

Экстремальная аэрокриотерапия депрессивных состояний в наркологической клинике

И.К. Сосин, А.А. Осипов, Е.А. Антонова, О.В. Друзь

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Обоснование, разработка и дифференцированное применение криогенных методов в наркологии – является новым научным направлением, приоритет разработки которого принадлежит кафедре наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования в творческом содружестве с Институтом криобиологии и криомедицины НАН Украины. На уровне изобретений предложены два способа лечения зависимости от психоактивных веществ, базирующихся на использовании локального холодового воздействия – поверхностная управляемая краниocereбральная гипотермия и экстремальная криопунктура.

Технология поверхностной управляемой краниocereбральной гипотермии заключается в том, что охлаждение церебральных структур через наружные покровы головы осуществляется в режиме дискретного понижения температуры хладагента до появления у пациента общего холодового терморегуляционного ответа в форме папилomotorной реакции, озноба, холодового тремора. Гипотермия при этом осуществляется без премедикации и нейровегетативной реакции. Техническое оснащение – гипотермогенератор.

Метод экстремальной криопунктуры базируется на экстремальном холодовом воздействии на область проекции точек акупунктуры. Техническое оснащение – криоаппликатор КД-3, в качестве хладоносителя используется жидкий азот, который заливается в баллон аппарата. Конструкция криоаппликатора предусматривает охлаждение наконечника до температуры минус 170°C. Воздействие экстремальной температурой на кожные точки акупунктуры осуществляется двумя способами: однократным прессиорным дозированным (0,5-0,6 кг) давлением с экспозицией 1-2 секунды и прерывистым вибрационно-контактным касательным воздействием до появления кожной гиперемии и начальных признаков отека.

Основными, широко апробированными показаниями для применения указанных криогенных методов в наркологии являются: клиника острой интоксикации психоактивными веществами,

психические и поведенческие корреляты патологического влечения, синдром отмены, аффективная патология.

Настоящее сообщение является фрагментом комплексных исследований по использованию холодовых саногенетических и патогенетических эффектов в наркологии. Для лечения депрессивных постабстинентных расстройств у пациентов с опиоидной зависимостью нами была применена общая экстремальная гипотермия (криосауна). Как известно, депрессивные расстройства у данного контингента пациентов отличаются терапевтической резистентностью по отношению к фармакологическим антидепрессантам, в том числе и нового поколения – селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. Депрессия в ремиссионном периоде является ключевым фактором рецидивирования опийной инъекционной зависимости.

Под нашим наблюдением находились 10 пациентов (мужчины в возрасте от 19 до 27 лет) с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными инъекционным самовведением кустарно изготовленного опийсодержащего экстракта маковой соломки или пероральным немедицинским потреблением официальных фармакологических препаратов опийного спектра действия. Длительность патологического пристрастия колебалась от 3 до 9 лет. 7 пациентов до начала инъекционного введения опия имели опыт курения конопли. Все исследованные ранее уже лечились по поводу опийной наркомании. Одной из причин рецидивов были депрессивные расстройства, тематические сновидения, стрессовые состояния. Контрольную группу составили 10 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту, нозологической единице и депрессивному синдрому, которые получали антидепрессант amitриптилин.

На момент исследования у всех пациентов диагностировалась (по шкале Гамильтона) постабстинентная депрессия, которая появлялась после детоксикационного этапа терапии. Легкая депрессия была у 4 пациентов, средней степени – у 3 и тяжелой – у 3. Всем больным был назначен курс общей экстремальной гипотермии в медицинском центре «Криосауна».

Метод общей экстремальной гипотермии (аэрокриотерапии) проводился по известной международной технологии. Во время первого

Адрес для корреспонденции: Сосин И.К., Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Корчагинцев, 54, г. Харьков, Украина; тел.: +38 (0572) 52-61-77, кс: +38 (057)

сеанса больной погружался поочередно через шлюзы в первый криобокс с температурой минус 10° С (экспозиция – 1 минута), затем – во второй криобокс, где температура окружающего воздуха равнялась минус 60°С (экспозиция также 1 минута), затем – в третий криобокс с температурой минус 90-120°С (экспозиция – 45 секунд). После этого осуществлялся обратный дискретный выход пациента из гипотермического состояния. Общее время пребывания в криосауне составляло 7-8 мин. Соблюдались все необходимые меры предосторожности: предварительный осмотр специалистом-терапевтом, обучение правилам поведения в криосауне инструктором, профилактика криоожогов (ротоносовая маска, наушники, перчатки, войлочные тапочки), возможность визуального мониторинга за пациентом через стены-иллюминаторы, возможность селективной коррекции поведением пациента в криосауне, возможность мгновенного извлечения пациента из каждого криоблока. После каждого сеанса общей экстремальной криотерапии пациент повторно консультировался у терапевта и нарколога и принимал адаптационно-релаксирующие процедуры (фиточаи, музыкотерапия). Курс криогенной антидепрессивной терапии составлял от 7 до 10 процедур. Время пребывания пациента в условиях минус 120° С постепенно увеличивалось и в конце курса лечения доходило до 3-5 минут. Осложнения, побочные эффекты криотерапии ни в одном случае выявлены не были.

У всех пациентов был установлен выраженный антидепрессивный эффект уже с первой процедуры экстремальной криотерапии. После 3-4-й процедуры депрессивная симптоматика практически редуцировалась, в то время как в контрольной группе депрессия имела затяжной характер, и признаки депрессии имелись к 14-му дню наблюдений.

Приводим клиническую иллюстрацию, подтверждающую высокую эффективность метода общей экстремальной криотерапии.

Больной Б. (1980 г.) находился на стационарном лечении в наркологическом стационаре с 15.04.05 по 26.04.05, с диагнозом «синдром опиоидной зависимости, состояние отмены, депрессивный синдром». За медицинской помощью обратился впервые по собственному желанию.

Анамнез жизни и заболевания. Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом не отягощена. Из семьи служащих, единственный ребенок в семье. Раннее психомоторное развитие – без особенностей. Однако, рос болезненным, часто – простудные заболевания, бронхиты, atopический дерматит. Перенес ветряную оспу. С 21 года болеет гастритом.

После окончания 11 классов поступил в

автодорожный институт, бросил учебу после 2-го курса, непродолжительное время работал на заводе. Женат, детей нет, в армии не служил.

Первая проба наркотиков в 17 лет (1997 г.) – в компании сверстников «курил травку из любопытства». До 19 лет курение каннабиоидов носило эпизодический характер, в этом же возрасте попробовал трамадол в дозе 4 капсулы. Отмечал эффект расслабления, прилива сил, оптимизма. В течение полугода сформировался систематический прием наркотика в суточной дозе 20 капсул. Последний прием трамадола – за два дня до госпитализации (доза 6 капсул). Несколько раз пробовал «винт» (кустарно модифицированный первтин) в дозе 2,0-2,5 мл в/в. Алкоголь употребляет изредка, по праздникам, в небольших количествах – 100-150 мл вина или водки. Самостоятельные попытки бросить употреблять наркотика успеха не имели. Не смог перенести «нахлынувшую депрессию», диссомнические расстройства, тягостные ощущения в мышцах, суставах. Все это сопровождалось непреодолимой тягой к наркотику. Становился раздражительным, озлобленным.

Соматическое состояние. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. На лице – *acnae yuivialis*. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 100 в минуту, АД 150/100 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Физиологические отправления в норме.

Неврологическое состояние. Зрачки умеренно расширенные, равномерные, фотореакция живая. Горизонтальный нистагм 10 секунд. Асимметрии лица нет. Сухожильные рефлексы оживлены равномерно. Координация движений не нарушена. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, в пробе Ромберга легкое пошатывание. Чувствительность сохранена. Без острой очаговой и общемозговой симптоматики.

Психическое состояние. Речевому контакту доступен.

Сознание ясное. Ориентировка всех видов в пределах психиатрического тестирования сохранена. Внешний вид опрятен. В беседе пассивен, немногословен, не критичен, скован. Говорит тихим, но достаточно модулируемым голосом. На вопросы отвечает в плане заданного, своих переживаний не раскрывает. Жалуется на сильное влечение к наркотику, сниженное настроение,

слезотечение, чихание, сильное сердцебиение, тянущие боли в спине. Отмечает ухудшение памяти, раздражительность.

Себя характеризует сомневающимся, обидчивым, добрым, склонным к «внутреннему самокопанию». Тепло отзывается о жене и родителях. Не скрывает, что за медицинской помощью обратился, «чтобы сохранить семью». Интересуется прогнозом лечения и выздоровления. Эмоционально неустойчив, депрессивен, лабилен, легко раздражается. К концу беседы заметно утомился.

Интеллектуально развит достаточно, мышление последовательное. Критичен. Суицидальных мыслей не высказывает. Установка на лечение стабильная.

Динамическое наблюдение в стационаре и лечение.

В стационар пациент поступил на вторые сутки развития абстинентного синдрома. Состояние расценивалось как средней степени тяжести, выражены соматовегетативные нарушения, алгический синдром, диссомнические расстройства, влечение к наркотику носило обсессивно-компульсивный характер.

Назначена комплексная терапия: гидазепам по 1т (0,05) в 9.00, 14.00, 21.00, карбамазепин по 1т (0,02) в 9.00, 14.00, 21.00, сонапакс 25 мг в 21.00, труксал 25 мг в 21.00, амитриптилин 20 мг в 21.00, пираретам, фезам, рибоксин, глутаргин, силибор, витамины В₁, В₆, С, В₁₂, MgSO₄, анальгин, ренальган, реосорбилак, р-р глюкозы 5%, р-р натрия хлорида 0,9%. Лазеротерапия №10, экспозиция 20 минут.

В отделении вел себя спокойно, большую часть времени проводил в палате, слушал музыку, много спал, читал, выполнял все предписания врача, режим отделения не нарушал.

Фон настроения был преимущественно снижен. Сохранялась общая слабость, утомляемость, раздражительность. К вечеру нарастала депрессия, мышечное напряжение.

К 6-му дню купированы плановыми назначениями болевая симптоматика, вегетативные расстройства и дезактивировалось влечение к наркотику, аффективная симптоматика сохранялась, стабилизировалось АД 120/70 мм рт. ст.

К 10-му дню в состоянии пациента сохранилась абстинентная симптоматика, проявляющаяся утомляемость, слабость, неустойчивость внимания, лабильность сна. Влечение к наркотику проявлялось в снах на соответствующую тематику. Имелись признаки депрессии.

Рекомендовано пройти курс общей аэрокриотерапии (10 сеансов) как реабилитационную антидепрессивную программу постабстинентного

периода с пробной отменой всех медикаментозных назначений.

Клинико-лабораторное обследование.

Сахар в крови 4,7 ммоль/л. Клинический анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты $4,75 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,94, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 73%, эозинофилы 2%, лимфоциты 21%, моноциты 8%, СОЭ 4 мм/ч.

Клинический анализ мочи. Цвет желтый, мутность умеренная, плотность 1018, белок, сахар не обнаружены.

Биохимическое исследование крови. Билирубин общий 8,84 мкмоль/л, АсТ 0,13 ммоль/л, АлТ 0,35 ммоль/л, ГТП 24 ед, общий белок 68 г/л, β -липопротеиды – 30 ед.

Реакция на Вич-инф., ВГВ и ВГС – отрицательная ЭКГ. Заключение: Вертикальное положение ЭОС (от +70 до +90). Синусовая тахикардия. Неспецифические изменения зубца Т.

РЭГ – явления гипертонуса церебральных сосудов.

ЭЭГ – диффузная патология биопотенциалов коры головного мозга

Проведена методика измерения уровня тревожности Тейлор (адаптирована Т.А. Немчинова). Оценка 27 баллов, что свидетельствует о высоком уровне тревожности. Тест Гамильтона на депрессию – 41 балл.

На момент выписки из стационара, в постабстинентный период у пациента сохраняется астеноподобная симптоматика в виде повышенной утомляемости, слабости, затрудненного засыпания, вегетативной нестабильности. Патологическое влечение к наркотику проявлялось в виде отдельных депрессивных эпизодов, не купированных амитриптилином.

Сеансы общей аэрокриотерапии проводились в криобоксе, состоящем из 3-х камер, 2-х шлюзовых (температура минус 10-60°C) и основной (температура минус 90-120°C), охлаждение поверхности тела – направленными ламинаторными потоками сухого воздуха (температура от минус 10 до минус 120°C).

Пациенту выдавались специальные носки, перчатки, маска на лицо, купальник из шерстяных материалов во избежание холодовой реакции (вазоконстрикция и болевой синдром).

До и после процедуры измерялись пара-метры АД и пульса.

Время пребывания в камере в первый сеанс от 1-й минуты, увеличиваясь на 30 секунд, достигло 5 минут к 10-му сеансу.

Объективно после процедуры отмечались гиперемия кожных покровов, стабилизация АД, мышечная релаксация; в психическом состоянии

№ сеанса	Время в минутах	До лечения		После лечения	
		АД	Пульс	АД	Пульс
1	1	115/90	86	120/70	80
2	1,30	120/80	90	115/85	81
3	2	115/75	88	120/80	78
4	2,30	135/80	94	125/80	76
5	3	135/80	96	125/80	74
6	3,30	125/80	90	120/80	72
7	4	135/80	94	120/80	74
8	4,30	130/80	92	120/75	72
9	5	130/80	92	120/70	72
10	5	135/85	94	120/70	72

выравнивалось настроение, повышалась работоспособность, ночной сон наступал самостоятельно. Купирована вегетативная дисфункция.

Субъективно пациент описывал свое состояние во время нахождения в криобоксе «как прыжок с высоты», «спуск с горы», «захватывание духа».

В период прохождения криотерапии были отменены все медикаменты, включая снотворные. Со слов больного и его жены, состояние было стабильным, исчезла депрессия, нормализовался сон, мысли о наркотике исчезли.

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что общая экстремальная криотерапия (аэрокритерапия) в наркологии является эффективным безмедикаментозным средством лечения депрессивных расстройств.

Литература

1. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма.– К., 1986.– 152 с.
2. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф., Мысько Г.Н. Методы рефлексотерапии в наркологической практике.– Харьков, «Полиграфсервис». 1999.– 174 с.
3. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Героиновая наркомания.– Харьков. «Полиграфсервис». 2002.– 147 с.
4. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. Монография. Харьков, 2005.– 800 с.