

Рефлексотерапия в наркологии

ВАСИЛЕНКО А.М.

заведующий кафедрой рефлексотерапии и мануальной терапии ГОУ ВПО
"Московский государственный медико-стоматологический университет" Росздрава

За полувековой период официального существования в России рефлексотерапия (РТ) доказала свою состоятельность во многих областях клинической и восстановительной медицины, включая активное внедрение РТ в наркологию. К сожалению, приказом МЗРФ №337 от 27.08.1999 г. РТ была включена в номенклатуру врачебных специальностей в виде дополнительной для неврологов. Таким образом, формально нарколог, не имеющий специализации по неврологии, а, следовательно, не имеющий права получить специализацию по РТ, не будет иметь и права использовать ее в своей врачебной деятельности!? Аналогичная ситуация имеет место и для других врачебных "неневрологических" специальностей. Недопустимо, чтобы эффективные и безопасные лечебно-профилактические и реабилитационные методы РТ оказались вне компетенции специалистов, а миллионы больных лишились возможности получать патогенетически обоснованное, нередко единственно эффективное для них лечение исключительно в силу формальных ограничений.

Рефлекторные взаимодействия проявляются не только на уровне морфофункциональной организации и биоэлектрической активности нервной системы, но и на любых других уровнях организации организма как единой системы и его взаимоотношений с окружающей средой. В экстерорецептивных рефлексогенных зонах отражаются (моделируются) основные элементы физиологических и патологических процессов, происходящих в корреспондирующих с ними тканях и органах. С другой стороны, первичные периферические реакции на внешние воздействия репродуцируются в механизмах гомеостатической регуляции внутренней среды организма. В связи с этим предложено следующее определение: *РТ — лечебно-профилактическая система, основанная на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействия на них с целью регуляции функциональных систем организма* [3]. Современная РТ характеризуется тенденцией постепенного вытеснения высокоэнергетических лечебных факторов (акупунктура, электропунктура) факторами малой и сверхмалой интенсивности (информационно-волновая терапия). Эта тенденция начинает проявляться и в отношении использования РТ в наркологии.

Аку- и электропунктура в наркологической практике

Уже в ранних методических рекомендациях конца 70-х, начала 80-х годов прошлого века [7, 11, 13] были представлены рациональные схемы использования иглокалывания (акупунктура) и электростимуляции акупунктурных точек (электропунктура) на разных стадиях лечения хронического алкоголизма. Были предложены достаточно эффективные методы лечения и других видов токсикоманий, прежде всего табакокурения.

РТ алкоголизма проводится на этапах:

- купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС);
- восстановления вегетативного, неврологического и психического гомеостаза;
- активного противоалкогольного лечения (выработка аверсии к алкоголю);
- профилактики рецидива патологического влечения к алкоголю.

Результаты объективных исследований не позволили подтвердить целесообразность использования РТ с целью вытрезвления, но доказали ее эффективность на всех последующих этапах лечения.

Разработаны дифференциальные схемы РТ, включающие воздействие на аурикулярные и корпоральные точки акупунктуры при четырех основных вариантах ААС: с преобладанием вегетативно-сосудистых, вегетативно-мозжечковых, психопатологических или экстрапирамидно-стволовых расстройств. Лечение начинают не ранее, чем через 8 ч после приема последней дозы алкоголя.

Приведенные рецептуры дополняются в соответствии с наличием той или иной соматической отягощенности пациента. Например, при недостаточности печени рекомендуется стимуляция 2-й, 3-й точек канала печени (LR) первым вариантом тормозного метода, а 8-й точки этого же канала (LR8) — первым вариантом возбуждающего метода. При почечной недостаточности добавляют акупунктурную стимуляцию 6-й и 7-й точек канала почек (KI6 и KI7).

Состояние пациента начинает изменяться обычно уже через 5—10 мин от начала сеанса. Уменьшаются или вовсе исчезают вегетативные проявления: гипергидроз, тошнота, гиперсаливация, тенезмы, гиперемия лица. Уменьшаются тремор, головная боль, проясняется сознание, снижается психомоторное возбуждение. Сонливость, сон сразу по окончании сеанса являются благоприятными прогностическими признаками. При эффективном купировании ААС нередко возникает стойкое отсутствие влечения к алкоголю в катамнезе. Противопоказаний к применению РТ для купирования ААС не установлено. Эффективность РТ снижается при наличии сопутствующей соматической патологии (пневмонии, острого нефрита, ЧМТ и других заболеваний, требующих специальной терапии). РТ может сочетаться с другими видами дезинтоксикационной терапии.

РТ на этапе восстановления вегетативного, неврологического и психического гомеостаза осуществляется в зависимости от преобладания астенической или аффективной симптоматики. При преобладании астенической симптоматики (снижение общего тонуса, чувство неполноценности, неуверенности, ранимость, обидчивость, ипохондрические или истероидные проявления) используют корпоральные точки ST36, LI4, GB20, PC6, аурикулярные точки: ствол мозга, надпочечники, аффекта. Курсовое лечение проводится в течение 10—12 дней. При преобладании аффективной симптоматики (пониженное настроение, признаки тоскливой или тревожной депрессии, сочетающейся с гневливостью, агрессией, иногда параноидальные тенденции) рекомендуется использование точек

Вариант ААС и акупунктурная рецептура

	Вариант ААС	Акупунктурная рецептура и последовательность воздействий
1	Вегетативно-сосудистый (гиперемия кожных покровов, гипергидроз, тремор, полиурия, полидипсия, головная боль, умеренное повышение АД и температуры тела, тахикардия, иногда тошнота, рвота, тенезмы)	Аурикулярные: 101 (легкие), 51 (симпатическая), 55 (шэнь-мень), 59 (гипотензивная). Корпоральные: а) BL13, BL22 — 1ВТМ, 30 мин; б) LU1, CV17 — 1ВВМ, 1 мин
2	Вегетативно-мозжечковый (выраженный тремор, фибрилляция мышц, атаксия, нистагм, вегетативные симптомы, повышение АД, тахикардия и др.)	Аурикулярные: 101 (легкие), 51 (симпатическая), 55 (шэнь-мень), 59 (гипотензивная). Корпоральные: а) GV20, GV11, BL13, BL22, GB39, GB34 — 1ВТМ, 30 мин; б) LU1, CV17 — 1ВВМ, 1 мин
3	Психопатологический (тяжелое общее состояние, гиперкинезы, выраженная тахикардия и гипертензия, расстройства ритма дыхания, функций тазовых органов, пределириозные расстройства сознания с переходом в развернутый делирий, зрительные и слуховые галлюцинации, острый чувственный бред, аффективные расстройства, двигательное возбуждение, нарушения сна)	Аурикулярные: 101 (легкие), 51 (симпатическая), 55 (шэнь-мень), 59 (гипотензивная), 34 (кора головного мозга). Корпоральные: а) GV20, GB20, BL13, BL22, LI4, GB39, GB34 — 1ВТМ, 30 мин; б) LU1, CV17 — 1ВВМ, 1 мин. Повторное проведение РТ через 2–4 ч, микроиглы в аурикулярные точки на сутки
4	Экстрапирамидно-стволовой (симптоматика 3-го варианта дополняется гиперкинезами, судорожными припадками, иногда переходящими в эпилептический статус)	Аурикулярные: 101 (легкие), 51 (симпатическая), 55 (шэнь-мень), 59 (гипотензивная), 34 (кора головного мозга). Корпоральные: а) GV20, GB20, BL13, BL22, LI4, GB39, GB34 — 1ВТМ, 30 мин; б) LU1, CV17 — 1ВВМ, 1 мин. Начинающийся судорожный приступ: GV26, GV27, LI4, SI3

РС6 и ST36 в сочетании с аурикулярными точками нулевой и аффекта. Схема курса лечения такая же, что и при астеническом синдроме. При сопутствующих нарушениях сна следует использовать точки GB7, GB8, ST36, LI4.

По свидетельствам большинства специалистов, эффективность использования РТ, даже в качестве монометода, на этапах купирования ААС, восстановления вегетативного, неврологического и психического гомеостаза не уступает другим современным методам, широко используемым в современной наркологии.

Значительно более сложную задачу представляет выработка аверсии к алкоголю — главной цели активного противоалкогольного лечения. Одним из наиболее известных подходов здесь является условнорефлекторная терапия. В качестве безусловных раздражителей применяют фармакологические препараты, вызывающие рвотную реакцию, электрокожное болевое раздражение или краниоцеребральную гипотермию. Условными раздражителями служат вкус, вид и запах алкоголя, а также слуховые или зрительные образы. Однако выработанный по классической схеме условный оборонительный рефлекс оказывается обычно нестойким. Кроме того, данный подход к условнорефлекторной терапии имеет большой перечень противопоказаний.

В ЦНИИ Рефлексотерапии еще в 1981 г. был разработан вариант условнорефлекторной терапии с применением аурикулярной электроакупунктуры [13]. В оригинале методика осуществляется путем 10–15-минутной электростимуляции нулевой точки ушной раковины (она же точка диафрагмы — 82) через введенную в нее акупунктурную иглу. Во время проведения процедуры типичны возникновение металлического привкуса во рту, ухудшение общего самочувствия, возможно появление тошноты. По мере развития этих признаков больному дают понюхать или закапывают под язык несколько капель водки. После 5–10 таких процедур вырабатывается стойкая отрицательная реакция на алкоголь. Прием 20–30 г спирта

ного через 15–20 мин после процедуры вызывает вегетативные проявления, характерные для ААС. Подобное состояние может продолжаться от 30 мин до суток. При длительном течении его купировать не следует, при проявлениях в течение нескольких часов целесообразно проведение РТ по схеме, рекомендуемой для вегетативно-сосудистого варианта ААС.

Профилактика рецидивов, основанная на прерывании психической зависимости от алкоголя, представляет собой наиболее трудно решаемую задачу. М.Ф. Тимофеев предложил свой метод решения, назвав его *антиалкогольная нейрофизиологическая аверсия* [23]. Метод основан на формировании внутреннего торможения в стадии афферентного синтеза по П.К. Анохину, что исключает формирование эфферентного аппарата реакции, в нашем случае — алкогольдобывающего поведения и потребления алкоголя. Это достигается путем сочетания специфических вербальных и органолептических раздражителей со стимуляцией акупунктурных точек. Предъявление вербальных и органолептических раздражителей направлено на формирование алкогольной мотивации, а стимуляция точек акупунктуры в этот момент нарушает процесс и предотвращает реализацию мотивации в поведенческие реакции.

Курс лечения состоит из четырех сеансов, каждый из которых подразделяется на 3 этапа. Первый сеанс проводят на 18–19-й день ремиссии, т.е. через 2,5 недели после последнего алкогольного эксцесса. Второй сеанс — через 2 дня после первого; третий — через 3 дня после второго, а четвертый — через неделю после 3-го. Все 4 сеанса проводят по единой схеме.

Этап 1 — методом индукции воспоминаний формируют у пациента условнорефлекторные признаки опьянения. Врач концентрирует внимание пациента на последнем алкогольном эксцессе, просит его детально рассказать о ситуации, ему предшествовавшей, его эмоциях и

переживаниях до начала приема алкоголя. Примерный перечень вопросов:

- число и день недели последнего эксцесса?
- какая была погода?
- ваше настроение и ощущения перед тем, как выпить первую рюмку?
- из чего пили?
- кто разливал?
- что ощущали после приема первой дозы и последующих?
- чем закусывали? и т.п.

Цель беседы состоит в том, чтобы вызвать у пациента возбуждение алкогольного динамического стереотипа до стадии появления его вегетативного компонента. Врач наблюдает за поведением, цветом кожных покровов, ритмом дыхания и пульса, глотательными движениями, мимикой, тембром голоса пациента. Необходимо, чтобы пациент не наблюдал со стороны картину своего последнего опьянения, а погружался в нее, вновь ее переживал.

Этап 2 — путем предъявления запаха и вкуса алкоголя врач погружает больного в состояние опьянения. Сначала пациенту предъявляют запах алкоголя (на вате), а затем закапывают 3—4 капли 40%-ного раствора алкоголя под язык. Перед предъявлением раздражителей пациента предупреждают о них и тщательно контролируют его ощущения.

Этап 3 — проведение корпорально-аурикулярной РТ. У правой используют точку LI4 слева и аурикулярную точку гипоталамуса справа, у левой — наоборот. Осуществляют мощное воздействие в течение 10—15 мин, что должно приводить к появлению горечи во рту, неприятным ощущениям в эпигастральной области, усилению перистальтики кишечника. В целом симптоматика должна напоминать похмельный синдром. Добившись эффекта, иглы извлекают.

На втором сеансе при проведении РТ у пациентов обычно отсутствует усиление перистальтики кишечника, но сохраняются неприятные вкусовые ощущения, а на третьем сеансе исчезают и они.

Четвертый сеанс является контрольным. На его первом этапе пациента обычно уже не удается погрузить в состояние алкогольного опьянения, поэтому на сеансе врач проводит анализ ситуаций, которые возникали у пациента с момента начала лечения в быту, на работе, на отдыхе. Обычно пациенты отмечают, что присутствие в алкогольных компаниях, разговоры на алкогольную тему уже не провоцируют острого желания выпить; если эти мысли и возникают, то вялые, не побуждающие к приему алкоголя. На втором этапе четвертого сеанса спирт под язык не капают, предъявляют только запах алкоголя.

По данным автора метода, его средняя эффективность составляет 77,3%. На эффективность лечения существенное влияние оказывает адекватный индивидуальный выбор информации на этапе индукции воспоминаний. Наиболее эффективным методом является у стеничных конституциональных типов, но даже в этом случае устойчивые аверсивные реакции на алкоголь прослеживаются в среднем в течение 4 мес.

Т.В. Чернобровкиной с коллегами представлена технология лечения хронического алкоголизма, наркомании и других видов зависимостей "ФОРСАЖTM" [24]. Теоретическая концепция, воплощенная в методе "ФОРСАЖTM", оперирует понятием *алкогольная (наркотическая) психологи-*

ческая виртуальная реальность. Больные, страдающие любыми видами зависимостей, живут в двух параллельных мирах: в реальном мире без употребления алкоголя и наркотиков, и в мире виртуальной реальности — состоянии алкогольного или наркотического опьянения. По мере прогрессирования болезни алкогольная или наркотическая виртуальная реальность становится все более привлекательной, а к реальному миру интерес постепенно утрачивается. Технология "ФОРСАЖTM" состоит из двух частей: собственно антиалкогольной и нормализующей. Задача первой части — снятие влечения к алкоголю путем элиминации алкогольных мислеобразов. Задача второй части — нормализация функционирования органов и систем в организме. Обе задачи решаются главным образом путем воздействия на акупунктурные точки, но не исключаются и возможности медикаментозного лечения. Авторы полагают, что на первом этапе акупунктура способна на некоторое время уничтожать алкогольные мислеобразы, порождающие психологические виртуальные реальности. Со временем алкогольные мислеобразы, также посредством акупунктурного воздействия, становятся индифферентными и уже не порождают патологические алкогольные мотивации.

Элиминация алкогольных мислеобразов проводится по следующей методике. После 5—9-часового воздержания от приема алкоголя проводится психофизиологическое воздействие на пациента (индукция), провоцирующее желание выпить. Пациента просят образно представить вид, запах, вкус, способ употребления какого-либо алкогольного напитка. Во вводной части лечебного сеанса эта провокация обычно приводит к возникновению соответствующих мислеобразов и известным, отчетливо выраженным манифестациям желания употребления алкоголя. Затем пациенту проводят сеанс РТ, а в процессе или после него — повторную индукцию. По утверждению авторов, под влиянием сеанса комбинированной РТ, включающей использование аппликатора Кузнецова и корпорально-аурикулярную акупунктуру, алкогольные мислеобразы и мотивации постепенно тускнеют и в итоге вообще исчезают. При выраженном астеническом синдроме у пациента рекомендуются инъекции пирогенала и кордиамина, прием настоя толокнянки, а при повышении артериального давления — гипотиазида.

Через день после сеанса лечения проводят психофизиологический контроль состояния пациента и при наличии неуверенности в себе, чувства "потери" осуществляют электрокраниостимуляцию аппаратом СЭМ-02, которая обеспечивает нормализацию психофизиологического состояния пациента благодаря активации структур лимбико-ретикулярного комплекса. В методическом пособии [24] приведены рецептуры, включающие корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки, параметры электрокраниостимуляции и клинические примеры. Наряду с РТ используется витаминно- и медотерапия.

С начала 80-х годов прошлого столетия методы классического иглоукалывания стали все активнее заменяться методами электрической стимуляции акупунктурных точек (электропунктура). Одновременно стали активно разрабатываться и внедряться методы электропунктурной диагностики. Эти методы базируются на представлениях о биоэлектромагнитном гомеостазе и обоснованно могут претендовать на возможность оценки функционального

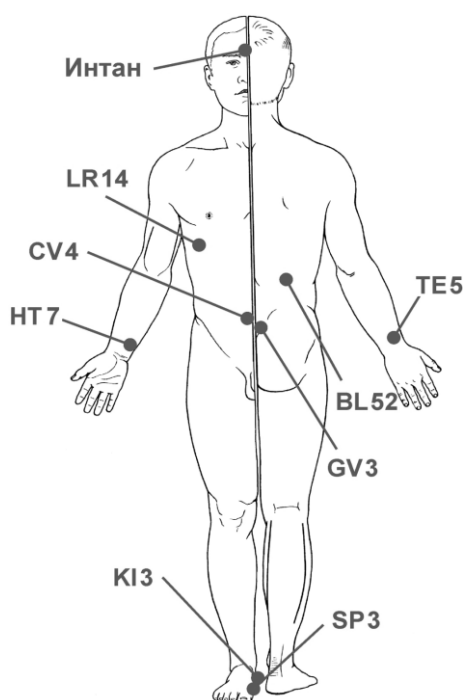


Рис. 1. Точки электропунктурного воздействия при лечении опийной зависимости

состояния акупунктурных каналов, а тем самым — индивидуализации выбора точек (зон) лечебного воздействия. Регистрация изменений электропроводности точек ушной раковины позволяет оценивать состояние внутренних органов, в том числе на ранних (доклинических) стадиях их патологии, и служит целям индивидуализации их выбора для лечебного воздействия [3].

Разработка аппаратуры, позволяющей сочетать электропунктурную диагностику и электротерапию, послужила мощным импульсом дальнейшего внедрения РТ в наркологическую практику. С использованием соответствующих аппаратно-программных комплексов были разработаны эффективные методы лечения не только алкогольной, но и опийной зависимости [8, 9]. В соответствии с известными симптоматическими показаниями к выбору акупунктурных точек при лечении опийной зависимости была составлена рецептура, представленная на рис. 1. Наиболее эффективное купирование мышечных и головных болей, астенодепрессивного синдрома, восстановление сна, аппетита и работоспособности достигаются одновременным воздействием на все входящие в рецептуру корпоральные точки: GV3, BL52, CV4, LR14, ИНЬ-ТАН, HT7, TE5, KI3, SP3 или SP4. Воздействие на точки парных меридианов осуществляется билатерально.

Сеанс лечения проводят следующим образом: на предплечье пациента устанавливают индифферентный электрод, смоченный изотоническим раствором хлористого натрия для лучшего контакта, и устанавливают электроды на указанные точки. Затем задают программу лечения: частоту импульсного тока отрицательной полярности поддерживают на уровне 1—100 кГц, величину тока в каждой точке — 10—100 мкА, напряжение — от 1 до 12 В индивидуально по каждому каналу в зависимости от величины электрокожного сопротивления (ЭКС) каждой конкретной точки. Средняя продолжительность процедуры со-

ставляет 60 ± 10 мин. Выявлена типовая динамика психофизиологического состояния пациентов во время процедуры (рис. 2), индивидуальные особенности которой определяют рекомендуемую продолжительность лечебного сеанса. Последовательная смена фаз физического и психоэмоционального расслабления, легкой сонливости, физического и эмоционального подъема и повторного расслабления с неглубокой сонливостью обеспечивает в дальнейшем максимальный лечебный эффект.

Электропунктуру целесообразно использовать уже в остром периоде абстинентного синдрома в сочетании с другими лечебными методами. Первые 5—6 дней сеансы проводят ежедневно один (вечером) или два раза в день (утром и вечером) в зависимости от того, применяется или нет медикаментозное сопровождение. С 6—7-го по 10—12-й дни сеансы лечения проводят один раз в день или через день в зависимости от состояния пациента. Лечение начинают, как правило, в первой половине дня спустя 12—16 ч после последнего приема опиата, т.е. при начале абстинентного синдрома.

При выраженном болевом синдроме дают анальгетики, например трамал по 0,1 г 3—4 раза в день первые 4—6 дней. При выраженном нарушении немедикаментозного сна и появлении "тяги" используют днем малые транквилизаторы (например, тазепам) и антидепрессанты (например, амитриптилин) в зависимости от веса пациента. На ночь добавляют большие транквилизаторы (например, радедорм). Если днем пациент чувствует себя нормально, то малые транквилизаторы и антидепрессанты не используют. Если пациент контролирует себя, то медикаменты не используют вообще.

Предложенную схему лечения использовали при нелекарственном сопровождении острого периода абстинентного синдрома и реабилитации после медикаментозной терапии у 164 пациентов. Из них 84% употребляли героин, 16% — другие опиаты (опий-сырец, маковую солому); 24 чел. (77,4%) обратились за медицинской помощью по собственной инициативе, 7 чел. (22,6%) были принудительно направлены на лечение. После первого курса РТ, состоявшего из 7—10 процедур электропунктуры, совсем перестали употреблять наркотики 10 чел. (32,3%). При рецидивах средняя продолжительность воздержания от употребления наркотиков составила 5 недель. Причиной рецидива у девяти пациентов (43%) было внешнее окруже-

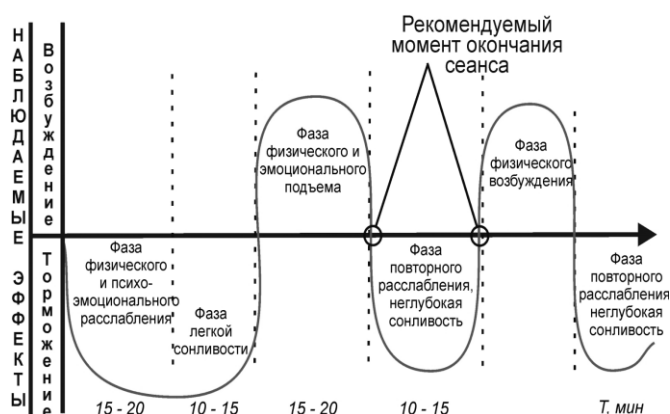


Рис. 2. Динамика состояния пациента во время сеанса электропунктуры при лечении опийной зависимости

ние, у восьми человек (38%) — депрессия, у четырех человек (19%) — нежелание продолжать лечение. Катамнестические сведения были собраны по истечении 12—18 мес. у 31 пациента с неосложненным исходным психосоматическим статусом, искренним желанием лечиться и адекватной реакцией на окружающую обстановку. В результате из катамнестических данных установлено, что 17 из 31 чел. (54,8%), наблюдавшихся после использования РТ в комплексной реабилитации, наркотики не принимали.

Вне зависимости от конечного результата практически все пациенты отмечали такие положительные эффекты РТ, как:

- существенное облегчение, а часто и полное купирование болевого синдрома во время "ломки";
- значительное снижение, а в некоторых случаях и полное купирование синдрома компульсивного влечения без использования медикаментов;
- купирование астенодепрессивного синдрома с практически 100%-ным восстановлением работоспособности, сна, аппетита и сексуальной активности.

При оценке результатов лечения по критерию "советовал бы друзьям пройти реабилитацию с помощью РТ" 27 пациентов (87%) ответили утвердительно. Эффект РТ не зависит от того, получил ли больной лечение по собственному желанию или принудительно. После лечения у пациентов, возобновивших употребление наркотиков, появилась повторная мотивация для нового обращения, что, в свою очередь, привело к отказу от приема наркотиков половины из повторно обратившихся пациентов.

Описанный метод может применяться только врачами, имеющими соответствующую подготовку по РТ.

Ныне арсенал РТ пополнился новым методом — динамической электростимуляцией (ДЭНС). Аппараты, реализующие этот метод, разработаны специально с учетом возможности их использования неквалифицированным пользователем для само- и взаимопомощи. В аппаратах ДЭНС имеется функция мониторинга поверхности кожи. Это позволяет сократить список противопоказаний, снизить толерантность организма к воздействию и применять ДЭНС несколько раз в сутки. Аппараты ДЭНС позволяют выносным электродом осуществлять стимуляцию акупунктурных точек, а встроенным электродом — более обширных рефлексогенных зон кожи. Опубликованы результаты использования ДЭНС в лечении больных героиновой зависимостью [19, 20, 22, 25].

Авторами использовались следующие тактика и методики. При поступлении пациента в стационар выявляли наиболее актуальный симптом и начинали стимуляцию рефлексогенных зон, специфически эффективных именно при этом симптоме (жалобе), до значительного уменьшения его выраженности. Затем определяли следующую по выраженности манифестации жалобу и выбирали зоны, стимуляция которых наиболее эффективно ее купировала. Сеанс заканчивали воздействием на зоны общерегулирующего воздействия и/или на зоны усиления системного эффекта. Общая продолжительность сеанса составляла от 40 до 90 мин. Количество сеансов в первые трое суток с момента поступления колебалось от трех до шести в день. При необходимости аппаратное воздействие по доминирующей жалобе, интенсивность которой

могла изменяться, проводили с интервалом в 1,5 ч с перерывом на сон.

Например, при основной жалобе на мышечные боли воздействие сначала проводили встроенными электродами в зоне максимальной болезненности. После снижения первоначального уровня болезненности проводили обработку других болезненных, или уплотненных зон с выявлением латентных триггерных зон. В качестве зон общерегулирующего воздействия и зон усиления системного эффекта использовались акупунктурные точки BL 43 и GV15, а также ряд аурикулярных точек, которые стимулировали с помощью выносного электрода. Если в клинике абстинентного синдрома у пациента преобладали депрессивные переживания, то сначала воздействие осуществляли в проекциях выхода ветвей тройничных нервов, затем в лобной области — так называемой зоне неврастения, межбровной и верхней параорбитальной зонах. В цитируемой статье приведены зоны, стимуляция которых наиболее эффективна при диспепсических явлениях и других характерных для героиновой абстиненции симптомах. Авторы приводят убедительные данные о позитивном влиянии ДЭНС на всех этапах реабилитационных мероприятий у больных героиновой зависимостью в условиях стационара и по рекомендациям врача в домашних условиях.

Имеющийся опыт свидетельствует, что наиболее широко распространенные в настоящее время методы РТ — аку- и электропунктура — являются реальным путем немедикаментозного сопровождения острого периода и реабилитации больных алкогольной и опиоидной зависимостью. РТ эффективна как в стационаре, так и в амбулаторных условиях при первичной реабилитации и в комплексе отсроченных мероприятий медико-социальной адаптации, лишена побочных эффектов, сочетается с другими видами лечения, способствует усилению любых видов психотерапевтического воздействия, существенно снижает вероятность наступления рецидивов.

Информационно-волновая рефлекторная диагностика и терапия

В последние годы активно развиваются новые диагностические и лечебные технологии РТ, основанные на представлениях о резонансных взаимодействиях эндо- и экзогенных колебательных процессов. Эти технологии получили сводное название *информационно-волновая рефлекторная диагностика и терапия*. Аппаратурное обеспечение этих методов позволяет тестировать различные субстанции на предмет соответствия их волновых параметров параметрам волновых источников организма человека (система, орган, часть органа). В качестве тестируемых субстанций могут использоваться гомеопатические препараты из здоровых или патологически измененных тканей, а также патогенных факторов, в том числе наркотических веществ. Более того, могут использоваться их электронные копии, хранящиеся в медикаментозном секторе. Принципиальная схема резонансной диагностики и терапии представлена на рис. 3.

Аппаратура, предназначенная для реализации этой технологии, обеспечивает регистрацию импеданса в измерительной точке, в которой содержится информация о характере волновых процессов, протекающих в организме. Эта информация сопоставляется с эталонными характе-

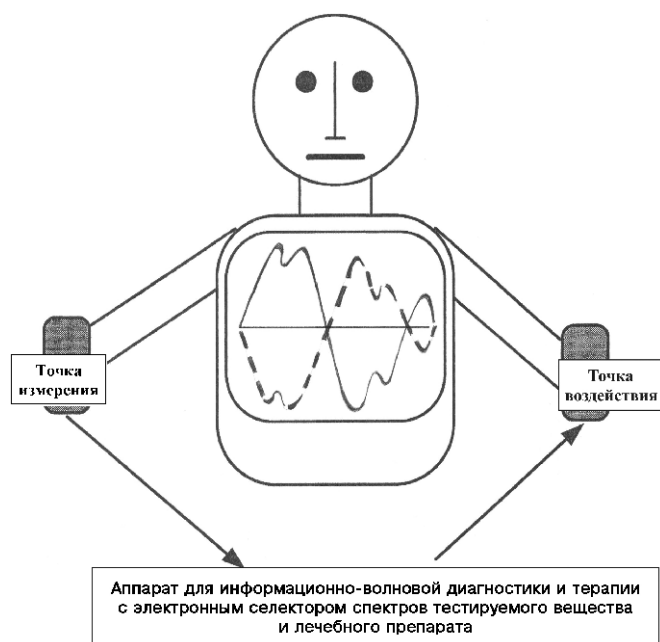


Рис. 3. Принципиальная схема информационно-волновой диагностики и терапии

ридиками, соответствующими здоровому состоянию органов и систем. В случае обнаружения несоответствия волновых процессов нормальному физиологическому состоянию регистрируемый от измерительной точки спектр подлежит исправлению и в этом скорректированном виде передается обратно через точку воздействия, которая часто совпадает по локализации с точкой измерения. Официальное признание в виде зарегистрированных Минздравом методических рекомендаций получили вегетативный резонансный тест и биорезонансная терапия [6, 21]. На принципе вегетативного резонансного теста разработан метод выявления лиц, употребляющих наркотические вещества [1]. По показателям импеданса в определенной измерительной точке удается выявить факт употребления наркотических веществ в течение последнего года и даже в более удаленные сроки. Перечень препаратов в электронном медикаментозном селекторе разработанного метода содержит 20 наименований наиболее употребительных наркотических средств, а также сборный препарат "опиаты", который включает в себя опий, героин, морфин, промедол, кодеин, папаверин и тебаин. Все препараты представлены в десятичных гомеопатических потенциях. Метод рекомендуется для проведения скрининговых исследований на предмет употребления наркотических веществ в организованных коллективах различных министерств и ведомств, таких, как МВД, Минобороны, СВР, ФСБ и других, а также в клинической практике.

Информационно-волновой принцип лечения алкоголизма использован и в технологии "голограммопунктуры", основанной на применении голографических информационных копий биологически активных веществ [16]. Авторы приводят данные об эффективном применении препарата "антиводка", представляющего собой инверсионную копию гомеопатического препарата "водка". Наблюдалась группа из 43 пациентов, большая часть которых ранее безуспешно лечилась общепринятыми в современной нарко-

логии методами. Голограммопунктуру в виде разовой инъекции препарата "антиводка" применяли в раннем постабстинентном периоде (после воздержания от приема алкоголя в течение 5–7 дней) при добровольном желании пациентов лечиться от алкогольной зависимости.

Через 30 дней после однократного сеанса голограммопунктуры отмечено значительное снижение выраженности дисфорических явлений, беспокойства, внутреннего напряжения, тревожности, мышечных болей; нормализовался сон. Через 2 мес. отмечено выраженное улучшение общего состояния у всех пациентов. У 37 пациентов возникло отвращение к алкоголю, остальные проявляли через 4–6 мес. стойкое равнодушие к нему. У трех пациентов отмечался кратковременный рецидив потребления алкоголя, сопровождавшийся головными болями и дискомфортом. За двухлетний период наблюдений только у двух пациентов отмечены рецидивы алкогольного запоя. Пациенты наблюдались в течение двух лет. В этот период они получали витаминотерапию, биологически активные добавки (глицин, биотредин, лимондар, метионин, санасан), а также по показаниям — конституциональные гомеопатические препараты. В сложных случаях проводили дополнительные сеансы парентеральной или пероральной голограммотерапии.

Теоретические предпосылки использования РТ в наркологии

Многочисленные исследования, начало которым было положено еще в начале 40-х годов прошлого столетия, показали важную роль иммунологических механизмов при развитии зависимости и толерантности при приеме психоактивных веществ. В конце 80-х годов сформировались уверенные представления об алкоголизме и наркомании как о нейроиммунопатологических синдромах с участием дофамин-, серотонин-, ГАМК- и опиоидергических механизмов. Предложена нейроиммунопатологическая концепция общности патогенеза наркомании, алкоголизма, нейропатического болевого синдрома и эпилепсии [14].

Согласно этой концепции, *первый* общий этап развития этих нозологически различных заболеваний обусловлен развитием нейрогенного иммунодефицита, вызванного гиперактивацией гиппокампа и гипоталамуса.

Второй этап характеризуется активным формированием конъюгатов нейромедиатор—белок, что вызывает образование аутоантител к серотонину и дофамину. Аутоантитела, связывая соответствующие нейротрансмиттеры, подавляют активность серотонин- и дофаминергических антиноцицептивных систем, что способствует развитию нейропатического болевого синдрома. Исходом второго этапа может являться и активация глутаматопосредованных механизмов эпилептогенеза.

На *третьем этапе* развития рассматриваемых нейроиммунопатологических состояний автор отводит основную роль цитокинам, которые при наркомании и алкоголизме оказывают защитное действие, но усиливают проявления нейропатического болевого синдрома и эпилепсии.

Зависимость, как известно, возникает, прежде всего, от веществ, снижающих болевую чувствительность, которая определяется балансом активностей ноцицептивной и антиноцицептивной систем. Рядом исследований показано, что структуры, участвующие в регуляции болевой чув-

ствительности (перивентрикулярные ядра гипоталамуса, голубое пятно, ядра шва, околосерозное серое вещество, черная субстанция, гиппокамп и др.) одновременно принимают участие и в регуляции иммунных реакций [18]. Анализ имеющихся экспериментальных данных свидетельствует о наличии своеобразной реципрокности между реактивностью антиноцицептивной и иммунной систем. Развитие гипоалгезии, вызванное активацией элементов антиноцицептивной системы, как правило, сопровождается снижением иммунного ответа. Торможение антиноцицептивной системы и развитие гипералгезии сопровождаются активацией иммунных реакций. Известно, что животные, предрасположенные к приему алкоголя, характеризуются повышенным уровнем гуморального иммунитета [6]. Таким образом, предрасположенность к приему психоактивных веществ, вероятно, обусловлена потребностью снизить избыточную чувствительность организма к ноцицептивным и антигенным стимулам.

Неотъемлемой составляющей частью болезненного поведения, вызванного введением бактериального эндотоксина ЛПС и/или индуцируемых им цитокинов — ИЛ-1 и ФНО, — является гипералгезия. В этих условиях животные резко ограничивают свою поведенческую активность, дабы избежать дополнительных стимулов, вызывающих боль. Доминирующей становится антиноцицептивная форма поведения, направленная на минимизацию любых контактов с внешней средой и локомоторной активности, которые потенциально могут быть связаны с воздействиями, вызывающими болевые ощущения. Человек в этих условиях активно ищет способы повышения порога боли, одним из наиболее доступных среди которых является потребление алкоголя или иных снижающих болевую чувствительность веществ. Наличие механизма условнорефлекторной индукции цитокинов и развития гипералгезии обеспечивает возможность формирования указанного антиноцицептивного поведения и при отсутствии безусловных раздражителей, вызывающих повышение функциональной активности иммунной системы. Вероятно, эти механизмы могут включаться в патогенез алкоголизма и наркоманий.

Параллельно с развитием представлений о центральной нейроиммунотензии происходит дальнейшее накопление экспериментального и клинического материала о периферических механизмах взаимосвязи нервных и иммунных процессов. Анализ взаимодействий нервных волокон и их клеточного микроокружения в коже с участием вещества Р, вазоактивного интестинального пептида, соматостатина, кальцитонин-ген-родственного пептида, гастрин-рилизинг пептида, нейропептида Y, гистидин-изолейцин пептида, нейротензина, нейрокининов А и В, брадикинина, ацетилхолина, катехоламинов, опиоидных пептидов, пролактина, меланоцит-стимулирующего гормона и АКТГ приводит к формированию представлений о наличии нейро-иммунно-кожной системы. Эта система обеспечивает первичные этапы развития саногенетических эффектов РТ [2, 4, 5].

Одной из базовых категорий традиционной китайской медицины является Ци — многозначное понятие, до сих пор не нашедшее удовлетворительного современного толкования. Чаще всего слово *Ци* употребляют в контексте "жизненной энергии", что не вполне точно. В качестве современного аналога категории ЦИ может выступать представление о регуляторном континууме — непрерывности

взаимосвязанных физико-химических и информационных процессов, обеспечивающей реализацию любых совместимых биологических реакций в различных функциональных системах. Оригинальные представления о пептидном регуляторном континууме (И.П. Ашмарин, 1986, 1988) ныне расширились до каскадов всех форм и видов химических реакций, происходящих в организме. Такого рода континуум обеспечивает, в частности, нейро-эндокринно-иммунные взаимодействия, которым принадлежит ведущая роль в сочетанной регуляции болевой чувствительности и иммунного ответа, в патогенезе аддиктивных состояний и саногенетических механизмах РТ.

РТ обладает выраженным обезболивающим и иммуномодулирующим действием [2, 3]. Эти эффекты инициируются активацией антиноцицептивных механизмов и реализуются с участием дофамин-, норадреналин-, серотонин-, ГАМК- и опиоидергической систем, АКТГ и глюкокортикоидов, а также ряда цитокинов (интерлейкины, интерфероны, регуляторные пептиды костного мозга, фактор некроза опухоли, фактор роста нервов). Таким образом, в реализации эффектов РТ участвуют многие из тех нейроиммунных механизмов, которые вовлекаются в патогенез аддиктивных состояний. Это, вероятно, и служит основой эффективного применения РТ на разных стадиях развития болезней зависимости.

Все биохимические реакции, происходящие в клетках, тканях, органах и системах организма, являются источниками электромагнитных колебаний, несущих в себе информацию. Функционирующая клетка является источником и носителем сложного электромагнитного поля, структура которого, порождаемая биохимическими процессами, постоянно направляет и управляет всей метаболической деятельностью. Таким образом, одновременно с биохимическими путями в регуляторные процессы включаются и биофизические, в результате чего формируется интегральный информационный регуляторный континуум. Биофизическая составляющая интегрального регуляторного континуума представлена различными формами и видами волновых процессов, которые благодаря резонансным взаимодействиям могут оказываться в рациональных (норма) или иррациональных (патология) соотношениях. На регистрации этих соотношений и их корректировке основаны информационно-волновая диагностика и терапия. Непрерывное многообразие электромагнитных явлений в организме человека (биологический электромагнитный континуум) находит отражение в электрических параметрах кожи. Информационно-волновая диагностика и терапия в сравнении с другими методами РТ применяются недавно и при дальнейшей разработке могут рассматриваться как перспективный безлекарственный лечебно-профилактический метод в наркологии.

Если верна гипотеза, что предрасположенность к приему психоактивных веществ обусловлена сочетанием высокой реактивности организма на ноцицептивные и антигенные стимулы, можно предполагать возможность профилактики алкоголизма и наркомании методами РТ. Путем адекватного выбора рефлексогенных зон и параметров их стимуляции можно регулировать обмен нейромедиаторов и цитокинов на наркоманической и энцефалопатической стадиях болезни в соответствии с конкретной клинической ситуацией. Перспективным является метод фармакопунктурной

нейроиммунотерапии — введение иммуномодуляторов в акупунктурные точки. Возможны и другие варианты фармако- и гомеопунктуры. При использовании этих методов удается существенно снизить дозировку используемого аллопатического или гомеопатического препарата вследствие повышения его биодоступности. Не следует также забывать о высокой эффективности использования РТ для лечения различных осложнений заболеваний зависимости.

Заключение

Многолетний практический опыт свидетельствует о возможности эффективного использования РТ в наркологии на всех стадиях развития болезней зависимости. Особого внимания заслуживает метод ДЭНС, пригодный для самопомощи пациентам в период восстановительного лечения. Наряду с традиционной акупунктурой и электропунктурой в последние годы стали использоваться информационно-волновые технологии диагностики и лечения зависимости от психоактивных препаратов. В качестве общей теоретической основы использования этих технологий предлагается концепция интегрального регуляторного континуума. Методы РТ воздействуют как на биохимическую, так и на биофизическую составляющие регуляторного континуума. Мишенью этого воздействия являются нейро-эндокринно-иммунные взаимодействия, участвующие в сочетанной регуляции болевой чувствительности и иммунологической реактивности. Сочетанные изменения болевой чувствительности и иммунного ответа влияют на эмоциональные, поведенческие и вегетативные проявления аддиктивных и иммунодефицитных состояний, ряда клинических форм болевых синдромов. Индивидуальные особенности организации общей системы контроля боли и иммунитета, вероятно, играют существенную роль в формировании врожденной предрасположенности к потреблению психоактивных веществ.

Список литературы

1. Агаронов В.Р. и др. Метод выявления лиц, употребляющих наркотические вещества: Методические указания. МЗ РФ. — М., 2001.
2. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия. — 2004. — №1(8). — С. 7—19.
3. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В. Лекции по рефлексотерапии. Учебное пособие. — М.: Изд-во Су Джок Академия, 2002. — 374 с.
4. Василенко А.М., Захарова Л.А. Цитокины в сочетанной регуляции боли и иммунитета // Успехи современной биологии. 2000. — Т. 120, №2. — С. 174—189.
5. Василенко А.М., Захарова Л.А. Периферическая нейроэндокринноиммунная система контроля боли // Боль. — 2004. — №1.
6. Василенко А.М. и др. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации. МЗ РФ. — М., 2000. — 28 с.
7. Гайдакина А.М., Нечушкин А.И. Купирование алкогольного делирия и абстинентного синдрома воздействием на точки акупунктуры: Методические указания. МЗ СССР. — М., 1978. — 45 с.
8. Гладов П.Б. Патент РФ №2135149 "Способ лечения наркомании и алкоголизма". Приоритет от 04.09.98.
9. Гладов П.Б., Василенко А.М. Электропунктурная реабилитация наркоманов с применением аппаратно-программного комплекса "ЭЛТЕМЕД": Пособие для врачей. МЗ РФ. — М., 1999.
10. Давыдова Т.В. Нейроиммунные механизмы развития алкоголизма (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1994.
11. Дробышева Н.А. Рефлексотерапия при табакокурении, алкоголизме, наркоманиях и ожирении: Методические рекомендации. РГМУ. — М., 1997. — 48 с.
12. Дубинина Л.А., Рязкин А.Ю. Коррекция постабстинентных расстройств у больных алкогольной зависимостью приборами, регулирующими нейроадаптивные процессы организма // Корпорация ДЭНАС МС. Медицинский вестник. — 2003. — Т. 2, выпуск 3. — С. 87—90.
13. Дуринян Р.А. и др. Рефлексотерапия хронического алкоголизма: Методические рекомендации. МЗ СССР. — М., 1981.
14. Евсеев В.А. Нейроиммунопатологическая общность заболеваний центральной нервной системы // Патогенез. — 2006. — Т. 4, №1. — С. 16—20.
15. Евсеев В.А., Игонькина С.И., Ветрилэ Л.А. Иммунологические аспекты патологической боли // Вестник РАМН. — 2003. — Т. 6. — С. 12—15.
16. Егорочкин И.В., Саакян Э.С. Голограммопунктура: новый кандидат в номенклатуру методов рефлексотерапии // Рефлексотерапия. — 2004. — №2(9). — С. 53—54.
17. Захарова Л.А., Василенко А.М. Опиоидергическая система в сочетанной регуляции боли и иммунитета // Известия РАН. Серия биол. — 2001. — №3. — С. 339—352.
18. Иммунофизиология (Основы современной физиологии) // Ред. Корнева Е.А. — СПб.: Наука, 1993. — 684 с.
19. Леонтьев И.Л., Рязкин А.Ю., Рязкин С.Ю. Эффективность применения ДЭНС-терапии в комплексной реабилитации больных героиновой зависимостью // Корпорация ДЭНАС МС. Медицинский вестник. 2003. — Т. 2, выпуск 3. — С. 68—81.
20. Малахов В.В., Рязкин А.Ю., Чернышев В.В. и др. Абстинентный синдром как дезадаптация. Концепция наркоманий с точки зрения теории функциональных систем и опыт применения ДЭНС для реабилитации больных героиновой зависимостью // Рефлексотерапия. — 2005. — №1(12). — С. 43—52.
21. Мейзеров Е.Е. и др. Биорезонансная терапия: Методические рекомендации. МЗ РФ. — М., 2000. — 27 с.
22. Рязкин А.Ю., Малахов В.В., Чернышев В.В. Методика ДЭНС-терапии абстинентного синдрома у больных наркоманией // Корпорация ДЭНАС МС. Медицинский вестник. — 2003. — Т. 2, выпуск 3. — С. 61—68.
23. Тимофеев М.Ф. Акупунктура и алкоголизм. — М.: Изд-во МГУП, 1999. — 119 с.
24. Чернобровкина Т.В., Яценко Ю.Т., Соловьев А.Г. Лечение абстинентного синдрома со снятием влечения к алкоголю методом "ФОРСАЖ": Методическое пособие / Под ред. Сидорова П.И. — Архангельск — Москва, 2001.
25. Яковлев А.Н. Опыт применения ДЭНС-терапии в амбулаторной долговременной программе реабилитации в подростковой наркологии // Корпорация ДЭНАС МС. Медицинский вестник. — 2003. — Т. 2, выпуск 3. — С. 81—87.