



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **93334** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61K 31/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 04521	(72) Винахідник(и): Сосін Іван Кузьмич (UA), Горбань Андрій Євгенович (UA), Гончарова Олена Юріївна (UA), Волков Олександр Сергійович (UA), Чуєв Юрій Федорович (UA), Шаповалова Вікторія Олексіївна (UA), Петрюк Петро Тодорович (UA), Закревский Олександр Павлович (UA), Шаповалов Валерій Володимирович (UA), Шаповалов Валентин Валерійович (UA), Кіосєв Олексій Вікторович (UA), Скобелєв Володимир Олександрович (UA), Осипов Олександр Анатолійович (UA), Негрецький Сергій Миколайович (UA), Сухая Марина Юріївна (UA)
(22) Дата подання заявки: 28.04.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2014, Бюл.№ 18	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)

(54) СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ГАШИШНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності здійснюють шляхом медикаментозної терапії. Додатково призначають гепатопротектор Л'есфаль по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові щоденно один раз на добу при курсі лікування 5-10 ін'єкцій та одночасно з Л'есфалем - гепатопротектор Антраль перорально у таблетках по 0,2 г 3 рази на день через 20-30 хв. після прийому їжі, з продовженням курсу Антраля до 3-4 тижнів, та, за необхідності, в подальшому повторення курсу Антраля через 3-4 тижні, мембранний плазмаферез, об'єм ексфузованої плазми - від 800 до 1000 мл, тривалість процедури від 60 до 90 хв., при курсі лікування від 2 до 3 процедур з проміжками між процедурами 3-5 днів, антикревінговий метод біоадаптивного регулювання систем (Biofeedback) - від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку тривалістю кожного від 20 до 30 хв., апаратне забезпечення - комп'ютерна біоадаптивна регулююча система "БАРС-ПК" ХАРТРОН-АРКОС, зовнішній модуль - реоенцефалограма.

UA 93334 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до наркології, і може бути застосована для інтегрованого лікування гашишної залежності.

Значна розповсюдженість психічних та поведінкових розладів при патологічній залежності від канабіноїдів серед загального контингенту наркозалежних осіб та серед загальної популяції населення, терапевтична резистентність при гашишній залежності, високий ризик формування поєднаних коморбідних форм залежності, відсутність ефективних засобів і методів патогенетичного лікування, високі показники непрацездатності, інвалідизації і значні соціально-економічні втрати, визначають актуальність даної адикційної патології. Пошук більш результативних підходів до лікування гашишної залежності є надзвичайно актуальною проблемою сучасної наркології.

Важливими клінічними маркерами гашишної залежності, які вважаються основними терапевтичними мішенями, є змінена реактивність в дії гашишу, поява дискомфорту в стані наркотичного сп'яніння та "передозування", клінічні прояви абстинентного синдрому (головний біль, нудота, погане самопочуття, загальна млявість, слабкість, неприємні відчуття в кістках та м'язах, відсутність апетиту, тремор, розлади уваги, різноманітні порушення сну, дратівливість, агресивність, тужливо-зловистий настрій з емоційною лабільністю, розширення зіниць, позіхання, підвищення артеріального тиску, тахікардія, гіперемія обличчя, кардіалгія, слюно- і слюзотеча, гастралгія, гепаталгія, актуалізація та компульсивні форми потягу до наркотику, астенична депресія, психотичні порушення тощо). У тематиці сновидінь зустрічаються сцени прийому гашишу. Вегетативні реакції відрізняються різноманітністю та коливаннями. Тривалість абстиненції - від 3-14 днів до одного місяця. Патогномонічним наслідком гашишної інтоксикації є також функціональні та органічні ураження печінки, які потребують цілеспрямованого (таргетного) застосування гепатопротекторів.

У зв'язку з різноманітним ураженням органів та систем, а також поліморфною клінічною симптоматикою, в наркології запропоновані комплексні та етапні підходи до лікування гашишної залежності, в яких застосовуються чисельні фармакологічні препарати.

Відомий спосіб, який полягає в тому, що при купіруванні психотичного сп'яніння спершу обмежуються внутрішньом'язовим введенням реланіуму (седуксену) по 2-4 мл 0,5 % розчину. При значному збудженні призначають нейролептик - аміназин 2-4 мл 2,5 % внутрішньом'язово, при гострому параноїді переважно галоперидол - спершу внутрішньом'язово (починаючи з 0,5 мл 0,5 % розчину, потім, при необхідності, дозу підвищують до 1-2 мл 3 рази на добу), а при покращенні стану пацієнта переходять на пероральний прийом. При абстинентному синдромі при астенії рекомендують адаптогени (елеутерокок), ноотропи (пірацетам, ноотропіл). При депресіях амітриптилін (по 25 мг 2-3 рази на добу), при дисфорії - карбамазепін (фінлепсин) по 200 мг 2 рази на добу (Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Руководство для врачей. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1991. - 303 с.).

Зазначений спосіб має недоліки: 1) передбачає застосування великої кількості фармакологічних препаратів, що може зумовити ускладнення та побічні ефекти внаслідок поліпрагмазії; 2) не передбачена гепатопротекція, яка повинна бути обов'язковою у всіх випадках хронічної наркотичної інтоксикації з порушеннями функцій печінки - як життєво важливого органа.

Також відомий спосіб, який передбачає (на першому етапі - купірування абстинентного синдрому) на фоні комбінованої детоксикаційної фармакологічної терапії гашишної залежності застосування нейролептиків (аміназин, тизерцин, галоперидол, неулептил), антидепресантів (амітриптилін, людіоміл, анафраніл). Після усунення афективних порушень і нормалізації сну призначається курс лікування гіпоглікемічними дозами інсуліну.

Призначають також засіб, що стимулює метаболічні процеси, - препарат деларгін (вводять по 1 мг на добу внутрішньовенно, з додаванням 10 мл фізіологічного розчину). Вважається, що вже на 4 добу стан відміни канабіноїдів вдається купірувати (Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. Практическое руководство для врачей. - М.: Медпрактика - М., 2002. -327 с. -С. 115). Недоліком способу є недостатня ефективність, протипоказання до застосування інсуліну, великий обсяг нейролептичних препаратів, що не виключає побічних ефектів та ускладнень.

Відомі також способи лікування наркозалежних осіб різними формами та модифікаціями психотерапії: індивідуальній раціональній психотерапії підлітків з різними формами акцентуації характеру, груповій психотерапії, в стаціонарних та амбулаторних умовах (Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Руководство для врачей. - Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1991. - 303 с.; Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. Практическое руководство для врачей. - М.: Медпрактика - М., 2002. - 327 с.).

Відомий спосіб лікування хворих гашишною наркоманією, який базується на психотерапевтичних складових (Погосов А.В. Гашишная наркомания //Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. - С. 342-356). Спосіб передбачає поєднання емоційно-стресової та умовно-рефлекторної терапії. Перед процедурою хворому навіюють, що в організмі у нього створюється депо "препарату", який при взаємодії в організмі з гашишем (канабіоїдами) викликає загрозливе ослаблення дихальної та серцевої діяльності. Після попередньої премедикації підшкірним введенням 1,0 мл 1 %-го розчину атропіну сульфату внутрішньовенно вводять 3,0 мл 15 %-го розчину ксантинолу нікотинату і 10,0 мл 10 %-го розчину хлористого кальцію. Виникаючу вегетативну реакцію пояснюють накопиченням "препарату" в організмі та прогнозують пацієнту сценарій тяжкої реакції організму хворого на канабіноїдну залежність. Перед випискою хворому внутрішньом'язово вводять 2,0 мл Модитену-депо. Йому навіюють, що створено депо протинаркотичного "препарату" терміном дії від 6 до 24 місяців.

Недоліком способу є той факт, що він не охоплює своєю ефективністю контингент хворих, які не піддаються навіюванню. Спосіб також не розповсюджується у своєму терапевтичному ефекті на постінтоксикаційні ураження печінки.

Відомий спосіб, який базується на застосуванні психологічних методів корекції гашишної залежності (Шах М.А. Психологическое сопровождение мужчин с гашишной зависимостью // Мед. психол. - 2008. - Т. 3, № 2. - С. 29-34). Програма психологічної корекції складалась із 5 етапів. На першому етапі психокорекції пацієнтів, що вживають гашиш, навчають самомоніторингу - спостереженню і реєстрації власної деструктивної поведінки. Другий етап психокорекції включає навчання наркозалежних самопідкріпленню адаптивної поведінки. На третьому етапі психокорекції використовують методику контролю стимулу, а також терапію, сфокусовану на вирішенні проблем. Четвертий етап проведення програми психокорекції включає стрес-прищепну терапію, яка аналогічна біологічній імунізації. І останній, п'ятий етап програми психокорекції гашишної залежності спрямований на зміну поведінки наркозалежних і на перехід до тверезості. З цією метою спосіб передбачає використання тренінг самоінструктування. У способі використовується наявна у кожного чоловіка здатність віддавати самонакази, самоінструкції, коли він стикається з важкою ситуацією. Мета тренінгу - сформулювати і виробити навик думати і планувати прості ситуації до початку дії на рівні, зрозумілому для наркозалежного, навчитися зупинятися, дивитися, слухати, думати до того, як почати діяти.

Спосіб теж має недоліки: недостатня ефективність, зумовлена різним рівнем сугестивності серед контингенту наркозалежних.

Відомий також спосіб комплексного лікування, який враховує клінічні форми перебігу гашишної наркоманії (стимулюючий, класичний, ейфоризуючий і псевдоепізодичний), вибраний за прототип. При лікуванні хворих стимулюючим варіантом гашишної наркоманії доцільно призначати транквілізатори (тазепам, седуксен, феназепам) у поєднанні з нейролептиками м'якої дії (сонапакс). Метаболічна терапія включає призначення гліцину. З обережністю призначаються також ноотропи. При класичному і ейфоризуючому варіантах, за відсутності розладів поведінки, протягом 7-10 діб лікувальні заходи обмежуються дезінтоксикацією і вітамінотерапією. При легкому абстинентному синдромі поєднують адреноблокатори (анаприлін, клофелін) з транквілізаторами та нейролептиками м'якої дії, при важкому - нейролептики (аміназин, тизерцин, пропазин) з транквілізаторами (феназепам, седуксен). Хворим з галюцинаторно-параноїдними розладами (псевдоепізодичний варіант) показані атипичний нейролептик лепонекс, нейролептики антипсихотичної дії мажептил, галоперидол, трифтазин. При депресивних розладах застосовують трициклічні антидепресанти (амітриптилін, анафраніл, меліпрамін). Застосовується парентеральне введення допаміну (25 мг допаміну внутрішньовенно, крапельно 1 раз на день). Допамін розчинюють у 400 мл 5-відсотковою глюкозою з аскорбіновою кислотою. Крапельниці повторюють протягом 3-х днів. Абстинентні розлади купіруються впродовж 10 хвилин з моменту ін'єкції. Хворі відчують припливи сил, поліпшення самопочуття, підвищення життєвого тону та настрою. Повністю редукуються прояви синдрому відміни та тяжкий психологічний стан пацієнта. Але задовільний психосоматичний стан зберігається впродовж однієї доби, після чого крапельне введення допаміну повторюється. При лікуванні пацієнтів із зазначеним варіантом гашишної наркоманії призначають також дезінтоксикаційну терапію (сольові розчини, глюкоза, гемодез, вітаміни з антиоксидантною дією). Перевагою використання пропонованого препарату допамін в порівнянні з відомими аналогами купірування абстинентного синдрому є відносна швидкість ефекту та можливість проведення психотерапевтичних процедур з перших днів лікування (Чухрова М.Г., Рыбалко О.В. Гашишная наркомания. - Изд-во "Анахарсис", 2002. - 64 с.).

Але недоліком даного аналога є також проблема поліпрагмазії та відсутність в схемі лікування гепатопротекторів.

Таким чином, загальним недоліком усіх перелічених способів є недооцінка реальної можливості при хронічній гашишній інтоксикації (куріння коноплі) уражень функцій печінки. Крім того, передбачена в багатокомпонентних фармакотерапевтичних схемах лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок споживання канабіноїдів викликає явища поліпрагмазії.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу інтегрованої терапії гашишної залежності, в якому за рахунок зміни схеми лікування, досягається адаптоване обмеження (мінімізація) багатоскладових стандартних комплексів, які містять велику кількість та дозування фармакологічних препаратів.

Поставлена задача вирішується в способі інтегрованої терапії гашишної залежності, який здійснюють шляхом медикаментозної терапії, згідно з корисною моделлю, додатково призначають гепатопротектор Л'есфаль по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові щоденно один раз на добу при курсі лікування 5-10 ін'єкцій та одночасно з Л'есфалем - гепатопротектор Антраль перорально у таблетках по 0,2 г 3 рази на день через 20-30 хв. після прийому їжі, з продовженням курсу Антралю до 3-4 тижнів, та, за необхідності, в подальшому повторення курсу Антралю через 3-4 тижні, мембранний плазмаферез, об'єм ексфuzованої плазми - від 800 до 1000 мл, тривалість процедури від 60 до 90 хв., при курсі лікування від 2 до 3 процедур з проміжками між процедурами 3-5 днів, антикревінговий метод біоадаптивного регулювання систем (Biofeedback) - від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку тривалістю кожного від 20 до 30 хв., апаратне забезпечення - комп'ютерна біоадаптивна регулююча система "БАРС-ПК" ХАРТРОН-АРКОС, зовнішній модуль - реоенцефалограма.

Спосіб здійснюється поетапно на фоні мінімізації традиційної патогенетичної детоксикаційної та симптоматичної фармакологічної терапії.

1. З метою купірування гашишного абстинентного синдрому пацієнту проводять найбільш ефективну на теперішній час детоксикаційну процедуру мембранного плазмаферезу з застосуванням одного з відомих апаратів (наприклад, "Гемофенікс", мембранний нанотехнологічний фільтр "Роса", об'єм ексфuzованої плазми - від 800 до 1000 мл, термін кожної процедури - від 60 до 80 хвилин, на курс - від 1 до 3 процедур (з інтервалом між процедурами 3-5 днів).

2. Гепатопротектори: Л'есфаль - по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові, щоденно один раз на добу, на курс 5-10 ін'єкцій; та одночасно з Л'есфалем - гепатопротектор Антраль перорально в таблетках по 0,2 г на один прийом через 20-30 хв. після їжі 3 рази на добу, з продовженням курсу Антралю до 3-4 тижнів, та, за необхідності, - повторення курсу Антралю через 3-4 тижні.

3. Антикревінговий (пригнічуючий потяг до наркотику) метод біозворотного зв'язку, психологічного (психофізіологічного) біоадаптивного регулювання систем (БАРС-терапія, Biofeedback) - від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку тривалістю кожного від 20 до 30 хв., апаратне забезпечення - комп'ютерна біоадаптивна регулююча система "БАРС-ПК" ХАРТРОН-АРКОС; зовнішній модуль - реоенцефалографія (Медицинская аппаратно-компьютерная биоадаптивная регулирующая система (система БАРС-ПК). Руководство по эксплуатации. Под ред. Чухриенко К.П., Харьков, 2010. - 141 с; Гончарова О.Ю. Применение метода биоадаптивного регулирования в комплексной терапии тревожных состояний при алкоголизме//Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених Харківської медичної академії післядипломної освіти. Харків, 2001. - С. 20-21).

Цілеспрямовані наукові нейрофізіологічні дослідження та багаторічний клінічний досвід свідчать про те, що у пацієнтів із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) періоди наявності та актуалізації загострення потягу до наркотику (як в період абстинентного синдрому, так і під час ремісії у передрецидивному періоді) супроводжуються чисельними, здебільш функціональними (тобто зворотними) вегето-судинними проявами (маркерами), особливо в сфері церебральної гемодинаміки. Так, доведено, що потяг до ПАР у наркозалежних об'єктивізується методом реоенцефалографії (РЕГ) суттєвим відхиленням від норми РЕГ-кривої (порушення форми та співвідношень анакроти та катакроти, уплощення верхівки кривої, зменшення або збільшення амплітуди, аномальне розташування дикротичного зубця - відхилення вгору або вниз, наявність додаткових зубців, асиметрія РЕГ-кривих "право - ліво", варіабельність, дистонічність кривої, полярне відхилення від норми в бік зменшення або збільшення площі РЕГ-кривої), що загалом в нейрофізіології трактується як порушення церебральної гемодинаміки у формі підвищення або послаблення тону мозкових судин, підвищення внутрішньочерепного тиску, вегето-судинна дистонія, прискорення або зменшення кровообігу, міжпівкульова асиметрія розподілу крові, церебральна гіпоксія та інші). Отже, ці

порушення є патофізіологічним підґрунтям ситуаційної наявності ваблення до ПАР та передумовами абстинентних розладів і подальшого рецидиву хвороби.

Таким чином, важливим концептуальним постулатом в обґрунтуванні БАРС-терапії (Biofeedback) є те, що однією з важливих патогенетичних ланок патологічного потягу до куріння гашишу є постінтоксикаційні порушення церебральних нейрофізіологічних механізмів регуляції та порушення церебральної гемодинаміки, які піддаються реєстрації електрофізіологічним методом РЕГ ("зовнішній модуль" системи БАРС-ПК), який підключається стандартними реоенцефалографічними електродами до шкіри голови пацієнта фронтально-мастоїдальним або фронтально-фронтальним відведеннями. Параметри керованого показника РЕГ комп'ютерною програмою реєструються, квантифікуються, опосередковуються та трансформуються у відеокольорові символи та тональні аудіосигнали. Візуалізація символів на моніторі та тональний супровід керованої РЕГ дає респондентові змогу методом біозворотного зв'язку, прийомами психологічних аутотренінгових зусиль, "витіснити" той колір і фоновий супровід, які символізують наявність у пацієнта потягу до наркотику, та "замінити" його на колір і фоновий супровід, які символізують норму церебральної гемодинаміки, тобто "відсутність потягу".

В системі БАРС-ПК умовно прийнято, що поліпшення кровонаповнення головного мозку (підвищення інтенсивності мозкового кровотоку) у процесі біоадаптивного регулювання викликає на екрані дисплея збільшення розмірів світіння верхнього поля (екран дисплея розділений на дві кольорові частини), при цьому відбувається і синхронне підвищення тональності мажорного музичного супроводу (акустичного зворотного зв'язку). Погіршення показників кровопостачання мозку викликає світіння нижнього поля і зниження тональності мінорного звукового супроводу. Стандартно в програмі встановлений колір верхнього сектора - зелений, а нижнього - червоний.

Пацієнт у процесі курсового тренінгу біоадаптивного регулювання систем, використовуючи спеціальні тренінгові рекомендації по саморегулюванню фізіологічних та патологічно змінених функцій організму, навчається самостійно пригнічувати ваблення до ПАР, попереджувати або купірувати псевдоабстинентний синдром, позбавлятися депресії, підвищувати працездатність, фізичну та психічну активність, регулювати свій артеріальний тиск, нормалізувати мозковий та центральний кровообіг. Запис каталогу кожного хворого дозволяє документувати результати лікувально-експрес-діагностичних досліджень та графічне зображення змін інтенсивності мозкового кровообігу в кожному сеансі і усунути за весь курс лікування на екрані ПК з виведенням на друк.

До складу комплексу "БАРС-ПК" входить прилад ЕРІП-ПК (електронний реоімпедансний перетворювач, котрий працює сумісно з персональним комп'ютером), електроди і блок живлення, що перетворює напругу мережі перемінного струму в напругу постійного струму. Одна з функцій блоку ЕРІП-ПК перетворення змін модуля між електродного імпедансу (опору) судин головного мозку, в електричні реосигнали, пропорційні інтенсивності кровонаповнення судин головного мозку. За допомогою спеціальної комп'ютерної програми вони відображаються на моніторі у вигляді кольорових смуг, наприклад, "червоного" (наявність потягу до наркотику) та "зеленого" кольору (відсутність потягу).

Кінцева ціль тренінгу складається в умінні максимально можливого засвічення секторів зеленого кольору і якомога довшого їх утримання, що психофізіологічно буде відповідати позитивним змінам загального статусу: зменшенню або зникненню ваблення до наркотику, появи психічного комфорту, зниженню нервової напруги, покращенню показників кровонаповнення головного мозку і поліпшенню показників РЕГ.

Після того, як пацієнт буде упевнено виконувати подібне завдання без комп'ютерної системи "БАРС-ПК", йому пропонується уявно викликати у себе ті відчуття, що були у нього під час сеансу при максимально відображеному зеленому свіщенні екрана. Це дасть йому можливість довільно в будь-який час методом аутотренінгу коригувати (купірувати) у себе психічний дискомфорт, ваблення до наркотику і т.д., тобто запобігати „зриву“ хвороби. Це і є кінцевою метою тренінгу. Курс лікування диференційований і включає від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку - Biofeedback. Тривалість сеансів складає від 20 до 30 хвилин.

Удосконалюючи індивідуальний підхід до вибору кольору на екрані дисплею ми за допомогою тесту Люшера попередньо визначали найбільш індивідуально приємний та неприємний для кожного пацієнта колір. У правій частині вікна "Лікувальний сеанс" за допомогою скролінгу (клавіша прокручування) пацієнт може вибрати для себе в якості позитивного кольору будь-яке забарвлення: зелене, блакитне, бірюзове та ін., яке асоціюється у нього з позитивними уявленнями. У нижній частині екрана він вибирає найбільш неприємний колір: коричневий, чорний, сірий і т.д., що асоціює з негативними уявленнями: вабленням до

наркотику, стан ломки, відміни і т.д. Одержані дані в програмі БАРС-ПК вставляли в режим „за замовчуванням” як кольори, які символізують наявність, або відсутність потягу до ПАР, після чого проводили сеанс.

5 Так, пацієнт, застосовуючи самовплив, самонавіювання за допомогою зміни тону м'язів, регуляції дихання, образного уявлення бажаних позитивних змін в організмі, наприклад, одужання намагається подумки витіснити нижній негативний колір, активізувати і збільшити засвічення верхнього позитивного сектора.

10 Умовно (по фізіологічному показнику зсуву гемодинаміки судин головного мозку в бік поліпшення або погіршення) знак "+" присвоюється полю верхнього сектора, а знак "-" нижнього. Кількість того чи іншого сектора свідчить про величину динаміки мозкового кровообігу. У приладі розміри полів відповідають межах від " -64 " до " + 64 " умовних одиниць.

15 Перед сеансом пацієнт адаптується до навколишніх обставин. Оцінюється 1-2 хвилинне фонове значення інтенсивності мозкового кровообігу по кольоровим полям на екрані. Після цього він одержує загальні цільові настанови по спрямованій регуляції параметра. В процесі лікування перед пацієнтом ставиться загальне завдання домогтися такого засвічення екрана, що відповідає позитивним зміщенням в системі кровообігу.

Лікар перед процедурою встановлює тривалість сеансу: від 10 до 30 хв. Дані про пацієнта та про результати сеансу заносяться в базу даних ПК, що дозволяє надалі отримати узагальнюючі дані про характеристики сеансів і отримати їх графічне відображення в динаміці.

20 Наші спостереження показали, що дієвою формою підвищення у хворого навичок саморегуляції фізіологічних (регулювання гемодинамічних показників мозкового та центрального кровообігу) та психологічних функцій організму (боротьбою з тривожно-депресивними станами, невротичною симптоматикою, з цереброваскулярною патологією, алко- і наркозалежністю) в процесі БАРС-терапії є попередня психотерапевтична підготовка пацієнта.

25 Для вирішення поставленої мети доцільно на початкових етапах підготовки до БАРС-терапії включити 4-5 занять по навчанню хворого основам аутогенного тренування. Основними її елементами є прийоми м'язової релаксації шиї, верхніх кінцівок. Самонавіювання направлено на зменшення нервової напруги, спазму судин, м'язів, угамування ваблення до ПАР.

30 Використовуються загальновідомі формули аутогенного тренування. Після проведення навчання безпосередньо приступають до сеансів БАРС-терапії.

35 Про високу ефективність способу свідчить наступний клінічний приклад. Пацієнт Н.Б.Г., вік 25 років, історія хвороби № 3210. На лікування до наркологічного стаціонару прийшов за своїм бажанням та за вимогами батьків з причини синдрому залежності від канабіноїдів, стану відміни. За допомогою до лікаря-нарколога звертається вперше. Мотиви госпіталізації - добровільне бажання позбутися залежності від паління коноплі ("марихуани", "гашишу").

Скарги: на головний біль, стан напруги, тривоги, знижений настрій, загальну слабкість та сильне, нав'язливе, нестримне, компульсивне бажання курити коноплю.

40 Анамнез життя. Пацієнт з сім'ї службовців, єдиний син. Ранній розвиток без особливостей. В дитинстві ріс енергійним, допитливим та "настирним хлопцем". Мав багато друзів, з якими, бувало, прогулював заняття, допускав деякі інші порушення дисципліни. Мав схильність до ризику та "смаку небезпеки", у деяких епізодах життя був схильний до "авантюристичності" дій. Але попри всього був здібним і розвиненим. Освіта вища: добре закінчив середню школу та політехнічний інститут. В армії України не служив, тому що навчався на військовій кафедрі інституту. Неодружений. Проживає в сім'ї з батьками. Раніше працював у фермерському господарстві. Зараз не працює з причини наркотизації, іноді допомагає батькові. Збирається одружитися, але наречена і батьки наполягають на превентивному лікуванні у нарколога.

45 Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, епілептичні напади заперечує. У 7-річному віці переніс черепно-мозкову травму з утратою свідомості ("в школі впав і вдарився головою"), лікувався в лікарні. Алергоанамнез не обтяжений. Курить тютюн.

50 Наркологічний анамнез. Рано почав палити тютюн. Доволі рано (з 14 років) вже палив сигарети систематично. В теперішній час викурює від 20 до 40 сигарет на добу. Орієнтовно в цей період життя, завдяки своїм психологічним рисам ("підвищена пошукова активність"), також з 14 років, епізодично почав в компанії товаришів курити коноплю. З перших спроб, маючи індуковану однолітками мотиваційну налаштованість на "кайф", відчув ознаки ейфорії. Стан гашишної інтоксикації сподобався. Через короткий проміжок часу вже палив коноплю ("травку") систематично 1-2 рази на місяць, а потім (з 16 років) - почав палити щоденно, а іноді по декілька разів на день. Поступово зросла частота паління конопель до 2-3 разів на добу, а потім і разова доза від 2 до 4 сигарет.

60 Своє прилучення до конопель суб'єктивно не оцінював як залежність, вважаючи, що свою звичку зможе кинути легко і в будь-який час. У цей же період почав пробувати різні інші

наркотичні речовини (героїн, амфетаміни, галюциногени, опіоїди), однак наркотичний ефект від них не сподобався, перевагу надалі віддав споживанню конопель, "подобалися" розслабленість, веселість, відсутність проблем, легкість у спілкуванні". Вживання ін'єкційних наркотиків категорично заперечує, що підтверджує і батько пацієнта.

Лише за останні 2 роки остаточно зрозумів, що "сидить на системі". За відсутності конопель або при самостійних спробах припинити наркотизацію з'являлися дратівливість, подавлений та тривожний настрій, метушливість, психічний дискомфорт, прояви агресивної поведінки до батьків, загальна слабкість, тремор пальців рук, відсутність апетиту, безсоння. "Нічого не хотілось робити, навіть "сидіти в Інтернеті". Потяг до наркотику став нестримний, компульсивний, ситуаційний і кількісний контроль втрачені. Але повторне паління коноплі в звичній дозі вже не давало колишньої ейфорії, яку пізнав на перших етапах наркотизації. Навпаки, після паління з'явилися слабкість, зниження настрою, запальність, дратівливість, небажання нічого робити, кинув роботу, "стало нецікаво, нудно", зіпсувалися відносини з нареченою, став ще більше конфліктувати з батьками. Неодноразово безуспішно пробував припинити наркотизацію, "вдавалися лише нетривалі перерви", намагався поступово знизити кількість викурених сигарет з коноплею, але поновлював наркотизацію знову.

В останній рік приєдналися тривожно-депресивні порушення. Став погано спати (сонливість вдень і безсоння вночі), постійно відчував слабкість, з'явилися болі в серці, печінці, кашель, утруднене дихання. Нав'язливі думки про наркотик не залишали його ніколи, епізодично знов поновлював пошук інших ("більш міцних") наркотичних засобів, але знову повертався до канабіноїдів, ваблення до яких він продовжував ідентифікувати як нав'язливе і невідступне.

Всі ці обставини (нестримний потяг до наркотику та хронічне його споживання, дискомфортний залежний стан, фінансові проблеми та проблеми зі здоров'ям, скандали вдома та ультиматум нареченої, втрата соціального статусу, неспроможність працювати) стали мотивом власного бажання пацієнта позбутися наркоманії.

Останнє вживання конопель - напередодні перед госпіталізацією, протягом останнього року - куріння конопель щодня.

Соматичний статус. Нормостенічної статури, шкірні покриви чисті, без висипань. Периферичні вени наповнені, без шрамів та ознак ін'єкційного введення наркотиків. В легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, пульс 72 уд./хв. А/Т 120/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, болісна при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Неврологічний статус. Грубої локальної та менингеальної симптоматики не виявлено. Зіниці D=S, реакція на світло трохи загальмована. Ністагм не визначається. Повіки птозовані, носогубний трикутник згладжений.

Сухожильні рефлексy D=S знижені. В позі Ромберга стійкий. Гіпергідроз задовільний. Тремор пальців витягнутих рук, координаційні проби виконує.

Психічний статус: Свідомість ясна. Мовний контакт продуктивний. На питання відповідає стримано, але відношення до бесіди з лікарем взагалі позитивне. Мова чітко модульована, але її темп трохи знижений. Когнітивних розладів стосовно пам'яті, словарного запасу, суджень та абстрактного мислення не виявлено. Фон настрою знижений, понурий. Занепокоєний своїм станом. Обличчя гіпомімічне. Емоційно тьмянний. Рухова активність адекватна, відповідає обставинам. Критика до свого стану формальна, але до лікування виказує позитивне ставлення.

На основі скарг, анамнезу, об'єктивного огляду був поставлений діагноз синдром залежності від канабіноїдів, вживання в теперішній час. F.12.24.

Клінічний аналіз крові: гемоглобін 170 г/л, лейкоцити 6,0 г/л, ШОЕ 1 мм/год., нейтрофіли паличкоядерні 3 %, сегментноядерні 51 %, еозинофіли 1 %, базофіли 2 %, лімфоцити 37 %, моноцити 6 %.

Загальний аналіз сечі: питома вага 1017, білок, цукор не виявлені.

Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 10,5 мкмоль/л, АлАТ 0,7 ммоль/чхл, АсАТ 0,42 ммоль/чхл, лужна фосфатаза 1386,6 н/моль/схл, ГГТ 0,61 мккат/л, загальний білок 77,7 г/л, тимолова проба 2,78 од, β-ліпопротеїди 32 ум. од, загальний холестерин 4,06 ммоль/л.

На ЕЕГ мають місце окремі ознаки пароксизмальної готовності в формі спайок. На ЕхоЕГ: М-ехо S-71 мм, D-78 мм, різниця 7 мм.

Медичні призначення: Додатково до стандартної медикаментозної терапії (розчин 4 %-10,0 глутаргіну + 200,0-0,9 % хлориду натрію внутрішньовенно № 8, реосорбілакт 200,0 в/в № 8, вітамекс 2,0 в/м № 10, вит. С 4,0 в/в № 10, магнію сульфат 5,0 в/м № 10, труксал 50 мг н/н № 5, були призначені гепатопротектори Л'есфаль 5,0 на аутокрові, внутрішньовенно, № 10, Антраль 1т x 3 рази № 14.

З метою купірування гашишного абстинентного синдрому пацієнту проведено 2 сеанси інтенсивної детоксикації методом мембранного плазмаферезу з застосуванням апарата "Гемофенікс" і мембранного нанотехнологічного фільтра "Роса", об'єм ексфузованої плазми на першому сеансі 800 мл, термін процедури 70 хвилин, на другому - 1000 мл, термін 70 хвилин, інтервал між процедурами 4 дні).

Був призначений також курс БАРС-терапії № 10. Пацієнту проведена психотерапевтична підготовка в формі навчання елементам аутогенного тренування з метою налаштування на відмову від подальшої наркотизації, пригнічення ваблення до гашишу.

Перші два сеанси пацієнт при звичався до методики, апаратури. Намагався досягнути зв'язок між своїм внутрішнім станом, думками, позою, ритмом дихання та відображенням кольорового засвічення на екрані монітора. Лікар після процедури вносив корективи до сеансу. Сумісно з пацієнтом оцінювали графік, робили висновки. На комп'ютерному графіку після першого сеансу БАРС спостерігалось суттєве переважання засвічення червоного кольору, тобто показники графіку були майже всі нижче ізоїнії, що опосередковано вказувало на знижену інтенсивність мозкового кровообігу та наявність значного потягу до наркотику, що пацієнт підтверджував.

Уже на третьому сеансі БАРС-терапії пацієнт заперечував ваблення до наркотику, виказував більш категоричні наміри залишити наркотизацію, вести здоровий образ життя. В процесі сеансу шукав еквівалентний психологічний символ, що замінював клінічні ефекти від паління сигарети з наркотиком. Система "БАРС-ПК" зареєструвала суттєве покращення показників мозкового кровообігу, тобто крива графіку свідчить про засвічення переважно зеленого кольору над ізоїнією.

Подальші сеанси БАРС-терапії закріпили стан нормалізації показників РЕГ, що співпало з відсутністю ознак потягу до куріння коноплі. Пацієнт досить впевнено формував на екрані приладу позитивне (зелене) світло, що об'єктизувало психофізіологічний стан особи з відсутності ваблення до наркотику. Завершенні курсової БАРС-терапії пацієнт засвоїв безапаратну модифікацію аутотренінгу.

Визначено, що оптимальним часом тренінгу на кожному БАРС-сеансі є 20-30 хвилин. Надмірне за часом тренування (більше 30 хвилин) може виснажувати пацієнта, і на графіку можуть знову з'явитись ознаки експозиційного погіршення цереброваскулярних показників.

Таким чином, наші дослідження свідчать про те, що за допомогою апаратно-комп'ютерної біоадаптивно регулюючої системи, котра надає високу інформативність динаміки інтенсивності мозкового кровообігу, за даними параметрів РЕГ, можливість впливу на стан хворого, що дозволяє мобілізувати внутрішні психологічні резерви для купірування ваблення до ПАР, дають наглядну і об'єктивну інформацію лікарю про позитивні зміни клініко-фізіологічних функцій організму пацієнта.

По закінченні лікування стан пацієнта значно покращився, нормалізувався сон і апетит, став значно активніше, багато читає, дивиться фільми, з'явилася критика до свого стану, налаштований на повну відмову від наркотиків, відразу ж після виписки планує знайти роботу, наступного року створити сім'ю. Користується психологічною підтримкою майбутньої дружини. За результатами обстеження відбулося поліпшення в біохімічному аналізі крові (знизився рівень загального білірубину, АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази, тимолової проби, за результатами проведення повторної електроенцефалографії значно зменшилось кількість спайок, підвищилася оцінка за всіма показниками: тесту САН ("Самопочуття", "Активність", "Настрій"): "Самопочуття" 5,2 бала, "Активність" 3,6 бала, "Настрій" 4,2 бала; по завершенню лікування: "Самопочуття" 6,8 бала, "Активність" 5,6 бала, "Настрій" 5,4 бала.

Виписаний через 15 днів лікування, дані рекомендації щодо застосування гепатопротекторів Л'есфаль, Антраль в амбулаторних умовах та елементів біоадаптивного регулювання в рецидивонебезпечних клінічних ситуаціях.

Катамнез: 6 місяців. Наркотики не вживає. Працює. Соціально адаптований.

Таким чином, запропонований спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності дозволяє шляхом мінімізації традиційної патогенетичної детоксикаційної та симптоматичної фармакологічної терапії значно покращити стан пацієнтів.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності, який здійснюють шляхом медикаментозної терапії, який **відрізняється** тим, що додатково призначають гепатопротектор Л'есфаль по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові щоденно один раз на добу при курсі лікування 5-10 ін'єкцій та одночасно з Л'есфалем - гепатопротектор Антраль перорально у таблетках по 0,2 г 3 рази на день через 20-30 хв. після прийому їжі, з продовженням курсу Антралю до 3-4 тижнів, та, за необхідності, в подальшому повторення курсу Антралю через 3-4 тижні, мембранний плазмаферез, об'єм ексфузованої плазми - від 800 до 1000 мл, тривалість процедури від 60 до 90 хв., при курсі лікування від 2 до 3 процедур з проміжками між процедурами 3-5 днів, антикревінговий метод біоадаптивного регулювання систем (Biofeedback) - від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку тривалістю кожного від 20 до 30 хв., апаратне забезпечення - комп'ютерна біоадаптивна регулююча система "БАРС-ПК" ХАРТРОН-АРКОС, зовнішній модуль - реоенцефалограма.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601