

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

д. м. н., проф. О.Е. Ерышев,
к. м. н. А. В. Анипченко,
П. А. Елизаров,
К. И. Вердиев

**ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА “ВИТАФОН”
ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО
АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА**

пособие для врачей и памятка для больного

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют об увеличении количества больных алкогольной зависимостью (АЗ) в последние десятилетия (Кошкина Е. А. и соавт., 1998). О распространенности АЗ среди населения России можно судить также по заболеваемости алкогольными психозами. По данным В. Б. Альтшулера и соавт. (1998) за период с 1988 по 1996 год учетная заболеваемость алкогольными психозами увеличилась в 6,5 раза.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) представляет собой ядро алкогольной патологии, он является наиболее достоверным свидетельством образовавшейся физической зависимости от этанола, отражающим многие закономерности течения и характер ее проявлений (Жислин С. Г., 1965; Стельчук И. В., 1973; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973; Бокий И. В., Лапин И. П., 1976 и др.). Купирование острых абстинентных явлений и запойных состояний в амбулаторных условиях — одна из основных задач в работе наркологов, так как лечение большинства больных начинается с устранения абстинентной симптоматики (Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994). Задачами лечения ААС являются не только облегчение субъективных переживаний пациента, но и предупреждение таких тяжелых проявлений острой абстиненции, как делирий, острый алкогольный галлюциноз, судорожные припадки, сердечные осложнения и др. (Энтин Г. М. и соавт., 1994; Польшковский А. А., 1997; Friedman L. S. et al., 1998). Адекватное лечение ААС и постабстинентного синдрома во многом определяет дальнейшее течение болезни, так как на этом этапе создаются предпосылки для предупреждения раннего рецидива (Иванец Н. Н., 1990; Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., 1996). Лекарственные препараты, применяемые для лечения ААС иногда приводят к нежелательным эффектам. Например, транквилизаторы бензодиазепиновой группы, рассматриваемые сегодня большинством наркологов и психиатров, как наиболее эффективные для лечения ААС, достаточно часто приводят к развитию зависимости от них. Нередко возможности лекарственной терапии у больных АЗ в состоянии ААС бывают ограничены в связи с заболеваниями печени, наличием различных соматических противопоказаний и лекарственной непереносимостью (Сосин И. К. и соавт., 1986).

В связи со сказанным выше, ведется поиск и разработка методов лечения ААС, которые оказывали бы терапевтическое влияние на проявления алкогольной абстиненции и не вызывали нежелательных побочных эффектов. Так за последние 6 лет был накоплен значительный положительный клинический опыт применения виброакустического воздействия (ВАВ) в клинике внутренних и нервных болезней. Основное и прямое физическое свойство ВАВ — его способность увеличивать сквозной кровоток и лимфоток. В основе этого явления лежат два физических эффекта. Первый — это снижение сосудистого сопротивления движению крови при воздействии микровибрации определенной звуковой

частоты (причем для каждого диаметра сосудов существует своя оптимальная частота); второй — эффект “гидродинамического насоса” в венах (он возникает благодаря наличию клапанов, которые при воздействии микровибрации обеспечивают не хаотичное, а направленное движение крови). К опосредованным физиологическим механизмам относится увеличение интенсивности метаболических процессов в области виброакустического воздействия. Существует точка зрения, что ВАВ способствует усилению функции надпочечников и продукции соответствующих гормонов.

О существенной роли гормональных сдвигов в патогенезе ААС свидетельствует достаточное количество исследований. Было выявлено, что на высоте ААС значительно повышен уровень АКТГ и кортизола (Лакуста В. Н. 1993; Bezzegh A. et al., 1990), при этом их содержание в крови положительно коррелировало с клинической выраженностью таких проявлений ААС как тревога, вегетативные расстройства, а уровень кортизола еще положительно коррелировал с депрессивными и двигательными расстройствами. Отмечалось, что изменения содержания глюкокортикоидов в крови зависят от нарушения метаболизма норадреналина и серотонина в мозгу и выявляются с помощью дексаметазонового теста (Нулер Ю. Л. и др., 1981). Тяжесть ААС коррелировала с уровнем кортизола в слюне (Keedevell P. A. et al., 1999). Обнаружено нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы во время ААС и быстрая ее нормализация в период угасания клинической симптоматики (Hundt W. et al., 1997). Отмечено, что в первый день ААС в крови повышается содержание фолликулинстимулирующего, лютеинизирующего гормонов и понижается концентрация соматотропного гормона и тестостерона (Ruusa J. et al., 1996). В период лишения алкоголя содержание в крови окситоцина было повышено, особенно, в первые 4 дня (Marchesi C. et al., 1997). Среди гипофизарных гормонов наиболее важную роль в патогенезе АЗ и особенно ААС играет пролактин (Анохина И. П. и др., 1987; Bezzegh A. et al., 1990). На высоте развития абстинентного синдрома содержание пролактина существенно ниже нормальных показателей (Белкин А. И. и др., 1983; Лакуста В. Н., 1993). В обобщающих работах выдвигается предположение, что в основе формирования АЗ лежит совокупность определенных нарушений нейрохимических механизмов, среди которых особое место занимают изменения состояния катехоламиновой и гормональной систем (Маньковская И. В., 1999). Можно заключить, что наиболее существенными гормональными факторами, влияющими на формирование ААС, являются нарушения, связанные с изменениями уровня гипофизарных гормонов и глюкокортикоидов.

Цель исследования — разработка и обоснование применения метода виброакустического воздействия для лечения больных в состоянии ААС.

Задачи исследования:

1. Использовать метод ВАВ для лечения ААС.
2. Изучить динамику симптомов при лечении методом ВАВ и сравнить ее с эффективностью традиционного метода, используемого для лечения этого синдрома.
3. Оценить эффективность метода ВАВ при лечении ААС.
4. Сформулировать показания к применению ВАВ при лечении ААС.

Научная новизна. 1. Предлагается внедрить в клиническую практику новый способ лечения больных с ААС — виброакустическое воздействие. 2. Эффективность виброакустического воздействия подтверждена результатами данного клинического наблюдения.

Практическая ценность работы. Показано, что виброакустическое воздействие оказывает выраженный лечебный эффект у больных с ААС и его антиабстинентное действие, не уступающее по своей выраженности традиционной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследован 41 больной с АЗ, проходивший лечение в отделении лечения больных алкоголизмом Санкт-Петербургского психоневрологического института имени В. М.

Бехтерева в 2002 году и в Василеостровском районном наркологическом диспансерном отделении Городского наркологического диспансера Санкт-Петербурга, начиная с первых двух дней периода ААС. Лечение и обследование больных проводилось на протяжении пяти дней подряд. Все пациенты — мужчины со сформировавшейся физической зависимостью от алкоголя, что по новой международной классификации болезней (МКБ — 10) (1994) позволяет говорить о психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя с синдромом зависимости. О бесспорном наличии физической зависимости от алкоголя свидетельствовал имевший место у всех больных ААС, обозначаемый в указанной классификации как состояние отмены. Исследовались больные с ААС средней (34 пациента) и тяжелой степени (7 пациентов) как наиболее частый контингент пациентов. Диагноз АЗ устанавливался в соответствии с критериями МКБ — 10. Клиническая оценка симптомов и синдромов производилась с помощью глоссария для квалифицированной оценки основных проявлений алкоголизма, разработанного А. Г. Гофманом и соавт. (1991). В материалы исследования не включались лица, у которых АЗ сочеталась с психическим заболеванием, пациенты с выраженной неврологической и соматической патологией, а также лица со склонностью к злоупотреблению лекарственными средствами.

Возраст больных варьировал от 30 до 62 лет (средний возраст $45,9 \pm 1,8$ лет). Средний возраст начала систематического приема алкоголя составил $26,2 \pm 1,8$ лет, средний возраст формирования ААС — $32,9 \pm 1,9$ лет, поэтому у большинства больных (61,9 %) темп формирования заболевания оценен как средний по градации, предложенной А. Г. Гофманом и соавт. (1991); у остальных больных (23,8 %) вариант течения заболевания характеризовался как быстрый и у 14,2 % пациентов был медленный темп формирования алкогольной зависимости. Давность существования физической зависимости от алкоголя колебалась от 1 до 25 лет (в среднем $12,5 \pm 1,6$ лет). В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две группы: основную (21 пациент) и контрольную (20 пациентов), сопоставимые по возрасту пациентов и длительности заболевания. Характеристика выраженности последней острой алкогольной интоксикации и ААС выделена как наиболее важная для хода исследования (табл. 1). Из данных таблицы видно, что по указанным в ней критериям, группы сопоставимы.

Больным основной группы для лечения ААС применяли лечение с помощью аппарата “Витафон”, а пациенты контрольной группы получали традиционное лечение (ТЛ). Предварительно были разработаны стандартные приемы проведения процедур с использованием аппарата “Витафон”. Их осуществляли на протяжении пяти дней лечения по схеме, предложенной

Таблица 1. Выраженность последней острой алкогольной интоксикации и алкогольного абстинентного синдрома

| Характеристика групп | Основная группа (N=21) | Контрольная группа (N=20) |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| Средняя суточная толерантность в последнем запое (в миллилитрах водки) | $690,5 \pm 60,1$ (250–1500) | $810 \pm 82,3$ (500–1500) |
| Средняя длительность последнего запоя (в сутках) | $9,0 \pm 1,04$ (4–20) | $7,9 \pm 0,92$ (3–19) |
| Тяжесть ААС в первый день исследования (в баллах) | $23,9 \pm 1,4$ (12–35) | $23,14 \pm 1,6$ (17–29)2 |

изобретателем прибора “Витафон” В. А. Федоровым. Фомирование проводилось четыре раза в день, то есть каждые 3–4 часа. В сочетании с фармакотерапией Фомирование проводилось в момент максимума концентрации лекарственных препаратов в крови: через 40–60 минут после приема таблетированных препаратов и через 15–20 минут после инъекций. Фомирование проводилось каждый день по стандартной методике. На первой и четвертой

процедурах виброфоны располагали на область К (область почек) в режиме 2 на 40 минут, а затем их помещали на область М (область печени) в режиме 1 на 5 минут. На второй и третьей процедурах виброфоны располагали на область К в режиме 2 на 20 минут и после этого на область М в режиме 1 на 5 минут. Во время проведения процедуры ощущения под виброфонами либо отсутствовали, либо наблюдалось приятное чувство тепла и микровибрации. По показаниям пациентам, получавшим ВАВ, назначались стандартная дезинтоксикация и психотропные препараты, такие как сонопакс, финлепсин, феназепам. При этом дозы психотропных средств были меньше, чем у больных, получавших традиционное лечение.

При лечении больных контрольной группы ориентировались на дозы препаратов, оказывающих у большинства больных необходимое фармакотерапевтическое действие (Бокий И. В., Лапин И. П., 1976; Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994; Иванец Н. Н., Стрелец Н. В., 2000). Больным проводилась стандартная дезинтоксикация (сернокислая магнезия, тиосульфат натрия, глюкоза, панангин, парацетам, витамины группы В, лазикс). Кроме того, применяли реланиум по 3,0 мл в первые два дня с последующим уменьшением дозы до 2,0 мл. На ночь назначали феназепам по 0,5–1,5 мг. Также по клиническим показаниям больным контрольной группы назначали сонопакс, финлепсин, но чаще препаратом выбора был реланиум.

Для количественной оценки симптомов ААС использовалась “шкала оценки выраженности симптомов ААС”, предложенная И. В. Бокий, И. П. Лапиным в 1976 году (апробирована Г. Г. Цхомелидзе, 1992), в которую в связи с характером исследования были внесены некоторые изменения (Ерышев О. Ф., Анипченко А. В., 2002). Для оценки были выбраны наиболее информативные симптомы ААС, которые анализировались в динамике синдрома. В карте обследования больного отражались 15 симптомов, оцениваемых от 0 до 3 баллов: 0 — отсутствие симптома, 1 — симптом слабо выражен, 2 — симптом умеренно выражен, 3 — симптом сильно выражен. Кроме того, каждый балл того или иного симптома имел свою клиническую и количественную характеристику.

Статистическая обработка числовых показателей и графическое представление данных осуществлялось на IBM PC/AT при помощи пакета прикладных программ “Statgraphics” (Тюрин Ю. Н. и др., 1995). Определяли средние величины исследуемых показателей и стандартные ошибки средних величин. Достоверность различий между средними величинами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая эффективность метода с применением аппарата “Витафон” оценивалась как при однократном, так и при курсовом его применении в сравнении с традиционным лечением.

При оценке эффективности ВАВ процедур одного дня высоким клиническим эффектом от ее применения считалось уменьшение выраженности проявлений ААС (по общей сумме баллов выраженности симптомов в процентах) на 20 % и более. В этих случаях пациенты отмечали исчезновение патологического влечения к алкоголю (ПВА), значительное уменьшение раздражительности, проходила беспричинная тревога, повышалось настроение, улучшалось общее самочувствие. Исчезала потливость, появлялся аппетит, полностью проходила головная боль, тошнота, уменьшалась астения, жажда. Уменьшалась выраженность тремора языка, век, пальцев рук. Средней эффективностью разовой процедуры ВАВ считалось уменьшение выраженности проявлений ААС на 10–20 %. В этих случаях пациенты отмечали уменьшение интенсивности ПВА, но полностью оно не устранялось. Снижался уровень тревоги, раздражительности, настроение повышалось. Уменьшалась потливость и гиперемия кожи. Как правило, полностью проходила тошнота, рвота, головная боль, но астения и жажда только уменьшались в своей выраженности. Снижалась интенсивность тремора. Незначительным терапевтическим эффектом или его отсутствием от применения разовой процедуры ВАВ считалось уменьшение выраженности проявлений ААС на 10 % и менее. В этом случае пациенты отмечали ПВА прежней

интенсивности, сохранение или незначительное уменьшение тревоги, раздражительности, некоторое улучшение настроения. Интенсивность соматовегетативной симптоматики сохранялась прежней или несколько уменьшалась.

Важным моментом ВАВ является то, что на высоте развития ААС процедура фонирования приводит к улучшению клинического состояния больных, не вызывая при этом заметного седативного эффекта, несколько активизирует психическое и физическое состояние пациентов, в то время как ТЛ вызывало определенный седативный эффект, проявлявшийся, в первую очередь в заторможенности.

На втором этапе исследования оценивалась эффективность применения “Витафона” на протяжении пяти дней лечения в сравнении с ТЛ. Динамика выраженности симптомов ААС у больных основной группы на протяжении пяти дней лечения представлена в табл. № 2. ВАВ при его курсовом применении оказалось заметно эффективнее ТЛ: на второй день терапии различия в скорости регресса тошноты, рвоты становились достоверными; на третий день терапии определялись значимые различия в скорости регресса патологического влечения к алкоголю, отсутствия аппетита, жажды; на четвертый день различия в выраженности таких симптомов как частота пульса, гиперемия кожных покровов становились также значимыми, на пятый день лечения определялись значимые различия в скорости регресса уровня артериального давления.

При анализе динамики проявлений ААС во время лечения больных аппаратом “Витафон”, выявлены определенные закономерности. Уменьшение выраженности влечения к алкоголю шло параллельно с улучшением сна и настроения, ослаблением раздражительности и тревоги. Это понятно, если учесть, что аффективные расстройства являются одной из главных составляющих сложного синдрома ПВА (Альтшулер В. Б., 1994).

Таблица № 2. Результаты пятидневного лечения виброакустическим аппаратом “Витафон” на проявления алкогольного абстинентного синдрома

| Проявления алкогольного абстинентного синдрома | Выраженность проявлений алкогольного абстинентного синдрома (в баллах) | | | | |
|--|--|------------|------------|------------|------------|
| | 1 день | 2 день | 3 день | 4 день | 5 день |
| Влечение к алкоголю | 1.71±0.16 | 1.09±0.18 | 0.61±0.16* | 0.42±0.13* | 0.33±0.11 |
| Нарушение сна | 1.81±0.16 | 1.42±0.15 | 0.90±0.18 | 0.42±0.13 | 0.33±0.13 |
| Пониженное настроение | 1.81±0.16 | 1.38±0.21 | 1.0±0.18 | 0.66±0.18 | 0.42±0.16 |
| Раздражительность | 1.29±0.18 | 0.95±0.20 | 0.81±0.21 | 0.42±0.14 | 0.33±0.14 |
| Тревога | 1.62±0.19 | 1.23±0.17 | 0.71±0.14 | 0.47±0.13 | 0.14±0.07 |
| Потливость | 1.67±0.14 | 1.23±0.18 | 0.71±0.18 | 0.47±0.13 | 0.23±0.12 |
| Тремор | 2.01±1.15 | 1.52±0.13 | 0.95±0.15 | 0.71±0.16 | 0.47±0.13 |
| Отсутствие аппетита | 1.61±0.20 | 1.00±0.14 | 0.38±0.13* | 0.19±0.11 | 0.09±0.06 |
| Головная боль | 1.52±0.20 | 1.00±0.18 | 0.52±0.17 | 0.38±0.15 | 0.23±0.09 |
| Астения | 1.81±0.18 | 1.57±0.19 | 1.24±0.14 | 0.91±0.15 | 0.57±0.11 |
| Жажда | 1.52±0.13 | 1.04±0.12 | 0.33±0.11* | 0.10±0.06* | 0.05±0.05 |
| Тошнота, рвота | 0.81±0.15 | 0.33±0.13* | 0.14±0.08* | 0* | 0 |
| Гиперемия кожных покровов | 1.66±0.16 | 0.90±0.17 | 0.52±0.16 | 0.23±0.09* | 0.19±0.09* |
| Частота пульса | 1.33±0.14 | 1.0±0.13 | 0.42±0.13 | 0.19±0.09* | 0.10±0.06* |
| Артериальное давление | 1.52±0.22 | 0.90±0.15 | 0.61±0.12 | 0.33±0.11 | 0.14±0.07* |

*По этим показателям лечение методом виброакустической терапии оказалось (достоверно $p < 0,05$) эффективнее ТЛ.

Больные основной группы легче переносили расстройства сна, часто констатируя чуткий сон, они не проявляли выраженного беспокойства по данному поводу. После ночного

сна пациенты ощущали бодрость и прилив сил и не испытывали заторможенности, как при приеме снотворных препаратов.

В течение всего курса лечения противотревожный эффект от применения аппарата “Витафон” практически был идентичен по выраженности эффекту традиционного лечения.

Оценка таких симптомов как астения, агрипния, тревога позволяет сделать вывод, что применение аппарата “Витафон” оказывает некоторое стимулирующее действие при астенических явлениях, но в отличие от фармакологических тонизирующих средств не вызывает расстройств сна.

Важным моментом терапевтического действия “Витафона” при лечении ААС оказалось его выраженное влияние на вегетативный дисбаланс в сердечно-сосудистой системе. ВАВ приводило к нормализации уровня артериального давления у большинства больных на пятый день лечения и частоты сердечных сокращений на третий день. Это является важной характеристикой действия “Витафона”, потому что у больных с длительным существованием АЗ проблема терапии сопутствующей сердечно-сосудистой и другой соматической патологии выходит на первый план, а возможности лекарственной терапии у данной группы пациентов бывают ограничены в связи с наличием различных побочных эффектов у фармакологических препаратов.

Для выяснения, какие симптомы ААС наиболее чувствительны, а какие, напротив, резистентны в отношении ВАВ при ее курсовом применении, оценивалось уменьшение интенсивности того или иного проявления ААС в процентах по сравнению с первым днем лечения. При курсовом применении ВАВ наиболее чувствительными к терапии оказались такие симптомы ААС как тревога, отсутствие аппетита, жажда, частота пульса, артериальное давление. Уменьшение их интенсивности по сравнению с первым днем лечения составляло более 90 %. Большую устойчивость к ВАВ проявляли такие симптомы ААС как влечение к алкоголю, нарушение сна, потливость, головная боль, гиперемия кожных покровов. Уменьшение их интенсивности по сравнению с первым днем лечения составляло от 80 % до 90 %. Наиболее резистентными к ВАВ оказались следующие симптомы ААС: пониженное настроение, раздражительность, тремор, астения. Уменьшение их выраженности по сравнению с первым днем лечения составляло менее 70 %.

Приведенные данные (табл. 2) отчетливо демонстрируют, что курсовое применение ВАВ при лечении ААС превосходит по своей эффективности ТЛ. ВАВ проявляет большую эффективность в отношении таких проявлений ААС как артериальное давление, частота пульса и ПВА. Одинаковое действие ВАВ и ТЛ проявляют в отношении таких симптомов ААС как нарушение сна, пониженное настроение, раздражительность, тревога, потливость, тремор, головная боль, астения.

У большинства больных с ААС процедура фонирувания проходила комфортно, но некоторых больных при проведении первых процедур ВАВ несколько раздражал звук, работающих виброфонов, к которому они в дальнейшем привыкали, и не обращали на него внимания. У одного больного на второй день ВАВ возникли умеренные боли в области поясничного отдела позвоночника (корешковый синдром), которые в дальнейшем прошли на фоне проводимого ВАВ. У другого пациента с тяжелым ААС отмечалось выраженное снижение артериального давления после процедуры фонирувания, которое нормализовалось самостоятельно в течение 20–30 минут пока больной лежал после процедуры.

ВЫВОДЫ

1. Метод ВАВ является эффективным методом купирования ААС средней тяжести. Он может использоваться в амбулаторной и стационарной наркологической практике.
2. Эффективность метода, оцененная по общей клинической картине, выражается в 78,6 % значительных улучшений к пятому дню лечения.

3. Как при однократном, так и при курсовом применении, ВАВ уменьшает выраженность всех симптомов ААС. В отличие от традиционного лечения, противотревожный и антидепрессивный эффекты не сопровождаются заторможенностью.

4. Проведение процедур ВАВ для лечения ААС показано больным, в клинической картине которых преобладают сомато-вегетативные и психические нарушения. Несколько менее эффективным ВАВ оказалось у пациентов, в картине абстинентного синдрома которых преобладают неврологические и астено-депрессивные расстройства.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Метод ВАВ может быть рекомендован для лечения больных АЗ с ААС легкой и средней степени тяжести как в условиях стационара, так и амбулаторно.

2. Рекомендуется проведение процедуры ВАВ в начальный период ААС указанной степени тяжести, что позволяет нормализовать состояние вегетативной нервной системы и уменьшить интенсивность других симптомов ААС, а также предупредить развитие осложнений.

3. Необходимо строго придерживаться методики ВАВ: на первой и четвертой процедурах виброфоны располагать на область К (область почек) в режиме 2 на 40 минут, а затем их помещать на область М (область печени) в режиме 1 на 5 минут. На второй и третьей процедурах виброфоны располагать на область К в режиме 2 на 20 минут и после этого на область М в режиме 1 на 5 минут. Во время проведения процедуры ощущения под виброфонами должны либо отсутствовать, либо должно наблюдаться приятное чувство тепла и микровибрации. Виброфоны должны плотно, но без усилия прилегать к телу в обозначенных областях. По показаниям пациентам, получающим ВАВ, можно назначать психотропные препараты. При преобладании в статусе тревоги ВАВ целесообразно сочетать с соннапаксом 30–40 мг в сутки. При выраженной раздражительности и наличии в анамнезе судорожных припадков, возникающих в ААС, дополнительно показано назначение 200–400 мг (1–2 таблетки) финлепсина. При наличии стойкой бессонницы на ночь назначается феназепам в дозе 1–2 мг в сутки.

4. ВАВ может использоваться как самостоятельный метод лечения ААС, так и в сочетании с медикаментозным лечением.

5. ВАВ позволяет улучшить результаты терапии больных с тяжелым ААС, в клинической картине которых на первый план выступают расстройства вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, такие как артериальная гипертензия и тахикардия. В этих случаях ВАВ сочетается со стандартной дезинтоксикацией, компоненты которой перечислены при расшифровке терапии контрольной группы (стр. 7), а также с назначением 10-15 мг реланиума (2-3) ампулы) в/м или 5-10 мг галоперидола (1-2 ампулы) внутривенно капельно.

ПАМЯТКА БОЛЬНОМУ С АЛКАГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Длительный постоянный прием алкоголя приводит к глубокой перестройке организма. Поэтому при резком прекращении приема алкоголя состояние объективно начинает ухудшаться. Очень быстро становится настолько плохо, что ни о чем другом, как об алкоголе, думать невозможно. Если алкоголь не употребляется достаточно длительное время (8–12 часов) организм начинает обратную перестройку, на которую потребуется несколько дней (в зависимости от тяжести заболевания). Состояние после прекращения приема алкоголя до момента завершения перестройки организма называется алкогольным абстинентным синдромом (ААС), который характеризуется очень тяжелым физическим состоянием и патологическим влечением к алкоголю. Виброакустические процедуры на область печени и почек позволяют облегчить состояние и ускорить адаптационную перестройку.

Порядок лечения

Первая процедура проводится сразу после пробуждения. Алкоголь не употребляется.

Схема № 1. Применение аппарата “Витафон” для лечения ААС.

| День лечения | Периодичность процедур | Область К Режим 2, мин. | Область М Режим 1, мин. |
|--------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1–5 день | Утро | 40 | — |
| | Через 4 часа | 20 | 5 |
| | Через 4 часа | 20 | 5 |
| | Через 4 часа | 40 | — |

В зависимости от тяжести абстинентный синдром проходит за 2–5 дней.

При преобладании в психологическом статусе чувства тревоги виброакустические процедуры целесообразно сочетать с соннапаксом: 20–30 мг в сутки. При выраженной раздражительности, а также наличии в анамнезе судорожных припадков, возникающих при ААС, дополнительно показано назначение 200–400 мг (1–2 таблетки) финлепсина. При наличии стойкой бессонницы назначается на ночь феназепам в дозе 1–2 мг в сутки.

Если в течение первого дня физическое состояние не позволило удержаться от алкоголя, то необходимо употребить такую минимальную дозу алкоголя, которая еще не дает комфортных ощущений, но уже позволяет терпеть тяжесть физического состояния. Чем меньше будет употреблено, тем легче будет на следующий день. Виброакустические процедуры следует возобновить спустя 2–3 часа после вынужденного приема алкоголя по схеме 2. На второй день лечения алкоголь не допускается категорически.

Схема № 2. Применение аппарата “Витафон” для лечения ААС. Усиленный курс.

| День лечения | Периодичность процедур | Область К Режим 2, мин. | Область М Режим 1, мин. |
|--------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 день | По схеме 1 | | |
| | Срыв | | |
| | Через 2-3 часа | 40 | 5 |
| | Через 4 часа | 20 | 6 |
| 2 день | Утро | 40 | 5 |
| | Через 4 часа | 20 | 6 |
| | Через 4 часа | 20 | 7 |
| | Через 4 часа | 40 | 8 |
| 3-6 день | Утро | 40 | 6 |
| | Через 4 часа | 20 | 7 |
| | Через 4 часа | 20 | 8 |
| | Через 4 часа | 40 | 9 |

При весе более 80 кг воздействие на область М проводить во 2 режиме.

После выхода из абстиненции лечение продолжают для закрепления эффекта по схеме № 3 в течение года.

Схема № 3. Применение аппарата Витафон для профилактики алкогольной зависимости

| Неделя лечения | Периодичность процедур | Область К Режим 2, мин. | Область М Режим 1, мин. |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 неделя | Утро | 30 | 10 |
| | Вечер | 30 | 10 |
| 2 неделя | Утро или вечер | 30 | 10 |
| 3 неделя | 3 раза в неделю | 30 | 12 |
| Далее в течение 1 года | 2 раза в неделю | 30 | 15 |

Список сокращений:

ААС – алкогольный абстинентный синдром

АЗ – алкогольная зависимость

АКТГ - адренокортикотропный гормон

ВАВ – виброакустическое воздействие

ПВА – патологическое влечение к алкоголю

ТЛ – традиционное лечение