

Использование лимфотропных методов коррекции неспецифических синдромов в комплексном лечении состояния отмены опиоидов

ОГУДОВ А.С.

к.м.н., зав. стационарным отделением №1
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной наркологический диспансер»
e-mail: ogudovs@mail.ru

Целью настоящей работы была сравнительная оценка эффективности коррекции неспецифических синдромов при включении в стандартную терапию состояния отмены опиоидов (СОО) регионарной лимфотропной терапии и ее сочетаний с озонотерапией, энтеросорбцией и введением лимфотропного иммуномодулятора полиоксидония. Объектом исследования были 179 больных обоего пола, распределенных по четырем однородным группам. Контрольная группа получала базовую схему регионарной лимфотропной терапии, 1-я основная — комплекс регионарной лимфотропной терапии и озонотерапии, 2-я основная — комплекс регионарной лимфотропной терапии и энтеросорбции, 3-я основная — иммуномодулятор полиоксидоний в составе лекарственной смеси лимфотропных инъекций. Проведенные исследования показали, что комплексная — специфическая и неспецифическая — патогенетическая терапия обеспечивает управление процессом выздоровления, положительно влияет на клиническое течение состояния отмены опиоидов и заметно повышает уровень реабилитационного потенциала пациентов.

Ключевые слова: состояние отмены опиоидов, лимфотропная терапия, озонотерапия, энтеросорбция

Введение

Лечение СОО представляет собой сложную, нерешенную до настоящего времени проблему. В представленных в литературе сведениях, посвященных этой проблеме, делается акцент на специфическую патогенетическую терапию, обеспечивающую коррекцию клинических синдромов, возникающих в связи с гиперактивностью моноаминергической и ноцицептивной систем [1, 7, 14, 15]. Такой подход лежит и в основе стандартов (моделей протоколов) лечения наркологических больных [18]. Вместе с тем, проведенные нами ранее исследования показали, что динамика СОО при использовании стандартной терапии в значительной мере определяется неспецифическим ответом организма на медиаторную и ноцицептивную агрессию [12]. Гиперергический характер течения неспецифических синдромов острого стресса, иммунного и цитотоксического ответов с закономерным развитием эндогенной интоксикации (ЭИ) приводят к нарушению процесса выздоровления и возникновению серьезных осложнений, что вызывает необходимость формирования концепции неспецифической патогенетической терапии СОО. Для реализации неспецифической терапии патогенетически оправданно использовать относительно простые и малоинвазивные лимфотропные технологии, способные оказывать лечебное воздействие в отношении неспецифических синдромов на различных структурно-функциональных уровнях организма. Однако лимфостимулирующий эффект при применении регионарной лимфотропной терапии (РЛТ) сопровождается увеличе-

нием токсической и антигенной нагрузки на регионарные лимфатические узлы. Следствием этого является сохранение у части больных в подострой фазе СОО лабораторно выявляемых признаков ЭИ и комбинированного типа вторичной иммунной недостаточности с вовлечением системы НК, Т-клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета [13]. Улучшение результатов лечения в такой ситуации возможно достигнуть путем комбинирования РЛТ с методами стимуляции и "протезирования" детоксикационной и иммунной функций лимфатической системы.

Целью настоящей работы была сравнительная оценка эффективности коррекции неспецифических синдромов при включении РЛТ и ее сочетаний с озонотерапией (ОТ), энтеросорбцией (ЭС) и лимфотропным введением иммуномодулятора полиоксидония (ПО) в стандартную терапию СОО.

Пациенты и методы исследования

Объектом исследования стали 179 больных обоих полов, поступивших на стационарное лечение в Новосибирский областной наркологический диспансер с диагнозом синдром зависимости от опиоидов 2-й стадии; состояние отмены средней степени тяжести. Больные были распределены по четырем группам, однородным по критериям пола, возраста, длительности заболевания и используемой дозе героина. Контрольная группа («К», 44 чел.) получала базовую схему РЛТ, 1-я основная («РЛТ+ОТ», 42 чел.) — комплекс РЛТ и ОТ, 2-я основная («РЛТ+ЭС», 48 чел.) — комплекс РЛТ и ЭС, 3-я

основная («РЛТ+ПО», 45 чел.) иммуномодулятор ПО в составе лекарственной смеси лимфотропных инъекций. Все больные дали добровольное информированное согласие на проведение РЛТ, ОТ и ЭС. Обследование пациентов осуществлялось на 2-й (острая фаза СОО) и 8-й (подострая фаза [12]) дни терапии общепринятыми и унифицированными клиническими, инструментальными и лабораторными методами. Реакции иммунной системы оценивали по показателям ее клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев. Определяли иммуноглобулины классов А, М и G (JgA, JgM и JgG), абсолютное и относительное количество лейкоцитов, фагоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3⁺), Т-хелперов (CD4⁺), Т-супрессоров (CD8⁺), натуральных киллеров (CD56⁺, CD16⁺), В-лимфоцитов (CD20⁺), проводили НСТ-тест с определением индекса фагоцитоза и коэффициента функционально-метаболической активности. Оценку степени ЭИ осуществляли путем исследования общепринятых лабораторных маркеров: циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), дискриминанты осмоляльности плазмы (D_{осм}), лейкоцитарного индекса интоксикации, генерализованной аминоацидурии и средних молекул. Для оценки выраженности синдрома цитотоксического ответа определяли активность в плазме крови цитозольных ферментов: креатинкиназы (КК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Стрессорные и антистрессорные неспецифические реакции оценивали по данным лейкоцитарной формулы с идентификацией реакций кругов нормального функционирования, риска развития патологии, сбалансированной патологии, острого стресса (ОС), хронического стресса (ХС) и путем расчета рангов напряженности адаптационных механизмов [8]. Количественную оценку тяжести СОО проводили по шкале Himmelsbach [10]. Полученный материал обрабатывали статистически путем расчета средних величин и их ошибок, дисперсий, t-критерия Стьюдента. За уровень достоверности принимали $p < 0,05$.

Методы лечения

РЛТ проводили методом межкостистых лимфотропных лимфостимулирующих инъекций (МЛИ) [17]. При их выполнении больной находится в положении лежа на боку с приведенными к животу коленями и согнутой спиной. Инъекции выполняли на уровне позвонков Th 11 — Th 12 и L4 — L5 для обеспечения лечебного воздействия на лимфатические регионы брюшной полости и нижних конечностей. Пальпаторно определяли середину расстояния между остистыми отростками соседних позвонков, после чего производили укол внутримышечной иглой, присоединенной к шприцу с лекарственной смесью. Глубина введения иглы в среднем составляла 1—2 см.

Приготовленную ex tempore комплексную лекарственную смесь, содержащую лидазу (32 УЕ), лидокаин (80 мг), кеторол (120 мг) и даларгин (2 мг), вводили в обе точки по 5 мл в каждую, с интервалом в 48 ч, от 2 до 4 раз на курс в зависимости от динамики выздоровления. Дополнительно к перечисленным препаратам в лекарственный состав МЛИ 3-й основной группы включали ПО (6 мг). ОТ проводили методом орошения озono-кислородной смесью всего тела больного в терапевтической комбинезоне, соединенном с озонатором «Орион-Си». Курс ОТ включал в себя 3—4 сеанса продолжительностью 30 мин, проводимых в первый день до начала основных лечебных мероприятий, а также на 3-, 5- и 7-й дни терапии. По времени сеансы ОТ предшествовали процедурам РЛТ. ЭС проводили в те же дни, что и РЛТ, с помощью препарата «энтеросгель», суточная доза которого составляла 45 г (в 3 приема). Продолжительность курсов РЛТ и ЭС была одинаковой. Отмечалась хорошая переносимость больными всех указанных методов. Осложнений как во время их проведения, так и на протяжении всего срока госпитализации не зарегистрировано. Базовая терапия, которую получали пациенты всех сравниваемых групп, соответствовала стандартам (моделям протоколов) лечения наркологических больных и включала клофелин, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, гепатопротекторы, антиоксиданты и поливитамины.

Результаты и обсуждение

Развитие СОО при применении стандартной терапии сопровождается возникновением у значительного числа (около 40%) больных синдрома острого стресса, обусловленного гиперактивностью симпатoadrenalовой и других регуляторных систем, являющихся звеньями «стресс-системы» и угнетением активности стресс-лимитирующих систем — опиоидергической и ГАМКергической [5, 12]. Дизрегуляторное влияние этого синдрома усугубляется в связи с тем, что предшествующая СОО хроническая интоксикация является причиной формирования у больных состояния хронического стресса, имеющего противоположную направленность процессов адаптации [4].

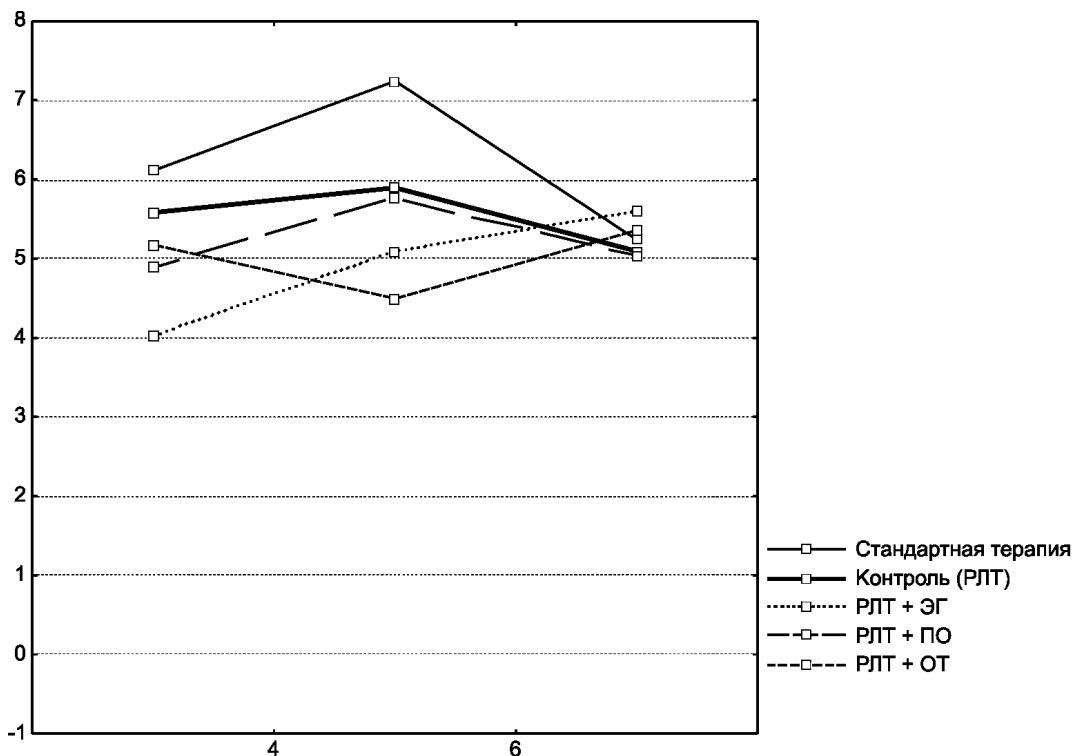
Установлено, что применение всех исследуемых технологий оказывает корригирующее влияние на количественные и качественные характеристики адаптационного синдрома. В острой и начальном периоде подострой фаз СОО во всех группах отмечалась тенденция к снижению рангов напряженности адаптационных механизмов, более выраженная при сочетании РЛТ с ЭС и ОТ (рисунок). После окончания курса лимфотропной терапии средние значения рангов напряженности адаптационных механизмов постепенно приближались к верхнему пределу нормы. Результа-

ты идентификации характера адаптационных состояний показали, что снижение рангов напряженности адаптационных механизмов у больных в острой фазе СОО при применении лимфотропных технологий обусловлено уменьшением частоты реакций круга острого стресса и увеличением — переходных реакций от круга хронического стресса к нормальному функционированию. Полученные результаты объясняются блокирующим воздействием входящего в лекарственную смесь МЛЛИ лидокаина на проведение симпатических импульсов, выключаящим из стресс-системы периферическое звено, реализующее стресс-реакцию на регионарном уровне [5]. Вследствие ограничения выхода стресс-реакции на периферию активизируются антистрессорные реакции, сопровождающиеся увеличением скорости восстановительных процессов на тканевом и органно-системном уровнях. Благоприятным фоном для формирования таких реакций является очищение межклеточного пространства от токсических метаболитов в результате стимуляции процесса лимфодетоксикации [3, 11, 17].

Это подтвердили исследования влияния применяемых лимфотропных технологий на развитие ЭИ у наблюдаемых контингентов больных (табл. 2).

Из табл. 2 следует, что в 1-й основной группе средние значения циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в острой и подострой фазах СОО были в

1,4 раза ниже величин контрольной группы, что обусловлено стимулирующим влиянием лимфотропно-озоновой методики на фагоцитарное звено иммунитета, осуществляющее биотрансформацию ЦИК [13]. Содержание этого маркера ЭИ в крови больных 2-й и 3-й основных групп были ниже контрольных показателей только в 1,1—1,3 раза, так как высокомолекулярные вещества, к которым относятся ЦИК, практически не подвергаются сорбции [11]. Средние значения второго исследуемого маркера — лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), косвенно характеризующего реакцию на ЭИ иммунной системы, в острой фазе СОО во всех основных группах практически не различались и были ниже показателя контрольной группы в 1,2 раза (табл. 2). В подострой фазе СОО уровень ЛИИ в группе больных, получивших курс ПО, был в 2,3 раза ниже контрольного значения ($p < 0,05$). Средняя величина ЛИИ при применении комплекса РЛТ и ОТ была ниже контрольного уровня в 2 раза ($p < 0,05$), при применении комплекса РЛТ и ЭС — в 1,8 раза. Наиболее низкий уровень ГА, характеризующей степень нарушения белкового обмена и накопления эндогенных метаболитов в биологических средах организма, обнаружен у больных при использовании сочетанной лимфотропно-сорбционной методики. В острой фазе синдрома этот уровень был достоверно ниже показателя



Динамика средних значений рангов напряженности адаптационных механизмов в течение острой и подострой фаз СОО. На оси ординат обозначены ранги напряженности адаптационных механизмов. На оси абсцисс — дни терапии

контрольной группы в 1,3 раза, в подострой фазе — достоверно ниже показателей как контрольной, так и 2-й основной групп (в 2,1 и 2,3 раза соответственно, $p < 0,05$). Эти различия объясняются тем, что энтеросгель обладает высокой сорбционной активностью и избирательностью по отношению к веществам с молекулярной массой от 100 до 1000, к которым относятся аминокислоты. Статистически значимых различий в уровнях экскреции аминокислот между 1-й и 3-й основными группами больных и контрольной группой не выявлено. Аналогичная закономерность выявлена при количественном определении в крови больных средних молекул, вызывающих повреждение клеточных мембран, иммунодепрессию и другие отрицательные эффекты (табл. 2). Достаточно информативным маркером ЭИ служит ($D_{осм}$), характеризующая сте-

пень накопления в крови недоокисленных продуктов метаболизма [19]. Исследования показали, что средние значения $D_{осм}$ всех сравниваемых групп в обе фазы синдрома достоверно не различались между собой и не выходили за пределы нормы (0—20 мосм). Более низкий уровень $D_{осм}$ в подострой фазе СОО наблюдался у пациентов, получавших сочетанный курс РЛТ и ОТ, что объясняется физиологическим эффектом озона как окислителя (табл. 2). Обобщение полученных результатов показывает, что применение исследуемых методик позволяет компенсировать токсическую нагрузку на систему естественной детоксикации организма, возникающую при развитии СОО. Вследствие этого параметры функционирования этой системы у наблюдаемых контингентов больных в обеих фазах синдрома не выходили за пределы 1-й стадии

Таблица 1

Влияние исследуемых технологий на параметры иммунной системы в динамике СОО

Показатели иммунитета	"РЛТ+ОТ"		"РЛТ+ЭС"		"РЛТ+ПО"		"К"	
	Острая фаза	Подострая фаза	Острая фаза	Подострая фаза	Острая фаза	Подострая фаза	Острая фаза	Подострая фаза
Лейкоциты, абс. ($\cdot 10^9$ л)	7,4±0,4	7,6±0,3	6,3±0,3	8,0±0,5	7,1±0,6	7,1±0,5	6,7±0,4	7,5±0,4
Фагоциты, абс. ($\cdot 10^9$ л)	5,2±0,4	5,2±0,2	4,2±0,2**	5,7±0,4	5,3±0,6	5,0±0,4	4,7±0,4	5,5±0,3
CD3 ⁺ (%)	54,1±1,7	54,3±1,8	55,6±2,0	55,8±2,1	57,5±2,6	56,1±1,6	57,2±1,5	53,6±2,9
CD4 ⁺ (%)	32,6±1,7	33,6±1,4	35,4±1,6	33,2±1,8	33,3±2,2	38,1±1,3*	37,9±1,6	31,1±1,4
CD8 ⁺ (%)	24,3±1,5	23,4±1,2	27,4±1,9	26,8±1,7	26,4±1,5	23,5±1,0	25,9±1,2	22,7±1,5
CD20 ⁺ (%)	13,8±1,1	14,0±1,0	14,3±1,0	15,4±1,3	11,7±1,4	14,0±1,1	14,2±1,0	13,3±1,4
CD56 ⁺ , 16 ⁺ (%)	9,9±0,9	11,5±0,8	12,3±0,5	14,3±1,3	9,8±0,8	10,2±0,7**	12,3±1,0	12,3±1,6
ИФ КФМА (НСТ-тест)	82,9±7,9* 0,32±0,05	70,1±5,9* 0,28±0,04	72,0±8,2 0,33±0,05	44,7±6,3 0,36±0,05	72,6±13,2 0,30±0,07	68,7±8,9 0,40±0,05	52,1±3,8 0,25±0,04	49,2±4,8 0,25±0,05
JgG (г/л)	10,8±0,5	10,9±0,4	10,6±0,3	10,5±0,5	10,3±0,3	10,2±0,3	10,8±0,3	10,7±0,3
JgM (г/л)	2,18±0,2	2,18±0,1*	2,16±0,2	2,47±0,2	2,23±0,2	2,04±0,1*	2,11±0,1	2,42±0,1
JgA (г/л)	1,79±0,1	2,03±0,1	2,02±0,1	2,19±0,1	1,98±0,1	2,06±0,1	2,32±0,2	1,92±0,1

Примечание. * — достоверный уровень различий по отношению к показателю контрольной группы ($p < 0,05$); ** — между показателями основных групп ($p < 0,05$)

Таблица 2

Влияние исследуемых технологий на маркеры ЭИ и цитотоксического ответа в динамике СОО

Показатели	Острая фаза				Подострая фаза			
	"РЛТ+ОТ"	"РЛТ+ЭС"	"РЛТ+ПО"	"К"	"РЛТ+ОТ"	"РЛТ+ЭС"	"РЛТ+ПО"	"К"
ЦИК (у.е.)	29,4±2,9	35,0±2,9	33,1±4,5	41,8±4,6	33,0±2,6*	40,5±2,9	42,6±4,4	47,7±5,1
ЛИИ (у.е.)	1,02±0,1	0,97±0,1	1,05±0,2	1,20±0,2	0,77±0,1*	0,84±0,1	0,66±0,1*	1,54±0,2
ГА (мг%)	5,6±0,7	3,9±0,6	5,0±0,9	5,1±0,7	3,6±0,3	2,3±0,3*	5,2±0,7**	4,8±0,7
СМ (у.е.)	0,501±0,11	0,369±0,06*	0,428±0,08	0,507±0,12	0,426±0,08	0,367±0,04*	0,411±0,06	0,445±0,05
Д осм (мосм)	19,0±0,2	19,2±0,2	18,9±0,2	19,2±0,1	18,8±0,3	19,4±0,2	19,1±0,2	19,3±0,3
КК (Е/л)	705,6±89,1	1299,8±238,9**	1971,0±366,5**	1054,8±131,6	229,5±25,8*	704,3±127,5**	910,6±177,6**	1048,6±223,5
ЛДГ (Е/л)	474,4±22,1	552,3±26,9	522,7±46,5	468,5±27,0	455,1±12,7*	675,0±44,4**	512,5±28,9	613,4±54,8
АСТ (Е/л)	72,2±6,7	88,1±11,9	97,5±11,1*	72,5±5,6	49,1±3,5	53,6±3,4	49,3±3,7	62,7±7,6

Примечание. * — достоверный уровень различий по отношению к показателю контрольной группы; ** — между показателями основных групп ($p < 0,05$)

развития ЭИ — стадии компенсации [9]. Это сопровождалось положительным влиянием на параметры иммунной системы, являющейся составной частью системы естественной детоксикации организма (табл. 1).

Из табл. 1 следует, что в острой фазе синдрома, после проведения больным первых процедур РЛТ, во всех сравниваемых группах отмечалась тенденция к нормализации параметров иммунограммы. Во 2-й, 3-й основных и в контрольной группах сохранялось достоверное повышение уровня цитотоксических CD8⁺-лимфоцитов, в 1-й и 3-й основных группах — снижение Т-хелперов. При использовании стандартной патогенетической терапии СОО средние значения CD20⁺ и CD56⁺, CD16⁺-лимфоцитов в острой фазе значительно превышают верхние пределы нормы, что объясняется сохранением компенсаторно-приспособительных реакций, формирующихся в результате хронической интоксикации героином [12]. Показатели Т-клеточного звена, особенно уровень цитотоксических CD8⁺-лимфоцитов, при использовании стандартной схемы терапии были также выше указанных.

В подострой фазе СОО средние значения параметров иммунограммы группы больных, получавших курс МЛЛИ с включением ПО, полностью нормализовались. В 1-й основной и контрольной группах средние величины CD3⁺- и CD4⁺-лимфоцитов оставались незначительно сниженными, во 2-й основной группе, наряду со снижением уровня CD4⁺, несколько превышали норму уровни CD20⁺ и CD8⁺-лимфоцитов (табл. 1). Обнаружено достоверное повышение в 3-й основной группе средней величины Т-хелперов по сравнению с показателем контрольной группы и достоверное снижение средней величины натуральных киллеров по сравнению с показателем 2-й основной группы. При использовании стандартной схемы терапии СОО у больных в подострой фазе наблюдается тенденция к увеличению абсолютного количества лимфоцитов (на 20%) и численности их субпопуляций, свидетельствующая о развитии иммунного ответа по клеточному типу [16]. Иммунограмма при этом сохраняет описанные выше признаки компенсаторно-приспособительных изменений.

Динамика параметров клеточного звена иммунитета в наблюдаемых группах коррелировала с динамикой параметров гуморального звена, в частности с изменением содержания в крови JgM. В динамике СОО в группах больных, дополнительно к РЛТ получавших ОТ и ПО, средние значения JgM снижались и были достоверно ниже средней величины контрольной группы. Сочетание РЛТ с курсом ЭС таких различий не вызывало (табл. 1). Динамика иммуноглобулинов других классов была менее показательной. При проведении стандартной терапии СОО иммунный ответ по гу-

моральному типу более выражен и проявляется повышением уровня как JgM, так и JgG [13].

Сравнительная оценка функционирования фагоцитарной системы у наблюдаемых контингентов больных по результатам НСТ-теста показала, что в острой и подострой фазах СОО в 1-й основной группе по сравнению с контрольной группой отмечалось достоверное увеличение средних значений ИФ, свидетельствующее об активизации механизмов кислородозависимого метаболизма нейтрофилов. Аналогичная тенденция, не достигающая уровня статистической значимости, обнаружена у пациентов 3-й основной группы. Средняя величина индекса фагоцитоза 2-й основной группы в подострой фазе практически не отличалась от контрольного значения (табл. 1). Достоверных различий между показателями коэффициента функционально-метаболической активности, характеризующих уровень фагоцитарных резервов нейтрофилов, в сравниваемых контингентах больных не выявлено, однако средние значения в основных группах были выше контрольного уровня на 12—60% (табл. 1). В контрольной группе и группе пациентов, получавших комплекс РЛТ и ЭС, обнаружена тенденция к увеличению абсолютного числа лейкоцитов и фагоцитов в динамике СОО, при использовании сочетанной лимфотропно-озоновой методики и курса ПО в обеих фазах синдрома содержание лейкоцитов и фагоцитов в крови больных не увеличивалось.

К основным путям реализации патогенного влияния синдромов острого стресса, ЭИ и иммунного ответа относится нарушение проницаемости клеточных мембран, проявляющееся усилением активности в крови внутриклеточных ферментов [6]. Комплекс изменений, позволяющий количественно оценить такое влияние, получил название *синдром цитотоксического ответа* [2]. Анализ лабораторных маркеров указанного синдрома показал, что у больных контрольной группы в динамике СОО активность КК в сыворотке крови оставалась практически на одном уровне (в 5,4 раза выше нормы, табл. 2). Применение сочетанной лимфотропно-озоновой методики оказывало наиболее заметное влияние на снижение активности КК в крови, статистически достоверное по сравнению с показателями как контрольной, так и 2-й и 3-й основных групп в обеих фазах синдрома ($p < 0,05$). Во 2-й и 3-й основных группах активность КК в динамике СОО также снижалась, однако различия с контролем не достигали степени статистической достоверности. Анализ средних значений общей активности ЛДГ в крови больных свидетельствует, что в 1-й и 3-й основных группах отмечается тенденция к ее снижению в динамике СОО, в то время как во 2-й основной и контрольной группах — к увеличению (табл. 2). В острой фазе СОО достоверных различий между средними величинами ЛДГ в сравнива-

емых группах не обнаружено, в подострой фазе у пациентов, получавших комплекс РЛТ и ОТ, общая активность ЛДГ приближалась к норме и была достоверно ниже величин 2-й основной и контрольной групп ($p < 0,05$). Различия между показателями больных 2-й и 3-й основных групп с контрольной группой не достигали степени статистической значимости. Не достигали достоверной степени различий и средние величины активности АСТ в сравниваемых группах, однако темп снижения активности этого фермента в динамике СОО в основных группах был в 1,3—1,7 раза выше, чем в контрольной группе. Выраженное влияние сочетанной лимфотропно-озоновой методики на маркеры синдрома цитотоксического ответа, очевидно, объясняется не только снижением степени эндотоксемии, что происходит и при сочетанном применении РЛТ с ЭС и ПО, но и подавлением активности окислительного стресса, являющегося ведущим фактором развития указанного синдрома [20].

Корректирующее влияние исследуемых технологий на ведущие неспецифические синдромы различных уровней структурно-функциональной организации клинически проявлялось более легким течением СОО. Количественная оценка выраженности клинических проявлений СОО с помощью шкалы Himmelsbach показала, что в острой фазе достоверных различий между средними баллами этой шкалы в сравниваемых группах не наблюдалось. В подострой фазе средние баллы основных групп были ниже контрольного уровня в 1,3—1,7 раза ($p < 0,025$). В этих группах наблюдалось улучшение динамики купирования психопатологических расстройств, вероятно, обусловленное корректирующим влиянием активированных антистрессорных реакций на баланс нейротрансмиттеров [3].

Заключение

Таким образом, проведенные исследования убедительно доказывают целесообразность включения РЛТ в комплексе с методами, стимулирующими и протезирующими детоксикационную и иммунную функцию лимфатической системы, в стандартную терапию СОО. Механизм лечебного действия РЛТ как метода неспецифической терапии заключается в стресс-лимитирующем и детоксикационном эффектах, обусловленных редукцией стресс-системы и стимуляцией лимфообразования и лимфооттока. Вместе с тем, в условиях увеличения скорости лимфотока воздействие токсичной лимфы создает риск снижения барьерно-фильтрационной и иммунной функций лимфатических узлов, что может приводить к развитию эндотоксемии, иммунодепрессии и росту напряженности адаптационных механизмов. Сочетание РЛТ с ОТ способствует стимуляции ферментативной и иммунной функций лимфатической системы, что прояв-

ляется достоверным снижением выраженности ЭИ, синдрома цитотоксического ответа и активацией фагоцитарного звена иммунитета. Сочетание РЛТ с ЭС, являющейся способом протезирования барьерно-фильтрационной функции лимфатической системы, сопровождается достоверным снижением уровня токсических метаболитов в биологических средах организма больных и степени ЭИ в целом. Включение в лекарственный состав инъекций ПО, оказывающего комплексное воздействие на фагоцитарное, клеточное и гуморальное звенья иммунитета, приводит к нормализации иммунной функции, что сопровождается снижением степени ЭИ и цитотоксического ответа. Рациональное комбинирование лимфотропных технологий, основанное на результатах полисистемного мониторинга неспецифических синдромов, позволяет потенцировать общий неспецифический эффект и значительно улучшить результаты лечения. Комплексное применение этих технологий с методами специфической (стандартной) медикаментозной терапии повышает управляемость процессом выздоровления, чем достигается снижение платы организма больного за переход из устойчивого патологического состояния в состояние физиологической адаптации и, следовательно, увеличение его реабилитационного потенциала.

Список литературы

1. Анохина И.П., Иванец Н.Н., Веретинская А.Г., Винникова М.А. Влияние антаксона на клинические симптомы и нейрохимические процессы при героинной наркомании // Вопросы наркологии. — 2004. — №3. — С. 3—9.
2. Астравков С.В. Неспецифические синдромы у больных с тяжелыми повреждениями головного мозга на нейрореанимационном этапе: Автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. — СПб., 2005. — 48 с.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. — М.: ИМЕДИС, 1998. — 394 с.
4. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.А. Общие механизмы токсического действия. — Л.: Медицина, 1986. — 280 с.
5. Дизрегуляторная патология: Руководство для врачей и биологов / Под ред. Г.Н. Крыжановского. — М.: Медицина, 2002. — 632 с.
6. Еропкина М.Ю., Смирнова Т.Д., Еропкина Е.М. Метаболическая активация минимальными токсическими дозами ксенобиотиков как общая закономерность острого цитотоксического ответа фибробластов человека в культуре // Токсикологический вестник. — 1999. — №5. — С. 26—31.
7. Кардашян Р.А., Дроздов А.Э., Коган Б.М. Обмен катехоламинов при героинном синдроме отмены: клиничко-биологические корреляции // Наркология. — 2005. — №2. — С. 43—53.
8. Копанев В.А., Коваленко Л.Г., Степанов А.Д. Использование метода оценки адаптационных состояний в медицинской практике: Методическое пособие для врачей. — Новосибирск: Лира, 2005. — 50 с.
9. Марусанов В.Е., Михайлович В.А., Доманская И.А., Гуло С.Л. Характеристика стадий эндогенной интоксикации // Эфферентная терапия. — 1995. — Т. 1, №2. — С. 26—30.
10. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». — Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. — 480 с.

11. Наров Ю.Э. Патогенетические аспекты сорбционных и лимфотропных методов коррекции эндотоксикоза у онкологических больных на фоне полихимиотерапии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Новосибирск, 2005. — 37 с.
12. Огудов А.С. Системный анализ влияния неспецифических компенсаторно-приспособительных реакций на динамику синдрома отмены опиоидов // Вопросы наркологии. — 2008. — №5. — С. 48—57.
13. Огудов А.С., Любарский М.С. Анализ механизмов лечебного действия регионарной лимфотропной терапии в динамике развития состояния отмены опиоидов // Наркология. — 2008. — №6. — С. 38—43.
14. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 444 с.
15. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. — 304 с.
16. Сизязкина Л.П., Андреева И.И. Справочник по клинической иммунологии / Серия «Большой вопрос». — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 448 с.
17. Синдром диабетической стопы (очерки по клинической лимфологии) / Под ред. Любарского М.С. — Новосибирск: ООО «РИЦ», 2005. — 172 с.
18. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных / Приложение к приказу Минздрава России от 22.04.98 №140.
19. Старченко А.А. Справочное руководство по клинической нейрореаниматологии / Под ред. В.А. Хилько. — СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. — 672 с.
20. Werther K., Sorensen S., Christensen I.J. et al. Circulating vascular endothelial growth factor six months after primary surgery as a prognostic marker in patients with colorectal cancer // Acta Oncol. — 2003. — Vol. 42(8). — P. 837—845.

APPLICATION OF LYMPHOTROPIC METHODS OF CORRECTION OF NON-SPECIFIC SYNDROMES OF COMPLEX TREATMENT OF A STATUS OF ABOLITION OF THE OPIOIDS

OGUDOV A.S. cand.med.sci., head of hospital department, Novosibirsk regional narcological dispensary

The purpose of the paper was the comparative appraisal of effectiveness of correction of non-specific syndromes at an inclusion, into a standard therapy of status of abolition of the opioids, of the regionalic lymphotropic therapy and its combinations with ozone therapy, enteroabsorbition and lymphotropic introduction was of immune modulator of polyoxidonium. The object of investigation was 179 patients of both sexes distributed by four homogeneous groups the control group has got the basic structure of regionalic lymphotropic therapy, the first main one — a complex of regionalic lymphotropic therapy and ozone therapy, the second main one — a complex of regionalic lymphotropic therapy and enteroabsorbition, the third main one — an immune modulator — polyoxidonium — at a content of medicinal mixture of lymphotropic injections. The conducted investigation have shown that the complex — specific and non-specific — pathogeneous therapy provided a management of process of rehabilitation, influences positively onto the clinic course of status of abolition of the opioids and rises remarkably a level of rehabilitation potential of the patients.