



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **97073** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61K 31/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 10958	(72) Винахідник(и): Сосін Іван Кузьмич (UA), Мисько Галина Миколаївна (UA), Горбань Андрій Євгенович (UA), Чусь Юрій Федорович (UA), Гончарова Олена Юріївна (UA), Петрюк Петро Тодорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 07.10.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2015, Бюл.№ 4	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)

(54) СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ДУАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ ТА АРАЛІЄВИХ СТИМУЛЯТОРІВ

(57) Реферат:

Спосіб інтегрованого лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю та аралієвих стимуляторів передбачає комплексну стандартну детоксикаційну, симптоматичну, антикревінгову, гепатопротекторну, імунокорегуючу фармакологічну терапію у поєднанні з класичною рефлексотерапією. Пацієнту додатково до базового терапевтичного комплексу призначають сеанси мікрохвильової резонансної терапії (МРТ); сеанси електроаурикулотерапії; гальмівна методика, з одночасним використанням класичної голкорексфлексотерапії; та препарат антиконвульсивної та тимолептичної дії.

UA 97073 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до наркології, і може бути застосована для лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю і аралієвих стимуляторів.

Серед різноманітних клінічних форм залежності від психоактивних речовин залежність від психостимуляторів займає суттєву питому вагу. Важливою особливістю наслідків зловживання психостимуляторами є постінтоксикаційна виснаженість фізичних, нервово-психічних, психологічних, біохіміко-метаболических, енергетичних ресурсів, що обумовлено специфікою фармакологічних та токсичних ефектів наркотичних речовин цього класу. До відомих психостимуляторів з наркогенним потенціалом відносяться у більшості своїй офіційні фармакологічні препарати, у тому числі такі, що з метою наркотизації модифікуються кустарними засобами. Зловживання психостимуляторами у формі "запоїв" призводить до значного підсилення діяльності симпатичної нервової системи та дефіциту в організмі життєво важливих елементів (кальцію, магнію, натрію, сірки, заліза, калію, фосфору, йоду, фтору, бром, цинку та інших), а також вітамінів. Важливою патогенетичною ланкою є також такі системні ураження як гіпоксія, яка формується безпосередньо на підставі зміненого метаболізму.

За останнє десятиріччя в повсякденній клінічній наркологічній практиці серед контингенту наркозалежних осіб все частіше реєструються випадки зловживання лікарськими засобами рослинного походження сімейства аралієвих (Araliaceae), яким властиві психостимулюючі, загальнотонізуючі, адаптогенні та інші ефекти. Препарати ("натуральні енергетики") в терапевтичному дозуванні підсилюють процеси збудження в структурах головного мозку і рефлекторну діяльність, підвищують працездатність і зменшують відчуття втоми при фізичних і розумових перенавантаженнях, підвищують стійкість до несприятливих факторів навколишнього середовища, поліпшують пам'ять, підвищують гостроту зору, стимулюють серцево-судинну систему, підвищують артеріальний тиск при гіпотонічних станах, послаблюють стресові реакції, мають деяку стимулюючу гонадотропну та гіпоглікемічну дію.

Найбільш типовими представниками цієї групи є офіційні спиртові (40-70 %) екстракти та настоянки Елеутерококу (Елеутерококу екстракт рідкий - *Extractum Eleutherococci Fluidum*), Женьшеню (*Tinctura Ginseng*), Аралії маньчжурської настоянка (*Tinctura Araliae mandshurica*), - так звані галенові препарати.

Характер зловживання з немединою метою та його типових сомато-неврологічних, психічних, патофизиологічних, поведінкових та соціальних наслідків (зростання толерантності і досягнення мегадоз, феномен "перехресної толерантності", формування патологічного потягу та абстинентного синдрому, психічної та фізичної залежності, депресії, дисфорії, агресії, деградації особистості тощо) свідчить про наявність у ліків сімейства аралієвих наркогенного потенціалу.

Оскільки складовими позначених галенових препаратів аралієвої групи (Елеутерокок; Женьшень; Аралія) є не тільки екстраговані за допомогою спирту психоактивні тонізуючі (біостимулюючі) діючі субстанції (відповідно: а) елеутерозиди; б) сапонінові глікозиди-гінсенозиди; в) тритерпенові пентациклічні сапоніни - аралозиди), а також і "допоміжна речовина" - рідина для перорального вживання - етанол, то практично у кожному конкретному випадку мова йде про наявність у пацієнтів так званої "дуальної" (подвійної, поєднаної, коморбідної) залежності, - аралієвої та алкогольної, що, при наявності так званої "перехресної толерантності", значно ускладнює клінічну картину залежності, зумовлює терапевтичну резистентність і можливість ефективного лікування. Ідентифікація феномену зловживання лікарськими настоянками та екстрактами на етиловому спирті у дозах, значно перевищуючих терапевтичні (так звані "мегадоз"), як замісної альтернативи вживання алкогольними напоями, трактується в наркології як сурогатне пияцтво, яке свідчить про наявність патологічної пристрасті до спиртного ("аптечні алкоголіки").

При цьому, у більшості пацієнтів залежність в хронологічному анамнезі спочатку дебютує як алкогольна, яка потім трансформується в сполучену дуальну (подвійну) або люцидну аралієву (вільну від додаткового вживання офіційних алкогольних напоїв), тобто - має місце поглинання тільки лікарських препаратів - спиртових екстрактів та настоянок Елеутерококу або Женьшеню. Щодо можливості формування аралієвої залежності свідчать окремі спостереження перорального зловживання таблетованими безалкогольними лікарськими формами аралієвих препаратів.

Не випадково в науковій літературі з'являється все більше застережень щодо необхідності суворого дотримання терапевтичних доз, термінів лікування, введення рецептурного контролю аралієвих препаратів, можливості передозування, побічних ефектів, ускладнень (Сосін І.К., Мисько Г.М. Наркогенний потенціал аралієвих стимуляторів: ідентифікація проблеми 2 // Матеріали 15-ої Української конференції з міжнародною участю: Довженківські читання: "Проблема прихильності хворих наркологічного профілю до терапії. Потреба в лікуванні і

лікування за потребою", присвяченої 96-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка, 8-9 квітня 2014 р. Харків: Видавництво "Плеяда", 2014. - С. 234-238).

Як відомо, широким попитом серед сучасного контингенту наркозалежних користуються також й інші галенові (не аралієві) препарати, наприклад, спиртова настоянка глоду - *Tinctura crataegi*. Безумовно, проблема зловживання аралієвими та іншими галеновими препаратами відноситься до великого розділу наукової та клінічної наркології "Дуальна аддикція від стимуляторів та алкоголю", в якому поєднуються багаточисельні стимулятори рослинного походження (кофеїн, кокаїн тощо), офіційні аптечні препарати - психостимулятори, до складу яких входять прекурсори, та з яких одержують шляхом кустарної хімічної модифікації наркотичні речовини, а також штучні хімічні сполуки, заборонені до виробництва та обороту.

Мультифакторіальність та патологічний синергізм дуальної залежності, поліморфність клініко-психопатологічної картини потребують інтегрованих підходів до її лікування та реабілітації, пошук яких в наркології тільки починається.

Відомі в наркології методи інтенсивного лікування адресовані окремим формам залежності - або від стимуляторів не аралієвого походження, або від алкоголю. Методи інтегрованого лікування поєднаної алкогольно-аралієвої залежності ще не розроблені.

Відомі способи, суть яких - застосування на етапах детоксикаційної терапії залежності від стимуляторів проведення корекції метаболічних процесів шляхом прямого (замісного) або опосередкованого усунення дефіциту та дисбалансу макро- та мікроелементів, а також вітамінів. Так, спосіб проведення детоксикаційної терапії при синдромі скасування у хворих на наркотичну залежність передбачає використання фармакологічної групи плазмозамісних засобів (наприклад, Гемодез, який раніше широко використовувався в медичній практиці та поступово вдосконалювався і адаптовувався до умов наркології,) до складу яких входять іони Na, Ca, Mg, Cl, кристалоїд полівінілпіролідон. Підігрітий до температури 35-36 °C препарат вводять крапельне внутрішньовенне зі швидкістю 40-80 крапель у хвилину, об'єм інфузії складає 100-500 мл.

Найбільш типовим прикладом терапевтичного підходу до лікування наркотичної залежності від психостимуляторів та інших психоактивних речовин є спосіб, в якому застосовують комплексну фармакологічну дезінтоксикаційну терапію, складовою якої є препарат Реополіглюкін та його аналоги: внутрішньовенно крапельно 400-1000 мл, ізотонічний розчин натрію хлориду - внутрішньовенно крапельно до 3000 мл на добу, внутрішньовенне введення 5,0-10,0 мл 10 % розчину хлориду кальцію сумісно з 10,0 мл 40,0 % глюкози, або щоденне внутрішньовенне введення 10,0 мл 30,0 % розчину тіосульфату натрію сумісно з 10,0 мл 40 % глюкози, внутрішньо м'язове введення 5,0-10,0 мл 25 % розчину сульфату магнію або внутрішньо м'язове введення 5 % розчину унітіолу. Цей комплекс доповнюється вітамінотерапією: тіамін (вітамін В) - 6 % до 10 мл в/м на добу, 5 % розчин аскорбінової кислоти (вітамін С) - в/в від 5,0 до 10,0 мл на 40 % глюкозі, 5 % розчин вітаміну В₆ - по 1-2 мл, 1 % розчин вітаміну РР, по 1-2 мл (Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапія в наркології /Под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2000. - 352 с; Воронин К.Э. Принципы фармакотерапии наркомании //Лекции по наркологии /Под ред Н.Н. Иванца. -М.: Нолидж, 2000. - 448 с. - С. 250-270).

Але дані способи мають недоліки: побічні ефекти, ускладнення, алергічні реакції, протипоказання, гіпотензивні, нефротоксичні ефекти, алергічні реакції, анафілактичний шок, поліпрагмазія (велике одночасне фармакологічне навантаження на організм).

Другим відомим напрямком мікроелементної опосередкованої корекції при залежності від психостимуляторів є відомий спосіб, сутність якого полягає у тому, що призначають комплексне лікування з використанням кисню, при якому проводять сеанси гіпербаричної оксигенації (ГБО) з надлишковим тиском кисню від 0,5 до 1,0 атмосфери, експозицією сеансу 60 хвилин, курс лікування складає 10-12 сеансів (Пат. України 55919 А).

Недоліками даного способу є, перш за все, його обмежене застосування: у хворих з наркотичною залежністю від психостимуляторів нерідко має місце судомна готовність, а кисень відноситься до речовин, які її підвищують. По-друге, для реалізації методу потрібна стаціонарна барокамера та підготовлений персонал. По-третє, пропускна спроможність методу низька (на проведення однієї процедури ГБО необхідно 1,5-2,0 год.). Гіпербарична оксигенація терміново не ліквідує існуючий в організмі хворих з залежністю від психостимуляторів дефіцит макро- та мікроелементів, а також вітамінів. В цілому метод гіпербаричної оксигенації дорогий, тому широке його розповсюдження в наркологічній практиці неможливе.

Відомий удосконалений спосіб лікування патологічної залежності від психостимуляторів, в якому за рахунок додаткового використання активної природної речовини досягається

підвищення ефективності, скорочення терміну лікування на етапі детоксикації та стабілізація ремісійних станів.

Спосіб передбачає застосування традиційної комплексної фармакологічної і немедикаментозної терапії та додаткове призначення перорального прийому біологічно активної речовини - водного розчину Корал-активіну в дозі 15 мг двічі на добу протягом 7-10 днів, а потім протягом 2-х років здійснюють переривчасті курси протирецидивної терапії по 20 мг/добу протягом 10-15 днів, з інтервалом в 2 місяці. Багаточисленними дослідженнями коралового кальцію (Алка-Майн, коралова вода, коралактивін) доведено, що він містить у собі оптимальний набір мікроелементів, загальною кількістю біля 70 елементів: кальцій - 34,6 %, магній - 2,16 %, кремній - 1,37 %, а також натрій, сірку, залізо, калій, фосфор, йод, фтор, бром, вуглець, цинк, селен, срібло, аскорбінову кислоту та ін. Він ефективно нормалізує обмін речовин, сприяє досягненню оптимального значення рН крові; оптимізує серцево-судинну систему та органи травлення. Кораловий кальцій вважають новим поколінням БАД (Пат. 16168 Україна).

Відомий спосіб лікування станів, пов'язаних із вживанням психостимулятора рослинного походження кокаїну. При таких деприваційних розладах як синдром відміни, абстинентний синдром кокаїнового ґенезу, таких як депресивна симптоматика, дисфорія, підвищений апетит, астения, втомлюваність, в'ялість, гіперсомнія і денна сонливість, брадикардія, спеціальна антиабстинентна терапія здійснюється у згоді з загальноприйнятими схемами детоксикації, симптоматичної, антикрівінгової традиційної (стандартної) терапії. Обсяг медичних втручань вимірюється тяжкістю, ступенем невідкладності, індивідуальними особливостями симптоматики.

Оскільки кокаїн пригнічує зворотне нейрональне захоплення норадреналіну (меншою мірою - серотоніну і дофаміну), у даному способі вважається патогенетично виправданим в лікуванні кокаїнізму застосування широко відомого в наркології антидепресанту з вираженою норадренергічною активністю - Амітриптиліну, який має виражену тимолептичну дію і належить до групи великих антидепресантів. Тимолептичний ефект поєднується з виразним седативним впливом. Блокує зворотне захоплення моноамінів. Виявляє також антисеротонінову та антихолінергічну дію. У зв'язку із седативним ефектом застосування препарату у вечірній час сприяє покращанню сну, часто порушеного при депресивних станах. Призначають внутрішньо, приймають після їжі, починаючи з 0,05-0,075 г на день, а потім дозу поступово збільшують на 0,025-0,05 г до досягнення антидепресивного ефекту. Середня добова доза може коливатись в межах 0,15-0,25 г при 3-4 прийомах (протягом дня і перед сном). Після досягнення стійкого ефекту дозу поступово знижують.

З метою антикрівінгового ефекту, який полягає в терапевтичному регресі пристрасної потреби хворого в кокаїні, призначається інгібітор зворотного захоплення серотоніну, зокрема, Флуоксетин. Для лікування кокаїнізму призначають також парціальний опіоїдний агоніст Бупренорфін як замісну терапію (Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапія в наркології / Под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2000. - 352 с., - С. 45). Але даний спосіб лікування має суттєві недоліки: ефективність лікування, по-перше, носить суперечливий характер. По-друге, метод передбачає застосування препарату Бупренорфін, який має наркогенний потенціал, що не виключає формування ятрогенної залежності.

Відомий спосіб лікування наркотичної залежності від стимуляторів та окремо від алкоголю, який по суті рішення творчої задачі при розробці нашої корисної моделі, відповідає критерію найближчого аналога відповідності з даним способом лікування, при наявності у пацієнта ознак абстинентного синдрому або компульсивного потягу, поряд з призначенням лікарських препаратів і немедикаментозних методів (піроксан, вітамінотерапія, гемосорбція, ентеросорбція) застосовують аурикулярну електропунктуру АТ 101 в поєднанні з АТ 55 або АТ 97 і Корпоральні точка 4 II і 36 III. Величина струму 20-50 мікроампер, частота - від 0 до 125 Гц, експозиція впливу - 45-60 хв. У перший день проводять 1 сеанс електропунктури, на другий і третій день - по 2-3 сеансу, на четвертий і п'ятий день - по 1 сеансу на день. Уже в період сеансу електростимуляції зникають такі ознаки абстинентного синдрому, як нежить, позіхання, сльозоз- і слинотеча, чхання, зменшується пітливість і м'язові болі, слабшає потяг до наркотику. Передбачено також застосування мікрохвильової резонансної терапії (Рефлексотерапія алкоголізму, наркоманії і токсикоманії. Методические рекомендации Министерства здравоохранения СССР. Авторы: Сосин И.К., Мысько Г.Н., Ломакин С.Г., М., 1987. - 22 с.; Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф., Кузьминов В. Н., Жемчугова Н. И., Осипов А. А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путём кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архив психиатрии.-2001. - № 4. - С. 117-122; Сосин И.К., Мысько Г.Н., Дерендяев С.А. Микроволновая резонансная терапия - новый терапевтический аспект наркологии //

Нетрадиционные методы лечения в психиатрии. Тезисы докладов областной научно-практической конференции. - Харьков, 1992. - С. 45-46).

Разом з тим, рефлексотерапію в наркологічній практиці нерідко буває важко вибрати як монометод. Як правило, мова йде про раціональне її поєднання з медикаментозними методами. Метод має певні протипоказання, та апробований він окремо для алкогольної залежності та залежності від стимуляторів.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу інтегрованого лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю та аралієвих стимуляторів, в якому, за рахунок зміни схеми лікування, досягається поліпшення ефективності лікування та скорочення його терміну.

Поставлена задача вирішується в способі інтегрованого лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю та аралієвих стимуляторів, який передбачає комплексну стандартну детоксикаційну, симптоматичну, антикривінгову, гепатопротекторну, імунокорегуючу фармакологічну терапію у поєднанні з класичною рефлексотерапією, згідно з корисною моделлю, пацієнту додатково до базового терапевтичного комплексу призначають сеанси мікрохвильової резонансної терапії (MPT) - впливом на потужну корпоральну точку загальної дії 36 III (попеременно на правій і лівій нозі) безперервним електромагнітним випромінюванням мм-діапазону низької інтенсивності зі щільністю потоку не більше 10 мВт/см, в діапазоні частот 53,6-57,0 кГц (для кожного пацієнта визначається індивідуальна комфортна частота опромінювання), тривалість сеансу 25-30 хв., на курс лікування 10-12 сеансів; сеанси електроаурикулотерапії (точки 17, 29, 33, 55, 82); гальмівна методика, з одночасним використанням класичної голкорексотерапії (корпоральні точки XIII, XI, VII, III меридіанів); курс лікування - 10-12 процедур, перші 3-4 дні сеанси проводилися кожен день, а потім через 1 або 2 дні залежно від стану хворого); в) препарат антиконвульсивної та тимолептичної дії Карбамазепін (Фінлепсин): 200 мг два рази на добу протягом 10-12 днів.

Спосіб передбачає застосування голкорексотерапії, що дозволяє скоротити, а в ряді випадків, і виключити застосування масивної фармакотерапії. Рефлексотерапія сприяє мобілізації компенсаторних механізмів організму, активації інтегративних функцій нервової системи, зокрема, функції ретикуло-ендотеліальної системи, а також системи гіпофіз-гіпоталамус-наднирники. Методи рефлексотерапії відносять до досить ефективних в наркології. Методом рефлексотерапії вдається прискорити процеси детоксикації та зменшувати клініко-психопатологічні прояви абстинентного синдрому та патологічного потягу до психоактивних речовин. Ефективність акупунктури в значній мірі залежить від способу впливу, поєднання точок акупунктури і т.д. Методи акупунктури вигідно відрізняє від традиційних способів лікування - швидкість настання терапевтичного ефекту, його різнобічність, простота і доступність, відсутність ускладнень і побічних ефектів при дотриманні правил технології даного методу. Надаючи виражений вплив на патогенетичні механізми формування залежності, акупунктура дозволяє виключити, або значно зменшити лікарське навантаження при лікуванні наркотичної залежності.

Патологічний потяг до алкоголю та інших психоактивних речовин є основною кардинальною ознакою формування залежності. Разом з цим формування патологічного ваблення до психоактивних речовин проходить декілька етапів. На ранніх етапах залежності патологічне ваблення виникає ситуативно і, як правило, воно зумовлене зовнішніми (наприклад, побутовими) чинниками. Пізніше воно набуває нав'язливого (обсесивного) характеру. З посиленням тяжкості інших клінічних проявів залежності від алкоголю, змінюється характер патологічного ваблення: воно стає нездоланим (компульсивним).

Компульсивний потяг до алкоголю, як відомо, супроводжується афективними порушеннями, зокрема, емоційною напругою, дратівливістю, астенією, зниженням працездатності, порушеннями сну та апетиту, коливаннями артеріального тиску і пульсу.

Технологічні аспекти передбачуваної корисної моделі наступні. При сформованій дуальній алкогольно-аралієвій залежності клінічною реальністю є поєднання патологічного потягу до алкоголю та аралієвих препаратів (наприклад, потяг до стимулюючих ефектів Елеутерококу).

З метою купірування потягу до алкоголю та Елеутерококу та нормалізації гомеостатичних показників додатково до базового терапевтичного комплексу призначаються: а) сеанси мікрохвильової резонансної терапії (MPT) - впливом на потужну корпоральну точку загальної дії 36III (попеременно на правій і лівій нозі) безперервним електромагнітним випромінюванням мм-діапазону низької інтенсивності зі щільністю потоку не більше 10 мВт/см², в діапазоні частот 53,6-57,0 кГц (для кожного пацієнта визначається індивідуальна комфортна частота опромінювання), тривалість сеансу 25-30 хв., на курс лікування 10-12 сеансів; б) сеанси електроаурикулотерапії (точки 17, 29, 33, 55, 82; гальмівна методика, з одночасним

використанням класичної голкорексфлексотерапії (корпоральні точки XIII, XI, VII, III меридіанів; курс лікування - 10-12 процедур. Перші 3-4 дні сеанси проводилися кожен день, а потім через 1 або 2 дні залежно від стану хворого); в) препарат антиконвульсивної та тимолептичної дії Карбамазепін (Фінлепсин): 200 мг два рази на добу протягом 10-12 днів.

5 Про високу клінічну ефективність запропонованого способу свідчить наступний клінічний приклад лікування пацієнта, розлади психіки і поведінки у якого були ідентифіковані як сумісна (дуальна) залежність від алкоголю і стимуляторів рослинного походження (сімейство аралієвих).

10 Клінічний приклад. Хворий Д.О., 34-х років, мешканець м. Харкова. Не працює. Прийнятий на стаціонарне лікування в 1-е наркологічне відділення ОНД повторно 14.03.2013 р. у зв'язку з подвійною залежністю: протягом останнього року кожен день випивав по 26 флаконів спиртової настоянки (або екстракту) елеутерококу ("Extractum Eleutherococcus fluidum", "Елеутерококу екстракт рідкий"), по 50 мл у флаконі, тобто 1300 мл щоденно.

Виписаний 01.04.2013 р. по закінченню лікування.

15 Скарги при госпіталізації на нездоланний потяг до спиртової настоянки елеутерококу, та при її відсутності - дратівливість, поганий сон, погане самопочуття, втомлюваність.

20 Анамнез хвороби. Перше знайомство зі спиртним в 12 років. Зловживає алкоголем з 16 років. Тривалість зловживання спиртним складає 18 років. Швидко, протягом трьох років, сформувався синдром алкогольної залежності: почастішали епізоди алкоголізації до чотирьох разів на тиждень, підвищилася толерантність до 0,5 л коньяку за вечір, з'явилися запійні форми пияцтва. Ситуаційний і кількісний контроль за випитим втрачений, мали місце амнезії періоду сп'яніння. Потяг до алкоголю компульсивний. В стані сп'яніння хворий агресивний, конфліктний, брутальний. Останні п'ять років з метою зняття втоми та астенії почав вживати спиртову настоянку елеутерококу. Окрім стимулюючого ефекту елеутерококу, хворого почали приваблювати його органолептичні особливості - смак та запах настоянки, "який нагадував коньяк, але був приємніший". Початкова доза настоянки складала 20-30 мл. Проте толерантність за декілька місяців підвищилася як за рахунок збільшення частоти прийому, так і за рахунок збільшення дози. Останній рік хворий повністю перейшов на вживання спиртової настоянки елеутерококу. За один прийом випивав 3-4 флакони (150-200 мл) настоянки. Добова
30 доза складала 1300 мл. Інші спиртні напої не вживав.

Від алкогольної залежності вперше лікувався у 1999 році (на 21-му році життя), ремісія - 9 років. Повторно лікувався у 2008 році, ремісія - 2 роки, у 2011 році, ремісія 1 рік та у 2012 році, ремісія 6 місяців. Алкогольних психозів не було. Наркотичні речовини не вживає. За наркологічною допомогою звернувся під впливом сім'ї та у зв'язку з поганим самопочуттям.
35 Останній прийом спиртової настоянки елеутерококу напередодні госпіталізації 20 флаконів (загальний об'єм - літр).

40 Анамнез життя, народився в м. Харкові в родині службовців молодшим з двох дітей. Спадковість обтяжена алкоголізмом батька (батько хворого один раз лікувався від алкогольної залежності і шість років знаходиться в стані ремісії). Ранній розвиток без особливостей. Освіта середня шкільна. В школі вчився "посередньо". Пізніше займався виготовленням надгробних пам'ятників. Зараз не працює. Із перенесених захворювань назвав гострі респіраторні інфекції, закриту черепно-мозкову травму з втратою свідомості у віці 10 років (був збитий машиною), тривалий час лікувався у неврологічних стаціонарах. Туберкульоз, венеричні захворювання, судомні напади, ВІЛ-інфекцію, цукровий діабет, хворобу Боткіна заперечує. Палить. Повторно
45 жонатий. Живе в родині, виховує 6-річного сина (син пізно почав розмовляти, погано розмовляє і тепер, потребує занять з логопедом).

Соматичний стан. Середнього росту, правильної будови тіла, худорлявий, обличчя набрякле, гіперемоване. Склери субіктеричні, судини склер розширені. В легенях грубе везикулярне дихання. Тони серця голосні, ритмічні. АТ-140/90 мм рт. ст. Пульс - 90 ударів на одну хвилину. Язик вологий, обложений сірим нальотом. Живіт при пальпації м'який, печінка виступає з підреберної дуги на 3,5 см, чутлива при пальпації. Селезінка не пальпується. Набряків немає. Симптом Пастернацького не викликається. Випорожнення і діурез в нормі.

50 Неврологічний стан. Очні щілини D=S, зіниці круглі, фотореакції живі. Легка асиметрія обличчя. Сухожилльні й періостальні рефлексії з рук високі, D=S, з ніг - живі, D>S. Чутливість, статика та координація в нормі. Патологічних, менингеальних знаків немає. Тремор повік, тремор витягнутих пальців рук. Промазування при виконанні пальце-носової проби.

55 Психічний стан. Мовний контакт з хворим формальний. Повністю орієнтований. Порушень сприйняття, маячних ідей виявити не вдається. Астенізований. Настрій пригнічений. Суїцидальних думок і тенденцій виявити не вдається. Інтелект відповідає отриманій освіті.

Пам'ять не порушена. Утримується потяг до спиртової настоянки елеутерококу. Установка на лікування формальна.

Лабораторні обстеження. Клінічний аналіз крові: гемоглобін 166 г/л; лейкоцити 7,9 г/л; швидкість осідання еритроцитів 5 мм/год.; формула крові не змінена. Аналіз крові на вміст глюкози - 3,8 ммоль/л. Аналіз сечі загальний - білок, цукор не знайдені, еритроцити 1-3 в полі зору, лейкоцити 2-4 в полі зору. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 25,4 мкмоль/л; прямий 4,2 мкмоль/л; непрямий 21,2 мкмоль/л. АлАТ - 0,86 ммоль/чхл; АсАТ - 0,71 ммоль/чхл; ГГТ- 0,60 мккат/л. Загальний білок - 68,5 г/л. Тимолова проба - 5,38 од. Р-ліпопротеїди - 42 ум. Од. Загальний холестерин - 5,17 ммоль/л. ЕКГ - електрична вісь серця 89 град., нормальне положення. Синусовий ритм. Мала амплітуда зубця R в положенні У1-У3, ЕЕГ - мають місце ознаки пароксизмальної активності у вигляді спайок, гострих хвиль, піків, міжпівкульних асиметрій (наслідки повторних закритих черепно-мозкових травм та зловживання елеутерококом).

Діагноз клінічний основний: психічні і поведінкові розлади внаслідок поєднаного вживання алкоголю і стимуляторів рослинного походження (МКХ - 10: F 19). Ускладнення основного діагнозу: алкогольна хвороба печінки, прогресуючий гепатит з симптомами холестази і цитолізу. Алкогольна кардіоміопатія. Токсична церебрастенія. Супутній діагноз: Тютюнопаління.

Обговорення випадку. У хворого, який протягом 18 років зловживав алкоголем, сформувався синдром алкогольної залежності зі стабільно високою толерантністю до спиртного, втратою ситуаційного і кількісного контролю за випитим, атиповими станами алкогольного сп'яніння, амнезіями періоду сп'яніння, постійними формами пияцтва та абстинентною симптоматикою. Вживання спиртової настоянки елеутерококу на тлі сформованої алкогольної залежності призвело до швидкого розвитку психічної залежності до стимулятора рослинного походження (елеутерококу) й стрімкого зростання толерантності. Клінічною особливістю такої поєднаної залежності є надзвичайно інтенсивний та афективно насичений потяг до спиртової настоянки аралієвих стимуляторів у поєднанні з мінімальними проявами абстинентної симптоматики але з наявністю ознак інтоксикації аралієвими стимуляторами - підвищення АТ, тахікардія, головні болі, безсоння.

Висновки. 1. Вторинне зловживання спиртовими настоянками аралієвих стимуляторів хворими на алкогольну залежність призводить до швидкого формування подвійної (дуальної) залежності від алкоголю та елеутерококу. Не виключено, що превентивне зловживання спиртових екстрактів і настоянок аралієвих є також фактором ризику формування дуальної адиктивної патології

2. Поєднане (дуальне) зловживання алкоголем і аралієвими стимуляторами суттєво змінює клінічну картину алкогольної залежності та потребує пошуку нових інтегрованих підходів до лікування і реабілітації комбінованих форм адикції.

3. Наявність на фармакологічному ринку безрецептурних форм лікарських спиртових препаратів рослинного походження (сімейства аралієвих) зумовлює їх доступність і привабливість для наркологічних хворих.

Лікування. На фоні проведення базового терапевтичного комплексу (детоксикаційна, симптоматична, гепатопротекторна, імунорегуюча, антикревінгова терапія), який включав реосорбілакт, трисоль, тіосульфат натрію, кокарбоксілазу, вітаміни В₁ та В₆, лівенціале, з метою підвищення ефективності купірування патологічного потягу до спиртової настоянки елеутерококу, обриву постійної дуальної інтоксикації, нормалізації сну і вегетативних функцій організму, хворому, на фоні базової фармакотерапії були призначені сеанси мікрохвильовою резонансною терапією (МРТ) у поєднанні з класичної голкорексфлексотерапії (ГРТ) у поєднанні з і прийомом антиконвульсанта - тимолептика Карбамазепіну (Фінлепсину).

Для купірування патологічного ваблення до алкоголю здійснювали гальмівну дію на аурикулярні точки 17, 29, 33, 55, 82. Одночасно використовували точки XIII, XI, VII, III меридіанів. Курс лікування 12 процедур. Перші 4 дні сеанси проводили кожен день, а потім через 1 або 2 дні залежно від стану хворого. У зв'язку зі стійким патологічним ваблення до алкоголю, додатково використовували аурикулярні точки 8 і 9 ("точки агресії"). Застосовувався акупунктурний рецепт для купірування патологічного ваблення до алкоголю.

1-й сеанс - АТ 17, 82, 55, 20 XIII, 7 V, 3 XII з двох сторін.

2-й сеанс - АТ 8, 17, 55, 20 XIII, 3 V, 39 XI з двох сторін.

3-й сеанс - АТ 9, 33, 55, 24 XIII, 6 IX, 3 XII з двох сторін.

4-й сеанс - АТ 17, 8, 22, 23 XIII, 9 V, 6 IV з двох сторін.

5-й сеанс - АТ 33, 29, 8, 20 XIII, 7 V, 36 III з двох сторін.

6-й сеанс - АТ 17, 82, 55, 20 XIII, 7 V, 3 XII з двох сторін.

7-й сеанс - АТ 8, 17, 55, 20 XIII, 3 V, 39 XI з двох сторін.

Компульсивний потяг до алкоголю у хворого супроводжувався афективними порушеннями, зокрема, емоційною напругою, дратівливістю, астеною, зниженням працездатності, порушеннями сну та апетиту, коливаннями артеріального тиску і пульсу. Для купірування потягу до елеутерококу, відновлення вегетативних функцій організму поєднувалися сеанси голкорексфлексотерапії з впливом на 36III (потужну точку загальної дії) безперервним електромагнітним випромінюванням мм-діапазону низької інтенсивності зі щільністю потоку не більше 10 мВт/см кв. в діапазоні частот 53,6-57,0 кГц. Для кожного пацієнта частота опромінення визначалася індивідуально на 1 -му сеансі мікрохвильової резонансної терапії. При цьому враховувалися суб'єктивні психоемоційно окрашені відчуття у вигляді почуття приємного комфорту, заспокоєння, появи тепла у різних частинах тіла, покращення настрою, сонливості та сну. Суб'єктивні відчуття психоемоційного рівня викликали тривалий купіруючий ефект патологічного потягу при алкогольній залежності. 36 III використовувалася поперемінно на правій і лівій нозі. Тривалість сеансу 25-30 хв. На курс лікування проводили 10-12 сеансів.

Враховуючи структуру та циклічність виникнення компульсивного ваблення до алкоголю, динаміку і патогенетичні механізми його активації, клініко-патологічну ідентичність з неалкогольною епілептичною й епілептиформною патологією приведений терапевтичний комплекс було доповнено призначенням антиконвульсанту-тимолептика Карбамазепіну.

Карбамазепін (фінлепсин, стазепін, тегретол, зептол) поєднує в собі протисудомну, тимолептичну дію, здатний купірувати періодичні обсессивно-компульсивні розлади. Йому притаманна також мінімальна кількість побічних ефектів, відсутність вираженої міорелаксуючої дії та афективного ефекту.

Карбамазепін має унікальну здатність гальмувати пароксизмальні й kindling-процеси в лімбічній системі мозку і особливо ефективний при лікуванні синдрому залежності з вираженими афективними розладами, які є фасадом патологічного ваблення до алкоголю. Препарат призначали по 200 мг два рази на добу протягом 12 днів.

При лікуванні запропонованим методом патологічного ваблення до алкоголю спостерігався виражений седативний ефект, зниження відчуття внутрішньої напруги, тривоги, дратівливості, а також покращення настрою та купірування потягу до алкоголю та Елеутерококу.

Катамнез. Протягом одного року алкоголь та Елеутерокок не вживає. Стан стійкої ремісії. Мотивації тверезого способу життя зберігаються.

Таким чином, запропонований спосіб лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю та аранієвих стимуляторів, дозволяє досягнути поліпшення ефективності лікування та скоротити його термін.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб інтегрованого лікування дуальної патологічної залежності від алкоголю та аранієвих стимуляторів, який передбачає комплексну стандартну детоксикаційну, симптоматичну, антикревінгову, гепатопротекторну, імунорегуючу фармакологічну терапію у поєднанні з класичною рефлексотерапією, який **відрізняється** тим, що пацієнту додатково до базового терапевтичного комплексу призначають сеанси мікрохвильової резонансної терапії (MPT) - впливом на потужну корпоральну точку загальної дії 36III (поперемінно на правій і лівій нозі) безперервним електромагнітним випромінюванням мм-діапазону низької інтенсивності зі щільністю потоку не більше 10 мВт/см², в діапазоні частот 53,6-57,0 кГц (для кожного пацієнта визначається індивідуальна комфортна частота опромінювання), тривалість сеансу 25-30 хв., на курс лікування 10-12 сеансів; сеанси електроаурикулотерапії (точки 17, 29, 33, 55, 82); гальмівна методика, з одночасним використанням класичної голкорексфлексотерапії (корпоральні точки XIII, XI, VII, III меридіанів); курс лікування - 10-12 процедур, перші 3-4 дні сеанси проводять щодня, а потім через 1 або 2 дні, залежно від стану хворого; препарат антиконвульсивної та тимолептичної дії Карбамазепін (Фінлепсин) призначають по 200 мг два рази на добу протягом 10-12 днів.

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

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