

(19) **KG** (11) **301** (13) **C1**(51)⁶ **A61K 31/485**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 980024.1

(22) 15.05.1998

(46) 30.03.1999, Бюл. №1, 1999

(71)(73) Медицинский Центр доктора Назаралиева (KG)

(72) Назаралиев Ж.Б., Бауэр В.Р., Токобаев Н.Д. (KG)

(56) Предварительный патент КР №116, кл. А61К 31/485, 1997

(54) **Способ купирования проявлений опийного абстинентного синдрома**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и предназначено для лечения больных наркоманией. Сущность способа заключается в воздействии на эпидуральное пространство в остром периоде заболевания. Для этого до начала дезинтоксикационных мероприятий больному вводят через hiatus sacralis в сакральный канал местный анестетик пролонгированного действия, например, 0.25 - 0.5 % раствор 1 - Бутил -2',6' - диметилфенил - 2 - пиперидин-карбоксамида гидрохлорид, в терапевтической дозе с кратностью введения 10-12 ч в течение - острого периода заболевания. Способ позволяет значительно снизить риск осложнений при воздействии на эпидуральное пространство в процессе купирования проявлений опийного абстинентного синдрома, за счет чего повышается эффективность лечения.

Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и предназначено для лечения больных наркоманией различного генезиса.

Проявления абстинентного синдрома при наркомании полиаспектны и для их купирования используется сочетанное фармакологическое воздействие, направленное на дезинтоксикацию организма, снятие болевых ощущений, вегетативных проявлений и психических нарушений из-за наркотической интоксикации (Пятницкая Н.И. Клиническая наркология. - Л.: Медицина, 1975; Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. - М.: Медгиз, 1956; Станкушев И.Т. Наркоманий. - София: Медицина и физкультура, 1982; Макаров В.В., Киселева Л.И. Методические рекомендации по наркологии. - Красноярск: Медицина, 1989).

Прототипом является "Способ лечения опийной абстиненции" (Предварительный патент KG №116, А61К 31/485, 1997 г.). Существенными признаками способа по прототипу являются: проведение дезинтоксикации фармакологическими средствами и осуществление эпидуральной блокады. Общепринятая дезинтоксикационная терапия по

прототипу включает: инфузию комплекса фармакотерапевтических препаратов для восстановления водно-электролитного баланса, выведения токсинов и воздействия на психоэмоциональные проявления абстинентного синдрома. Болевые ощущения и вегетативные проявления при опиойной абстиненции снимаются в соответствии с прототипом путем введения местного анестетика, например, лидокаина в эпидуральное пространство на физиологически оправданном уровне L₁-L₂. При этом достигается обезболивающий эффект с длительностью в 3-4 ч.

Способ по прототипу, обеспечивая достаточно высокий анальгезирующий эффект при купировании абстинентных проявлений, имеет свои недостатки. При осуществлении эпидуральной блокады возникает риск перфорации твердой мозговой оболочки с истечением ликвора, что чревато возникновением упорных головных болей, а также явления "спинального блока", для ликвидации которого требуется проведение комплексной реанимационно-анестезиологической помощи, включая искусственную вентиляцию легких. К числу осложнений при осуществлении способа по прототипу относится травматизация венозных сплетений, что может стать причиной тяжелой токсической реакции и образования эпидуральной гематомы. К недостаткам способа по прототипу относится перманентный характер катетеризации эпидурального канала, то есть длительное присутствие катетера в эпидуральном пространстве может стать причиной эпидурита, менингита и сепсиса. По литературным данным осложнения при катетеризации эпидурального пространства возникают даже у опытных анестезиологов в 2.5 % случаях (Kalas, Nehre, 1972).

Задача изобретения - снижение риска Возникновения осложнений при воздействии на эпидуральное пространство в процессе купирования проявлений абстинентного синдрома.

Задача реализуется путем изменения локализации доступа в эпидуральное пространство. Для этого до начала дезинтоксикации, больному через hiatus sacralis вводят в сакральный канал местный анестетик пролонгированного действия, например, 0.25 или 0.5 % раствор 1-Бутил-2', 6'-диметилфенил-2- пиперидинкарбоксамида гидрохлорид, в терапевтической дозе с кратностью введения через 10-12 ч в течение острого периода заболевания.

Общими с прототипом признаками являются: купирование проявлений абстинентного синдрома введением терапевтической дозы местного анестетика в эпидуральное пространство, проведение дезинтоксикации общепринятым фармакокомплексом.

В части проведения дезинтоксикационной терапии, признаки обоих способов полностью схожи.

Отличительные существенные признаки изобретения раскрываются в части воздействия на эпидуральное пространство. В способе по прототипу пункция эпидурального пространства происходит в поясничной области позвоночника на уровне L₁-L₂. В изобретении воздействие на эпидуральное пространство проводится опосредованно путем выбора иной локализации введения местного анестетика. Местный анестетик вводится в этом случае в сакральный отдел позвоночника, а именно в сакральный канал через hiatus sacralis. Изменение локализации места пункции обеспечивает достижение нескольких положительных эффектов. Введение анестетика непосредственно в сакральный канал снимает риск перфорации твердой мозговой оболочки в силу анатомического строения сакрального отдела, так как дуральный мешок заканчивается на уровне L₁-L₂. В силу последнего аргумента устраняется возможность микротравматизации твердой мозговой оболочки, что автоматически снимает риск возникновения "спинального блока". При осуществлении пункции эпидурального пространства в соответствии с прототипом в 2.8 % случаях происходит травматизация венозных сплетений (Ланцев Е.А. и соавт., 1990). Следствием такой травматизации являются тяжелые токсические реакции, опасность образования эпидуральной гематомы,

риск сдавления спинного мозга с возможностью развития паралича.

При осуществлении воздействия на эпидуральное пространство введением анестетика в сакральный канал через hiatus sacralis, анатомически устраняется риск перечисленных осложнений, так как сакральный канал заполнен рыхлой клетчаткой и там отсутствуют крупные венозные сплетения. Немаловажным является устранение риска ликвороистечения, которое в способе по прототипу приводит к головным болям продолжительностью от 1 до 3 дней в 1.8 % случаях из-за перфорации твердой мозговой оболочки (Ланцев Е.А. и соавт., 1990). Это осложнение устраняется также в силу анатомического строения сакрального отдела позвоночника. Поскольку при введении анестетика данным способом отсутствует необходимость катетеризации, снимается риск развития эпидуритов, менингита и сепсиса.

К преимуществам способа относится простота техники его выполнения. Необходимость введения анестетика в эпидуральное пространство на поясничном уровне (по прототипу) требует владения техникой высокоточного попадания в него, учитывая, что толщина эпидурального пространства на уровне L₁-L₂ составляет максимум 2-4 мм. Сакральный доступ введения анестетика повышает возможность попадания в 10 раз, так как поперечный размер сакрального канала колеблется от 20 до 30 мм индивидуально.

К отличительным существенным признакам следует отнести использование анестетика пролонгированного действия, за счет чего в четыре раза снижается кратность его введения.

Способ был апробирован на базе Медицинского Центра Назаралиева с января по март 1998 года у 17 больных. К этому моменту способом по прототипу было пролечено 1000 больных, при лечении больных способом по прототипу в 2 % имелись противопоказания к проведению эпидуральной анестезии, в 0.2 % зафиксирована перфорация твердой мозговой оболочки с ликвороистечением, за счет чего была прекращена катетеризация, в 0.3 % возникли эпидуриты, у одного больного (0.1 %) возникла опасность развития сепсиса. И хотя доля осложнений в процентном отношении при купировании абстинентных проявлений в соответствии с прототипом значительно ниже литературных данных (в 3 раза), тем не менее, они были отмечены в вышеперечисленных случаях.

При купировании абстинентных проявлений в соответствии с данным способом такие осложнения отсутствовали, лишь у одного больного отмечена аллергическая реакция на введение используемого анестетика, в силу чего абстинентные проявления были купированы другими методами.

Таким образом, представленные выше аргументы показывают, что совокупность существенных признаков способа многократно снижает риск возникновения осложнений при купировании проявлений опийного абстинентного синдрома.

Способ осуществляется следующим образом. Больной после поступления в стационар проходит общепринятые исследования, ему уточняют диагноз, проводят тесты на отсутствие аллергии к анестетикам, затем осуществляют введение анестетика в сакральный канал. Пункция сакрального канала выполняется при положении больного на боку (соответствует положению для спинальной пункции). Основой правильного положения и залогом успешной пункции является максимальное сгибание позвоночника и максимальное прижатие колен к грудной клетке, при этом облегчается поиск крестцово-копчикового сочленения и подход к hiatus sacralis.

После обработки анестетиками операционного поля, производится анестезия кожи и подлежащих тканей анестетиком, который предполагается ввести в сакральный канал. Это необходимо для определения на сверхчувствительность к анестетику и для предупреждения тяжелых аллергических реакций. Затем находят методом пальпации крестцово-копчиковое сочленение (обычно у верхнего края межягодичной складки, но возможно отклонение ниже или выше вдоль позвоночника на 4-3 см - индивидуально) и под углом в 35-40 градусов входят в hiatus sacralis, тонкой спинномозговой иглой. После

прокола крестцово-копчиковой мембраны и упора в кость иглу отводят назад на 5-6 мм и направляют ее под углом в 15-20 градусов в сакральный канал в краниальном направлении на глубину 5-10 см. Затем производят аспирационный тест-шприцом, чтобы исключить прямое попадание анестетика в кровеносный сосуд. При отрицательной пробе вводится анестетик. После введения полной дозы игла вынимается, а место прокола кожи обрабатывается антисептиком и накладывается асептическая наклейка.

Пример конкретного выполнения.

Больной К.Д., 1971 года рождения, поступил в Медицинский Центр Назаралиева на лечение впервые 20.03.98 с диагнозом: полинаркомания II ст. (гашиш, опий-сырец, героин), абстинентный синдром. Общий стаж наркотизации на момент поступления составлял 8 лет. Ежедневная доза составляла в последнее время 1 г героина. Ремиссия перед поступлением составила 1 месяц, последнее употребление 19.03.98. Больной жаловался при поступлении на боли в пояснице, нижних конечностях и крупных суставах. 21.03.98 в 17 ч, несмотря на проводимое лечение (седативная терапия, инфузионная терапия и обезболивание ненаркотическими анальгетиками) вышеперечисленные симптомы не купировались. Было решено купировать абстинентные проявления вышеописанным методом. После 3-кратной обработки кожи в области крестца и копчика антисептиками, в положении на боку, при максимальном сгибании позвоночника и максимальном прижатии колен к грудной клетке, была проведена анестезия кожи и подлежащих тканей 0.5 % раствором маркаина, в дозе 5 мл. Затем методом пальпации определено крестцово-копчиковое сочленение, под углом в 35 градусов вошли в hiatus sacralis тонкой спинномозговой иглой; после прокола крестцово-копчиковой мембраны и упора в кость иглу отвели на 3-4 мм назад и под углом в 15-20 градусов ввели иглу в сакральный канал в краниальном направлении на глубину 5 см, затем произведена аспирационный тест (отрицательный), после этого в сакральный канал введен 0.5 % раствор маркаина в дозе 10 мл. Болевой синдром купирован через 15 мин. В течение последующих 11 ч болей не было. Больной спал спокойно. Гемодинамика стабильная. Процедуру повторяли через каждые 10-12 ч в течение 4-х дней. Жалобы на боли в пояснице, нижних конечностях и крупных суставах отсутствовали. Больной адекватен и переведен в отделение первичной реабилитации.

В период с марта по май 1998 года этим способом пролечено 17 больных с опийной наркоманией при купировании абстинентного синдрома, результаты у всех пациентов хорошие. Осложнений ни в одном случае не наблюдалось.

Способ готов к использованию в практическом здравоохранении, он доступен для любого анестезиологического отделения и может быть широко использован в наркологической практике. Для его осуществления достаточно ознакомиться с описанием изобретения.

Формула изобретения

Способ купирования проявлений опийного абстинентного синдрома, заключающийся в введении в эпидуральное пространство местного анестетика с последующим проведением дезинтоксикационной терапии, отличающийся тем, что воздействие на эпидуральное пространство осуществляют через hiatus sacralis путем введения в сакральный канал местного анестетика пролонгированного действия, например, 0.25 или 0.5 % раствор 1-Бутил-2',6'-диметилфенил-2-пиперидинкарбоксамида гидрохлорид в терапевтической дозе с кратностью введения 10-12 ч в течение острого периода заболевания.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Никифорова М.Д.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03