

ІНТЕГРОВАНА ТЕРАПІЯ ГАШИШНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ АУТОТРЕНІНГОВОЇ СИСТЕМИ «BIOFEEDBACK»

Харківська медична академія післядипломної освіти

Запропоновано спосіб інтегрованого патогенетичного лікування гашишної залежності, в якому мінімальний комплекс стандартних препаратів інтегрується з оригінальною фармакологічною і немедикаментозною тріадою: гепатопротектори, мембранний плазмаферез, антикревінговий метод біоадаптивного регулювання систем «Biofeedback».

Ключові слова: гашишна залежність, інтегроване лікування, гепатопротектори, плазмаферез, система «Biofeedback».

Психічні і поведінкові розлади внаслідок уживання канабіноїдів (шифр за МКХ-10 — F12) та формування патологічної залежності (гашишна залежність, гашишизм) характеризуються: а) великим розповсюдженням серед загального контингенту наркозалежних осіб та загальної популяції населення; б) поширеними серед молоді псевдоуявленнями щодо нешкідливості куріння конопель (сленгові назви «травка», «марихуана», «анаша», «драп», «план» тощо) та віднесення їх до «легких наркотиків» або до «ненаркотиків»; в) суттєвими наслідками куріння конопель у відношенні психологічних, психічних, поведінкових, сомато-неврологічних, а також соціальних проблем (непрацездатність, криміногенність, інвалідизація); г) терапевтичною резистентністю гашишної залежності; д) високим ризиком формування поєднаних (коморбідних) форм залежності; є) відсутністю ефективних засобів і методів патогенетичного лікування. Все це визначає надзвичайну актуальність даної адикційної патології. Для наркологічної науки та клінічної практики пошук більш результативних підходів до лікування гашишної залежності є ключовою проблемою.

У зв'язку з різноманітністю уражених органів та систем, а також поліморфною клінічною симптоматикою в наркології запропоновано комплексні та етапні підходи до лікування гашишної залежності, в яких застосовуються чисельні фармакологічні препарати, психотерапія та аутотренінгові технології. Наводимо основні відомі підходи до лікування гашишної залежності.

При купіруванні психотичного сп'яніння гашишного генезу спершу обмежуються внутрішньом'язовим введенням реланіуму (седуксену) по 2–4 мл 0,5% розчину. При значному збудженні призначають нейролептик аміназин, 2–4 мл 2,5% внутрішньом'язово, при гострому параноїді — переважно галоперидол спершу внутрішньом'язово (починаючи з 0,5 мл 0,5%-вого розчину, потім за

необхідності дозу підвищують до 1–2 мл 3 рази на добу), а при покращанні стану пацієнта переходять на пероральний прийом. При абстинентному синдромі при астенії рекомендують адаптогени (елеутерокок), ноотропи (пірацетам, ноотропіл) при депресіях — амітриптилін (по 25 мг 2–3 рази на добу), при дисфорії — карбамазепін (фінлепсин) по 200 мг 2 рази на добу [1].

Відомий також спосіб лікування [2], який передбачає (на першому етапі — купірування абстинентного синдрому) на фоні комбінованої детоксикаційної фармакологічної терапії гашишної залежності застосування нейролептиків (аміназин, тизерцин, галоперидол, неулептил), антидепресантів (амітриптилін, людіоміл, анафраніл). Після усунення афективних порушень і нормалізації сну призначається курс лікування гіпоглікемічними дозами інсуліну. Призначають також засіб, що стимулює метаболічні процеси, — препарат деларгін (уводять по 1 мг на добу внутрішньовенно з додаванням 10 мл фізіологічного розчину). Вважається, що вже на 4-у добу стан відміни канабіноїдів вдається купірувати.

Наступний спосіб комплексного лікування [3] враховує клінічні форми перебігу гашишної наркоманії (стимулюючу, класичну, ейфоризуючу і псевдоепізодичну). При лікуванні хворих на стимулюючий варіант гашишної наркоманії доцільно використовувати транквілізатори (тазепам, седуксен, феназепам) у поєднанні з нейролептиками м'якої дії (сонапакс). Метаболічна терапія включає гліцин. З обережністю призначають також ноотропи. При класичному і ейфоризуючому варіантах за відсутності розладів поведінки протягом 7–10 діб лікувальні заходи обмежуються дезінтоксикацією і вітамінотерапією. При легкому абстинентному синдромі поєднують адреноблокатори (анаприлін, клофелін) з транквілізаторами та нейролептиками м'якої дії, при тяжкому — нейролептики (аміназин, тизерцин, пропазин) із

транквілізаторами (феназепам, седуксен). Хворим із галюцинаторно-параноїдними розладами (псевдоепізодичний варіант) показані атипичні нейролептики лепонекс, нейролептики антипсихотичної дії — мажептил, галоперідол, трифтазин. При депресивних розладах застосовують трициклічні антидепресанти (амітриптилін, анафраніл, меліпрамін). Використовують парентеральне введення допаміну (25 мг внутрішньовенно, крапельно 1 раз на день). Допамін розчиняють у 400 мл 5%-вої глюкози з аскорбіновою кислотою. Крапельниці повторюють упродовж трьох днів. Абстинентні розлади купіруються впродовж 10 хв із моменту ін'єкції. Хворі відчувають приплив сил, поліпшення самопочуття, підвищення життєвого тону та настрою. Повністю редукуються прояви синдрому відміни та тяжкий психологічний стан пацієнта. Але задовільний психосоматичний стан зберігається впродовж однієї доби, після чого крапельне введення допаміну повторюється. При лікуванні пацієнтів із зазначеним варіантом гашишної наркоманії призначають також дезінтоксикаційну терапію (сольові розчини, глюкоза, гемодез, вітаміни з антиоксидантною дією). Перевагою використання пропонованого препарату допамін порівняно з відомими аналогами купірування абстинентного синдрому є відносна швидкість появи ефекту та можливість проведення психотерапевтичних процедур із перших днів лікування.

Велику увагу в клініці гашишної залежності приділено різним формам та модифікаціям психотерапії: індивідуальній раціональній психотерапії підлітків із різними формами акцентуації характеру, груповій психотерапії, аутотренінговим технологіям у стаціонарних та амбулаторних умовах [1, 4].

Ще один спосіб лікування хворих на гашишну наркоманію базується на психотерапевтичних складових, наприклад на поєднанні емоційно-стресової та умовно-рефлекторної терапії [5, 6]. Перед процедурою хворого переконують, що в організмі у нього створюється депо «препарату», який при взаємодії в організмі з гашишем (канабіноїдами) спричиняє загрозливе ослаблення дихальної та серцевої діяльності. Після попередньої премедикації підшкірним уведенням 1,0 мл 1%-вого розчину атропіну сульфату внутрішньовенно вводять 3,0 мл 15%-вого розчину ксантинолу нікотинату і 10,0 мл 10%-вого розчину хлористого кальцію. Виникаючу вегетативну реакцію пояснюють та опосередковують накопиченням «препарату» в організмі і прогнозують пацієнту сценарій тяжкої реакції організму на канабіноїдну залежність. Перед випискою хворому внутрішньом'язово вводять 2,0 мл модитену-депо та переконують, що створено депо протинаркотичного «препарату» терміном дії від 6 до 24 міс.

Запропоновано спосіб [7], який ґрунтується на психологічних методах корекції гашишної залежності. Програма психологічної корекції складалася із п'яти етапів. На першому етапі пацієнтів, що вживають гашиш, навчають самомоніторингу — спостереженню і реєстрації власної деструктивної поведінки. Другий етап психокорекції включає навчання наркозалежних самопідкріпленню адаптивної поведінки. На третьому етапі використовують методику контролю стимулу, а також терапію, сфокусовану на вирішенні проблем. Четвертий етап проведення програми психокорекції включає стрес-прищепну терапію як своєрідний аналог біологічної імунізації. І останній, п'ятий, етап програми психокорекції гашишної залежності спрямований на зміну поведінки наркозалежних і перехід до тверезості, що передбачає тренінг-самоінструктування. У способі використовується наявна у кожній людини здатність віддавати самонакази, самоінструкції, коли вона стикається зі складною ситуацією. Мета тренінгу — сформувати і виробити навички думати і планувати прості ситуації до початку дії на рівні, зрозумілому для наркозалежного, навчитися зупинятися, дивитися, слухати, думати до того, як почати діяти. Недоліком способу є той факт, що він не ефективний щодо контингенту хворих, які не піддаються навчованню. Спосіб також не поширюється у терапевтичному ефекті на постінтоксикаційні ураження печінки.

Наступний спосіб, запропонований у наркології з урахуванням перелічених недоліків, рекомендує комбінування медикаментозних та немедикаментозних методів лікування наркопатології [8]. Але в клінічній наркології він більше адаптований до алкогольної залежності.

Усі зазначені способи при певній позитивній їх результативності лікування гашишної залежності не позбавлені певних недоліків, зумовлених насамперед поліпрагмазією. Застосування у хворого великої кількості фармакологічних препаратів, звісно, є джерелом непередбачуваних ускладнень, небажаної негативної взаємодії ліків та побічних ефектів. Практично всі способи, у тому числі психотерапевтичні та БАРС-аутотренінгові складові, не охоплюють найголовніші патогенетичні механізми психічних та поведінкових розладів, спричинених вживанням канабіноїдів. Загальним недоліком усіх перелічених способів є недооцінка реальної можливості при хронічній гашишній інтоксикації (куріння конопель) ураження функцій печінки, що потребує не тільки пошуку адекватних гепатопротекторів нового покоління, але й новітніх методів інтенсивної детоксикації.

Мета дослідження — розробка нового інтегрованого і більш ефективного терапевтичного підходу до лікування гашишної залежності.

Під нашим наглядом перебували 23 хворих із гашишною залежністю (усі чоловіки віком від 21 до 28 років (середній вік $24 \pm 2,3$ року)). Методи дослідження: клініко-психопатологічне та патофизиологічне обстеження, тести на ступінь потягу до наркотику, тяжкість абстинентних розладів, лабораторно-біохімічні дослідження, методи комп'ютерної реоенцефалографії (РЕГ) та комп'ютерної електроенцефалографії (ЕЕГ).

Основними терапевтичними «мішенями», які ідентифіковані в обстежених, були клінічні маркери гашишної наркозалежності, якими вважають змінену реактивність у дії канабіноїдів, появу дискомфорту в стані наркотичного сп'яніння та «передозування», клінічні прояви абстинентного синдрому (головний біль, нудота, погане самопочуття, загальна млявість, слабкість, неприємні відчуття в кістках та м'язах, відсутність апетиту, тремор, розлади уваги, різноманітні порушення сну, дратівливість, агресивність, тужливо-злий настрій із емоційною лабільністю, розширення зіниць, позіхання, підвищення артеріального тиску, тахікардія, гіперемія обличчя, кардіалгія, слюноі сльозотеча, гастралгія, гепаталгія, актуалізація та компульсивні форми потягу до наркотику, астенична депресія, психотичні порушення тощо). У тематиці сновидінь трапляються сцени прийому гашишу. Вегетативні реакції відрізняються різноманітністю та коливаннями. Тривалість абстиненції — від 3–14 дн до місяця. Патогномонічним наслідком гашишної інтоксикації є також функціональні та органічні ураження печінки, які потребують цілеспрямованого (таргетного) застосування гепатопротекторів.

Було розроблено новий (патент України) метод лікування гашишної залежності, в якому концептуально та синергетично передбачено та поєднано такі критерії:

а) адаптоване обмеження (мінімізація) багатоскладових стандартних комплексів, які містять велику кількість та дозування фармакологічних препаратів;

б) синхронне (поєднане з метою ад'юванції) застосування внутрішньовенної та пероральної лікарських форм гепатопротекторів нового покоління (лесфаль + антраль);

в) використання детоксикаційного та імунорегулюючого ефектів сучасного немедикаментозного нанотехнологічного методу — мембранного плазмаферезу;

г) антикривінгове біоадаптивне регулювання систем (БАРС-терапія) із застосуванням сучасної комп'ютерної аутотренінгової системи («Biofeedback») з метою зворотної редукційної самокорекції та купірування компульсивних форм потягу до вживання гашишу (куріння коноплі).

Технологія запропонованого способу інтегрованого лікування гашишної залежності така. Спосіб [9] здійснюється поетапно на фоні мінімізації традиційної патогенетичної детоксикаційної та симптоматичної фармакологічної терапії.

1. Із метою купірування гашишного абстинентного синдрому пацієнту проводять найефективнішу на теперішній час детоксикаційну процедуру мембранного плазмаферезу із застосуванням одного з відомих апаратів (наприклад, гемофенікс, мембранний нанотехнологічний фільтр «Роса», об'єм ексфузованої плазми — від 800 до 1000 мл, термін кожної процедури — від 60 до 80 хв, на курс — від 1 до 3 процедур (з інтервалом між процедурами 3–5 дн)).

2. Гепатопротектори нового покоління: лесфаль — по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові, щодня раз на добу, на курс 5–10 ін'єкцій; одночасно з лесфалем — гепатопротектор антраль перорально в таблетках по 0,2 г на прийом через 20–30 хв після їжі 3 рази на добу, з продовженням курсу антралю до 3–4 тиж та за необхідності повторенням курсу через 3–4 тиж.

3. Антикривінговий (пригнічуючий потяг до наркотику) метод біозворотного зв'язку, психологічного (психофізіологічного) біоадаптивного регулювання систем (БАРС-терапія, «Biofeedback») — від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку тривалістю кожного від 20 до 30 хв, апаратне забезпечення — комп'ютерна біоадаптивна регулююча система «БАРС-ПК» ХАРТРОН-АРКОС; зовнішній модуль — РЕГ [10, 11].

Цілеспрямовані наукові нейрофізіологічні дослідження та багаторічний клінічний досвід свідчать про те, що у пацієнтів із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) періоди наявності та актуалізації загострення потягу до наркотику (як у період абстинентного синдрому, так і під час ремісії у передрецидивному періоді) супроводжуються чисельними, здебільшого функціональними (тобто зворотними) вегетосудинними проявами (маркерами), особливо у сфері церебральної гемодинаміки. Так, доведено [12, 13], що потяг до ПАР у наркозалежних об'єктивізується методом РЕГ суттєвим відхиленням від норми РЕГ-кривої (порушення форми та співвідношень анакроти та катакроти, уплощення верхівки кривої, зменшення або збільшення амплітуди, аномальне розташування дикротичного зубця — відхилення вгору або вниз, наявність додаткових зубців, асиметрія РЕГ-кривих «справа — вліво», варіабельність, дистонічність кривої, полярне відхилення від норми у бік зменшення або збільшення площі РЕГ-кривої), що загалом в нейрофізіології трактується як порушення церебральної гемодинаміки у формі підвищення або послаблення тону

мозкових судин, підвищення внутрішньочерепного тиску, вегетосудинної дистонії, прискорення або зменшення кровообігу, міжпівкульової асиметрії розподілу крові, церебральної гіпоксії тощо). Отже, ці порушення є патофізіологічним підґрунтям ситуаційної наявності потягу до ПАР та передумовами абстинентних розладів і подальшого рецидиву хвороби.

Таким чином, важливим концептуальним постулатом в обґрунтуванні БАРС-терапії («Biofeedback») є те, що однією з важливих патогенетичних ланок патологічного потягу до куріння гашишу є постінтоксикаційні порушення церебральних нейрофізіологічних механізмів регуляції та порушення церебральної гемодинаміки, які піддаються реєстрації електрофізіологічним методом РЕГ («зовнішній модуль» системи «БАРС-ПК»), який підключається стандартними РЕГ-електродами до шкіри голови пацієнта фронто-мастоїдальним або фронто-фронтальним відведеннями. Параметри керованого показника РЕГ комп'ютерною програмою реєструються, квантифікуються, опосередковуються та трансформуються у відеокольорові символи та тональні аудіосигнали. Візуалізація символів на моніторі та тональний супровід керованої РЕГ дає респондентові змогу методом біозворотного зв'язку, прийомами психологічних аутотренінгових зусиль «витіснити» той колір і фоно-тональний супровід, які символізують наявність у нього потягу до наркотику, та «замінити» його на колір і фоно-тональний супровід, які символізують норму церебральної гемодинаміки, тобто «відсутність потягу».

У системі «БАРС-ПК» умовно прийнято, що поліпшення кровонаповнення головного мозку (підвищення інтенсивності мозкового кровотоку) у процесі біоадаптивного регулювання викликає на екрані дисплея збільшення розмірів світіння верхнього поля (екран дисплея розділений на дві кольорові частини), при цьому відбувається і синхронне підвищення тональності мажорного музичного супроводу (акустичного зворотного зв'язку). Погіршення показників кровопостачання мозку викликає світіння нижнього поля і зниження тональності мінорного звукового супроводу. Стандартно в програмі встановлено колір верхнього сектора — зелений, а нижнього — червоний.

Пацієнт у процесі курсового тренінгу біоадаптивного регулювання систем, використовуючи спеціальні тренінгові рекомендації щодо саморегулювання фізіологічних та патологічно змінених функцій організму, навчається самотійно пригнічувати потяг до ПАР, попереджати або купірувати псевдоабстинентний синдром, позбавлятися депресії, підвищувати працездатність, фізичну та психічну активність, регулювати свій

артеріальний тиск, нормалізувати мозковий та центральний кровообіг.

Запис каталогу кожного хворого дозволяє документувати результати лікувально-експрес-діагностичних досліджень та графічне зображення змін інтенсивності мозкового кровообігу в кожному сеансі й узагальнено за весь курс лікування на екрані ПК з виведенням на друк.

До складу комплексу «БАРС-ПК» входить прилад «ЕРІП-ПК» (електронний реоімідансний перетворювач, котрий працює сумісно з ПК), електроди і блок живлення, що перетворює напругу мережі перемінного струму в напругу постійного струму. Одна з функцій блока «ЕРІП-ПК» — перетворення змін модуля міжелектродного імідансу (опору) судин головного мозку в електричні реосигнали, пропорційні інтенсивності кровонаповнення судин головного мозку. За допомогою спеціальної комп'ютерної програми вони відображаються на моніторі у вигляді кольорових смуг, наприклад, «червоного» (наявність потягу до наркотику) та «зеленого» кольорів (відсутність потягу).

Кінцева мета тренінгу полягає в максимально можливому засвіченні секторів «зеленого» кольору і якомога довшому їх утриманні, що психофізіологічно буде відповідати позитивним змінам загального статусу: зменшенню або зникненню потягу до наркотику, появі психічного комфорту, зниженню нервової напруги, покращанню показників кровонаповнення головного мозку і РЕГ.

Після того як пацієнт буде упевнено виконувати подібне завдання на комп'ютерній системі «БАРС-ПК», йому пропонується уявно викликати у себе ті відчуття, що були у нього під час сеансу при максимально відображеному зеленому світінні екрану. Це дасть йому можливість довільно в будь-який час методом аутотренінгу коригувати (купірувати) у себе психічний дискомфорт, потяг до наркотику тощо, тобто запобігати «зриву» хвороби. Це і є кінцевою метою тренінгу. Курс лікування диференційований і включає від 7 до 10 сеансів біозворотного зв'язку «Biofeedback». Тривалість сеансів становить від 20 до 30 хв.

Удосконалюючи індивідуальний підхід до вибору кольору на екрані дисплею ми за допомогою тесту Люшера попередньо визначали індивідуально найбільш приємний та неприємний для кожного пацієнта колір. У правій частині вікна «Лікувальний сеанс» за допомогою скролінгу (клавіша прокручування) пацієнт може вибрати для себе як позитивний колір будь-яке забарвлення: зелене, блакитне, бірюзове тощо, яке асоціюється у нього з позитивними уявленнями. У нижній частині екрану він вибирає найбільш неприємний колір: коричневий, чорний, сірий тощо, який асоціюється з негативними уявленнями: потягу до наркотику,

станом «ломки», відміни тощо. Одержані дані в програмі «БАРС-ПК» вставляли в режим «за замовчуванням» як кольори, які символізують наявність або відсутність потягу до ПАР, після чого проводили сеанс. Застосування цієї новації визнано як «Спосіб професора І. К. Сосіна антикревінгового біоадаптивного аутотренінгу при алкогольній залежності» [12]. Так, пацієнт, застосовуючи самовплив, самонавіювання за допомогою зміни тону м'язів, регуляції дихання, образного уявлення бажаних позитивних змін в організмі, наприклад одужання, намагається подумки витіснити нижній негативний колір, активізувати і збільшити засвічення верхнього позитивного сектора.

Умовно (за фізіологічним показником зсуву гемодинаміки судин головного мозку в бік поліпшення або погіршення) знак «+» присвоюється полю верхнього сектора, а знак «-» — нижнього. Кількість того чи іншого сектора свідчить про величину динаміки мозкового кровообігу. У приладі розміри полів відповідають межах від «-64» до «+64» ум. од.

Перед сеансом пацієнт адаптується до навколишніх умов. Оцінюється 1–2-хвилинне фонове значення інтенсивності мозкового кровообігу за кольоровими полями на екрані. Після цього він одержує загальні цільові настанови щодо спрямованої регуляції параметру. В процесі лікування перед пацієнтом ставиться загальне завдання домогатися такого засвічення екрану, що відповідає позитивним зміщенням у системі кровообігу.

Лікар перед процедурою встановлює тривалість сеансу: від 20 до 30 хв. Дані про пацієнта та про результати сеансу заносяться в базу даних ПК, що дозволяє надалі отримати узагальнюючі характеристики сеансів і їх графічне відображення в динаміці.

Наші спостереження показали, що дієвою формою підвищення у хворого навичок саморегуляції фізіологічних (регулювання гемодинамічних показників мозкового та центрального кровообігу) та психологічних функцій організму (боротьба з тривожно-депресивними станами, невротичною симптоматикою, з цереброваскулярною патологією і наркозалежністю) в процесі БАРС-терапії є попередня психотерапевтична підготовка пацієнта [13].

Для вирішення поставленого завдання на початкових етапах підготовки до БАРС-терапії ми проводили 4–5 занять із навчання хворого основ аутогенного тренування. Головними її елементами є прийоми м'язової релаксації шиї, верхніх кінцівок. Самонавіювання спрямоване на зменшення нервової напруги, спазму судин, м'язів, угамування потягу до ПАР. Використовуються загальновідомі формули аутогенного тренування. Після

проведення навчання безпосередньо приступають до сеансів БАРС-терапії.

Про високу ефективність способу свідчить наступний клінічний приклад.

Пацієнт Н. Б. Г., 25 років, історія хвороби № 3210. На лікування до наркологічного стаціонару надійшов за своїм бажанням та на вимогу батьків через синдром залежності від канабіноїдів, стан відміни. По допомогу до лікаря-нарколога звертається вперше. Мотиви госпіталізації — добровільне бажання позбутися залежності від паління коноплі («марихуани», «гашишу»).

Скарги на головний біль, стан напруги, тривоги, знижений настрій, загальну слабкість та сильне, нав'язливе, нестримне, компульсивне бажання курити коноплю.

Анамнез життя. Пацієнт із сім'ї службовців, єдиний син. Ранній розвиток без особливостей. У дитинстві зростав енергійним, допитливим та «настирним» хлопцем. Мав багато друзів, з якими часом прогулював заняття, допускав деякі інші порушення дисципліни. Мав схильність до ризику та небезпеки, у деяких епізодах життя був схильний до «авантюристичності» дій. Але попри все був здібним і розвиненим. Освіта вища; успішно закінчив середню школу та політехнічний інститут. В армії України не служив, оскільки навчався на військовій кафедрі інституту. Неодружений. Проживає в сім'ї з батьками. Раніше працював у фермерському господарстві. Зараз не працює з причини наркотизації, іноді допомагає батькові. Збирається одружитися, але наречена і батьки наполягають на превентивному лікуванні у нарколога.

Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, епілептичні напади заперечує. У 7-річному віці переніс черепно-мозкову травму з утратою свідомості («в школі впав і вдарився головою»), лікувався в лікарні. Алергоанамнез не обтяжений. Курить тютюн.

Наркологічний анамнез. Рано почав палити тютюн: з 14 років вже палив сигарети систематично. У теперішній час викурює від 20 до 40 сигарет на добу. Орієнтовно в цей період життя завдяки своїм психологічним рисам («підвищена пошукова активність») також із 14 років епізодично почав у компанії товаришів курити коноплю. З перших спроб, маючи індуковану однолітками мотиваційну налаштованість на «кайф», відчув ознаки ейфорії. Стан гашишної інтоксикації сподобався. Через короткий проміжок часу вже палив коноплю систематично 1–2 рази на місяць, а потім (з 16 років) почав палити щоденно, а іноді по кілька разів на день. Поступово зростає частота паління конопель до 2–3 разів на добу, а потім і разова доза від 2 до 4 сигарет.

Свій потяг до коноплі суб'єктивно не оцінював як залежність, вважаючи, що цю звичку зможе кинути легко і в будь-який час. У цей же період почав пробувати різні інші наркотичні речовини (героїн, амфетаміни, галюциногени, опіоїди), однак наркотичний ефект від них не сподобався, перевагу надалі віддав споживанню конопель, «подобалися розслабленість, веселість, відсутність проблем, легкість у спілкуванні». Вживання ін'єкційних

наркотиків категорично заперечує, що підтверджує і батько пацієнта.

Лише за останні 2 роки остаточно зрозумів, що «сидить на системі». За відсутності конопель або при самостійних спробах припинити наркотизацію з'являлися дратівливість, пригнічений та тривожний настрій, метушливість, психічний дискомфорт, прояви агресивної поведінки до батьків, загальна слабкість, тремор пальців рук, відсутність апетиту, безсоння. «Нічого не хотілось робити, навіть сидіти в Інтернеті». Потяг до наркотику став нестримним, компульсивним, ситуаційним, і кількісний контроль було втрачено. Але повторне паління коноплі в звичній дозі вже не давало колишньої ейфорії, яку пацієнт пізнав на перших етапах наркотизації. Навпаки, після паління з'явилися слабкість, зниження настрою, дратівливість, небажання нічого робити, він кинув роботу, «стало нецікаво, нудно», зіпсувалися відносини з нареченою, став ще більше конфліктувати з батьками. Неодноразово безуспішно намагався припинити наркотизацію, «вдавалися лише нетривалі перерви», намагався поступово знизити кількість викурених сигарет із коноплею, але поновлював наркотизацію знову.

В останній рік приєдналися тривожно-депресивні порушення. Пацієнт став погано спати (сонливість вдень і безсоння вночі), постійно відчував слабкість, з'явилися болі в серці, печінці, кашель, утруднене дихання. Нав'язливі думки про наркотик не залишали його ніколи, епізодично знов поновлював пошук інших («більш міцних») наркотичних засобів, але знову повертався до канабіноїдів, потяг до яких він продовжував ідентифікувати як нав'язливий і невідступний.

Усі ці обставини (нестримний потяг до наркотику та хронічне його споживання, дискомфортний залежний стан, фінансові проблеми та проблеми зі здоров'ям, скандали вдома та ультиматум нареченої, втрата соціального статусу, неспроможність працювати) стали мотивами власного бажання пацієнта позбутися наркоманії.

Останнє вживання конопель — напередодні перед надходженням, протягом останнього року — куріння конопель щодня.

Соматичний статус. Нормостенічної статури, шкірні покриви чисті, без висипань. Периферичні вени наповнені, без шрамів та ознак ін'єкційного введення наркотиків. У легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, пульс 72 уд./хв, АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, болісна при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі.

Неврологічний статус. Грубої локальної та менінгіальної симптоматики не виявлено. Зіниці D = S, реакція на світло трохи загальмована. Ністагм не визначається. Повіки птозовані, носо-губний трикутник згладжений. Сухожильні рефлексії D = S знижені. В позі Ромберга стійкий. Гіпергідроз задовільний. Тремор пальців витягнутих рук, координаційні проби виконує.

Психічний статус. Свідомість ясна. Мовний контакт продуктивний. На питання відповідає стримано, але ставлення до бесіди з лікарем взагалі позитивне. Мовлення чітко модульоване, але його темп дещо знижений. Когнітивних розладів стосовно пам'яті, словарного запасу, суджень та абстрактного мислення не виявлено. Фон настрою знижений, понурий. Занепокоєний своїм станом. Обличчя гіпомімічне. Емоційно тьмянний. Рухова активність адекватна, відповідає обставинам. Критика до свого стану формальна, але до лікування висловлює позитивне ставлення.

На основі скарг, анамнезу, об'єктивного огляду був поставлений діагноз «синдром залежності від канабіноїдів, вживання в теперішній час» (F12.24).

Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 170 г/л, лейкоцити — 6,0 г/л, ШОЕ — 1 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні — 3%, сегментноядерні — 51%, еозинофіли — 1%, базофіли — 2%, лімфоцити — 37%, моноцити — 6%.

Загальний аналіз сечі: питома вага — 1017, білок, цукор не виявлені.

Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний — 10,5 мкмоль/л, АлАТ — 0,7 ммоль/чхл, АсАТ — 0,42 ммоль/чхл, лужна фосфатаза — 1386,6 н/моль/схл, ГГТ — 0,61 мккат/л, загальний білок — 77,7 г/л, тимолова проба — 2,78 од., β-ліпопротеїди — 32 ум. од., загальний холестерин — 4,06 ммоль/л.

На ЕЕГ наявні окремі ознаки пароксизмальної готовності у формі спайків. На ЕхоЕГ: М-ехо S — 71мм, D — 78 мм, різниця — 7 мм.

Медичні призначення. Додатково до стандартної медикаментозної терапії (розчин 4%-вого 10,0 мл глутаргіну + 200,0 мл 0,9%-вого хлориду натрію внутрішньовенно, № 8; реосорбілакт 200,0 мл, № 8; вітамекс 2,0 мл внутрішньом'язово, № 10; вітамін С — 4,0 мл внутрішньовенно, № 10; магнію сульфат — 5,0 мл в/м, № 10; труксал — 50 мг перорально 1 таблетка 5 дн на ніч), були призначені гепатопротектори: лесфаль — 5,0 на аутокрові, внутрішньовенно, № 10; антраль — перорально 1 таблетка 3 рази на день, 14 дн.

Із метою купірування гашишного абстинентного синдрому пацієнту проведено два сеанси інтенсивної детоксикації методом мембранного плазмаферезу із застосуванням апарату «Гемофенікс» і мембранного нанотехнологічного фільтру «Роса» (об'єм ексфузованої плазми на першому сеансі — 800 мл, тривалість процедури — 70 хв, на другому — 1000 мл, тривалість — 70 хв, інтервал між процедурами — 4 дн).

Був призначений також курс БАРС-терапії, № 10. Пацієнту проведено психотерапевтичну підготовку у формі навчання елементів аутогенного тренування з метою налаштування на відмову від подальшої наркотизації, пригнічення потягу до гашишу.

Перші два сеанси пацієнт при звичаювався до методики, апаратури. Намагався досягнути зв'язку між своїм внутрішнім станом, думками, позою, ритмом дихання та відображенням кольорового засвічення на екрані

монітора. Лікар після процедури вносив корективи до сеансу. Сумісно з пацієнтом оцінювали графік, робили висновки. На комп'ютерному графіку після першого сеансу БАРС спостерігалось суттєве переважання засвічення червоного кольору, тобто показники графіку були майже всі нижче ізолінії, що опосередковано вказувало на знижену інтенсивність мозкового кровообігу та наявність значного потягу до наркотику, що підтверджував пацієнт.

Уже на третьому сеансі БАРС-терапії пацієнт заперечував пристасть до наркотику, висловлював більш категоричні наміри залишити наркотизацію, вести здоровий спосіб життя. У процесі сеансу шукав еквівалентний психологічний символ, що замінював клінічні ефекти від паління сигарети з наркотиком. Система «БАРС-ПК» зареєструвала суттєве покращання показників мозкового кровообігу, тобто крива графіку свідчить про засвічення переважно «зеленого» кольору над ізолінією.

Подальші сеанси БАРС-терапії закріпили стан нормалізації показників РЕГ, що збігалось з відсутністю ознак потягу до куріння коноплі. Пацієнт досить впевнено формував на екрані приладу позитивне (зелене) світло, що об'єктивізувало психофізіологічний стан особи з відсутністю потягу до наркотику. Після завершення курсової БАРС-терапії пацієнт засвоїв безапаратну модифікацію аутотренінгу.

Визначено, що оптимальний час тренінгу на кожному БАРС-сеансі — 20–30 хв. Надмірне за часом тренування (більше 30 хв) може виснажувати пацієнта, і на графіку можуть знову з'явитись ознаки експозиційного погіршення цереброваскулярних показників.

Після закінчення лікування стан пацієнта значно покращився, нормалізувалися сон і апетит, він став значно активнішим, багато читає, дивиться фільми, з'явилася критика свого стану, налаштований на повну відмову від наркотиків, відразу ж після виписки планує знайти роботу, наступного року створити сім'ю. Користується психологічною підтримкою майбутньої дружини. За результатами обстеження відбулося поліпшення в біохімічному аналізі крові (знизився рівень загального білірубину, АЛТ, АсАТ, лужної фосфатази, тимолової проби, за результатами проведення повторної ЕЕГ значно зменшилася кількість спайків, підвищилася оцінка за всіма показниками тесту САН (самопочуття, активність, настрої); до лікування: самопочуття — 5,2 бала, активність — 3,6 бала, настрої — 4,2 бала; після лікування: самопочуття — 6,8 бала, активність — 5,6 бала, настрої — 5,4 бала.

Виписаний через 15 дн лікування, дано рекомендації щодо застосування гепатопротекторів лесфаль, антраль в амбулаторних умовах та елементів біоадаптивного регулювання в рецидивонебезпечних клінічних ситуаціях.

Катамнез: 6 міс. Наркотики не вживає. Працює. Соціально адаптований.

Аналогічні результати за усередненою оцінкою були практично у всіх обстежених.

Таким чином, результати наших досліджень свідчать про те, що за допомогою апаратно-ком-

п'ютерної біоадаптивно-регулюючої системи «Biofeedback», що має високу інформативність динаміки інтенсивності мозкового кровообігу, заданими параметрів РЕГ та її електронної візуалізації можливий вплив на стан хворого. Це дозволяє мобілізувати внутрішні психологічні резерви для купірування потягу до ПАР, надати наглядну та об'єктивну інформацію лікарю про позитивні зміни клініко-фізіологічних функцій організму пацієнта.

Список літератури

1. *Личко А. Е.* Подростковая наркология: руководство для врачей / А. Е. Личко, В. С. Битенский.— Л.: Медицина, 1991.— 303 с.
2. *Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей / Г. М. Энтин, А. Г. Гофман, А. П. Музыченко, Е. Н. Крылов.*— М.: Медпрактика-М, 2002.— С. 115.
3. *Чухрова М. Г.* Гашишная наркомания / М. Г. Чухрова, О. В. Рыбалко.— М.: Анахарсис, 2002.— 64 с.
4. *Погосов А. В.* Психотерапия зависимости от психоактивных средств: метод. рек. / А. В. Погосов, Ю. М. Чапинский, Л. Б. Харитонов.— Курск: КГМУ, 2005.— 21 с.
5. *Погосов А. В.* Гашишная наркомания: руководство по аддиктологии; под ред. проф. В. Д. Менделевича / А. В. Погосов.— СПб.: Речь, 2007.— С. 342–356.
6. *Шах М. А.* Психологическое сопровождение мужчин с гашишной зависимостью / М. А. Шах // Мед. психология.— 2008.— Т. 3, № 2.— С. 29–34.
7. *Сосин И. К.* Обоснование и дифференцированное применение немедикаментозных методов лечения в комплексном лечении алкоголизма: дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук; спец. 14.00.45 «Психиатрия» / И. К. Сосин; Укр. ин-т усовершенствования врачей.— Харьков, 1988.— 500 с.
8. Декл. пат. на корисну модель України 93334. МПК (2014.01): А61К 31/00. Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності / Сосин І. К., Горбань А. Є., Гончарова О. Ю., Волков О. С., Чуєв Ю. Ф., Шаповалова В. О., Петрик П. Т., Закревский О. П., Шаповалов В. В., Кюсєв О. В., Скобелев В. О., Осипов О. А., Негрецький С. М., Сухая М. Ю.; Заявл. 28.04.2014.; Опубл. 25.09.2014; Бюл. № 18.
9. *Медицинская аппаратно-компьютерная биоадаптивная регулирующая система (система «БАРС-ПК»): руководство по эксплуатации; под ред. К. П. Чухриенко.*— Харьков, 2010.— 141 с.
10. *Гончарова О. Ю.* Применение метода биоадаптивного регулирования в комплексной терапии тревожных состояний при алкоголизме / О. Ю. Гончарова // Матеріали наук.-практ. конф. молодих вчених Харківської медичної академії післядипломної освіти.— Харків, 2001.— С. 20–21.
11. Патент на корисну модель України (U) 75275. Спосіб проф. І. К. Сосіна антикрєвінгового біоадаптивного

- аутотренінгу при алкогольній залежності / Сосін І. К., Романовський О. Г., Горбань А. Є., Чухрієнко К. П., Шаповалова В. О., Волков О. С., Шаповалов В. В., Гончарова О. Ю., Шаповалов В. В., Шаповалов В. В., Чуєв Ю. Ф., Друзь О. В., Сквиря І. М., Осипов О. А., Агапов Д. О.— № 11 2012 06044; Заявл. 21.05.2012; Опубл. 26.11.2012; Бюл. № 22.
12. *Волков О. С.* Особливості психотерапевтичної стратегії при БАРС-терапії / О. С. Волков, К. П. Чухрієнко // Довженківські читання: «Проблема привабливості наркологічної допомоги. Від служби до послуги»: матеріали XIV Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю; 9–10 квітня 2013 р., м. Харків.— Харків, 2013.— С. 54–60.

**ИНТЕГРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГАШИШНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ АУТОТРЕНИНГОВОЙ СИСТЕМЫ «BIOFEEDBACK»**

И. К. СОСИН

Предложен способ интегрированного патогенетического лечения гашишной зависимости, в котором минимальный комплекс стандартных препаратов интегрируется с оригинальной фармакологической и немедикаментозной триадой: гепатопротекторы, мембранный плазмаферез, антикревлинговый метод биоадаптивного регулирования систем «Biofeedback».

Ключевые слова: гашишная зависимость, интегрированное лечение, гепатопротекторы, плазмаферез, система «Biofeedback».

**INTEGRATED THERAPY FOR HASHISH ADDICTION
USING COMPUTER AUTOTRAINING «BIOFEEDBACK» SYSTEM**

I. K. SOSIN

A method of integrated pathogenetic treatment of hashish addiction, in which a minimum set of standard preparations integrates with the original pharmacological and non-pharmacological triad: hepatoprotectors, membrane plasmopheresis, anticraving method of bioadaptive systems control («Biofeedback»).

Key words: hashish addiction, integrated treatment, hepatoprotectors, plasmopheresis, «Biofeedback» system.

Надійшла 22.12.2014