

Винахід відноситься до медицини, а саме до наркології, і може бути використаним при лікуванні синдрому скасування з вираженим болючим компонентом у хворих опіатною чи іншою формою залежності.

Відомі способи купірування наркотичного синдрому скасування з алгічними проявами, що полягають у застосуванні транквілізатора бензодіазепінового ряду.

Відповідно до першого способу, сибазон призначають усередину по 5-10мг 2-3 рази на день, у важких випадках до 60мг у день внутрішнє повільно по 20-40мг через 8 годин, завдяки чому успішно редукуються дизгріпнічні, вегетативні й афективні компоненти абстинентних станів (Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.П. Музыченко, Е.Н. Крылов «Алкогольная и наркотическая зависимость Практическое руководство для врачей». - М.: МЕДПРАКТИКА -М. - 2002. - С.241-242).

Відомий спосіб, при якому вводять діазепам кожні 6 годин по 5-20мг внутрь або внутрішньовенне (Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Роберте, С.Е. Хайман. Наркология. Пер. с англ. - М.; Спб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский Диалект», 1998. - 318 с., С.138-139, 304).

Недоліками даних способів є відсутність прямої антиалгічної дії у бензодіазепінів і, унаслідок цього, недостатній протибольовий ефект. При призначенні діазепаму в денний час доби відзначається сонливість, а в нічний час болісне патологічне пильнування, що супроводжується болючим синдромом різної локалізації. У зв'язку з цим ускладнюється нормалізація нічного сну в хворих.

Відомий спосіб, при якому з антиалгічною метою хворим опійною наркоманією в період абстинентного синдрому призначають нестероїдний ненаркотичний анальгетик анальгін внутрішньом'язово чи внутрішньовенне по 1-2мл 25% чи 50% розчину 2-3 рази на день ( К.Э. Воронин «Принципы фармакотерапии наркомании»/ Лекции по наркологии. Изд. Второе. Под ред. Н.Н. Ивапця. М.: «Нолидж», 2000. - с.252; Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1988. - 528 с., с.439; Машковский М.Д. Лекарственные средства, 1т, - 10-е изд. - М.: Медицина, 1986 - с.184).

Недоліком даного способу є невисока антиноцицептивна (антибольова) і вегетостабілізуюча ефективність препарату в наркологічних хворих, відсутність впливу на афективний компонент болю. Анальгін може викликати алергійні реакції, при влученні під шкіру спостерігається роздратування тканин. Описано випадки анафілактичного шоку після внутрішньовенного введення препарату, при тривалому застосуванні (гранулоцитопенія й агранулоцитоз (Машковский М.Д. лекарственные средства. Т.1. - 10-е изд. - М.: Медицина, 1986 - С.184-185).

Найбільш близьким і обраним як прототип є спосіб лікування синдрому відміни опіатів, при якому антиалергійний вплив анальгину доповнюється і потенціюється дією сибазону, призначуваного усередину, внутрішньом'язово чи внутрішньовенне в разовій дозі до 20мг, добовій 75мг (Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков («Фармакотерапия в наркологии /Под ред. Н.М. Жарикова.» - М.: Медицина, 2000.- С.13,28, 90).

Відомо, що болючий фактор викликає ряд рефлекторних вегетативних реакцій і власне сенсорний компонент болючого відчуття супроводжується негативним емоційним компонентом. (Основы психофизиологии: Учебник / Отв. Ред. Ю.И. Александров. - М.: ИНФРА-МД998. - с.83). З огляду на дані обставини, фармакологічна комбінація нестероїдного протизапального препарату і сибазону, на думку авторів, представляється доцільної з патогенетичної точки зору.

Істотним недоліком способу є наявність в анальгину здатності викликати гранулоцитопенію й агранулоцитоз, а так само небажана денна (на шкоду нічної) седація у виді сонливості в хворого (порушення біоритміки) унаслідок дії сибазону при ранковому і денному введенні даної комбінації лікарських речовин, що утрудняє нормалізацію нічного сну в пацієнтів із синдромом скасування опіатів.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу купірування болювого синдрому у хворих з наркотичною залежністю, в якому за рахунок зміни схеми лікування, досягається можливість підвищити протибольову ефективність і розширити терапевтичний спектр симптомів-мішеней за рахунок позитивного впливу сполученого застосування нестероїдного протизапального препарату, бензодіазепіну та кофеїн-бензонату натрію на вегетативну симптоматику, наявності міорелаксуючої, спазмолітичної дії, афективного фарбування болю та уникнути надмірний денний седативний ефект транквілізатору.

Поставлена задача вирішується в способі купірування болювого синдрому в хворих з наркотичною залежністю шляхом фармакологічного лікування, що включає внутрішньом'язове чи внутрішньовенне введення транквілізатора і пероральний прийом нестероїдного протизапального препарату, відповідно до винаходу, схема лікування включає ранком і вдень 0,5% розчин седуксену 2,0-4,0мл., парацетамол 0,2-0,4г., 10% розчин кофеїн-бензонату натрію по 1,0-2,0мл підшкірне, на ніч 0,5% розчин седуксену 2,0-4,0мл, парацетамол 0,2-0,4г.

Седуксен, зв'язуючись з ГАМК-бензодіазепіновим рецепторним комплексом, підсилює дію ГАМК, що є головним гальмовим нейротрансмітером. Крім того, препарат володіє вегетостабілізуючою дією, впливаючи на гіпоталамо-наднирникову і норадренергічну системи, гіперактивація яких спостерігається в період стану скасування опіатів.

Важливої складовою фармакологічного впливу парацетамолу, поряд з жарознижуючим, є виражена безпечна дія, Парацетамол позбавлений побічних ефектів, практично не викликає утворення метгемоглобіну, тому знаходить застосування як самостійно, так і в комбінації з іншими препаратами, зокрема, кофеїном (М.Д Машковский Лекарственные средства. Пособие по фармакотерапии для врачей. Издание девятое, перераб. и дополненное. Москва, «Медицина», 1984. -Т.1. - с.186).

Кофеїн регулює процеси порушення в корі головного мозку, підвищує розумову і фізичну працездатність, зменшує стан «утомленої сонливості», що є дуже коштовним при лікуванні хворих опіатною чи іншою фізичною залежністю, для яких характерні виражені астенічні прояви, зниження загального енергетичного потенціалу в період виходу з абстиненції.

Пропонований спосіб здійснюється в такий спосіб.

Хворому опіатною чи іншою формою фізичної залежності від наркотику при наявності синдрому скасування з вираженим алгічним, вегетативним, астенічним і дизгріпнічним компонентами призначається наступна фармакологічна комбінація за схемою: ранком і вдень 0,5% розчин седуксену 2,0-4,0 мл внутрішньом'язово чи внутрішньовенне, парацетамол перорально 0,2-0,4г. 10% розчин кофеїн-бензонату натрію по 1,0-2,0мл підшкірне, на ніч 0,5% розчин седуксену 2,0-4,0мл внутрішньом'язово чи внутрішньовенне, парацетамол перорально 0,2-0,4г.

Ефективність способу, що заявляється, підтверджується наступними клінічними прикладами:

Прикладі. Хворий С.В., 1981 року народження госпіталізується в наркологічну клініку повторно.

Скарги при дійсному надходженні на слабкість, млявість, дратівливість, головний біль характеру, що давить, безсоння (3 ночі), що ниють болі в області серця, потяг до наркотику, болю в суглобах, м'язах, попереку, нежить, слюзотеча.

З анамнезу життя. Народився в родині робітників. Закінчив 10 класів, ПТВ за фахом ремонт взуття. В армії не служив через виразкову хворобу шлунка. В даний час не працює. Проживає з батьками. Перенесені захворювання ГРЗ. ЧМТ, туберкульоз, хвороба Боткіна, венеричні захворювання, заперечує. Алергоанамнез спокійний. Курить 20 сигарет у день.

Анамнез захворювання: уживає коноплі з 18 років епізодично, без проявів синдрому залежності. Опіати у виді таблеток трамадолу приймає з 20 років, сформований систематичний прийом через день по 8-10 таблеток у день. На ніч приймає 2 таблетки феназепаму. При скасуванні наркотику - компульсивний потяг до нього, абстинентні прояви з алгічним, агрипнічним, вегетативним і астенічним компонентами. Відзначає що ломлять, виснажливі болі у великих суглобах, попереку, що не дають можливості знайти «зручне положення, заспокоїтися». Відзначається гіпергідроз, дрібний тремор кінцівок, нудота. Стан скасування супроводжується вираженим астенічним станом. Лікувався навесні 2003р., ремісія 2 місяці. Відновив наркоманію за колишньою схемою. Останнє вживання трамадолу напередодні.

Соматичне: Правильної статури. Шкіра без висипки. Обличчя гіперемоване, одутле. Подих везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС 100 у хвилину, АТ 100/70 мм.рт.ст.. Язик обкладений з кореня білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка в краю реберної дуги. Край гладкий, гострий. Симптом Пастернацького негативний по обидва боки.

Неврологічно: без менингальної і грубої вогнищевої симптоматики. Зіниці рівномірно розширені. Фотореакція знижена. Акт конвергенції утруднений. Горизонтальний ністагм у крайніх відведеннях. Обличчя симетричне, очні щілини D=S. Сухожильні рефлекс жваві, D=S. У позі Ромберга хитання. Координаційні проби виконує з промазуванням. Тремор кистей витягнутих рук, століття, мови.

Психічно: орієнтований усебічно. Рухливо метушливий. Продуктивному мовному контакту доступний. Мислення послідовне, логічне, без відхилень психотичного рівня. Розладів сприйняття не виявлено емоційно лабільний, тривожний, напружений. Скаржиться на різку слабкість, що заважає що-небудь робити. Пам'ять знижена по типу гіпомнезії. Критика до стану, установка на тверезість сугубо формальні.

Обґрунтування діагнозу: у хворого, який декілька років вживав трамадол, сформоване систематичне вживання, абстинентний синдром, підвищена толерантність.

Діагноз: синдром залежності від опіатів, стан скасування. F11.30.

При біохімічному дослідженні крові виявлене незначне підвищення АЛТ - 1,0 мкм про  
ль/год ас. мл., і АСТ 1,2 мкмоль/год. мл.

ЕКГ - гіпоксія міокарда лівого шлуночка.

ЕЕГ без патологічних комплексів, РЕГ - ознаки гіпертонусу мозкових судин.

У відділенні після госпіталізації велику частину часу проводив лежачи, метався в постелі, стогнав, скаржився на виснажливі головні болі характеру, що давить, «що тягнуть, свердлувальні відчуття в м'язах нижніх кінцівок, біль у попереку і великих суглобах», слюзотеча. Цілоком був відсутній апетит. Настрій різко знижений, дисфорічний. Буркотливий, конфліктний, важкодоступний психотерапевтичному контакту. Має постійне болісне бажання спати, але при цьому не може заснути. Відзначався компульсивний потяг до наркотику, постійно вимагав присутності лікаря в палаті, додаткових призначень, періодично наполягав на виписці.

З огляду на наявність у хворого вираженої болючий, астенічної, дисфорічної, вегетативної симптоматики, порушення сну, у план лікування на тлі загальноозміцнюючої, дезінтоксикаційної комплексної терапії включена пропонується фармакологічна комбінація: у 8,00-0,5% розчин седуксену - 4,0 мл внутрішньом'язово, парацетамол перорально 0,4г, 10% розчин кофеїн-бензонату натрію 2,0 мл підшкірно. У 14,00-0,5% розчин седуксену - 2,0 мл внутрішньом'язово, парацетамол перорально 0,4г, 10% розчин кофеїн-бензонату натрію 1,0 мл підшкірно. На ніч - 0,5% розчин седуксену - 4,0 мл внутрішньом'язово, парацетамол перорально - 0,4г.

До кінця першої доби лікування пропонується комплексом лікарських речовин стан хворого покращився. Відзначив зменшення інтенсивності хворій у м'язах і суглобах. Перестав скаржитися на головний біль, зникло рухове порушення. Зменшився гіпергідроз, тахікардія, нормалізувалося фарбування шкірних покривів. У першу ніч перебування в стаціонарі сон був переривчастим, поверхневим, з частими пробудженнями через дискомфорт і відчуття, що тягнуть, у м'язах, хворій у суглобах. На наступний данину після планових уведеннях комбінації сибазону, парацетамолу і кофеїну попросив поїсти, умився, відзначив зменшення інтенсивності болючих відчуттів. Став набагато спокійніше, доступніше психотерапевтичному контакту. Решта дня провів сидючи в постелі, з'явилася упорядкована рухова активність у межах палати. Уночі відзначався достатній медикаментозний сон. На третій день поведінка була адекватною, упорядкованою. Удень не спав, читав, став доглядати за собою, покращився апетит, охоче розмовляв з лікарем, висловлював установку на тверезість. Надалі на болі не скаржився, уночі добре спав, вдень активно брав участь у відбудовному лікувальному процесі, охоче відвідував фізіопроцедури, психотерапевтичні сеанси, зустрічався з родичами. За даними РЕГ нормалізувався тонус судин головного мозку. Закінчив курс лікування. Виписаний зі стаціонару з установкою на тверезість, за катанестичними зведеннями наркотику не вживає.

Таким чином, у результаті одночасного введення зазначених препаратів у пацієнта спостерігався достатній синергійний знеболюючий, заспокойливий вегетостабілізуючий ефект, що продовжувався після кожного введення 4-5 годин, у той же час не супроводжувався надмірною сонливістю в денний час. На третю добу в даному випадку відзначалося зменшення проявів астенічного симптомокомплексу, як правило, що обумовлює вагу стану хворих у реабілітаційному періоді, госпіталізованих із синдромом скасування опіатів.

Клінічний приклад №2

Хворий Л.А.А.. 1978р. н. надходить у наркологічне відділення повторно. Скарги при надходженні на слабкість, млявість, «почуття розбитості», головний біль, нежить, знижене настрій, що ломлять болі в суглобах, м'язах, сонливість удень, безсоння вночі.

Анамнез життя. Народився в родині робітників другою дитиною. Спадковість психопатологічно не обтяжена. Народився здоровим. В армії не служив тому що в 1988 році переніс ЧМТ - струс головного мозку, субарахноїдальний крововилив. Проживає з батьками. Перенесені захворювання - простудні. Туберкульоз,

хвороба Боткіна, венеричні захворювання, заперечує. Алергоанамнез спокійний.

Анамнез захворювання: вживати опіати почав з 1999 року, вводив епізодично 2-3 рази в тиждень кустарно виготовлений екстракт макової соломки. З 2000 року толерантність до опіатів зросла до 10,0-15,0 витяжки з маку, що уводиться внутрішньовенне, уживання придбало систематичний характер - 2-3 рази в добу. При скасуванні наркотику розвивається важкий абстинентний синдром, що виявляється болями, що ломлять, у м'язах і суглобах, безсонням, психомоторним порушенням, діареєю, слюзотечею і слинотечею, слабкістю, млявістю, «розбитістю», зниженим настроєм, вираженими характерними болючими відчуттями. Лікувався з приводу наркотичної залежності неодноразово, практично без ремісії.

Соматичне: правильної статури. Шкірні покриви бліді, чисті. Слідів ін'єкцій не виявлено. Обличчя набрякле. Подих везикулярний. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС 70 ударів у хвилину. АТ 120/85мм.рт.ст.. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка на Ісм виступає з під краї реберної дуги. Край гладкий, гострий. Симптом Пястернацького негативний по обидва боки.

Неврологічно: без менингальної і грубої вогнищевої симптоматики. Зіниці рівномірно розширені. Фотореакція знижена. Акт конвергенції утруднений. Горизонтальний ністагм у крайніх відведеннях. Обличчя асиметричне, очні щілини D<S. Оскал D<S. Сухожильні рефлексів жваві, D<S.. Координаційні проби виконує з проорюванням.

Психічно: Орієнтований усебічно. Трохи метушливий. Продуктивному мовному контакту доступний. Мислення з перевагою конкретного, примітивного, без відхилень психотичного рівня. Розладів сприйняття не виявлено. Емоційно лабільний. Вольові процеси ослаблені, елементи інфантилізму. Пам'ять знижена по типі гіпомнезії. Критика до стану, установка на тверезість формально позитивні.

Діагноз; синдром залежності від опіатів, стан скасування F 11.30.

З огляду на те, що в хворого в структурі абстинентної симптоматики превалювали алгічні, астенічні прояви і дизгріпнічні розлади (нічне безсоння і сонливість у денний час), у план лікування, поряд з комплексною загальзміцнюючою, дезинтоксикаційною терапією включена пропонується фармакологічна комбінація: у 8,00 і в 14,00 вводили внутрішньом'язово 2,0мл 0,5% розчину седуксену, перорально 0,4г парацетамолу і підшкірно 2,0мл 10% розчину кофеїн-бензонату натрію. У 16,00 вводили внутрішньом'язово 2,0мл 0,5% розчину седуксену, перорально 0,4г парацетамолу і підшкірно 1,0мл 10% розчину кофеїн-бензонату натрію. На ніч хворий одержував 4,0мл 0,5% розчину седуксену і перорально 0,4г парацетамолу.

У результаті проведеного лікування в пацієнта значно зменшилися болючі і вегетативні прояви, на третю добу відзначив зменшення стомлюваності, зникла апатія, з'явилася бадьорість, доливши сил. Почав висловлювати установку на лікування, хоча госпіталізувався без бажання.

Удень не спав, охоче приймав терапевтичні процедури, контактував із хворими в палаті, родичами. Медикаментозний нічний сон достатньої глибини і тривалості досягнув уже на третю добу перебування в стаціонарі. Режим тверезості у відділенні не порушував. Цілком пройшов курс лікування. Виписаний у стані стримування від уживання наркотичних засобів.

Таким чином, дані клінічні приклади ілюструють успішність застосування пропонованої фармакологічної комбінації (седуксен, парацетамол, кофеїн) для купірування виражених болючих, астенічних, дизгріпнічних проявів у хворих з абстинентними розладами опіатного генезу.