

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до наркології, і може бути використаний для лікування хворих, що страждають алкогольною залежністю із супутньою церебральною судинною недостатністю.

Відомий спосіб лікування алкоголізму, що полягає в створенні негативного умовного рефлексу на алкоголь за допомогою сугестивних повторів з гіпнотичним впливом [1]. Для цього проводять колективне заняття з 25-35 пацієнтами одночасно протягом 2-2,5 годин. Після цього пацієнту проводять подразнення блукаючого і трохітлового нервів шляхом механічної дії на точки Валле на протязі 2-5с. Потім зрошують поверхню зівя й порожнину рота хлоретилом 0,2-0,3мл протягом 1-2с.

Незважаючи на те, що спосіб і забезпечує досягнення гарних результатів у лікуванні алкоголізму, він має ряд недоліків. Так, після проведення такого лікування у випадку поновлення вживання алкоголю у хворих нерідко виникають різні психогенні функціональні порушення діяльності різних систем організму.

Відомий спосіб лікування алкогольної, нікотинової та наркотичної залежності за допомогою багатоетапної психотерапії, підкріпленої рефлексотерапією, при цьому створюють позитивну установку на відмову від прийому алкоголю, наркотиків, змінюючи процеси обміну речовин в організмі [2]. Спосіб дозволяє підвищити ефективність лікування алкогольної, нікотинової та наркотичної залежності.

Даний спосіб може бути застосований для лікування хворих, що протягом 2-х тижнів не вживають алкоголь, нікотин, наркотики, тобто виключається можливість надання допомоги хворим, що знаходяться в стані абстиненції. Витримати такий термін без уживання наркотиків і алкоголю хворі практично самотійно не можуть.

Найбільш близьким до заявленого технічного рішення є спосіб лікування хронічного алкоголізму або наркоманії, що є найбільш близьким до запропонованого рішення [3].

Суть способу полягає в створенні негативного умовного рефлексу на алкоголь за допомогою групового й індивідуального сеансу психотерапії з використанням високого рівня сугестивності в період абстиненції, медикаментозної терапії за показанням, спрямованої на усунення психотичної симптоматики й ослаблення абстиненції до рівня сомато-вегетативних проявів. Після цього в ході групового сеансу підвищують реактивну й особистісну тривожність шляхом використання емоційно-стресової психотерапії. Потім проводять індивідуальний сеанс емоційно-стресової психотерапії, під час якого підсилюють рівень тривожності і формують психологічну установку на відмову від алкоголю.

Спосіб забезпечує досягнення гарних і стабільних результатів у лікуванні, але він має ряд недоліків: неможливо використовувати у хворих із супутньою церебральною судинною недостатністю, оскільки підвищення тривожності веде до наростання декомпенсації церебрального кровообігу. Складність і стійкість клінічних проявів у період абстиненції у цієї категорії хворих виключають використання будь-яких дезадаптуючих факторів, у тому числі посилюючих рівень реактивної й особистісної тривожності. Відсутність комплексного підходу до лікування, перенесення акценту терапії переважно на психотерапевтичні методи знижує ефективність лікування, вимагає проведення повторних сеансів. З закінченням курсового лікування припиняється психотерапевтичний контакт із пацієнтом, що істотно впливає на тривалість ремісії.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування алкогольної залежності, у якому за рахунок використання динаміки мотивації відношення до алкоголю досягається нейтральне або негативне відношення до нього, що формує тривалу установку на тверезість.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, в способі лікування алкогольної залежності, який відрізняється тим, що після проведення 10-денного курсу медикаментозної терапії використовують електропунктурну терапію за Р. Фоллем з урахуванням патогенезу церебральної судинної недостатності, призначають сеанси гетеротренінга по 30-40 хвилин на протязі 10-12 днів, після цього відразу повторюють курс електропунктурної терапії за Р. Фоллем, потім перед імплантацією препарату "еспераль" проводять емоційно-стресову психотерапію з пасивною фіксацією пацієнтом "ключових слів" навіювання, повторюють емоційно-стресове навіювання в період імплантації і після неї на протязі 5-7 днів щоденно, потім проводять перед випискою пацієнта психотерапевтичне навіювання та видають пам'ятку, у тексті якої знаходяться "ключові слова", надалі у період ремісії хворий продовжує займатися аутогеним тренуванням, перечитує пам'ятку 2-4 рази на рік для відновлення сигнального значення "ключових слів".

Саме за рахунок того, що послідовно проводять медикаментозну терапію, електропунктурну терапію за Р. Фоллем, гетеротренінг, емоційно-стресову психотерапію, імплантацію препарату "еспераль" забезпечується комплексний вплив на різні ланки патогенезу захворювання, значно зменшується виразність церебральної судинної недостатності як фактора, що декомпенсує стан хворого під час ремісії. Це дозволяє дезактуалізувати потяг до алкоголю, забезпечує досить швидкий вихід із абстинентного синдрому, приводить до формування нейтрального або негативного відношення до алкоголю і формуванню твердої установки на тверезість на заданий термін (5 років).

Спосіб здійснюють таким чином.

Протягом 10 днів проводять медикаментозну терапію, спрямовану на лікування психопатологічних розладів і сомато-вегетативних проявів абстинентного синдрому, проявів декомпенсації церебральної судинної недостатності і формування нейтрального або негативного відношення до алкоголю.

Відібраних для лікування хворих розділяють на три групи в залежності від етіології церебральної судинної недостатності (атеросклероз церебральних судин, гіпертонічна хвороба, остеохондроз шийного відділу хребта).

У кожній із груп проводять по два курси специфічних для кожної групи сеансів електропунктурної терапії за Р. Фоллем (кожен курс складається з 10-12 процедур). Лікування спрямоване на нормалізацію діяльності внутрішніх органів, компенсацію церебральної судинної недостатності, розвиток і закріплення нейтрального або негативного відношення до алкоголю.

Між курсами електропунктурної терапії за Р. Фоллем проводять протягом 10-12 днів сеанси гетеротренінга, кожен із яких триває 30-40 хвилин, за рахунок чого формуються навички регуляції сомато-вегетативних реакцій, закріплюється нейтральне або негативне відношення до алкоголю.

У ході індивідуального сеансу емоційно-стресової психотерапії напередодні імплантації препарату "еспераль", коли різко зростає рівень тривожності пацієнта, за рахунок чого підвищується сугестивність хворого, формується тверда установка на тверезість. Психотерапевтичне навіювання проводиться на висоті емоційного підйому, коли формується зона рапорту. Навіювання проводять буденним голосом шляхом кількаразового використання "ключових слів" під час розповіді про стан пацієнта, особливостях його поведінки в майбутньому, та відношення до алкоголю: "Алкоголь для Вас байдужий. Алкоголь для Вас не існує. Усі п'ять років Ви будете байдужі до алкоголю".

Навіювання продовжується під час імплантації препарату "еспераль".

Навіювання кількаразово повторюється протягом п'яти-семи сеансів емоційно-стресової психотерапії, що проводиться під час перев'язок.

Перед випискою із стаціонару пацієнту проводиться заключне навіювання і видається пам'ятка, де в текст вставлені "ключові слова".

Пацієнту рекомендується продовжувати заняття аутогенним тренуванням періодично 2-4 рази на рік переробляти пам'ятку для актуалізації сигнального значення "ключових слів".

У випадку появи після лікування потяга до алкоголю хворим рекомендується проводити заняття аутогенним тренуванням більш інтенсивно та звертатися за консультацією. Це дозволяє в разі потреби проводити додатковий вплив з метою продовження ремісії.

Таке психотерапевтичне потенціювання, особливо важливе для хворих із супутньою церебральною судинною недостатністю, так як забезпечує формування нейтрального або негативного відношення до алкоголю і твердих установок на тверезість.

Запропонований курс терапії розрахований на 40-45 днів.

Ефективність лікування складає ремісія до 5 років у 100% хворих.

Приклади конкретного виконання способу.

1. Хворий К., 42 роки, освіта середня спеціальна. Працює техніком. Спадковість, обтяжена алкоголізмом батька. Страждає гіпертонічною хворобою II А. Синдром залежності з 30 років. Лікувався двічі звичайними методами. Ремісії до 2-3 місяців. Останнє вживання алкоголю - 12 годин назад. Відзначає дратівливість, пітливість, потяг до алкоголю, АТ - 180/110 мм рт.ст.

Хворому проведено лікування запропонованим методом. Ремісія склала 5 років, на протязі якої через два роки було проведено профілактичне лікування запропонованим методом.

2. Хворий К., 55 років, освіта вища. Працює інженером. Спадковість не обтяжена. Синдром залежності 17 років. Лікувався двічі звичайними методами. Ремісії до 6 місяців. Госпіталізований у стані абстинентного синдрому. При обстеженні у стаціонарі виявлені ознаки атеросклерозу судин головного мозку. Проведено лікування запропонованим методом. Після лікування спостерігалася нормалізація психічного і соматичного стану, формування твердих установок на тверезість.

У результаті лікування хворий протягом 5 років не вживав алкоголь.

3. Хворий Л., 49 років, освіта середня спеціальна. Працює фельдшером. Спадковість не обтяжена. Синдром залежності з 35 років. Лікувався чотири рази звичайними методами. Ремісії до 3-6 місяців. Останнє вживання алкоголю - 20 годин назад. У стаціонарі при проведенні комплексного обстеження були виявлені симптоми шийного остеохондроза, що підтверджено рентгенографічно. А також виявлені симптоми церебральної судинної недостатності, зумовленої остеохондрозом шийного відділу хребта.

Хворому проведено лікування запропонованим методом. Ремісія склала 5 років, на протязі якої хворому було проведено профілактичне лікування (другий і третій роки ремісії).

У порівнянні з прототипом запропонований спосіб лікування алкогольної залежності у хворих із супутньою церебральною судинною недостатністю дозволяє досягти більш стійкої і тривалої терапевтичної ремісії.

Література:

1. Довженко А.Р. Организация стресс-психотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Метод, рекомендации. М., 1984, с.7.
2. Патент РФ М- 2034576, кл. А61М21/00, опубл. 10.05.95.
3. Патент України №18878, кл. А61М21/00, опубл. 25.12.97.