



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21552 (13) U

(51) МПК (2006)

A61M 21/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

1

2

(21) u200610924

(22) 16.10.2006

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Сосін Іван Кузьмич, Слабунов Олег Степанович, Чуєв Юрій Федорович, Ломакін Сергій Григорович, Друзь Олег Васильович, Тараненко Сергій Іларіонович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування алкогольної залежності шляхом проведення сеансу психотерапевтичного опосередкування введення програми, під час якого здійснюють мануальний пресорний вплив на точки Валле, імперативно закидають голову пацієнта й зрошують зів препаратом, який **відрізняється** тим, що зрошення зіва здійснюють рідким азотом у дозі 0,2-0,3 мл протягом 1-2 секунд.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до наркології, і може бути застосована для лікування хворих з алкогольною залежністю.

Одним із принципів лікування пацієнтів з алкогольною залежністю є застосування відомих і розповсюджених у наркології методик стресової психотерапії при алкогольній залежності. Стрижневою процедурою всіх таких методик є непряме або опосередковане вселяння розладів здоров'я у випадку порушення стану тверезості та заборони споживання алкоголю.

Відомий спосіб активної антиалкогольної терапії, запропонований А.Р.Довженко [Довженко А.Р. Організація стрессопсихотерапии хворих алкоголізмом в амбулаторних умовах. Методичні рекомендації Мінздраву СРСР.- 1984.- 12с].

Спосіб базується на гіпнотичному вселянні уведеного коду (установки) на тверезе життя, що підкріплюється викликанню відразу до алкоголю й страхом можливих наслідків при порушенні режиму тверезості. Неодмінною умовою лікування даним способом є інформована згода пацієнта лікуватися, а також повне утримання від уживання алкогольних напоїв перед кодуванням.

Лікування здійснюється поетапно. На підготовчому до лікування етапі на пацієнта здійснюється непрямий вплив навколишнього середовища (позитивні відклики хворих, що пройшли цю методику, напрямок на лікування, обстановка й оформлення медичних кабінетів, стенди, плакати, фотографії в залах чекання й ін.). Кульмінацією підготовчого етапу є зустріч із лікарем-психотерапевтом - особистістю, що надасть йому необхідну допомогу. А

завершенням цього етапу є підтвердження хворим всіх умов лікаря, у тому числі необхідності повного утримання від прийому спиртних напоїв.

Наступним, послідовно виникаючим завданням психотерапевта, є конкретне пояснення, яким образом хворий буде врятований від пагубної пристрасті, у чому полягає сутність методу лікування. Тут, у популярно-науковій формі, лікар роз'яснює зміст наступного, третього етапу методики - "кодування". До відомості хворих доводить, що буде застосований "гіпнотичний вплив" й інші терапевтичні процедури, що становлять у цілому саму процедуру "кодування" на запитану самим хворим тривалість утримання від алкоголю ("рік", "два", "три", "все життя"). У хворого формується домінанта усвідомлення невідворотності негативних наслідків при недотриманні режиму тверезості й зобов'язань, зазначених у терапевтичній розписці. Семантичним ядром методу А.Р.Довженко є формула вселяння, що полягає в тім, що від недуги хворого рятує воля не самого хворого, а воля психотерапевта. Ця установка принципово відрізняється від традиційного використання волі самого пацієнта для подолання хвороби. Приймаючи волевове рішення про необхідність лікування, визначивши самостійно мінімальний термін повного утримання від алкоголю, хворий повністю довіряється лікареві й діє у згоді з його вказівками.

Терапевтична технологія третього (заключного) етапу лікування складається в проведенні фізичних маніпуляцій (мануальний пресорний вплив на крапки Валле й зрошення зіва хлоретилом), які за допомогою прийомів опосередкованого вселян-

(13) U

(11) 21552

(19) UA

ня трактується як "введення антиалкогольного коду", "кодування".

Є доведеним, що у випадку вживання алкоголю "закодованими" хворими виникають різноманітні функціональні розлади. Більшу частину цих розладів можна кваліфікувати як транзиторні тривожно-депресивно-іпохондричні реакції й стани. Їхня виразність коливається від деякої тривожності, помірних соматичних дисфункцій, що імітують вісцеральну патологію, до тривожно-іпохондричного раптусу, грубих, небезпечних для життя вегетативних порушень, розладів свідомості, функціональних паралічів.

Використання хлоретилу для опосередкування психотерапевтичного впливу не завжди забезпечує стабільну і тривалу ремісію.

Метод А.Р.Довженко неодноразово вдосконалювався, коли новизна емоційно-стресового впливу забезпечувалася, з одного боку, за рахунок модифікації психотерапевтичної його складової. Так, у цю методику запропоновано включати сеанс гіпнозичного трансу по системі М.Еріксона, що підвищує ефективність лікування [Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом (Программирование). Пособие для врачей-наркологов и психотерапевтов. Издание второе. - М.: Издательство "Гениус", 2005. - 64 с.).

З іншого боку, метод модифікувався шляхом вибору інших факторів для психотерапевтичного опосередкування з метою кодування (наприклад, з використанням складної електронної, магнітної, лазерної й іншої апаратур, а також опосередкування різного класу фармакологічних препаратів, аж до міорелаксантів короткої дії).

Відомий спосіб "індивідуального програмування", обраний як прототип, що відноситься також до стресопсихотерапії і є еволюційною модифікацією методу А.Р. Довженко [Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом (Программирование). Пособие для врачей-наркологов и психотерапевтов. Издание второе. - М.: Издательство "Гениус", 2005. - 64с.]. Відмінною рисою даного способу в тім, що психотерапевтичне опосередкується введення не коду (кодування), а програми (програмування). Фактором опосередкування, як й у методі А.Р.Довженко, є мануальний пресорний вплив на крапки Валле, імперативне закидання голови пацієнта й зрошення зіву препаратом хлоретил (у загальномедичній практиці - кріогенний засіб купірування болі). Кількість хлоретилу на процедуру становить 3-5мл, експозиція зрошення 1-2сек.

Разом з тим як аналоги, так і прототип мають однотипні недоліки. "Кодування" й "програмування" дає позитивні результати лише в разі наявності сугестивності та гіпнабільності пацієнтів. Є також обмеження в застосуванні методів (наявність важкої коморбідної соматичної патології, віковий фактор, алкогільна деградація особистості й ін.).

До недоліків даного терапевтичного підходу відноситься можливість появи стану оглушення й дезорієнтації безпосередньо після процедури програмування. До віддалених наслідків методу відносять можливість формування затяжних, що вимагають терапевтичної корекції, депресивних станів і соматоформних розладів.

Основною перешкодою широкого використання методів як кодування, так і програмування в Україні є відсутність препарату хлоретил.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування алкогільної залежності, в якому за рахунок зміни препарату для психотерапевтичного опосередкування, досягається отримання тривалої та стабільної ремісії.

Поставлена задача вирішується в способі лікування алкогільзму шляхом проведення сеансу психотерапевтичного опосередкування введення програми, під час якого здійснюють мануальний пресорний вплив на крапки Валле, імперативне закидають голову пацієнта й зрошують зіву препаратом, згідно з корисною моделлю, зрошення зіву здійснюють рідким азотом у дозі 0,2-0,3мл протягом 1-2 секунд.

В якості такого засобу нами був обраний широко відомий у практиці, стоматології, косметології метод кріозрошення (кріорозпилення, кріоаплікації) з використанням рідкого азоту. Метод у наркології може бути легко відтворено й широко впроваджено, по-перше, у зв'язку з індивідуальними особливостями й нешкідливістю рідкого азоту й, по-друге, наявністю в арсеналі медичної апаратури численних портативних апаратів кріорозпилення серійного виробництва [наприклад, "Кріорозпилення КР-2"; "Апарат для локальної кріотерапії "Кріомед-02"; "Апарат Кріо-іней"; "Кріоаплікатор азотний дерматологічний КАД-5"; "Апарат кріогенний КРІО-05"; "Портативний апарат на рідкому азоті ERBOKRYO-Derm"]. Критерієм безпеки є також той факт, що режим роботи даних й аналогічних їм апаратів базується на низькому тиску кріорозпилення.

У способі, що заявляється, кріорозпилення (кріозрошення) здійснюється в обсязі 0,2-0,3мл рідкого азоту на область слизуватої зіву й порожнини рота протягом 1-2сек. Метод передбачає також мануальний пресорний вплив на крапки Валле пацієнта безпосередньо перед й у процесі кріозрошення. Накопичений досвід лікування алкогільної залежності по даному способу показав, що він, перевершує спосіб аналог й спосіб-прототип по швидкості купірування потягу до алкоголю, якості й тривалості ремісії.

Клінічний приклад. Хворий Д.О., 53 років з'явився на прийом до нарколога в супроводі матері зі скаргами на загальну слабкість, нездужання підвищену пітливість, тремтіння у всьому тілі, відсутність апетиту, безсоння, неможливість "утриматися" від прийому алкоголю впродовж останніх 3 тижнів. У момент госпіталізації: орієнтований у місці, часі й власній особистості. Контакт із хворим трохи утруднений через надмірну фіксацію на хворобливих відчуттях, хоча формальних психотичних порушень не виявляє. Просить про допомогу у виведенні його із запійного стану, у процесі бесіди періодично на очах - сльози.

Соматичний стан: середнього росту, зниженого харчування. Шкірні покриви гіперемовані, ін'єкція судин склер і слизуватих. З рота різкий запах "перегару". Тони серця ритмічні, тахікардія до 120уд. у хв., АТ - 180/120ммрт.ст. Живіт злегка роздутий, хворобливий при пальпації в правому

підребер'ї й епігастрії. Нижній край печінки на 2 см нижче краю реберної дуги.

Неврологічний стан: тремор усього тіла, хитання в позі Ромберга, пальце-носова проба із промахуванням ліворуч і праворуч. Очні реакції мляві, S=D. Сухожильні рефлекс з рук і ніг S=D підвищені, з розширеними зонами викликання. Загальний гіпергідроз.

Анамнез життя: з родини службовців, перша дитина із двох дітей. Батько, за словами хворого, "любив випити", кілька разів лікувався від горілки, вмер у віці 42 років від хвороби печінки. Після смерті батька мати одна виховувала дітей (син і дочка).

Етапи раннього дитинства без особливостей. Ріс міцним і здоровим, болів украй рідко. Туберкульоз, венеричні захворювання, хворобу Боткіна, черепно-мозкові травми заперечує. У школі вчився непогано, був твердим "хорошистом", мав схильності до гуманітарних наук, брав активну участь у всіх видах художньої самодіяльності, у зв'язку із чим мав кличку "артист", грав на декількох музичних інструментах. Два роки навчався на театральному відділенні престижного Московського інституту, служив в армії протягом двох років з 1968 по 1970 рр. Служба пройшла легко, «тому що останні півтора року був учасником відомого армійського артистичного колективу». Після служби працював у масовці одного з міських театрів, учився в інституті мистецтв. З 5-го курсу був відрахований через академічні заборгованості. Перебивався випадковими заробітками, брав участь у різних весільних і похоронних заходах. Був двічі одружений, від першого шлюбу має дочку, однак взаємин з нею не підтримує. Живе в однокімнатній квартирі з матір'ю, взаємини з якою в останні роки носять конфліктний характер. «Мати давно збирається піти до дочки, однак ніяк не зважитися - боїться втратити квартиру».

Анамнез захворювання: перше знайомство з алкоголем у віці 6-7 років, коли вдвох з однолітком під час батьківського застілля нишком "спробували" горілку. Пам'ятає, що після цього два - три дні провів у лікарні. У шкільні роки почав вживати алкогольні напої епізодично, коли «під час застілля наливав батько». Сильно напився на випускному вечорі після закінчення 8 класу. Систематично став зловживати алкоголем під час служби в армії, випивки відбувалися із частотою 2-3 рази на тиждень, вживав переважно горілку 0,3-0,5л за вечір. Синдром похмілля сформувався в середині 70 років, запої із середини 80 років. Мати й дружини намагалися із цим боротися. Близько 10 разів лікувався в стаціонарі, два рази "підшивався" ремісії відповідно 1,5 року й 2 місяці. Одержував умовно-рефлекторну терапію з апоморфіном й еметиним, 3 рази вводили "Торпедо" - тривалість ремісій ма-

ла тенденцію до постійного зменшення. Останні 4 роки від медичної допомоги відмовлявся, намагався виходити із запоїв самостійно шляхом зниження доз і частоти прийому алкоголю. Дійсна госпіталізація у зв'язку з категоричною відмовою матері від подальшого подібного способу життя й повною неможливістю самостійно перервати запій.

Діагноз при госпіталізації: Синдром алкогольної залежності (шифр F 10.3 по МКБ 10).

У стаціонарі хворому був проведений курс масивної детоксикаційної, симптоматичної й загальнозміцнювальної терапії (розчин реосорбілакту 200,0 внутрішньовенно, крапельне, №3; розчин тіосульфату натрію 30% - 5,0 внутрішньовенно №10; медихронал усередину; розчин магнію сульфату 25% -10,0 внутрішньом'язово, через день, №8; сібазон 2,0 двічі в день, внутрішньом'язово, №3; феназепам 2 таблетки на ніч, №4; спазмолітики, гіпотензивні препарати, вітамінотерапія й ін. Медикаментозна терапія сполучалася з немедикаментозними методами - внутрісудинний лазерний вплив (№ 6) і щоденними сеансами раціональної психотерапії.

По мірі виходу зі стану важкої абстиненції, через 3 дні після надходження, від подальшого лікування відмовлявся, вважаючи його не обов'язковим, говорив про те, що не вірить ні в один з методів - "я це все проходив", "тяга як була так і залишається".

Однак у процесі послідовної психотерапевтичної роботи з пацієнтом в середині другого тижня госпіталізації хворий уперше виявив цікавість до можливості завершення курсової терапії кодуванням. Цей інтерес усіляко заохочувався й підтримувався куратором і на 15 день був проведений сеанс первинного кодування. Сеанс включав роз'яснення механізмів дії програмування, рекомендації спеціальної дієти і створення психологічної негативної установки з мануальним пресорним впливом на крапки Валле а з наступним зрошенням зіва рідким азотом у дозі 0,2-0,3мл протягом 1-2 секунд. Наступного дня в задовільному стані з позитивними установками на трирічну відмову та стримування від алкоголю був виписаний з відділення. Дано рекомендації. Визначено дні явок для наступних оглядів.

Катамнез 3 роки: Акуратно приходив на заплановані сеанси підтримуючого характеру із частотою 1 раз в 6 місяців. Один раз з'явився поза графіком, «тому що боявся зриву після конфлікту «з сусідом, що випиває та мене провокує». Влаштувався на роботу сторожем, "продовжив кодування" ще на три роки, висловлює установки на тривалу відмову від алкоголю.

Таким чином, запропонований спосіб лікування алкогольної залежності дозволяє провести ефективне лікування і отримати стійку ремісію.