ПРИНЦИПЫ И ЭТАПЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В НАРКОЛОГИИ.

Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения ГБОУ ВПО АМУ
МЗ РФ

Диспропорции наркологической службы

- Дефект наркологической службы в России в том , что она работает преимущественно на детоксикацию- 90-95% ее ресурсов направлены на выведение из запоя и снятие абстиненции (гл. научный сотрудник ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского проф. Российской правовой академии Минюста России, д.м.н., проф. Т.В. Клименко) Без включение пациента в реабилитационные программы детоксикация бессмысленна, так как она только к лечению

Объектные принципы построения ЛРП

- **1. Согласие** - ***добровольное, недобровольное (по принуждению) или добровольно-*** **принудительное подтверждение своего участия в ЛРП. Преодоление анозогнозии (работа врача, психолога).**
- Добровольно соглашаются на лечение **7% наркоманов**, недобровольно (по принуждению: влияние семьи, администрации по месту работы или учебы, правоохранительных органов) – **15%,** добровольно-принудительно – **78%;** соответствующие показатели у больных алкоголизмом - **30%, 7%, 63%.**

Объектные принципы построения ЛРП

- **2.** О**тветственность** ***(интернальность).*** Больные берут **на себя** личную ответственность за свое заболевание, настоящее и будущее, а не переадресуют ее внешним причинам- «уговорили», «так сложились обстоятельства»
- **3. Отказ от употребления ПАВ и СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ (проф. Крупицкий Е.М., ин-т Бехтерева, СПб, конференция, октябрь 2015 г.)** ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ВЫБОР МЕЖДУ СОКРАЩЕНИЕМ И ОТКАЗОМ ПОЗВОЛИТ привлечь больных к лечению на более ранних стадиях и привлечь к лечению большее количество пациентов. (Новый опиоидный антагонист препарат **налмефен-СЕЛИНКРО)**
- Новый *4.* **Ценностная ориентированность больных** в своем заболевании, в самих себе, в отношении к лечению.

Объектные принципы построения ЛРП

- ***Д(-дефицитариые)-мотивы***

эмотивные (***физиологические,*** прагматические) мотивы - стремление изменить существующее болезненное состояние, вызванное злоупотреблением алкоголем или наркотиками. состояния.

- ***Конвенциональные*** мотивы основаны на соответствующей договоренности о том, на каких условиях будет осуществляться лечение, т.е., за какие конкретные «блага». Фактически этот вид мотивации отражает отсутствие реального желания лечиться, избавиться от зависимости

Объектные принципы построения ЛРП

- ***Б-мотивы - мета- (сверх) мотивы*** **личностного роста, предполагающие восстановление и реализацию своих фундаментальных личностных и социальных возможностей. Но недостаточное удовлетворение вновь появившихся значимых *метапотребностей* может привести к развитию фрустрации, депрессии, к обострению влечения к ПАВ. Поэтому необходима максимаотная индивидуализация лечебных подходов, «поштучное», а не «конвейрное» лечение**.

Субъектные (медико-психолого-социальные) принципы осуществления ЛРП

1.**Переход от сугубо медицинской к медико-психолого-социальной** модели оказания помощи больным алкоголизмом и наркоманиями. Внимание к реабилитации и ресоциализации.

2. **Мультидисциплинарность (бригадность)** ЛРП в наркологии : в единой "команде" взаимодействуют врач-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе.

3. **Единство разичных медико-психолого-социальных методов работы с больными** и созависимыми, без которых невозможна реинтеграция в семью и общество.

4. **Преемственность (этапность)** - объективно обоснованный переход от медицинских к медико-психологическим и далее - к психо-социальным мероприятиям

Субъектные (медико-психолого-социальные) принципы осуществления ЛРП

5. Долгосрочность. ЛРП должен продолжаться не менее 3-5 лет. В первые два года ремиссии состояние больных остается неустойчивым и во многом определяется "наркоманическим дефектом", а также влечением к ПАВ

6. **Интегрированность** в общую систему субъектно-объектных отношений, поддержка больных в вопросах ресоциализации - приобретении профессии, трудоустройстве, учебе, получении жилплошади, пенсии, их юридическая и правовая защита.

7. **Антипатернализм-** отказ всех членов ЛРП от позиции «опекунов»; личная ответственность больного за состояние своего здоровья и достойное место в обществе, готовность сопротивляться «срывам» и рецидивам заболевания, отказа от иждивенчества.

Этапы лечения

I этап- нормализация соматического состояния

1.Купирование острых явлений острой (опьянение) или хронической интоксикации, явлений абстиненции.

2.Выравнивание соматических ф-ций

3. Восстановление соматических ф-ций

Купирование острых явлений интоксикации и АС, нормализация психического состояния, интенсивная терапия . Регламентируется приказом № 140 и новыми стандартами, клиническими рекомендациями 2014 г.

На этом же этапе - установление ПТ контакта, создание и (или) укрепление установки на лечение.

Острая интоксикация

- При наличии достоверных сведений или даже при подозрении о приеме ПАВ внутрь принимаются меры к предотвращению его дальнейшего всасывания в желудочно-кишечном тракте. С этой целью проводится промывание желудка и вводятся энтеросорбенты. При наличии угнетенного сознания и недоступности пациента контакту промывание желудка проводится после интубации трахеи.
- При достоверных сведениях, что с момента последнего приема ПАВ прошло более 10 часов, промывание желудка и введение энтеросорбентов не проводятся. Наиболее эффективен энтеросорбент **кремния диоксид коллоидный,** который назначается по 3 г в виде суспензии. Также с целью энтеросорбции могут применяться **повидон** по 5 г, а также **полиметилсилоксана полигидрат** по 45 г.
- Перед применением препараты смешиваются со 100 мл холодной кипяченой воды до получения раствора (повидон, полиметилсилоксана полигидрат) или суспензии (кремния диоксид коллоидный).

Острая интоксикация алкоголем, барбитуратами или неуточненным веществом седативного действия средней и тяжелой степени

- **ОБЯЗАТЕЛЬНО**
- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислородотерапия, при угнетенном внешнем дыхании - ИВЛ
- Промывание желудка
- Кремния диоксид коллоидный 3 г внутрь в разведении водой
- Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг
- Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200- 400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту
- Кофеин бензоат натрия 20% раствор подкожно, не более 5 мл, никетамид 25% в/в или п/к не более 5,0 мл
- Витаминотерапия: тиамин 6% 4 мл в/м, пиридоксин 5% 4 мл в/м
- Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно, никотиноил гамма-аминомасляная кислота 10% 2-4 мл в/в медленно или капельно

Острая интоксикация алкоголем, барбитуратами или неуточненным веществом седативного действия средней и тяжелой степени

- **ПО ПОКАЗАНИЯМ**
- капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе)
- Раствор магния сульфата 25%
- Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно
- Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в
- Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м
- Метадоксил 900 мг в/в медленно или капельно
- Этилметилгидроксипиридина сукцинат в/в, 50-300 мг/сут
- Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно
- Адеметионин 400-800 мг в/в капельно
- Орнитин до 20 г в сутки в/в капельно
- Симптоматическое лечение соматических осложнений

Острая интоксикация опиоидами средней и тяжелой степени

- При острой интоксикации, вызванной употреблением опиоидов, пациенту вводится специфический антагонист опиоидных рецепторов **налоксон**, который быстро прерывает действие опиоида. **Налоксон** вводится внутривенно в течение 15 секунд в разведении 5 мл раствора хлорида натрия 0,9%. Начальная доза налоксона - 0,4 мг, при отсутствии эффекта (восстановление сознания и самостоятельного дыхания) в течение 2-3 минут повторяют введение налоксона в дозе 0,4 мг, максимально допустимая суммарная доза введенного налоксона - 10 мг. Если самостоятельное дыхание после введения 10 мг налоксона не восстанавливается, диагноз острой интоксикации опиоидами необходимо пересмотреть.

Острая интоксикация опиоидами средней и тяжелой степени
(только в условиях стационара)

- **Обязательно**
- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислород, при угнетенном внешнем дыхании - ИВЛ
- Введение раствора налоксона 0,4-0,8 мг в/в, в/в капельно
- Растворы электролитов в объеме 20-30 мл/кг
- Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200- 400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту
- Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно

Острая интоксикация опиоидами средней и тяжелой степени (только в условиях стационара)

По показаниям

- Гемосорбция или плазмаферез
- Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе)
- Раствор магния сульфата 25%
- Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран, реополиглюкин) 200-400 мл в/в капельно
- Тиамин 6% 4 мл в/м
- Пиридоксин 5% 4 мл в/м
- Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в
- Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м
- Симптоматическое лечение соматических осложнений

- **Острая интоксикация бензодиазепинами средней и тяжелой степени (только в условиях стационара)**

- При острой интоксикации бензодиазепинами вводится специфический антагонист бензодиазепиновых рецепторов **флумазенил.** Он вводится внутривенно в течение 15 секунд в дозе 0,3 мг, разведенной в 7 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия;
- при отсутствии эффекта (восстановление сознания и спонтанного дыхания) указанную дозу вводят повторно каждые 60 секунд.
- Максимальная суммарная доза введенного флумазенила не должна превышать 2 мг. При отсутствии указанного выше эффекта от введенного флумазенила диагноз острой интоксикации бензодиазепинами должен быть пересмотрен.

Острая интоксикация бензодиазепинами средней и тяжелой степени (только в условиях стационара)

ОБЯЗАТЕЛЬНО

- Восстановление проходимости дыхательных путей, кислород, при угнетенном внешнем дыхании - ИВЛ
- Введение раствора флумазенила 0,3-0,6 мг в/в, в/в капельно
- Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг
- Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200- 400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту
- Витаминотерапия: тиамин 6% 4 мл в/м, пиридоксин 5% 4 мл в/м
- Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно

Острая интоксикация бензодиазепинами средней и тяжелой степени (только в условиях стационара)

По показаниям

- Промывание желудка
- Кремния диоксид коллоидный 3 г внутрь в разведении водой
- Гемосорбция или плазмаферез
- Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (для лечения гипокалиемии, только при адекватном диурезе)
- Раствор магния сульфата 25%
- Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрах- мал, декстран) 200-400 мл в/в капельно
- Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в
- Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м
- Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно
- Адеметионин 400-800 мг в/в капельно
- Симптоматическое лечение соматических осложнений

Острая интоксикация стимуляторами, галлюциногенами, каннабиноидами, никотином, холинолитиками и другими стимуляторами средней и тяжелой степени (только в условиях стационара)

- Специфические антагонисты отсутствуют, поэтому с целью детоксикации применяют меры, направленные на стимуляцию естественных путей выведения ПАВ, прежде всего диуреза.
- Вводят электролитный инфузионный раствор (например, ацесоль, стерофундин или плазмалит) со скоростью не более 500 мл/ч в объеме 3-4 л в сутки. Введение больших объемов жидкости требует применения сбалансированных по составу растворов, близких по электролитному составу к плазме крови и содержащих буферные добавки для поддержания кислотно-щелочного равновесия. Инфузионная терапия проводится под контролем центрального венозного давления и диуреза, для стимулирования которого в случае задержки жидкости в организме вводится 20 мг фуросемида внутривенно в разведении 10 мл раствора хлорида натрия 0,9% в течение 1 минуты. При недостаточном диурезе, т. е. его несоответствии объему
- вводимой жидкости, введение фуросемида повторяют каждые 2 часа.

Острая интоксикация стимуляторами, галлюциногенами, каннабиноидами, никотином, холинолитиками и другими стимуляторами средней и тяжелой степени

- В случае психомоторного возбуждения, выраженных поведенческих расстройств, опасности со стороны пациента для окружающих и него самого - фиксация к кровати
- Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, судорожных припадков:
- диазепам 0,5% 2-6 мл, до 60 мг в сутки
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,1% 1-4 мл в/в, в/в капельно, до 8 мг в сутки
- лоразепам 2-4 мг в/в, в/в капельно до 10 мг в сутки
- Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг
- Раствор сульфата магния 25% раствор 10 мл 2 раза в сутки
- Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200- 400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту

Острая интоксикация стимуляторами, галлюциногенами, каннабиноидами, никотином, холинолитиками и другими стимуляторами средней и тяжелой степени

- Гемосорбция или плазмаферез
- Галоперидол 5-10 мг в/в или в/м
- Гидроксизин 25-100 мг в/м
- Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе)
- Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно
- Тиамин 6% 4 мл в/м
- Пиридоксин 5% 4 мл в/м
- Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в
- Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м
- Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно
- Адеметионин 400-800 мг в/в капельно
- Симптоматическое лечение соматических осложнений

Детоксикация

- **Детоксикация: полионные смеси:**
- **(декстран 40, декстран 70,)**
- **Поливидон** (поливинилпирролидон) связывают токсины, циркулирующие в крови, и способствуют их быстрому выведению, так как вызывают усиление почечного кровотока, повышение клубочковой фильтрации, увеличение диуреза. В/в капельно — 300–500 мл, со скоростью 40–80 капель в минуту, повторное введение через 12 ч. Противопоказания БА, острый нефрит, кровоизлияние в мозг.
- ***гемодез запрещен для последующего применения в клинической практике циркуляром Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (№ 1100-Пр/05 от 24.05.2005 ОБ АННУЛИРОВАНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ ПОЛИВИНИЛПИРРОЛИДОН НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ 12600 +/- 2700 – ПОВИДОН В КАЧЕСТВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА И ИСКЛЮЧЕНИИ ИХ ИЗ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕЕСТРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ)***
- **Реамберин — выраженные противогипоксические и детоксицирующие свойства, что позволяет его рекомендовать в качестве субстратного антигипоксанта, современного заменителя гемодеза (**действующее вещество **меглумина натрия сукцинат :**
-

Детоксикация

- **Ацесоль, хлосоль, - натрия ацетат+ натрия хлорид+ калия хлорид Дисоль -Натрия ацетат (Sodium acetate) + Натрия хлорид (Sodium acetate + Sodium chloride)**
- **Трисоль -калия хлорид + натрия гидрокарбонат + натрия хлорид — более «физиологичные» по своему составу растворы по сравнению с натрия хлоридом, но не способны направленно воздействовать на энергетический обмен веществ в клетках и не обладают сорбционными свойствами.**
- **физиологический раствор - 0,9% р-р NaCl несбалансированный раствор, быстро покидает сосудистое русло, противопоказан при гипертонической де- и гипергидратации**
- **5 % р-р глюкозы - в/в капельно;**
- **40% р-р глюкозы в/в;**

Детоксикация

- **Тиосульфат натрия — соль, используется в виде растворов в качестве дезинтоксикационного и антигистаминного действия. В/в по 5-50 мл 30 % раствора (в зависимости от вида и тяжести интоксикации).** Комплексообразующее средство, как и унитиол
- **Унитиол (димеркаптол). Антиоксидантное и антитоксическое действие. Относится к комплексонам. За счет сульфгидрильных групп образуют стойкие комплексы – хелаты. Применяется для детоксикации при остром и хр. отравлении металлами, при передозе серд гликозидов. Используется при острой алкогольной интоксикации, ААС, алк делирии, алк полинейропатии – п/к или в/м 5-10 мл 5% р-ра в течение 4-5 дней подряд.** При ААС можно перорально- 0,2 г 1-3 раза в виде 5% раствора в воде.
- **ZOREX - УНИТИОЛ в капсулах**

Детоксикация

- **Раствор Рингера - Локка имеет более "физиологический" состав, чем изотонический**
- **Раствор Рингера отличается от раствора Рингера-Локка тем, что в его состав не входит глюкоза.**
- **Растворы Рингера-Локка состав : натрия хлорида 9 г, натрия гидрокарбоната, кальция хлорида и калия хлорида по 0,2 г, глюкозы 1 г, воды для инъекций до 1 л.**

Выравнивание соматических функций

- **Витамины: пиридоксин 5% - 10 мл в/м; никотиновая кислота в/м; аскорбиновая кислота в/в с глюкозой.**
- **Ноотропы: пирацетам 20% р-р 5-15 мл в/м или в/в с глюкозой.**
- **Гепатопротекторы: полиамин в/в капельно. Ноотропы, витамины и гепатопротекторы (эссенциале, хофитол**) **- в течение всего времени лечения.**
- **Немедикаментозная терапия: обильное питье, очистительная клизма,**

  эфферентные методы детоксикации(плазмаферез 1-3 раза),

  поверхностная кранио-церебральная гипотермия (ПКЦГ) Мочегонные: маннитол в/в, фуросемид в/м или внутрь.

Алкогольный абстинентный синдром

- При алкогольной абстиненции – все средства для купирования строй интоксикации.
- При развитии психотических состояний с двигательным возбуждением и при судорожных симптомах – диазепам 0,5 % р-р в/в на 10,0 мл 0,9% р-ре хлорида натрия. Разовая доза – до 30 мг, суточная – до 60 мг;
- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) = 0,1% - 1-4 мл в/в кап до 8 мг в сутки;
- Лоразепам -2- 4 мг в/в кап до 10 мг/сутки;
- Нейролептики - с осторожностью

АС при опийной наркомании

- **ПИРРОКСАН** – альфа-адреноблокатор, снижает симпатический тонус- 20 мг (2 мл 1% р-ра) в/м 4-6 раз в сутки.
- **Клофелин (клонидин, гемитон) –** агонист альфа 2-адренорецептров ЦНС. За счет подавления НА активности снижает соматовегетативные расстройства и оказывает седативный эффект. На патолог влечение не влияет. Начальные дозы – 0,6-0,9 мг внутрь в 3-4 приема в течение 5-6 дней
- **Гуанфацин** -гипотензивное средство (центральный альфа$_2$-адреномиметик)**,** подобен клонидину, для купировании героинового АС. 0,5- 2,0 мг/сут, курс 16 дней

АС при опийной наркомании

- **Тиаприд (тиапридал) –** нейролептик, д-ет на ДОФА-рецепторы ЦНС *седативный, *антипсихотический, *анальгетический эффекты, *снижает вегетативные проявления. 200 мг в/м или внутрь, в сутки – 600 мг. Эффект возрастает при сочетании клофелина и тиаприда. Близок к сульпириду (эглонилу)
- **ГЕМИНЕВРИЛ**- д-ет на ГАМК- эргическую систему и опосредованно нормализует дисбаланс КА в ЦНС – 300 мг перорально 3-4 раза в день. Средняя разовая доза – 600-900 мг, среднесуточная – 1800-3600 мг.
- **Трамал (трамадол, тродон) -** Синтетический опиоид из группы агонистов-антагонистов опиатных рецепторов. Не наркотик. Низкая наркогенная активность, отсутствует привыкание, отмена не вызывает АС. 50-100 мг (1-2 ампулы) в/в медленно, капельно. Купирует болевой синдром – 300-400 мг/сутки в/м. (См ВН № 2- 98г, с.43) Можно сочетать в атипичным нейролептиком тиапридалом до 400-600 мг в/м на 4 приема в течение первых 3-4 дней АС
- Трамал нельзя использовать при острых отравлениях алкоголем, снотворными, обезболивающими, транквилизаторами

АС при опийной наркомании

- **Тродон** (Югославия), **Бупренорфина гидрохлорид** (Индия)**.** Парциальный агонист опиатов, обладающий выраженным аналгетическим эффектом. Не угнетает дыхания. При длительном применении возможно **развитие привыкания и зависимости**, но в меньшей степени, чем у других опиоидов. Выпускается в виде раствора для инъекций, содержащего 0,3 мг активного вещества и сублингвальных таблеток по 0,2 мг. Используется для детоксикации и поддерживающей терапии.
- **Пропоксифен (дарвон)** имеет перекрестную толерантность с другими опиатами и используется для детоксикации при опиатной зависимости.
- **Буторфанол (стадол)**. Парциальный агонист опиатных рецепторов. По выраженности аналгетического эффекта сходен с морфином. После парентерального введения эффект развивается через 10-15 минут и продолжается в течение 3-4 ч. выпускается в виде раствора буторфанола тартрата для инъекций, содержащего в 2 мг в 1 мл раствора (флаконы 1, 2 и 10 мл). Применяется для детоксикации

Плазмаферез

- **При частом применении наркотиков вырабатываются антитела к препаратам и сл-но повышается толерантность. Методом гемосорбции можно снижать толерантность , т.е. снижать дозу** (В.В.Чирко, 1994)
- ПФ наиболее показан, если уровень циркулирующих иммунных комплексов и антител к морфину превышает норму в 2 и более раз(Н.Б.Гамалея с соавт, 1995), т.е. на 6-7 день от последней наркотизации. Проводить ПФ раньше – не следует, может усилить АС.
- Объем удаляемой плазмы - 25-30% от объема циркулирующей крови. За один раз можно удалять 800-1000 мл плазмы в зависим от физ сост, веса БХ показателей. Повтор- ч/з 2-3 дня.
- <u>НО, за счет активирующего действия ПФ может обостряться влечение к наркотикам</u>.

Ультрабыстрая детоксикация при наркоманиях- УБОД

- Метод УБОД под общей анестезией начал применяться в конце 80-х годов.
- Показания- длительный приём наркотика и большие суточные дозы опиатов
- Применение больших доз блокаторов опиоидных рецепторов;
- Многочасовой наркоз- 6-8 часов (интубация, УВЛ, назогастральный зонд);
- Проведение в условиях реанимационного отделения

Ультрабыстрая детоксикация при наркоманиях- УБОД

- ПРОТИВОПАКАЗАНИЯ.
- 1. Сочетание зависимости от опиатов (героин) с зависимостью от других наркотиков или психоактивных средств.
- 2. Беременность и кормление грудью.
- 3. Сочетание опиатной (героиновой) зависимости с тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.
- 4. Четвёртая степень анестезиологического риска (по стандартной пятибалльной шкале анестезиологического риска) у больных с опиатной зависимостью.
- 5. Противопоказанием можно также считать сердечные и лёгочные заболевания, т.к. во время процедуры выброс адреналина увеличивается в 30 раз, что приводит к увеличению нагрузки в большей степени на данные системы.

Этапы лечения

II этап собственно лечение зависимости Активная терапия в сочетании с опосредованной психотерапией («кодирование», «Торпедо»).

При алкоголизме – выработка отвращения к алкоголю и формирование его непереносимости, подавление патологического влечения.

При наркоманиях- использование блокаторов опиоидных рецепторов в сочетании с психотерапией и средствами, снижающими интенсивность патологического влечения.

Симптоматическое лечение остающихся расстройств.

Активное лечение не всегда возможно по физическому статусу больного

Этапы лечения

III этап - предупреждение рецидивов.

Блокаторы опиоидных рецепторов, сенсибилизирующие препараты, снижение и подавление патологического влечения (антидепрессанты, нормотимики, антиконвульсанты, нейролептики). Нейролептики не имеют преимуществ над плацебо в лечении алкоголизма и других зависимостей и способны лишь ухудшать состояние больных).

- Поиск новых лекарственных препаратов с потенциальной противоалкогольной активностью производится с учетом
- их влияния на трансмиссию серотонина, дофамина, ацетилхолина, ГАМК и глутамата, а также на опиоидные и каннабиноидные рецепторы [Swift R. et al., 2009; Heilig M. et al., 2011].

Психотерапия

- Психотерапевтическая работа:
- с зависимым и с его окружением – санация социальной среды;
- с семьей, с созависимыми;
- трезвеннические установки, поддерживающее лечение для дезактуализации патологического влечения.
- Формирование долгосрочных альтернативный жизненных целей: клубы Аланон Анон, устойчивые психотерапевтические сообщества.
- Социальная реабилитация: занятость, работа, хобби.
- Ремиссии больше года – 20-25% у больных алкоголизмом и 5% - у наркоманов

Аверсивные методы

Выработка отрицательного условного рефлекса на алкоголь.

УРТ (предложенв в 30-х годах Случевским) **с апоморфином, отваром чабреца, баранца (70 -150 мл), с никотиновой к-той, унитиолом, эметином**- 1% р-р- 0,02-0,05 мл. Сочетается с суггестией. Эффективнее в группе

УРТ на 1году **ремиссии** проводится трижды через 1, 4 и 6 мес;

на втором году — дважды;

на третьем году — один раз в год.

на 4 - ом году УРТ проводится по медицинским показаниям.

Аверсивные методы

- **АКАТ-терапия (введение кетамина больным алкоголизмом на фоне психотерапевтического эмоционально-стрессового воздействия с целью продления ремиссий) в России запрещена. Кетамин (калипсол, кеталар, кетанест, кетамнон) фенциклидина .**
- Этимизол в/м, для консолидации следов памяти, через 15 мин р-р кетамина в субанестетических дозах. Кетамин вызывает яркие галлюцинации неприятного содержания с отрицательными эмоциональными переживаниями. Затем бемегрид для улучшения раппорта и потенцирования галлюцинаторных эффектов. Все происходит на фоне эмоциогенной драматической музыки с суггестивным воздействием и вовлечением больного в диалог. На высоте негативных переживаний дают понюхать и попробовать алкоголь. Длительность процедуры – 1-2 часа.

Сенсибилизирующая терапия

Химическая защита от алкоголя.

Блок ферментных систем, расщепляющих алкоголь - накопление продуктов его распада и негативные соматические симптомы.

Препараты: трихопол, флажил, фуразолидон, трихофурон, фазижин (тинидазол), фурадонин, левомизол (дикарис), трион, антабус, антэтил, абстинил, стопетил, нитрофурантоин, метронидазол, дисульфирам (имплантация), никотиновая кислота.

Сенсибилизирующая терапия

- **Колме (цианамид,** фирма Фармалюкс, Испания) Прием после купирования ААС, на 10 день, ежедневно, по 15-20 капель с интервалом в 12 часов, добавлять в негорячую пищу или в безалкогольные напитки. Курс лечения – 3 месяца. Назначают с 18 лет. Менее токсичен , чем дисульфирам (тетурам) и В крови присутствует в течение суток.

Блокирует окисление алкоголя и ингибирует только **алкогольдегидрогеназу,** не влияет на другие энзимы**..** Вследствие чего после приема алкоголя развивается «ацетальдегидный синдром»: покраснение, чувство сдавления головы и шеи, сердцебиение, снижение АД, боль в груди, судорожные подергивания, затруднения дыхания, слабость, тошнота, рвота, насморк. Назначают с интервалом в 10 дней после дисульфирама.

СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

- **Ампросат, акампросат** - блокирует ГАМК-рецепторы, алкоголь перестает действовать. Если продолжается прием алкоголя – страх, тревога, депрессия.
- **Тетурам** (дисульфирам) **-** начальная доза – 0,15 – 1-2 раза в сутки – до 0,5 2 р/сут- длительность курса – 20-25 дней. На фоне курсового лечения проводят 2-3 тетурам - алкогольные пробы. Развиваются вегетативные реакции и страх. Соматика в стадии обострения - противопоказание.
- **Лидевин** (содержит дисульфирам 500 мг + никотинамид - вит В3 0,3 мг + аденин – вит В4, 0,5 мг) – вызывает непереносимость алкоголя Курс – 12-18 мес.
- **Эспераль** (радотер),
- **Циамид (темиозил) –** по 0,5 -2 р/сут - 8-10 дней.
- **Фуразолидон (фуроксон,) –** 0,1-0,2 г 3-4 р/сут.

СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. ПРОЛОНГИ

- Тетлонг – 250 - пролонг дисульфирама, оказывает анксиолитическое, седативное, антикревинговое д-ие за счет использования р-рителя на основе диметилсульфоксида.
- Используется не только при А, но и при Н. По 0,3 мл/сутки в/м в теч 3-5 дней, затем по 1-2 мл в/м 1 раз в 2 - 4 недели- противорецидивное лечение. Дополнительный эффект - нормализация иммунного статуса у опийных Н.

Блокаторы опиоидных рецепторов

- После открытия в конце XX века опиоидной системы была установлена роль опиоидных рецепторов в патогенезе не только наркомании, но и алкоголизма.
- Вначале был синтезирован ***налоксон,*** с помощью которого удавалось выводить больных из состояния глубокой морфийной интоксикации.
- Затем был синтезирован ***налтрексон,*** который является прямым антагонистом опиатов, обладает длительной антагонистической активностью, не вызывает патологического пристрастия и хорошо переносится.

Блокаторы опиоидных рецепторов

- Вначале ***<u>налтрексон</u>*** использовали для лечения больных опийной наркоманией (при злоупотреблении опием, морфином, кодеином, героином, ацетилморфином).
- Назначали после купирования ОАС и последнего приема наркотика - на 5–9 день.
- Курс лечения- несколько месяцев. Эйфория после приема средней дозы наркотика не возникает. Это помогает удлинить ремиссии.
- При приеме очень больших доз опия или героина развивается наркотическое состояние с остановкой дыхания.
  Некоторые общие патогенетические механизмы алкоголизма и опийной наркомания позволяют использовать налтрексон для лечения больных алкоголизмом .

Блокаторы опиоидных рецепторов

- **Налтрексон гидрохлорид (антаксон) -** по 50 мг ежедневно в течение 90 дней.
- Снижает уровень основных показателей катехоламинов – дофамина, норадреналина, адреналина, что при длительном применении ведет к нормализации функций опиатной, дофаминовой систем, взаимодействующих друг с другом

Блокаторы опиоидных рецепторов

- **Вивитрол** - налтрексон для внутримышечных инъекций пролонгированного действия.
- **Вивитрол снижает частоту приема алкоголя и вероятность рецидива при алкоголизме.**
- **Не обладает гепатотоксичностью в рекомендованных дозах и хорошо переносится.**
- **Инъекция препарата делается раз в месяц (1 капсула – 20000р), что улучшает приверженность пациентов к лечению и не вызывает жесткой негативной реакции с их стороны, как при необходимости длительного ежедневного приема таблетированных форм**

Блокаторы опиоидных рецепторов

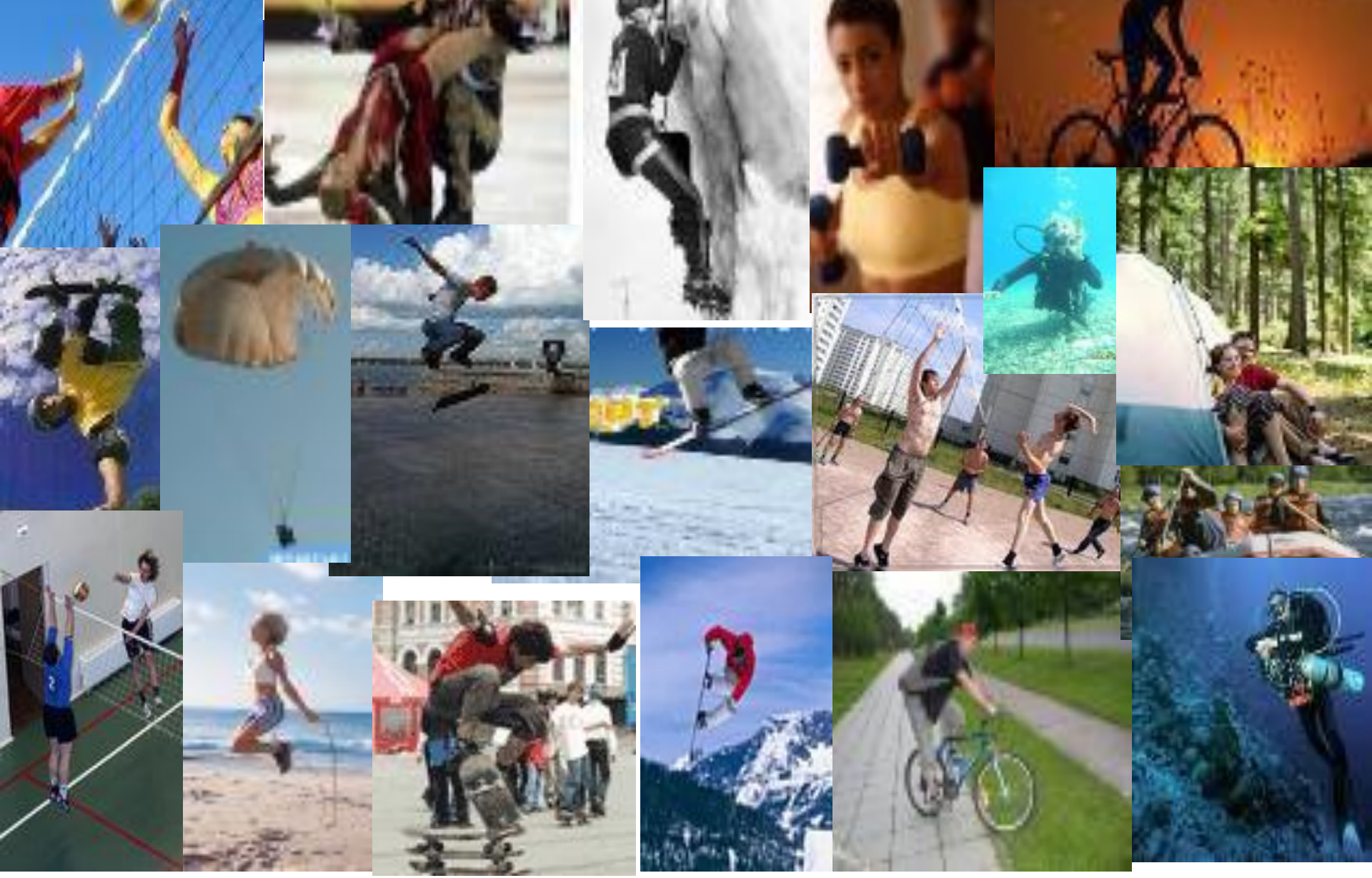
- **ПРОДЕТОКСОН- имплантная** пролонгированная **форма налтрексона** (налтрексон + кортикостероид триамциналон, для уменьшения воспаления в области имплантации) Производит **Фиделити капитал**
- **Действие** – до 8-10 недель (табл для имплантации 1 г.) Конкурентное ингибирование экзогенно введенных опиатов
- **НАЛТЕТЛОНГ- дисульфирам + налтрексон -** в виде инъекций с пролонгатором- биодеградабельыми полимерами. Д-ие – 30 дней. Блокирует опиатные рецепторы, препятствует развитию зависимости
- В России – этап лабораторных исследований на мышах.
- На Украине используется с 1997 г.

Агонисты опиоидных рецепторов

- **Агонисты** центральных адренэргических рецепторов- адреномиметики- **клонидин, клофелин**- патогенетически обоснованный ключевой компонент лечения опийного АС и пост абстинентного синдрома, смягчают, но ***и удлиняют*** АС.
- Сами могут вызывать развитие зависимости . Применять следует ограниченно

Модель предоставления альтернатив

Предполагает необходимость развития альтернативных социальных программ, в которых молодые люди могли бы реализовать возрастные мотивы и потребности : в общении, самоутверждении, автономии от взрослых, самореализации, идентификации, стремление к риску, поиск острых ощущений, удовольствия , которые могут удовлетворяться в асоциальной форме, в том числе через злоупотребление ПАВ.

Варианты модели предоставления альтернатив

- **Предложение специфической активности,** которая предполагает преодоление различного рода препятствий и удовлетворяет потребность в риске, в самоутверждении, инициации: различные виды экстремального спорта - прыжки с парашютом, сноуборд)
- **Создание подростковых и молодежных сообществ** и объединений, реализующих определенный вид деятельности (творчество, спорт), что обеспечивает комбинацию возможности удовлетворения нескольких потребностей (в общении, самореализации, идентификации и др.) со специфической активностью: поддержка субкулыурных подростково-молодежных сообществ с ценностями здорового стиля жизни и саморазвития.