

Эфферентная терапия в комплексной профилактике и лечении больных наркологического профиля

АХМЕТОВ Э.Р.

врач-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

АРСЕНЬЕВ Е.В.

консультант-хирург, Наркологическая клиническая больница №17
Департамента здравоохранения г. Москвы

РЫХЛЕЦКИЙ П.З.

к.м.н., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии,
Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

Авторы обобщают свой практический опыт применения эфферентной терапии в лечении больных наркологического профиля. На его основе формулируются показания для использования тех или иных методов эфферентной терапии. Приводится патогенетическое обоснование ее эффективности.

Активное внедрение современных технологий в медицину привело к выделению новых разделов в клинической практике, среди которых в последние десятилетия интенсивно развиваются методы эфферентной (ef-ferens — очищение) терапии, которая нашла применение и в наркологии.

Патогенетически обосновать такую терапию при наркологических расстройствах возможно только с учетом экзо- и эндотоксикоза, а также нарушенной иммунорезистентности у данной категории пациентов. Кроме того, в патогенезе психических и поведенческих расстройств у больных наркологического профиля большую роль играют механизмы развития синдрома печеночно-клеточной недостаточности. В настоящее время они хорошо изучены. Открыты и изучены эндогенные нейротоксины, которые ведут к формированию печеночной энцефалопатии, синтезу ложных медиаторов и развитию делириозных расстройств.

До настоящего времени применение эфферентных методик в полной мере не систематизировано и не обобщено, не сформулированы четкие показания к ее применению в наркологической практике, не разработаны комп-

лексные схемы терапии наркологических больных с включением в нее эфферентных методик. Специалисты по эфферентным методикам без привлечения врачей психиатров-наркологов не в состоянии дать всестороннюю оценку полученных результатов. В то же время все чаще появляются сообщения о необходимости применения в практике лечения наркологических больных средств и методов интенсивной терапии, таких, как коррекция водно-электролитных и коллоидно-осмотических расстройств, реологических изменений крови, контроля и коррекции кислотно-основного равновесия, регуляции обменных нарушений (парентеральное питание), управления жизненно важными функциями организма (гемодинамикой, дыханием, уровнем сознания и др).

Внедрение этих методов подразумевает необходимость высокой технической оснащенности наркологического учреждения, специальной подготовки медицинского персонала и понимания роли физико-химических процессов в развитии и течении патологических синдромов.

Отдельная проблема, с которой может столкнуться практикующий нарколог, — осложнения соматического

характера: гипергидратация и застойная сердечная недостаточность, отек мозга, почечная и печеночная недостаточность, стойкий парез кишечника и др. В этих случаях без применения методов интенсивной терапии обойтись невозможно.

Другой важной стороной интенсивной терапии психических расстройств является преодоление резистентности к психотропным препаратам, наблюдающейся у части больных на различных этапах лечения (от периода ранней абстиненции до периода так называемого псевдоабстинентного синдрома).

Все эти и многие другие проблемы успешно решаются при комплексном подходе к лечению, когда наряду с уже традиционной инфузионной фармакотерапией применяются методы экстракорпоральной гемокоррекции.

Изложенные выше положения стали обоснованием необходимости применения эфферентных методов терапии (или методов экстракорпоральной гемокоррекции) в лечении больных наркологического профиля. Эфферентные методы применяются в отделении реанимации и интенсивной терапии НКБ №17 с 2002 г.

Имеющееся оборудование и расходные материалы фирмы «Фрезениус» (Германия), а также отечественное оборудование позволяют проводить лечение по следующим методикам:

- плазмаферез гравитационный (аппарат «АСТЕК»),
- плазмаферез фильтрационный («АДН-АБМ»),
- непрерывный вено-венозный гемодиализ («АДН-АБМ»),
- непрерывная вено-венозная гемофильтрация («АДН-АБМ»),
- экстракорпоральная физиотерапия крови — УФОК-аппарат «Изоolda», ВЛОК-аппарат «Мулат».

Всего было проведено 145 сеансов плазмафереза для 105 больных по фильтрационной и гравитационной методикам.

Показаниями для проведения плазмафереза являлись:

- тяжелый эндотоксикоз с явлениями токсического гепатита и выраженной ферментемией при резистентности к стандартной терапии;
- тяжелое затяжное течение алкогольного делирия, даже без выраженного ферментативного сдвига, но с явными признаками метаболических расстройств по каталитическому типу (гиподиспротеинемия, декомпенсированный метаболический ацидоз);
- расстройства гемодинамики (гиперкинетический вариант кровообращения);
- синдром выраженных вегетативных расстройств (гипертермия, гипергидроз, лабильная гемодинамика);
- психические расстройства, укладывающиеся в клинику предделириозного состояния;
- тяжелое течение опийного абстинентного синдрома на фоне высокой толерантности к психотропным препаратам и резистентности к проводимой лекарственной терапии.

Все пациенты получали инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, растворами аминокислот, метаболическую и реологическую терапию в течение 1—2 суток перед процедурой, а затем — в течение 3—5 дней после процедуры плазмафереза. 30 больным выполнены 1—2 повторные процедуры с интервалом в двое суток. В 27 случаях проводилась комплексная методика: на фоне плазмафереза выполнялось лазерное или ультрафиолетовое облучение крови.

Из сопутствующей соматической патологии можно отметить следующее. У 11 больных была выражена печеночная недостаточность, обусловленная токсическим гепатитом и вирусным гепатитом С. 14 больных имели клинические признаки сердечной недостаточности на фоне атеросклероза, гипертонической болезни, алкогольной кардиомиопатии (застойные явления в легких, дыхательная недостаточность, периферические отеки, изменения на ЭКГ). У пяти больных была диагностирована бронхиальная астма инфекционно-аллергической этиологии в стадии неустойчивой ремиссии. У 10 больных выявлено хроническое неспецифическое заболевание легких, гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения. У двоих больных — псориаз, генерализованная форма в стадии обострения.

Всем больным проводили катетеризацию центральной вены (преимущественно подключичной) стандартным двухпросветным катетером «Фрезениус».

Объем удаляемой плазмы 30—45% общего объема циркулирующей плазмы, что в абсолютных значениях составляло 0,9—1,4 л. В процессе сепарации плазмы продолжалось возмещение солевыми растворами в соотношении 1:1.

Стабилизация крови — гепарин, цитрат натрия, фрагмин. По окончании плазмасепарации, в первые сутки, возмещение объема циркулирующей крови (ОЦП) проводилось в 2—2,5-кратном соотношении к объему удаленной плазмы с использованием 1—1,7 л кристаллоидных растворов, 10%-ного раствора альбумина 100—200 мл.

Результаты оценивались по динамике клинической картины, лабораторному контролю биохимических показателей крови на 2-й, 3-й день после процедуры.

Наш опыт применения эфферентных методов свидетельствует о том, что наиболее эффективным является удаление не менее 35—40% ОЦП с обязательным возмещением 2—2,5 объема удаленной плазмы. Возмещение удаленной плазмы по белку может быть минимальным (10%, в зависимости от исходного уровня общего белка).

Всего в нашем отделении выполнено 2555 сеансов экстракорпоральной физиотерапии крови у 511 больных. Процедуры проводились пациентам как в остром периоде, так и на более поздних сроках лечения.

Показаниями являлись:

- тяжелое течение острого абстинентного синдрома;
- интоксикации препаратами синергидного действия (алкоголь, барбитураты);
- астено-вегетативные состояния в постабстинентном периоде;
- инфекционные осложнения (острые пневмонии, гнойные бронхиты, фурункулез, флебиты и др.).

Как показал накопленный нами опыт, современные взгляды на патогенез психических расстройств в наркологической клинике требуют пересмотра «традиционных», «классических» схем терапии этих состояний.

У нас не вызывает никаких сомнений необходимость рассматривать тяжелые состояния у наркологических больных с точки зрения метаболической теории, теории эндотоксической, медиаторной и, наконец, с точки зрения модели универсального ответа макроорганизма на стрессовое воздействие — модели системного воспалительного ответа.

Классический психофармакологический подход, используемый до недавнего времени в отечественной наркологии, направленный на «психопатологическое ядро»

этих состояний, бывает не всегда эффективен даже при индивидуальном и адекватном назначении лекарственных препаратов.

«Вынужденное» повышение дозировок или назначение неоправданных комбинаций лекарств в условиях высокой толерантности и извращенного эффекта создают повышенную метаболическую нагрузку на организм и часто приводят к нейротоксическим осложнениям терапии.

Дополнение классического психофармакологического метода внутривенной инфузией кристаллоидных и коллоидных растворов позволяет лишь в ряде случаев скорректировать метаболические нарушения, приводящие к расстройствам в системе гомеостаза (нарушение тканевого и клеточного питания, доставки кислорода и, как следствие, нарушение кислотно-основного состояния тканей и проницаемости клеточных мембран), усугубляющимся реологическими расстройствами, развитием острой и хронической сердечно-сосудистой недостаточности и т.д.

Экстракорпоральная детоксикация, в частности гравитационный плазмаферез, обладает значительными преимуществами по сравнению с традиционной клиренсовой детоксикацией и позволяет эффективно решать проблемы, связанные с синдромом тяжелых метаболических расстройств, тяжелым эндотоксикозом как следствие реологических нарушений, измененной реактивностью и высокой толерантностью к психоактивным препаратам у наркологических больных.

Эти эффекты связаны как со специфическим, так и с неспецифическим воздействием плазмафереза на организм больного.

Традиционно показаниями к проведению плазмафереза у наркологических больных являлся высокий уровень ферментемии, как правило, биохимических маркеров «клеточного повреждения» (АсАт, АлАт, ГГТП, билирубин).

Опыт применения эфферентных методик подтверждает концепцию о том, что характер энзимологических сдвигов свидетельствует о серьезных изменениях в обмене веществ, а не о простом клеточном повреждении.

Характер энзимологических сдвигов зачастую не соответствует тяжести состояния больного (парадоксальная ферментемия), а высокая ферментемия не является следствием цитолиза, а определяется механизмом адаптации и саногенеза.

Наш опыт свидетельствует, что показаниями к проведению плазмафереза у наркологических больных должны служить не столько высокий уровень ферментемии, сколько клинические признаки эндотоксикоза или генерализованного ответа организма на повреждения (системный воспалительный ответ): гиперкинетический вариант гемодинамики, гипертермия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, декомпенсированный метаболический ацидоз, нарушения тканевой перфузии, гипоксемия. Они же зачастую являются клиническими предвестниками тяжелых психотических расстройств.

Наряду с проявлениями эндотоксикоза основными показаниями к проведению плазмафереза больным в острой стадии абстинентного синдрома должны считаться резистентность к стандартной медикаментозной терапии, выраженный болевой синдром, диссомнические расстройства.

Применение плазмафереза изменяет клиническую картину периода опийного абстинентного: значительно уменьшается болевая симптоматика, интенсивность соматовегетативных расстройств, что позволяет снизить дозировки анальгетиков и клофелина.

Проведение плазмафереза больным с опийной абстиненцией позволило снизить толерантность к психоактивным препаратам и назначать препараты с антипсихотическим эффектом более дифференцированно и индивидуально, с учетом структуры психопатологических нарушений в период опийного абстинентного синдрома.

По нашим данным, лазерная и ультрафиолетовая терапия крови оказывает выраженное общетонизирующее действие, нормализует функции нервной системы, улучшает мозговое кровообращение, способствует активации важнейших ферментов.

По клиническим данным можно предположить, что отмечается мощная стимуляция иммунной системы с усилением фагоцитоза, о чем свидетельствует рост количества лимфоцитов. Происходит упорядочение образования антител, в результате чего повышается неспецифическая реактивность организма.

Определенный интерес представляет также выявленный у больных сдвиг вегетативного тонуса в сторону нормосимпатикотонии, что указывает на мобилизацию с помощью экстракорпоральной физиотерапии крови адаптационных резервов и энергетических ресурсов организма на преодоление патологического процесса.

Физиогемотерапия более всего эффективна при тяжелом, хроническом характере заболевания, когда стандартные средства оказываются малоэффективными.

Наиболее перспективным нам видится применение ультрафиолетового облучения крови для лечения астенических состояний, а также комплекса антибиотиков, иммуносупрессоров для лечения тяжелых инфекционных осложнений.