

Особенности применения реабилитационной установки «Альфа Окси - Narcology» в лечении и реабилитации больных наркологического профиля

Дудко Т.Н, Бондаренко С.Н, Платоненко А.В, Спирина Г.К
Национальный научный центр наркологии Росздрава
119002, Москва, Мал.Могильцевский пер.,3;
Группа компаний ВНИИМИ
190240, Москва, Москворецкая наб., 2а

Интенсивный рост наркологических заболеваний в настоящее время создает предпосылки для поиска новых лекарств и технологий лечения и профилактики [6, 7]. В числе новейших методик обращает на себя внимание новая медицинская технология Alpha Oxy Narcology, представляющая собой серию сеансов в лечебно-реабилитационной установке Alpha Oxy Narcology [2, 5]. В основе технологии - воздействие на организм комплекса мультимодальных физиотерапевтических факторов, таких как сухое тепло (максимальная температура 82°C), зональный вибромассаж (с плавной регуляцией интенсивности воздействия и функцией подогрева массажного ложа), системная оксигенотерапия (подача газовой смеси с повышенным содержанием кислорода через ротоносовую маску либо внутрь капсулы), ароматерапия, дополненная музыкотерапией. (Рис.1) [4]. Интенсивность воздействия подбирается индивидуально. Каждый из перечисленных факторов оказывает выраженное саногенное влияние на различные органы и системы (табл. 1). Однако именно сочетание полимодальных физических факторов через направленное изменение мультипараметрических отношений функциональных систем оказывает системный оптимизирующий эффект на гомеостазис организма, что проявляется в снижении уровня эмоционального напряжения, нормализации конституционно-биохимического «профиля» организма, снижении степени вегетативной напряженности, оптимизации психологической стресс-резистентности организма [3, 10, 11]. Выявленные позитивные эффекты взаимосвязаны и обусловлены многократной сочетанной повторяющейся стимуляцией нескольких гомеостатических функциональных систем через механо-, хемо-, проприо-, термо-, офтальмо- и др. рецептивные поля, слуховую, зрительную рецепцию [1, 3, 9, 10, 11]. В то же время, активация дополнительных сенсорных полей оказывает синергичные влияния и приводит к позитивным сдвигам в эмоциональной сфере пациентов, а через психологические ситуативные свойства, определяющие реактивность, эргичность индивидуума, - к устранению вегетативных коррелятов эмоционального дистресса [3, 8].

В исследовании проведенном в 2005 г. на базе ННЦ наркологии Росздрава совместно с НИИ нормальной физиологии РАМН им. П.К. Анохина было показано, что при использовании данной технологии отмечается более выраженное и более раннее снижение симпатической стрессорной активации вегетативных функций, снижение уровня ситуативной депрессии, проявлений отрицательных эмоций, повышение психомоторной работоспособности пациентов и высказано предположение, что «...курсовое назначение процедур в капсуле вызывает тренирующие эффекты в организме на комплекс физических воздействий, приводя к более интенсивной детоксикации и повышению психофизиологических резервов...» [4].

Материалы и методы исследования

В 2007 г. на базе отделения внебольничной помощи и реабилитации ННЦ наркологии было проведено 6-месячное клиническое исследование. Цель исследования – оценка эффективности применения многофакторных физиотерапевтических установок Alpha Oxy Narcology при лечении пациентов наркологического профиля. В комплексном динамическом исследовании приняли участие 67 пациентов, которые были разделены на две группы. Все испытуемые поступили на лечение в состоянии абстинентного синдрома средней степени выраженности. Все пациенты получали базовую терапию для купирования явлений абстинентного синдрома и патологического влечения к ПАВ, к игре. Больным основной группы дополнительно проводились сеансы в капсуле «Альфа - Окси- Narcology» по следующей схеме: в абстинентном периоде на 1-3 сутки ежедневно 1 раз в день, на 4-7 сутки 2 раза в день; в периоде постабстинентных расстройств на 8-20 сутки 3 раза в неделю, с 21 суток 1 раз в неделю. Выбор используемого режима («Абстиненция», «Постабстиненция», «Детоксикация», «Релаксация» и др.) определялся исходным психофизическим состоянием больного.

Основную группу составили 39 пациентов (30 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 21 до 43 лет (средний возраст 30,6 года.) с алкогольной, наркотической и игровой зависимостями (табл.2). В группу больных алкоголизмом вошли пациенты с зависимостью 2 стадии и истиннозапойным типом течения, средний возраст 37,4 ± 5,3 года. Длительность заболевания составляла 8-20 лет. Ремиссии ранее отмечались у 2 больных - от 1 до 6 лет. В группу больных наркоманией входили лица, зависимые от героина, метадона,

терпинкода и коаксила (рис.2); наблюдалось 6 ВИЧ-инфицированных и 32 пациента с вирусным гепатитом С. Средний возраст больных составил $29,7 \pm 5,6$ года. Стаж наркотизации включал от 6 мес до 11 лет. У 28 пациентов ранее отмечались ремиссии от 6 мес до 6 лет, у 7 из них они были вынужденные, т.е. связаны с пребыванием в заключении.

В контрольную группу входили 28 пациентов (26 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 22 до 56 лет. Средний возраст группы 32,9 года. Обследовалось 12 больных алкоголизмом с зависимостью 2 стадии: 7 пациентов с периодическим типом течения, 5 - с постоянным, средний возраст $42,3 \pm 11,9$ года.

Длительность заболевания составляла 3-18 лет. Ремиссии ранее отмечались у 10 больных - от 1 до 8 лет.

В отличие от основной группы все 16 больных с наркоманией в группе сравнения употребляли героин.

Средний возраст больных составил $23,4 \pm 3,0$ года, стаж наркотизации - от 2 до 13 лет. У всех пациентов ранее отмечались ремиссии от 6 мес до 3 лет (вынужденные - у 4 больных). В группе было 3 ВИЧ-положительных больных и 17 пациентов с вирусным гепатитом С.

Только стационарное лечение получили 26 больных основной группы и 21 из контрольной группы; продолжили лечение амбулаторно по 7 человек из каждой группы; 6 больных основной группы обследовались только на этапе постабстинентных расстройств.

Для оценки результатов использовалась шкала общего клинического впечатления по 9 показателям: осознанное влечение к ПАВ, тревога, депрессия, дисфория, эмоциональная лабильность, расстройства сна, болевой синдром, астенический синдром, вегетативные нарушения. Выраженность каждого симптома оценивалась после проведенной процедуры по 4-х бальной шкале (0-3), где 0- отсутствие симптома, 1 - слабовыраженный, 2 - умеренно выраженный. 3 - ярковыраженный симптом. Обработка данных проводилась с помощью программы Excel 2003. Обследование проводилось до начала терапии, в 1-ый, 3-ий, 7-ой и 12-ый дни терапии (табл.3).

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из диаграмм, представленных на рисунке 3, у основной группы по сравнению с контрольной, гораздо быстрее купировались вегетативные расстройства, а также явления эмоциональной лабильности и дисфория (рис. 3а, 3б, 3в). Резкое падение их уровня отмечалось уже после 1х суток лечения, затем выявлялось равномерное снижение признаков. К 12-м суткам интенсивность дисфории и вегетативных нарушений в обеих группах почти сравнялась, но наблюдалась значительная разница в выраженности эмоциональной лабильности.

Купирование остальных симптомов проходило не так скоро и ярко. Редукция астенических явлений начиналась только после 3-х суток терапии, но в дальнейшем расхождение в группах по этому симптому увеличилось (рис.3г) Снижение уровня болевых ощущений у больных наркоманией основной группы, происходило скачкообразно: уменьшение после 1-го сеанса, «плато» до 3-х суток и последующее резкое снижение к 7-м суткам. В то же время в контрольной группе купирование боли проходило более плавно и к 12 дню лечения обе группы сравнялись в результате. Подобные расхождения могут объясняться наличием в основной группе потребителей метадона, чей АС отличается по выраженности и длительности от АС героиновых наркоманов, которые составили группу сравнения.

Выраженность расстройств сна и депрессии у больных основной группы изначально была выше.

Существенное снижение интенсивности этих симптомов происходило только на 1-е сутки. До 3-х суток положительной динамики не наблюдалось - у больных с зависимостью от метадона значительно усилились депрессия и бессонница. После 30-го дня лечения наладился ночной сон и в последующие дни достоверных различий между группами по этому признаку не отмечалось. А уровни депрессии оставались выше, чем у контрольной группы даже к 12 дню лечения.

Наблюдалось отчетливое снижение уровней тревоги и осознанного влечения к ПАВ уже на 1-е сутки лечения, но после 7 дня редукции не происходило, а к 12 дню общий балл выраженности симптома стал несколько выше в опытной группе. Влечение носило обсессивный характер, больные откровенно сообщали о своих сомнениях и страхах медперсоналу. Беседы с врачами и психологами были более продуктивными; в результате 8 больных (21%) продолжили лечение в реабилитационных центрах, 15 человек (37%) стали принимать блокаторы опиатных рецепторов перорально или имплантировали «Продетоксон» (рис.4).

Отношение больных к процедурам было неоднозначным. Изначально пациенты недоверчиво относились к аппарату, с раздражением воспринимали то, что их оторвали от кровати или «курилки», боялись новых процедур, выказывали недоверие и скепсис: «А чем это мне поможет?», «Лучше сделайте еще уколы.», «Дайте антидепрессантов» и т.п. Во время сеанса многие пациенты засыпали, сон продолжался даже после завершения программы. Некоторые больные сразу после сеанса начинали выполнять физические упражнения (подъем штанги, велотренажер) - обычно это происходило на 3-5 дни лечения. Часть больных просила о дополнительных сеансах в капсуле: «положите подольше, на ночь», как правило, они

обращались в момент обострения влечения. Другая категория больных – лица психопатизированные, истеро-возбудимые, с постоянным влечением к наркотикам - старались «увильнуть» от процедур, ссылаясь на «отсутствие настроения», «неумение с детства спокойно лежать на одном месте», неподходящую им музыку и воспринимали сеансы как развлечение и способ «убить время». После сеансов они обычно засыпали на 1-3 часа, затем становились более терпимы к режиму отделения, лечению, появлялось желание общаться с медперсоналом и психологами. В беседе пациенты более охотно рассказывали о себе, легче переключались с наркотической тематики на разговоры об отдыхе, спорте и пр., с эмоциональной окраской начинали вспоминать события, происходившие до наркотизации, включая детские воспоминания. Менялась цель стационарирования - не просто «отлежать», а восстановиться, возникал интерес к лечению.

Дополнительно больные обращали внимание на более быстрое заживление ран, избавление от части «дорожек». Женщины интересовались косметическими свойствами капсулы – возможностями снижения веса и коррекции фигуры.

В основной группе не было ни одного случая досрочной выписки, напротив, пациенты (при возможности) продлевали лечение на 2-3 дня «до выздоровления». 5 пациентов продолжили амбулаторное лечение, включающее сеансы оксигипертермии.

4 больных наркоманией и 1 больной игровой зависимостью вошли в исследование на этапе постабстинентных расстройств. Было выявлено, что у этой группы пациентов после сеанса на 2-4 часа (а в единичном случае на 12 часов) исчезала импульсивность, возникало состояние спокойствия, отрешенности и благополучия.

Все пациенты (стационарные, амбулаторные) участвовали в психотерапевтической группе и отметили, что проведение процедуры до занятия не позволяло активно эмоционально включаться в работу группы, а со стороны выглядело как медлительность, незаинтересованность, несобранность. В другие дни больные охотно и с удовольствием принимали процедуру после визита к врачу или психологу.

На этапе реабилитации у всех, без исключения, больных наблюдались эпизоды усиления патологического влечения к наркотическим средствам. В такие периоды назначался режим «Detox» с подачей кислорода 4 л/мин. У 5 пациентов это предотвратило срыв ремиссии.

Заключение

Проведенное исследование подтвердило терапевтическое действие капсулы «Alpha Oxy Narkology». В работе было выявлено положительное влияние на редукцию вегетативных расстройств, алгий, дисфории и эмоциональной лабильности уже после первых сеансов, уменьшение астенизации у пациентов наркологического профиля. Не было выявлено клинически достоверных различий в основной и контрольной группах по таким показателям как осознанное влечение к ПАВ или к игре, тревожность, депрессия, нарушения сна. Тем не менее, судя по данным катамнеза (отсутствие досрочной выписки, продолжение лечебно-реабилитационных мероприятий), эффективность методики достаточно высокая. Кроме того, к положительным ее свойствам стоит отнести высокую оценку, данную ей самими больными – 42% обследуемых, и отсутствие побочных эффектов и осложнений.

Таким образом, можно сказать, что системная оксигипертермия в сочетании с другими физическими факторами «Alpha-Oxy Narkology» способствует коррекции психо-вегетативных, соматоневрологических и поведенческих расстройств в период абстиненции, профилактике срывов и рецидивов заболевания, усиливает мотивацию на участие в лечебно-реабилитационных программах и влияет на пролонгирование и стабилизацию ремиссии у больных с алкогольной, наркотической и игровой зависимостями.

1. Рис. 1. Комплекс мультимодальных физиотерапевтических факторов Alpha Oxy Narcology



Рис. 2. Распределение больных наркоманией в основной группе по виду употребляемого наркотика.

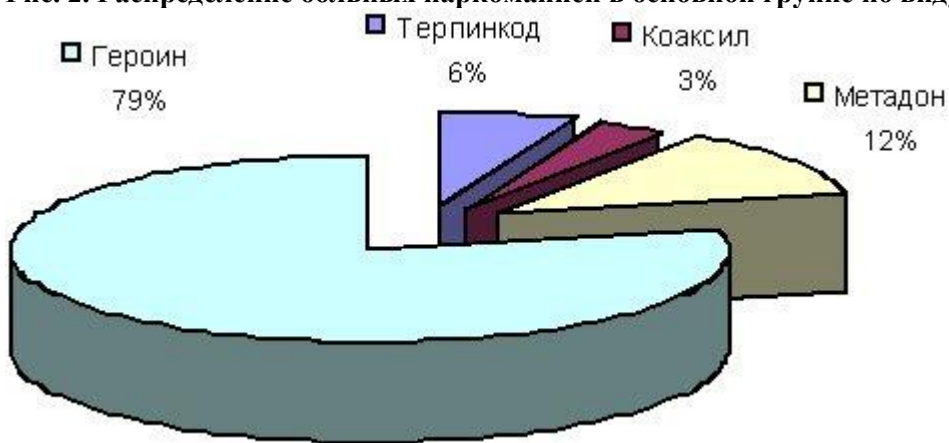
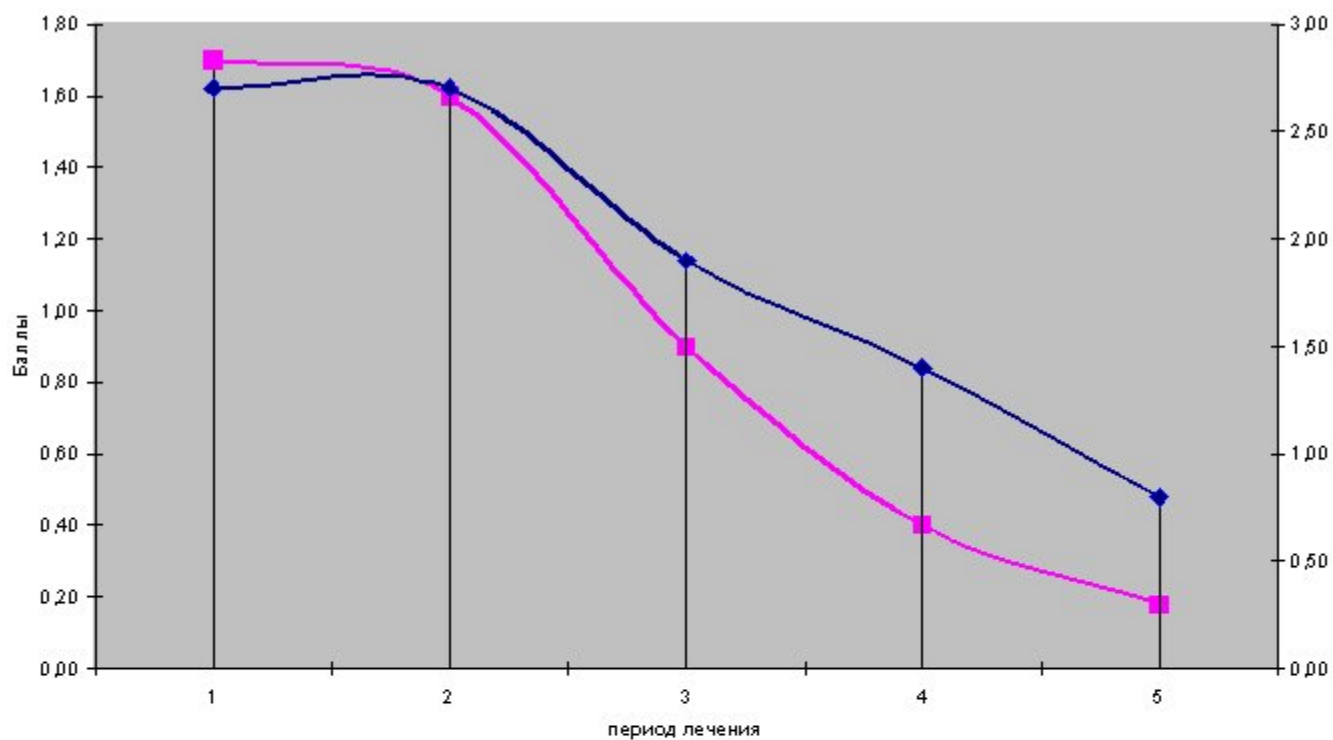
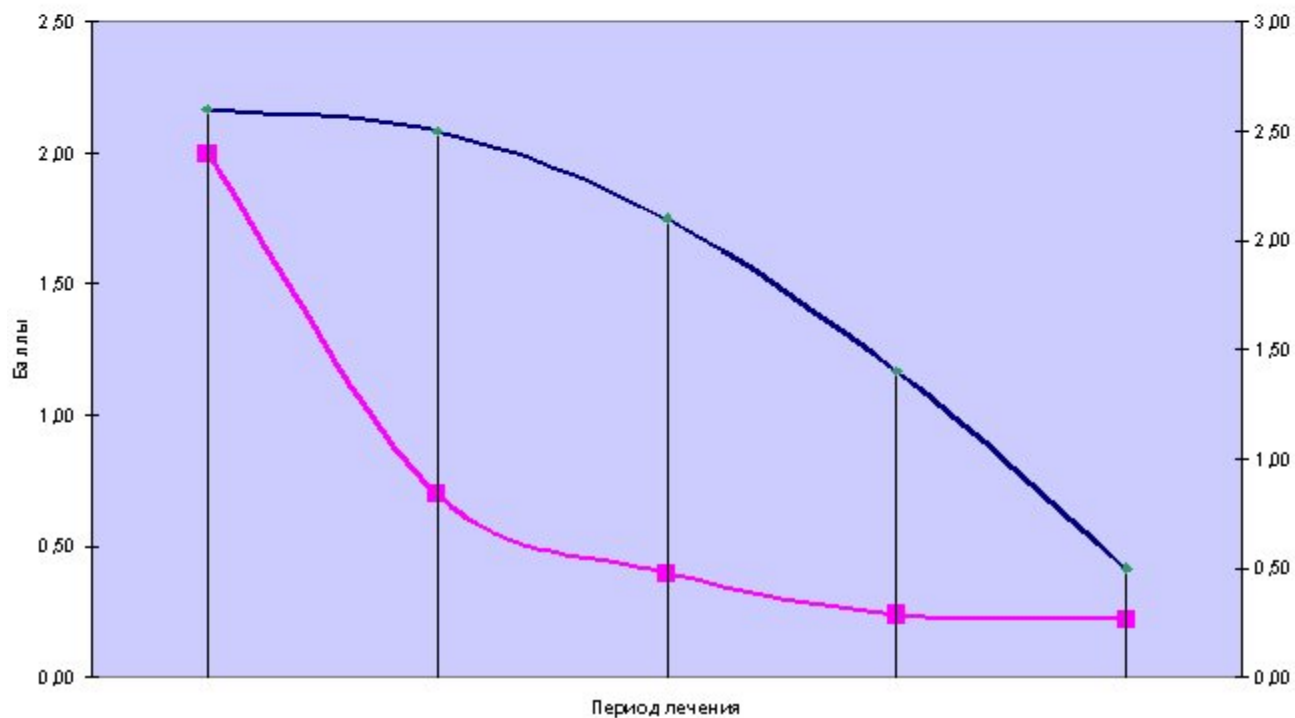


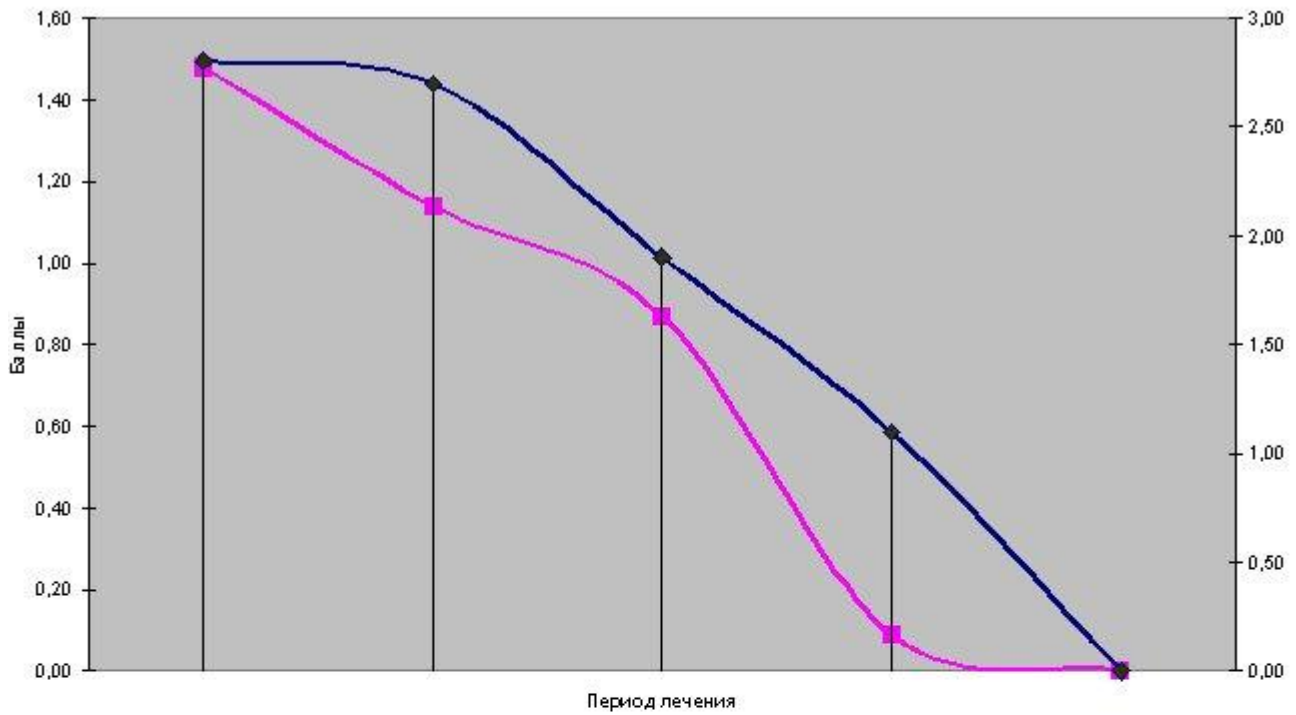
Рис. 3. Динамика клинических симптомов у больных обеих групп
Выраженность астенических проявлений



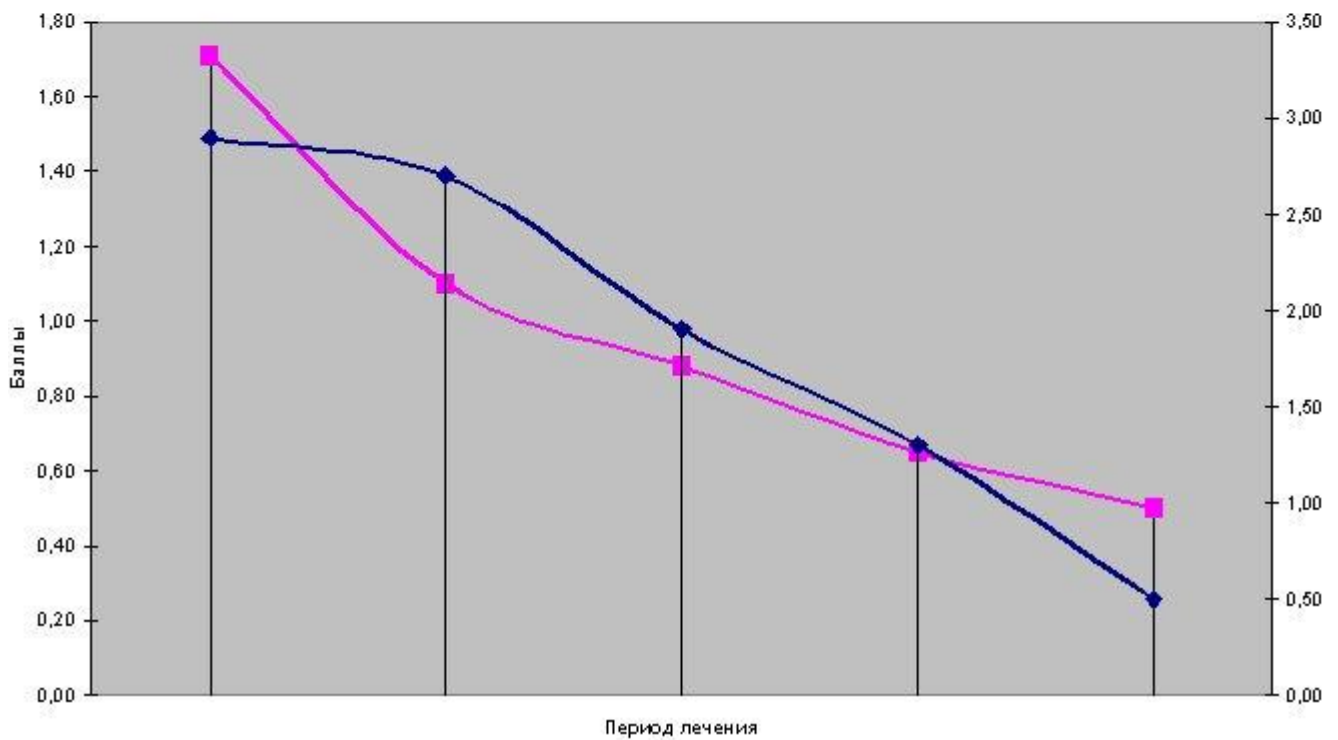
Динамика редукции вегетативных симптомов АС в основной и контрольной группах



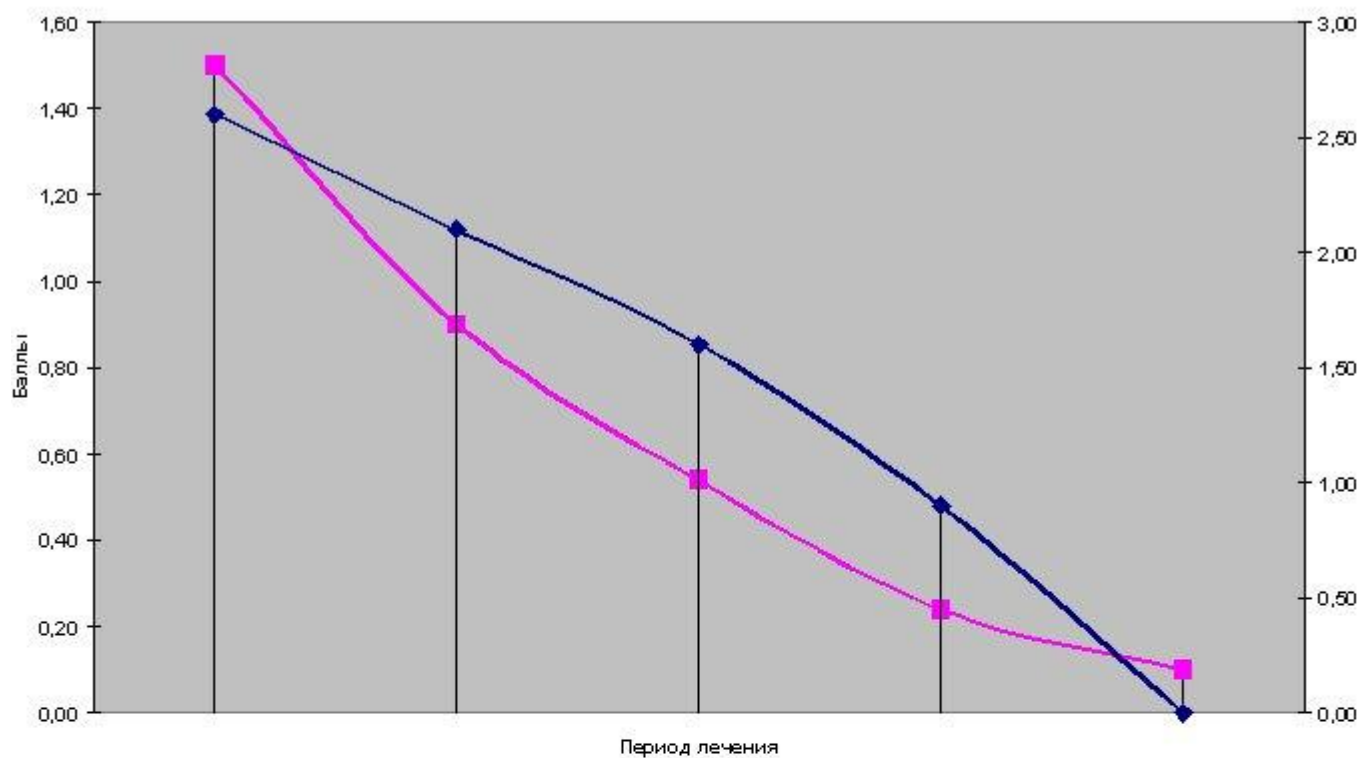
Течение болевого синдрома у больных наркоманией обеих групп



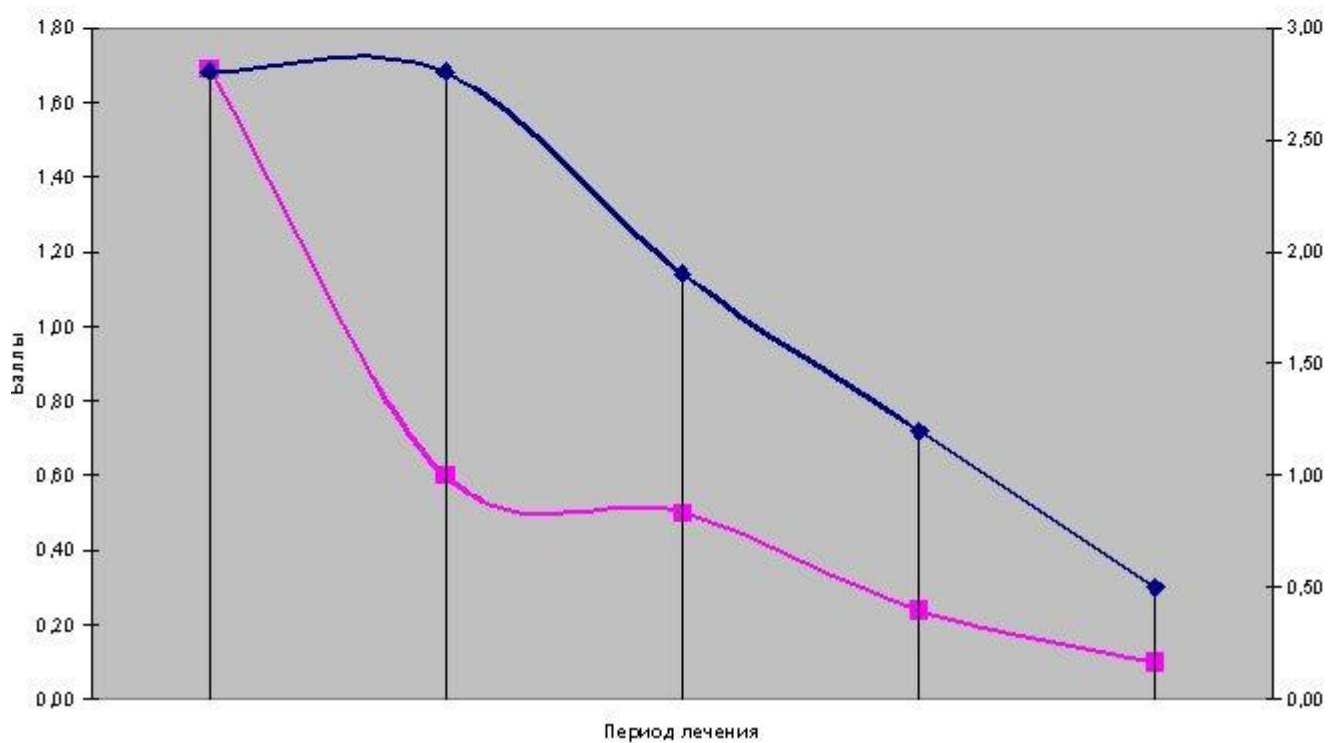
Осознанная потребность в ПАВ



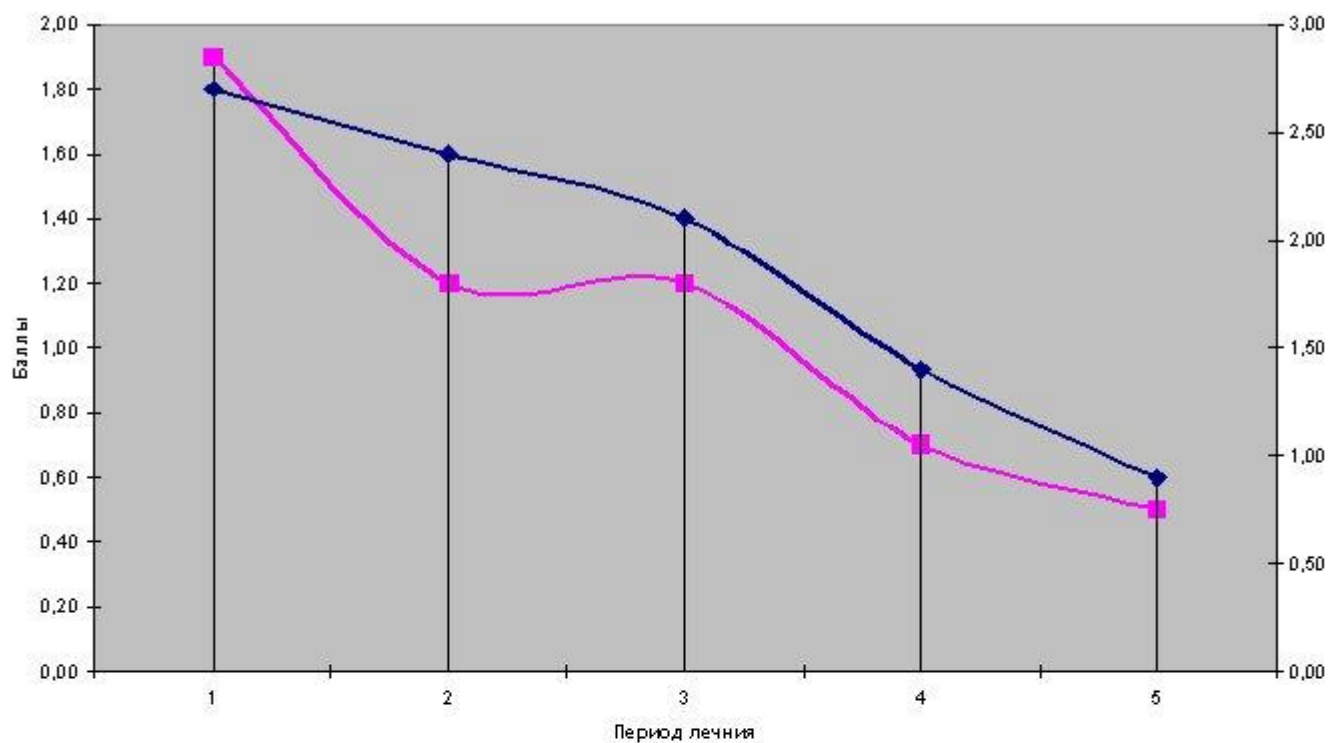
Тревожность у пациентов основной и контрольной групп



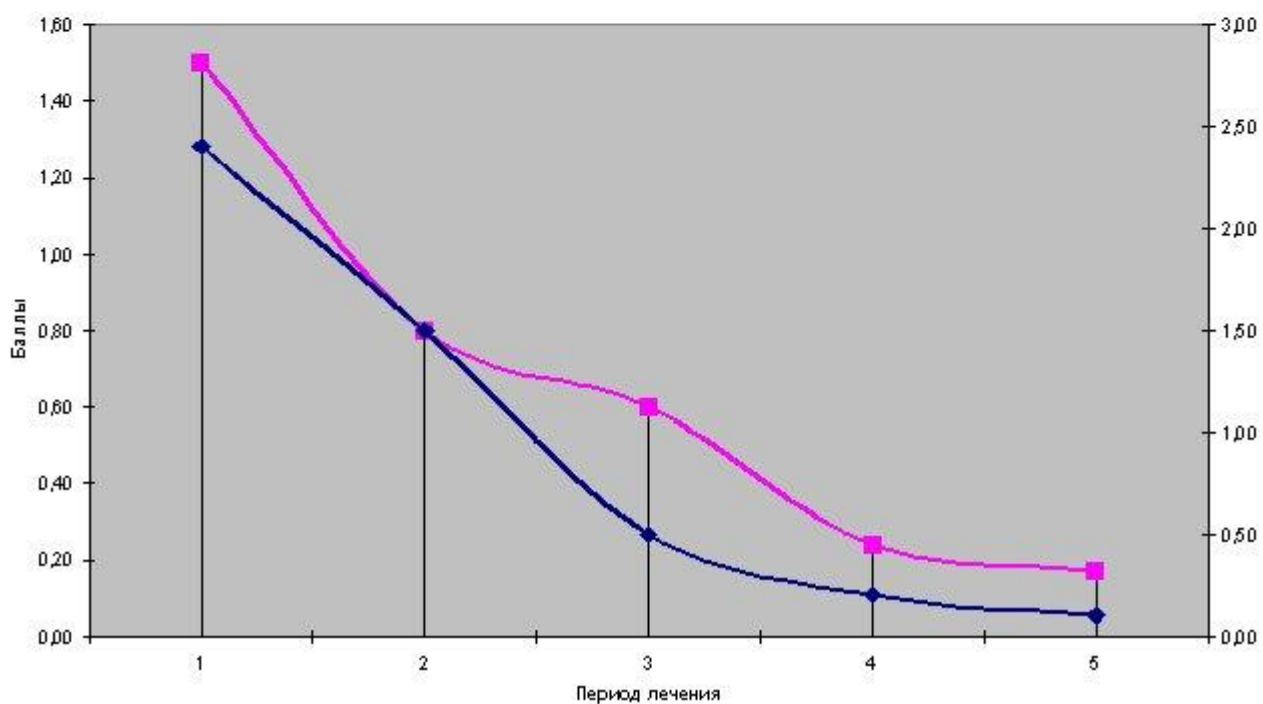
Дисфория у больных основной и контрольной групп



Выраженность нарушений ночного сна



Течение депрессивных расстройств в обеих группах больных



- А – вегетативные расстройства
- Б – эмоциональная лабильность
- В – дисфория
- Г - астения
- Д – влечение к ПАВ
- Е – болевой синдром
- Ж – тревога
- З – ночной сон
- И – депрессия

Рис. 4. Данные катамнеза больных основной группы.

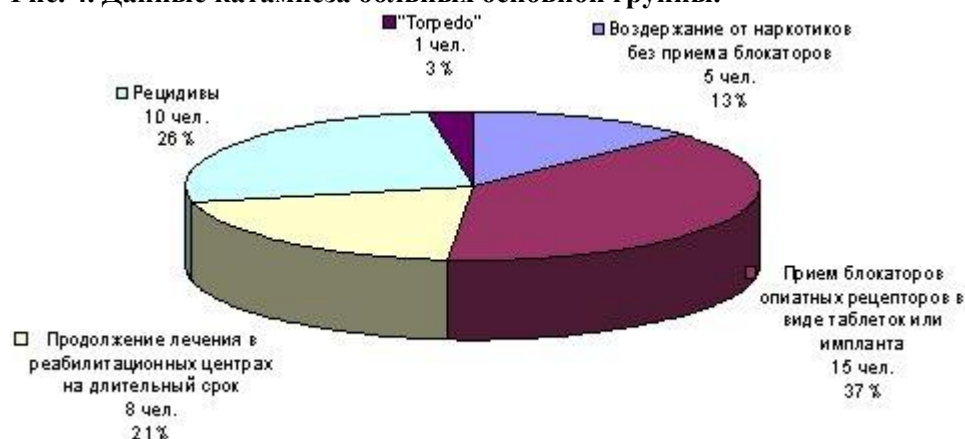


Табл. 1. Основные терапевтические эффекты

Воздействующий фактор	Основные эффекты
Общая термотерапия (дозированое саунирование)	стимуляция потоотделения, дренажной функции лимфатической системы интенсификация процессов обмена веществ повышение функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем
Вибротерапия	улучшение церебрального и периферического кровообращения усиление локального кровотока и лимфооттока, активация трофики тканей снижение мышечного тонуса.
Локальная термотерапия	расширение сосудов микроциркуляторного русла и усиление местного кровотока глубоких сосудов кожи ускорение метаболизма подлежащих тканей расслабление мышц уменьшение болевых ощущений
Оксигенотерапия	улучшение легочного газообмена повышение утилизации кислорода тканями нормализация окислительно-восстановительных процессов в тканях, «доокисление» продуктов обмена восстановление энергетического баланса (ресинтез АТФ) устранение метаболического ацидоза активация трофических и регенеративных процессов нормализация сна
Оксигипертермия	улучшение перфузии тканей и органов кровью обогащенной кислородом, интенсификация процессов детоксикации, рефлекторное воздействие на структуры ЦНС
Ароматерапия	воздействие на эмоциональный фон (улучшение настроения, энергизация, снятие напряжения, расслабление, уменьшение тревожности и т.д.)
Сочетанное воздействие	выраженная коррекция психоэмоционального состояния снижение степени вегетативной напряженности оптимизация психологической стресс-резистентности организма коррекция гипертензивных состояний нормализация липидного спектра крови нормализация компонентного состава тела за счет уменьшения жировой массы

Таблица 2. Распределение больных по формам зависимости.

Алкогольная зависимость		Наркотическая зависимость		Игровая зависимость							
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
3	2	12	-	25	7	14	2	2	-	-	-
5 (13%)		12 (43%)		32 (82%)		16 (57%)		2 (5%)		0	

Таблица 3. Динамика психопатологических симптомов в основной группе

Симптомы	Выраженность в баллах (M±SD)				
	0 (до лечения)	1 сутки	3 сутки	7 сутки	12 сутки
Осознанное влечение	1,71 ± 0,96	1,11 ± 0,84	0,88 ± 0,94	0,66 ± 0,84	0,50 ± 0,80
Тревога	1,54 ± 0,74	0,89 ± 0,77	0,54 ± 0,71	0,24 ± 0,44	0,09 ± 0,30
Дисфория	1,69 ± 0,96	0,63 ± 0,78	0,46 ± 0,61	0,24 ± 0,44	0,09 ± 0,30
Эмоциональная лабильность	1,82 ± 0,89	0,79 ± 0,89	0,59 ± 0,76	0,39 ± 0,63	0,27 ± 0,65
Расстройства сна	1,85 ± 0,92	1,20 ± 1,07	1,17 ± 0,98	0,66 ± 0,87	0,45 ± 0,69
Депрессия	1,51 ± 1,02	0,82 ± 0,72	0,57 ± 0,75	0,24 ± 0,51	0,17 ± 0,49
Болевой синдром	1,48 ± 0,74	1,14 ± 0,85	0,87 ± 1,06	0,09 ± 0,29	
Астенические явления	1,68 ± 0,75	1,57 ± 0,82	0,88 ± 0,67	0,41 ± 0,57	0,18 ± 0,40
Вегетативные расстройства	2,00 ± 0,78	0,68 ± 0,73	0,37 ± 0,75	0,24 ± 0,51	0,22 ± 0,58

Литература

- Быков А.Т. Сенсорный приток как технология восстановительной медицины/ Маляренко Т.Н., Маляренко Ю.Е.// Материалы Первого международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2004», Москва, 20-21 сентября, 2004 г. – М, 2004. - С. 64-65
- Глазачев О.С. Возможности применения физиотерапевтических мультифакторных устройств «Alfa Oxy SPA» в комплексной реабилитации наркологических пациентов/ Глазачев О.С., Дудник Е.Н., Платоненко В.И., Спирина Г.К // Актуальные вопросы восстановительной медицины, 2005- №3- С.59-63
- Глазачев О.С. Ритмические локальные тепловые воздействия как средство реабилитации функционального состояния человека/ Глазачев О.С., Классина С.Я., Дудник Е.Н //Реабилитология. Сборник научных трудов. – М., 2003. – С.197-202.
- Дудко Т.Н., Применение оксигипертермической физиотерапевтической капсулы «Альфа Окси СПА» в комплексной реабилитации наркологических пациентов: Медицинская технология ФС № 2006/094 от 12.05.2006 /Дудко Т.Н., Глазачев О.С., Панченко Л.Ф. и др. – М.: Изд-во ВНИИМИ, 2006.- 24 с.
- Дудко Т.Н. Эффективность применения физиотерапевтических устройств «Альфа Окси СПА» в комплексном лечении и реабилитации наркологических пациентов/ Дудко Т.Н., Бондаренко С.Н., Панченко Л.Ф. и др. // Вопросы наркологии. – 2007. - №2. –С. 21-31
- Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа/ Т.Н. Дудко, М.Г. Цетлин, В. Е. Пелипас; под ред. Н.Н.Иванца -М.,2000.-36с.
- Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи / Н.Н.Иванец// Лекции по наркологии. - М.: Медпрактика, 2001- 343 с.
- Шакула А.В. Применение мультифакторных физиотерапевтических устройств «Альфа 2010» и «Альфа Окси СПА» в комплексной реабилитации пациентов с психовегетативными расстройствами. Медицинская технология ФС № -2008/001 от 09.01.2008. /Шакула А.В., Глазачев О.С., Платоненко В.И. и др – М.: Изд-во ВНИИМИ, 2008.- 34 с.
- Шакула А.В. Применение аппаратно-программных комплексов полирецепторного лечебно-оздоровительного действия в восстановительной медицине / Шакула А.В., Труханов А.И., Банк В.Л.// Современные технологии восстановительной медицины/ Под ред. А.И.Труханова. – М.: Медика. - 2004. - С.234-256.
- Юматов Е.А. Проблема многосвязного регулирования дыхательных показателей организма // Успехи физиологических наук. - М., 1976. - Т.6. - №4. - С. 23-32.
- Ярцева Л.А. Мультипараметрические взаимодействия показателей гомеостаза человека при сочетанных физических воздействиях // Автореф. дисс. к.б.н. –М.: НИИНФ им. П.К. Анохина РАМН. -2008. – 27 с.