

(19) **KG** (11) **347** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(51)⁶ **A61K 31/46**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 990005.1

(22) 09.02.1999

(46) 30.12.1999, Бюл.№4

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

(72) Назаралиев Ж.Б., Бауэр В.Р., Угарова И.В., Токобаев Н.Д., Мунькин Л.М., Сафаров Г.И., Кубатов Э.А. (KG)

(56) Пинаев А.С. "Купирование морфинной абстиненции атропином" автореф. канд. дис. - Ярославль, 1975. - 15 с.

(54) **Способ лечения опийной наркомании**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности, к наркологии и предназначено для лечения больных наркоманией опийной группы. Сущность способа заключается в воздействии на центральную нервную систему (ЦНС) 1 % раствором атропина с последующим его купированием антагонистом атропина. Для этого в первые 3-4 сеанса атропинотерапию проводят по принципу маятникового воздействия на ЦНС, для чего сначала осуществляют обратимую блокаду ЦНС 1 % раствором атропина дозой в 90 мг в первый сеанс с ее индивидуальной коррекцией в последующие сеансы, через 3-4 ч купируют одномоментно воздействие атропина его антагонистом, например, 0.5 % раствором эзерина в дозе 20 мг, затем, после окончания действия эзерина, используют отставленный эффект воздействия атропина на больного в течение 6-8 ч с последующим восстановлением ясного сознания повторным введением эзерина в дозе 10-20 мг. Способ позволяет намного эффективней подавлять обсессивный компонент заболевания, за счет чего многократно удлиняется срок ремиссии. 1 табл., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и предназначено для лечения больных опийной наркоманией в остром периоде заболевания.

По общепринятому определению психофизическая зависимость наркологических больных, в том числе при опийной наркомании, характеризуется двумя компонентами физического и психического плана (Г.Я. Авруцкий, А.Л. Недува, 1988; И.Н. Пятницкая, 1994). Физическая зависимость определяется в остром периоде заболевания вегетосоматическими проявлениями в виде мышечно-суставных болей, рвоты, диареи, чихания, ринореи, слезотечения, подъема температуры до субфебрильных цифр, отсутствия сна. Психическая зависимость во многом определяется не только желанием

больного вызвать эйфорию за счет наркотического опьянения, но и часто определяется желанием больного освободиться от физических страданий. Психическая зависимость от наркотика имеет при опийной наркомании две степени градации: компульсивное влечение и Obsessive-Compulsive константную характеристику. Компульсивное влечение как пароксизм Obsessive-Compulsive проявляется на высоте абстиненции и является типичным признаком острого периода заболевания (М.В. Коркина и др., 1995). Obsessive-Compulsive константа является как бы фоновым, перманентным признаком психической зависимости при наркомании. При лечении опийной наркомании купирование компульсивного влечения на высоте абстиненции не означает подавление психической зависимости, в частности, Obsessive-Compulsive константы у больных наркоманией. Снятие компульсивного влечения в период абстиненции - это обязательная мера терапевтического вмешательства при комплексном лечении наркоманий.

Для купирования психофизической зависимости на высоте синдрома отмены (острый период заболевания) наиболее распространенными методами предусматривается массированное медикаментозное воздействие: анальгезирующие препараты (наркотические и ненаркотические), психотропные препараты, снотворные средства, средства для наркоза, а также поддерживающая и дезинтоксикационная терапия (Г.Я. Авруцкий. А.А. Недува, 1988; И.Н. Пятницкая, 1994).

Все перечисленные подходы пытаются решить две важнейшие проблемы острого периода заболевания: купировать компульсивное влечение к наркотизации и снять физические проявления абстиненции. Трудность при решении указанных проблем заключается, прежде всего, в том, что при хронической наркотизации у больных развивается повышенная толерантность к препаратам наркотического ряда, являющихся наиболее сильными анальгетиками. В этом случае использование даже самых сильных ненаркотических обезболивающих средств дает лишь кратковременный, часто незначительный эффект. Компульсивный компонент абстиненции пытаются подавить массовой медикаментозной терапией, включающей психотропные, снотворные и др. препараты (там же). В своем большинстве эти подходы малоэффективны. Методы подавления проявлений острого периода заболевания путем использования самих опийно-морфинных препаратов требуют в последующем их отмены по принципу логического снижения дозы и не решают проблемы снятия психофизической зависимости при опийной наркомании. Решение дилеммы лечения абстинентного синдрома может находиться в плоскости одновременного охвата эффективным терапевтическим воздействием как психических, так и физических его проявлений. Наиболее близким решением по отношению к изобретению является способ, описанный в работе Пинаева А.С. "Купирование морфийной абстиненции атропином" автореф. канд. дис. - Ярославль, 1975. - 15 с.

Этот способ выбран в качестве прототипа и предусматривает на высоте абстиненции погружение больного в состояние делирия на 1.5-2 ч путем внутримышечного или подкожного введения 20-30 мг 1 % раствора атропина. Затем атропиновое воздействие купируют ступенеобразно подкожным или внутримышечным введением 1-2 мл 0.1 % раствора эзерина через каждые 30 мин до полного прояснения сознания. При необходимости, т.е. при рецидиве компульсивного влечения, атропиновое воздействие повторяют в той же или половинной дозе атропина. Способ направлен в основном на купирование компульсивного влечения на высоте абстиненции.

Недостатком способа по прототипу является узкая функциональная направленность, т.е. подавляя компульсивное влечение, способ, по свидетельству самого автора, малоэффективен по отношению к физическому компоненту абстинентного синдрома. Его терапевтическая эффективность действительна только по отношению к компульсивному влечению в период купирования синдрома отмены наркотика на высоте абстиненции. Но даже при подавлении компульсивного влечения - основной функции способа по прототипу, лечение дает нестойкую ремиссию, т.к. по свидетельству автора

необходимо повторное атропиновое воздействие для подавления рецидива компульсивного влечения. Сам автор прототипа указывает на то, что во время терапевтического сеанса под атропиновым воздействием "у больных возникало стремление изменить положение тела в постели, что было связано с усилением болевых ощущений в мышцах ног, рук, спины". Это состояние они характеризовали как усиление "ломки". Одновременно с усилением болевых ощущений развивались характерные для делириозного синдрома психические нарушения. Это свидетельствует о том, что центральная нервная система (ЦНС) прежде чем достичь состояния торможения обязательно проходит через этап возбуждения. Общеизвестно, что в состоянии возбуждения ЦНС не только сохраняются реакции на болевые раздражители, но их восприятие может быть обостренным. Состояние делирия (прототип) является характерным признаком фазы возбуждения ЦНС, следовательно, болевая компонента не снимается, а, возможно, усугубляется при лечении способом по прототипу.

Из литературы по психотерапии известно, что малые дозы атропина (прототип) вызывают побочные эффекты (Е.Ф. Бажин, 1984) в виде патологических рефлексов, гипертермии, выраженных нарушений гемодинамики, выраженного мышечного гипертонуса, двигательного и психомоторного возбуждения, т.е. явления, наблюдаемые при осуществлении способа по прототипу. Эти побочные проявления затрудняют проведение атропинового воздействия. К тому же, это имеет и чисто технологический негативный эффект - невозможность проводить одновременный сеанс сразу у группы больных.

Доведение больного до делириозного состояния (прототип) купирует компульсивное влечение, но ремиссия нестойкая. По свидетельству самих авторов прототипа возникает необходимость повторного сеанса, что подтверждает мнение заявителя о недостаточной эффективности лечения способа по прототипу даже в этой части решения. Подавление компульсивного влечения во время синдрома отмены не означает разрушения обсессивной зависимости от наркотика при опийной наркомании.

Этот вывод строится на наблюдениях заявителя. У 12 больных, поступивших в Медицинский Центр доктора Назаралиева после лечения по прототипу, длительность ремиссии из анамнеза зафиксирована от 1 недели до 1 месяца.

Задача изобретения - расширение функциональных возможностей способа за счет одновременного купирования физических и психических проявлений острого периода заболевания и достижения более стойкой ремиссии в отношении психической зависимости.

Задача решается путем воздействия на центральную нервную систему 1 % раствором атропина с последующим снятием действия атропина его антагонистом, для чего первые 3-4 сеанса атропинотерапии проводят по принципу "маятникового" воздействия на ЦНС, т.е. сначала осуществляют обратимую блокаду ЦНС атропином дозой в 90 мг в первый сеанс с ее индивидуальной коррекцией в последующие сеансы, через 3-4 ч воздействие атропина купируют одномоментно его антагонистом, например, 0.5 % раствором эзерина в дозе 20 мг, затем, после окончания действия эзерина, используют отставленный эффект воздействия атропина на больного в течение 6-8 ч с последующим восстановлением ясного сознания повторным введением эзерина в дозе 10-20 мг. Идентичность признаков данного способа с прототипом ограничивается фактом использования двух медикаментозных средств - атропина и эзерина как его антагониста для купирования атропинового воздействия, хотя может быть использован любой другой антагонист атропина.

К существенным отличительным признакам способа относятся: использование принципа "маятникового" воздействия на ЦНС, глубина воздействия атропина, вводимая первоначальная доза атропина, режим индивидуальной коррекции дозы атропина с учетом толерантности от сеанса к сеансу, количество сеансов атропинового воздействия, использование отставленного эффекта атропина, приемы по купированию атропинового

воздействия.

Существенность отличительных признаков обусловлена качественно иной, нежели в прототипе, терапевтической концепцией, которая построена на воздействии на ЦНС по принципу "маятника" с затухающей амплитудой глубины воздействия на сознание. При этом за крайние точки амплитуды условно принято отключение сознания, а нулевой точкой - ясное сознание. Схематично принцип "маятникового" воздействия выглядит следующим образом: полное отключение сознания (блокада ЦНС атропином) - его восстановление (эзерином) - частичное отключение сознания (отставленный эффект атропина) - его полное восстановление (эзерином). Подобный подход позволяет купировать не только физические проявления и компульсивную симптоматику в остром периоде заболевания, но, самое главное, эффективно подавляет психическую зависимость от наркотика в катамнезе (обсессивная константа). Авторский вариант термина "маятниковое воздействие на ЦНС" в наркологии неизвестен, т.к. подобный терапевтический комплексный подход к наркомании неизвестен в наркологии, а предложенный заявителем термин отражает базовую сущность заявляемого решения. Рамки указанной терапевтической концепции обусловили совокупность существенных признаков и последовательность их выполнения.

Глубина воздействия на ЦНС. Этот признак имеет принципиальное значение. Способом по прототипу предусматривается доведение больного до делириозного состояния, которого угнетает компульсивное влечение.

В отличие от прототипа в соответствии со способом больного погружают в состояние обратимого отключения сознания, т.е. в состояние глубокого торможения. Это состояние, естественно, купирует не только компульсивные проявления, но и устраняет болевые ощущения. Более глубокое воздействие на сознание, по-видимому, подавляет доминантный патологический очаг возбуждения, прерывая, таким образом, обсессивную составляющую зависимости от наркотика.

Первоначальная доза атропина. В способе стартовая доза (90 мг) превышает терапевтическую дозу по прототипу (20-30 мг). Отличие обусловлено разными терапевтическими целями лечения в сравниваемых способах. В прототипе такой целью является доведение больного до делириозного состояния, купирующего компульсивное влечение. В данном способе - погружение больного в состояние обратимого отключения сознания, купирующее как психическую зависимость, так и физические проявления абстиненции.

Режим индивидуальной коррекции дозы атропина с учетом толерантности от сеанса к сеансу. В прототипе отсутствует. Более того, повторный сеанс при рецидиве компульсивного влечения проводят в прототипе той же дозой или в два раза ниже стартовой - прием, используемый вне учета индивидуальной толерантности больного.

В данном способе необходимость коррекции дозы обусловлена индивидуальной толерантностью организма больного к атропину, которая может меняться от сеанса к сеансу. Чаще это ступенеобразное повышение дозы (реже - ее снижение) атропина от сеанса к сеансу для обеспечения заданного уровня отключения сознания, разрушающего обсессивную симптоматику и вегетосоматические проявления абстиненции. Доза подбирается строго индивидуально и зависит от многих составляющих. В их числе: индивидуальная толерантность, чувствительность к атропиновому воздействию, срок наркотизации и тип наркотика, возраст, пол больного, конституция, общее состояние и т.д. Критериями правильности подбора каждой последующей дозы являются достаточность глубины отключения сознания (отсутствие реакции на внешние раздражители, отсутствие реакции зрачка на свет, слабopоложительный назопальцебральный рефлекс или его отсутствие, появление рефлекса Бабинского, сохранение корнеального рефлекса), подъем артериального давления (АД) на 25-30 мм рт.ст., учащение частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 20-30 в мин от исходного показателя, повышение t° на $0.5-1^{\circ}$, отсутствие гипертонуса.

Длительность курса атропинового воздействия. В прототипе - разовый сеанс, при необходимости, повторный. Это, видимо, связано с непосредственной терапевтической целью по прототипу - подавление острого, компульсивного влечения при синдроме отмены. Но подобное разовое воздействие на уровне психики дает временный симптоматический эффект, подавляя кратковременно обсессивную зависимость у больных опийной наркоманией.

В отличие от прототипа в способе концепция терапевтического эффекта атропинизации строится на убеждении, что разовое атропиновое воздействие на психику не разрушает, а лишь временно подавляет доминанту психической зависимости от наркотика. Способом предусматривается многократность сеансов экспозиции атропинового воздействия - 3-4 сеанса. Длительность курса выбрана эмпирически и базируется на практических результатах. Уже первый сеанс купирует компульсивную симптоматику и вегетосоматические проявления. Можно лишь предположить, что атропиновое воздействие прерывает патологическую импульсную цепь на уровне лимбико-ретикулярного комплекса. Разовое прерывание этих импульсов дает неустойчивый эффект. Последовательное многократное воздействие на поток импульсов устойчиво прерывает обсессивную реактивность, приводя к эффекту разрушения доминантного очага возбуждения. Достигнутый положительный эффект делает возможной дальнейшую эффективную психотерапевтическую коррекцию больного. Критериями окончания курса атропиновой терапии является отсутствие психосоматических признаков синдрома отмены, адекватность субъективной оценки своего состояния больным, готовность больного к дальнейшей психокоррекции.

Отличительным признаком способа является прием снятия воздействия атропина его антагонистом - эзеринем. В прототипе используется прием ступенеобразного (многократного) введения эзерина с определенными интервалами до полного прояснения сознания. В способе сеанс атропинизации купируется одномоментным введением антагониста атропина. При этом в качестве антагониста атропина может быть взят любой препарат из этой подгруппы. Для примера взят эзерин как наиболее распространенный препарат, используемый для этих целей. Одномоментное введение 0.5 % раствора эзерина в дозе 20 мг обеспечивает инверсию блокады ЦНС и достаточную адекватность больного на момент окончания сеанса атропинизации. В прототипе ступенеобразное прояснение сознания идет как последний этап атропинотерапии, в данном способе - это промежуточный этап "маятникового" воздействия на ЦНС, за которым следует частичное отключение сознания за счет отставленного эффекта атропина. В рамках комплекса сеансов это обеспечивает более стойкую ремиссию у больного.

Технологически необходимость представляемого признака реализуется через необходимость проведения процедур по дезинтоксикации организма, восстановлению с его водно-электролитного баланса и т.д. в рамках комплексного лечения острого периода заболевания, что требует определенной адекватности сознания больного на 1.5-3 ч. Именно такой промежуток времени ясного сознания обеспечивает одномоментное введение указанной дозы эзерина.

Последующие анализируемые признаки отсутствуют в прототипе, поэтому они представлены в описательном плане.

Отличительным существенным признаком является использование отставленного эффекта атропина в терапевтических целях в рамках решаемой задачи. Технически прием основан на разнице длительности фармакологической активности эзерина и атропина в организме. Активное действие атропина может достигать до нескольких суток. Антагонизм эзерина по отношению к атропину держится в организме 2-3 ч, затем по мере ослабления его активности снова нарастает действие на ЦНС атропина, циркулирующего в крови (отставленный эффект). Соответственно отставленному эффекту атропина изменяется состояние сознания больного. В пределах последующих 6-8 ч состояние больного можно охарактеризовать как неразвернутое психопатологическое состояние с

транзиторными феноменами нарушения сознания с малым размахом бредовой и аффективной симптоматики, с вербальными и зрительными переживаниями без склонности к развернутому психомоторному возбуждению и агрессии. Больной остается частично контактен, но он относительно дезориентирован во времени и пространстве. Прием использования отставленного эффекта атропина в терапевтических целях неизвестен в наркологии. В рамках решаемой задачи этот прием не позволяет реализоваться в действительности компульсивному влечению, что дает дополнительное преимущество по сравнению с другими способами лечения, так как избавляет от необходимости назначать дополнительные психотропные средства для подавления компульсивной симптоматики.

Логически обоснован следующий отличительный признак - повторное введение эзерина для полного прояснения сознания через 6-8 ч пребывания больного в транзиторном состоянии под отставленным эффектом атропина. Это необходимо как для предотвращения развития комы, наступающей часто за пределами указанного времени, так и для получения возможности плановой коррекции последствий синдрома отмены (проведение дезинтоксикационных мероприятий, коррекция водно-электролитного баланса, укрепляющая и корригирующая терапия, психотерапия). - Совокупность существенных признаков способа позволяет достичь нового положительного эффекта. Для анализа положительного эффекта - расширение функциональных возможностей способа и достижение более стойкой ремиссии - проведены наблюдения за 300 больными в процессе курса атропиновой терапии. Период наблюдения - с января 1996 по декабрь 1997 гг. Больные, отобранные методом скрининга, сопоставимы по возрасту (20-30 лет), стажу наркотизации (5-8 лет) и соматовегетативным проявлениям острого периода заболевания.

Для сопоставимости с прототипом приводим наблюдения после 1-2 сеансов атропинового воздействия (состояние больных во время атропинового воздействия было приведено выше).

Идентично прототипу после 1 сеанса у подавляющего большинства больных исчезло компульсивное влечение - 274 (91.3 %). Только у 26 (8.7 %) из 300 больных сохранялись признаки компульсивного влечения. Это естественно, если учесть, что 1 сеанс является пробным и для некоторых больных стартовая доза в 90 мг атропина недостаточна для обратимой блокады сознания.

У большинства больных - 285 (95 %), уже после 1-2 сеансов наблюдалась редукция соматовегетативных проявлений: уменьшились явления слезотечения, насморка, чихания, улучшились аппетит и сон, редуцировались явления напряжения мышц и двигательного беспокойства.

Больные адекватны, более контактны, правильно оценивают свое состояние. После 3 сеанса обсессивная компонента у некоторых больных сохранялась на подсознательном уровне (сны, фантомные ощущения) - 63 (21 %), хотя в реальной обстановке эти больные трезво оценивали свое состояние, большинство - 280 (93.3 %) при беседах с психотерапевтом пытались дать критическую оценку своего образа жизни, высказывали твердое намерение прекратить дальнейший прием наркотических веществ.

Таким образом, эффект "маятникового" воздействия на ЦНС атропином в соответствии со способом характеризуется купированием обсессивного влечения и полным устранением физического компонента синдрома отмены.

Для оценки длительности ремиссии был проведен катамнестический анализ эффективности лечения в период с января 1996 по декабрь 1997 гг. в Медицинском Центре доктора Назаралиева (МЦН). Длительность катамнеза составила в среднем 22-13 месяцев с учетом выписки больного из стационара МЦН.

Анализ проводился по анкетам обратной связи, разосланным бывшим пациентам по месту жительства, большинству по России.

Поскольку лечение в МЦН проводится анонимно, то, естественно, были случаи

указания больными ложных адресов. Таким образом, на 150 разосланных анкет обратной связи в МЦН вернулось 126 ответов, которые были подвергнуты анализу.

В нижеприведенной таблице даны результаты катamnестического анализа устойчивости ремиссии по количеству месяцев в абсолютных величинах и в соответствующих им процентах.

В таблице графа "срыв" указывает на отсутствие ремиссии, т.е. рецидив наркотизации произошел почти сразу после стационарного лечения - у 3 человек (2.4 %). Термин "частичная ремиссия" имеет несколько вариантов толкования. Это может означать значительное снижение дозы наркотика, удлинение времени между приемами, смену путей потребления и вида наркотика, т.е. вместо парентерального введения наркотика больные переходили к курению анаши и т.д. Больных с частичной ремиссией было 15 (11.9 %). Следующая категория больных - это пациенты, которые на момент ответа полностью отказались от наркотизации. Таких больных было 108 (86.5 %).

По результатам катamnестического анализа видно, что у большинства пролеченных больных достигнута стойкая ремиссия. Если учесть, что по эпидемиологическим исследованиям, проведенным в области наркологии, стойкая ремиссия (т.е. более 6 месяцев) достигается у 8-15 % пролеченных наркоманов (Н.И. Пятницкая, 1994 и др.), то результаты лечения данным способом намного превышают по устойчивости ремиссии все известные способы.

Способ осуществляется следующим, образом. У больного при поступлении выявляют терапевтический, наркологический и аллергологический анамнез, проводятся общеклинические обследования. После осмотра терапевтом, невропатологом, окулистом, а также по результатам анализа анамнестических и клинических данных исключаются противопоказания для последующей атропиновой терапии.

Таковыми противопоказаниями являются: острые фебрильные состояния, функционально-органические нарушения миокарда, коронарная недостаточность, декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь II, III стадии, хронические заболевания в стадии обострения: желудочно-кишечного тракта, печени с явлениями мезенхимально-воспалительного синдрома или печеночно-клеточной недостаточности, туберкулез легких в активной или неактивной форме течения, острое поражение почек, хроническая почечная недостаточность, глаукома, нарушение мозгового кровообращения, внутричерепная гипертензия, хронический отит, атрофический ринофарингит, расстройство эндокринной системы. При отсутствии перечисленных противопоказаний больному проводится проба на выявление индивидуальной чувствительности к атропину. Появление в качестве реакции на атропин тахикардии свыше 140 уд. в мин, повышения артериального давления (АД) на 30-40 мм рт.ст., подъема температуры тела на 2-3°C является также противопоказанием к проведению атропинового воздействия.

При отсутствии перечисленных противопоказаний к атропинотерапии больному назначается 1 сеанс. Подготовку больного начинают накануне сеанса - исключается прием пищи за 11-12 ч до сеанса. Утром следующего дня перед началом сеанса больному закладывается в конъюнктивальный мешок 0.25 % эзериновая мазь для предупреждения мириаза. Через 30 мин измеряют исходные показатели АД, ЧСС, ЧД (частота дыхания) и температуру тела, затем вводят парентерально стартовую дозу - 90 мг 1 % раствора атропина. Через 10-15 мин слизистые рта и носа смазываются жидким вазелином для предупреждения сухости.

Блокада ЦНС считается достаточной при отсутствии реакции на внешние раздражители - вербальные, тактильные, болевые, отсутствии назопальцевого рефлекса и сохранении корнеального рефлекса, отсутствие реакции зрачка на свет.

После введения атропина следует тщательно следить за состоянием больного (мониторинг), чтобы вовремя заметить возможные побочные проявления атропинового воздействия и предотвратить их осложнения: аспирацию пищевых масс, гипертермию, отклонения в гемодинамике. Исчезновение корнеального рефлекса в

процессе мониторингования является показанием к немедленному купированию атропинового воздействия.

Следует отметить, что 1 сеанс атропинового воздействия является к тому же пробным сеансом, он позволяет оценить глубину и время воздействия стартовой дозы атропина. Наблюдение за больным в течение первого сеанса позволяет четко провести индивидуальную коррекцию первой дозы в зависимости от толерантности больного к атропину в течение последующих сеансов.

Время проведения сеанса может колебаться в достаточно широких пределах. Поскольку в нашей практике атропиновую терапию проводят в групповом варианте, то это время ограничивается 4-5 ч в первой половине дня для того, чтобы вторую половину дня освободить для остальных мероприятий, входящих в комплекс лечения больного. Атропиновое воздействие по окончании сеанса купируется одномоментно одним из антагонистов атропина, например, 0.5 % раствором эзерина в дозе 20 мг.

Как правило, антагонистическое действие эзерина длится 2-3 ч, в течение которых у больного сохраняется ясное сознание. Это время используется для назначения плановых мероприятий по дезинтоксикации организма, стабилизации соматического состояния больного. По истечении 2-3 ч после введения эзерина в психическом состоянии больного начинают отмечаться признаки отставленного эффекта атропина, в виде транзиторных явлений нарушенного сознания: заученные психомоторные движения с вербальными и зрительными переживаниями, но без склонности к развернутым психомоторным возбуждениям, агрессии. Больной остается в постели, сохраняет частичный контакт с окружающими, подчиняется многократно повторяемым врачом императивным приказам. Иногда отмечаются транзиторные галлюцинации, при этом галлюцинаторные образы часто связаны с приемом наркотиков, но компульсивная симптоматика не получает реального развития. В подобном состоянии больного оставляют под наблюдением врачей 6-8 ч, за пределами этого времени может развиваться атропиновая кома, что крайне нежелательно, поэтому по истечении 6-8 ч атропиновое воздействие купируют повторным введением эзерина в дозе 10-20 мг в/в, что полностью восстанавливает сознание. После этого лечение продолжают по плановым назначениям.

Пример Больной П., 1968 г. р., из г. Самары, поступил в приемное отделение МЦН 10.06.96 и осмотрен терапевтом, невропатологом, психиатром, наркологом, окулистом, анестезиологом. Проведено необходимое обследование с целью исключения противопоказаний для лечения данным методом. На момент осмотра больной в состоянии наркотического опьянения, из анамнеза выявлено, что общий стаж употребления наркотиков 8 лет: 3 года - эпизодически и 5 лет - систематически в виде опия-сырца. Проведена проба на выявление индивидуальной чувствительности к атропину, поставлен предварительный диагноз: опийная наркомания II стадии, осложненная эпизодическим применением седативно-снотворных препаратов (реланиум, радедорм), хронический токсический гепатит. Комиссионно решено, что противопоказаний для лечения методом атропинового воздействия нет.

Больной предупрежден, что до сеанса атропинового воздействия, т.е. с 19 ч. 10.06.96 не должен употреблять пищу и жидкость. 11.06.96 утром на момент осмотра у больного вторая фаза абстиненции: больной напряжен, зрачки расширены, зевота, слезотечение, насморк, чихание, гусиная кожа, озноб, сменяющийся потливостью, слабость, неприятное ощущение в мышцах, мышцы напряжены, двигательное беспокойство. В 8³⁰ ч в конъюнктивальный мешок закладывается 0.25 % эзериновая мазь. В 9 ч у больного снимаются исходные гемодинамические показатели (АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 уд. в мин, ЧД - 18 в мин, t° - 36.6 $^{\circ}$ C) и парентерально вводится 90 мг 1 % раствора атропина, через 10-15 мин слизистые рта и носа смазываются жидким вазелином. В течение 5-10 мин больной погружается в состояние полного отключения сознания (блокада ЦНС) и находится под наблюдением медперсонала. Каждые 20-30 минут проводится мониторингование. Через пять минут после парентерального введения

атропина сознание отсутствует, реакция на звуковой раздражитель отсутствует, реакция на тактильное раздражение слабовыраженная, реакция зрачка на свет отсутствует, назопальцебральный рефлекс слабовыражен, корнеальный рефлекс положительный, через 7 мин появился симптом Бабинского. За время сеанса гемодинамические показатели находились в пределах: ЧСС - 110-120 уд. в мин., АД повышалось на 10-20 мм рт.ст., ЧД учащалась до 20-24 в мин, температура повышалась на 1°C. Через 4 ч атропиновое воздействие было купировано введением эзерина 0.5 % 1.0 мл в/в + 3.0 мл в/м, всего 20 мг. Через 8 мин после введения эзерина больной контактен, правильно отвечает на вопросы, движения несколько заторможены, гемодинамика восстановилась до исходных цифр, больной переведен в палату под наблюдение нарколога, психотерапевта и терапевта.

Состояние ясного сознания длилось 2.5 ч. Затем у больного стала наблюдаться некоторая задержка ответов на поставленный вопрос. В собственной личности ориентирован - отвечает на вопрос о своем имени и фамилии. Во времени и пространстве дезориентирован - на вопросы "где он находится?", какое время; суток?" и т.д. отвечает, что находится дома, который час не знает. В ответах путается, начало, и конец фраз логически не связаны. Временами больной начинает искать что-то на одеяле, под подушкой, пробует закурить несуществующую сигарету, на вопросы отвечает после многократного императивного повторения, иногда разговаривает со мнимым собеседником, огорчается, когда из рук исчезает несуществующий шприц. Попытку встать с постели предпринимает в связи с реальной естественной потребностью. АД - 130/80-140/90 мм рт.ст., ЧСС - 124 в мин, ЧД-20-24 в мин, t°-37,5°C. Через 6,5 ч у больного отмечаются явления психомоторного возбуждения. На этом этапе больному вводят 0.5 % раствор эзерина (20 мг) и восстанавливают ясное сознание. Через 10 мин состояние больного становится адекватным.

Данным методом больной получил 4 сеанса атропинового воздействия с периодичностью через один день. Каждая последующая доза увеличивалась на 20 мг. После двух сеансов у больного полностью исчезли явления физической зависимости и к 4 сеансу - редуцировались обсессивные явления, начал нормализоваться сон и общий фон настроения. Высказывает твердую уверенность навсегда порвать с наркотизацией. После полного курса лечения (27 дней), включающего психотерапию, выписан, выехал по месту жительства.

Через год после лечения ему отослана анкета обратной связи. Из заполненной анкеты видно, что на момент ответа ремиссия длится 12 месяцев и примечательно, что со слов больного у него к наркотикам "негативное отношение даже во сне". Со слов матери у П. сменилась работа (на лучшую), он собирается жениться и полностью, изменил образ "жизни".

Способ успешно прошел клиническую апробацию на 720 больных. Результаты апробации подтвердили его положительный эффект, который особенно ценен в отношении длительности ремиссии. Способ готов к использованию в наркологической практике. Для его выполнения требуются стационарные условия и квалифицированные специалисты-анестезиологи.

Таблица

Анализ результатов лечения в МЦН больных опийной наркоманией в 1996-1997 гг. по анкетам обратной связи, n = 126/100 %

Срыв, абс./%	Частичная ремиссия, абс./ %		Полная ремиссия на момент ответа (n месяцев), абс./%					
до 1 мес.	1-2 мес.	3-5 мес.	6	7-9	10	11	12	13 и выше

3/2.4	7/5.5	8/6.3	18/14.3	6/4.76	22/17.5	7/5.6	10/7.9	45/35.7
Обобщение результатов лечения								
3/2.4	15/11.9		108/86.5					

Формула изобретения

Способ лечения опийной наркомании путем воздействия на центральную нервную систему (ЦНС) парентеральным введением 1 % раствора атропина с последующим снятием действия атропина его антагонистом, отличающийся тем, что в первые 3-4 сеанса атропинотерапию проводят по принципу "маятникового" воздействия на ЦНС, для чего сначала осуществляют обратимую блокаду ЦНС дозой атропина в 90 мг в первый сеанс с ее индивидуальной коррекцией в последующие сеансы, через 3-4 ч купируют одномоментно воздействие атропина его антагонистом, например, 0.5 % раствором эзерина в дозе 20 мг, затем, после окончания действия эзерина, используют отставленный эффект воздействия атропина на больного в течение 6-8 ч с последующим восстановлением ясного сознания повторным введением эзерина в дозе 10-20 мг.

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