спинномозговой жидкости в среднем на 320%, в дорсальной половине спинного мозга– на 320 %, в среднем мозге– на 250%... («Транскраниальная электростимуляция», Экспериментально-клинические исследования. Сборник статей. Под редакцией д.м.н. проф.Д.П. Дворецкого. Санкт-Петербург, 1998).

При обзоре многочисленной литературе, посвященной вопросам наркологии и в частности проблемам наркомании, в том числе и в вышеуказанных книгах нет рекомендаций применения аппаратуры для транскраниальной электростимуляции при лечении больных наркоманией. Но вывод очевиден. Если ТЭС дает возможность мозгу восстановить производство опиоидных полипептидов, а мозг наркомана такую работу не выполняет– применение ТЭС восстанавливает медиаторную регуляцию в организме больного, купирует синдром отмены и снимает патологическую потребность в чужеродных опиоидах.

Более 10 лет мы наблюдаем это на практике. При возникновении начальных проявлений синдрома отмены применяли ТЭС и получили позитивные результаты. На 3-4 сутки лечения у больных купировалась сомато-неврологическая симптоматика синдрома отмены, на 6-8 сутки резко уменьшалось и прекращалось обсессивное влечение к наркотикам. Клиническое состояние оценивалось по специально разработанным таблицам.

С первых суток курации больных наркоманией в структуре комплексной терапии синдрома отмены мы включаем методику лечения импульсным вращающимся магнитным полем (ИВМП), получаемым с помощью отечественной магнитотерапевтической установки УМТИ-3Ф («Колибри»). Больным опиоидной наркоманией проводится от 7 до 9 сеансов по 30 минут ежедневно, при этом наблюдается прямое обезболивающее действие ИВМП за счет подавления чувствительности болевых рецепторов (Г.А. Стасюк, 1989г., А.В. Кариенко, 1989г.), торможения, высвобождения и активации биологически активных веществ в местах повреждения (В.И. Бабич, О.И. Лыч, А.В. Меркулов, 1988г.). Большое значение придают иммунологическим и гемореологическим сдвигам, возникающим в ответ на воздействие ИВМП (Л.В. Забродина, 1982г., А.М. Демецкий, 1979г., Н.Н. Васильев, 1988 г.), реакции эндокринной системы (Н.П. Алексеева, 1988г., Климовская и др., 1982г.). Учитывая, что в клинике синдрома отмены есть симптоматика токсической энцефалопатии и полиневропатии-имеется прямой смысл для назначения терапии ИВМП.

Нервная система является наиболее чувствительной к действию ИВМП. Через модуляцию ее активности, прежде всего гипоталамических центров, происходит включение в общую реакцию организма на ИВМП других систем: эндокринной, иммунной, свертывающей системы крови. Только для нервной системы возможно влияние ИВМП по типу «поле на поле» (Ю.А. Холодов, 1992г.). (Все авторские цитаты из материалов Российской научно- практической конференции 1995года, г. Саров «Генераторы электромагнитного поля для магнитотерапии: практика, научные исследования, перспективы создания и применения»).

Именно ЦНС «специализируется» на выработке и проведении электрического импульса, создающего вокруг себя электромагнитное поле. Нейро-физиологические исследования дают основание полагать, что ИВМП оказывает на нервную систему информационное, корректирующее и тормозное влияние. Большое значение для терапии синдрома отмены имеет лечебное воздействие ИВМП на состояние крови. При этом наибольшим изменениям подвергаются свертывающая система крови и реологические свойства крови. Последние тесно связаны не только с действием ИВМП на эритроциты, но и с нейро-эндокринными реакциями организма на действие ИВМП. Результатом корректирующего действия ИВМП на нейро-эндокринную регуляцию, свертывающую систему крови и ее реологические свойства является улучшение микроциркуляции в нервной системе (А.М. Демецкий, 1979г.). Авторы отмечали улучшение васкуляризации мышечных волокон и нервных образований, увеличение емкости сосудистой системы. Важным механизмом лечебного воздействия ИВМП на организм больного наркоманией является его способность ускорять процессы регенерации.

Низкоэнергетическая магнитотерапия рассматривается как один из видов активационной терапии, вызывающей развитие неспецифических адаптационных реакций, мобилизирующих резервы организма для корректировки патологических изменений.

Кроме того, применяется квантовая терапия с помощью магнито – инфракрасно - лазерного терапевтического аппарата «Рикта-01», в котором используется лечебное воздействие одновременно нескольких излучений, а именно: импульсного лазерного излучения инфракрасного диапазона волн, непрерывного инфракрасного излучения, излучения красного видимого света и, наконец, постоянного магнитного поля.

Основным лечебным фактором квантовой терапии является импульсное инфракрасно - лазерное излучение полупроводников арсенид - галлиевого лазерного диода. При этом получаем клинические эффекты:

- активизация синтеза белка (РНК, ДНК);
- активизация ферментов;
- повышение выработки АТФ;
- улучшение микроциркуляции;
- гармонизация биохимического состава крови и ее агрегатного состояния;
- регенерация тканей;
- противовоспалительное действие;
- противоотечное действие;
- обезболивающее действие;
- снижение уровня холестерина;
- стимуляция иммунной системы;
- мощный антиоксидантный эффект;
- снижение уровня перекисного окисления липидов.

Многолетними исследованиями доказано, что при проведении квантовой терапии кроме местного эффекта развивается и общий эффект, происходит общая стимуляция организма в целом: улучшается сон, возникает ощущение прилива сил, увеличивается переносимость физических нагрузок, улучшается общее состояние и самочувствие.

Параллельно с вышеописанными методами физиотерапии для купирования тяжелого алгического синдрома парентерально применяются нестероидные анальгетики, блокирующие синтез простагландинов, не вызывающие изменений в ЦНС и патологической зависимости.

Успешно применяются препараты независимых аминокислот, янтарная кислота. С первых суток применяется фитотерапия, медолечение, которые купируют ажитированную депрессию и дистимию, устраняют вегетативные нарушения, нормализуют сон.

В течение всего курса лечения проводятся сеансы семейной и индивидуальной личностно- ориентированной рациональной психотерапии.

После купирования сомато-неврологических и вегетативных расстройств, а также значительного снижения или устранения патологического влечения к наркотикам, нами проводится несколько индивидуальных сеансов гипно-супестивной терапии с применением ТЭС.

**Выводы:**

*Данная комплексная методика лечения синдрома зависимости от опиоидов по многим аспектам (отказ от синтетических опиоидов и методов детоксикации, применение ТЭС и ИВМП) является оригинальной.*

*После первого дня пребывания пациент чувствует значительное улучшение, а на 5-6 сутки лечения пациенты достигают состояния ремиссии. Катамнестические исследования подтверждают наличие длительных посттерапевтических ремиссий у пациентов, составляющих 40 % из всех людей, обратившихся за помощью.*