

го лечения при гигантских грыжах, а также профилактика воспалительных осложнений со стороны передней брюшной стенки и брюшной полости способствуют улучшению результатов лечения этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М., Сундуков И.В. Открытая аллопластика послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. — 2011. — №4. — С. 13–16.
2. Ботезату А.А., Грудко С.Г. Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж // Хирургия. — 2006. — №8. — С. 54–58.
3. Егиев В.Н., Лядов В.К., Богомазова С.Ю. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование // Хирургия. — 2010. — №10. — С. 36–41.
4. Ермаков А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К. и др. Новые технологии в хирургическом лечении срединных вентральных грыж // Трудный пациент. — 2005. — С. 10–11.
5. Заривчацкий М.Ф., Ягочкин В.Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж //

Вест. хирург. — 2005. — №6. — С. 33–37.

6. Ненатяжная герниопластика / Под ред. В.Н. Егиева. — М.: Медпрактика, 2002. — 148 с.

7. Сеидов В.Ф. Экстраперитонизация полипропиленовой сетки при пластике вентральных грыж // Хирургия. — 2004. — №11. — С. 26–29.

8. Славин Л.Е., Замалеев А.З., Коновалова О.А. и др. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж // Вест. герниолог. — 2006. — №2. — С. 171–176.

9. Суковатых Б.С., Нетьяга А.А., Валуцкая Н.М. и др. Герниопластика без натяжения полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» у больных с ущемлёнными грыжами живота больших и гигантских размеров // Вест. хирург. — 2005. — №6. — С. 38–41.

10. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Роголь М.Л. и др. Использование биологического имплантата при герниопластике // Хирургия. — 2011. — №4. — С. 9–12.

11. Burger J.W.A., Luijendijk R.W., Hop W.C.J. et al. Long-term follow-up of randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240. — P. 578–585.

12. Schupfteleck V., Junge K., Rosch R. et al. Retromuscular mesh repair for ventral incisional hernia in Germany // Chirurg. — 2002. — N 9. — P. 888–894.

УДК 615.015.6: 615.212.7: 615.099.08: 616-089.5-032

A03

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА НАЛОКСОНОМ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Валентин Александрович Верхнев^{1,2*}, Наталья Николаевна Краснощёкова¹

¹Йошкар-Олинская городская больница,

²Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Обобщение результатов лечения опийного абстинентного синдрома налоксоном под общей анестезией в условиях муниципальной больницы.

Методы. За период 2001–2010 гг. обследованы 102 больных, из них 80% — в возрасте от 20 до 30 лет. Лечение проводили на договорной основе, после предварительного обследования по единой программе. После госпитализации в отделение реанимации осуществляли общую внутривенную анестезию с искусственной вентиляцией лёгких. С целью детоксикации внутривенно вводили налоксон болюсно каждые 15 мин в течение первого часа анестезии, затем по 0,4–0,8 мг/ч в течение последующих 24 ч лечения. Остаточные явления абстинентного синдрома купировали дополнительной медикаментозной терапией, включающей диазепам, клонидин, дроперидол. Эффективность лечения анализировали на основании отсутствия клинических признаков абстинентного синдрома, а также с помощью теста «NARCOCHECK».

Результаты. К концу первых суток лечения у 100% больных не обнаружены опиаты в моче. У 98 человек отмечали слабость и депрессию, а у 18 — агрессивное поведение, при этом вегетативные нарушения у всех больных отсутствовали. Стационарные сроки лечения составили 1,5 сут. Осложнений при проведении лечения не было.

Вывод. Данный метод терапии способствует быстрому и безболезненному купированию абстинентного синдрома, при этом служа лишь начальным этапом лечения и реабилитацией больных с опийной зависимостью.

Ключевые слова: опийный абстинентный синдром, лечение, общая анестезия, налоксон.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF OPIUM WITHDRAWAL SYNDROME WITH NALOXONE UNDER GENERAL ANESTHESIA V.A. Verkhnev^{1,2}, N.N. Krasnoshechkova¹. ¹Yoshkar-Ola City Hospital, Yoshkar-Ola, Russia, ²Kazan State Medical University, Kazan, Russia. **Aim.** To summarize the results of treatment of opium withdrawal syndrome with naloxone under general anesthesia in a municipal hospital. **Methods.** During the period 2001–2010 examined were 102 patients, of whom 80% were aged 20 to 30 years. Treatment was performed on a contractual basis, after a preliminary examination according to a unified program. After admission to the intensive care unit conducted was the general intravenous anesthesia with mechanical ventilation. Naloxone was administered in a bolus every 15 minutes during the first hour of anesthesia with the aim to detoxify, followed by 0.4–0.8 mg/h during the following 24 hours of treatment. Residual effects of the withdrawal syndrome were treated with additional drug therapy, including diazepam, clonidine, droperidol. The effectiveness of treatment was analyzed on the basis of the absence of clinical signs of the withdrawal syndrome, as well as with the test «NARCOCHECK». **Results.** By the end of the first day of treatment in 100% of patients no opiates were

found in the urine. Weakness and depression was noted in 90 people, while in 18 noted was aggressive behavior, and at the same time the autonomic disorders were absent in all patients. The in-hospital course of treatment time amounted to 1.5 days. There were no complications during treatment. **Conclusion.** This method of therapy promotes rapid and painless relief of withdrawal syndrome, while serving only as the initial phase of treatment and rehabilitation of patients with opioid dependence. **Keywords:** opium withdrawal syndrome, treatment, general anesthesia, naloxone.

Целью настоящего исследования было обобщение результатов лечения опиоидного абстинентного синдрома налоксоном под общей анестезией в условиях муниципальной больницы.

Первый этап лечения наркомании — изъятие наркотика и купирование абстинентного синдрома. Даже наиболее эффективные методы лечения с использованием больших доз обезболивающих средств, транквилизаторов, нейролептиков и хирургических методов детоксикации предполагают устранение наиболее мучительных проявлений абстинентного синдрома на протяжении 5–7 дней [3, 4]. В связи с этим часть больных отказываются от этой терапии, требуя немедленного устранения тягостных ощущений любыми способами. Всё это заставило обратиться к поиску новых, нетрадиционных методов лечения. Наше внимание привлек метод ультрабыстрой опиоидной детоксикации (УБОД), опубликованный профессором А.В. Бутровым [1]. Первое успешное применение УБОД было выполнено нами в 2001 г. Принципиальные особенности метода — применение больших доз препаратов, блокирующих опиоидные рецепторы (налоксона, налтрексона), отсутствие тягостных ощущений, характерных для опиоидного абстинентного синдрома, так как больной в течение нескольких часов находится под общей анестезией. Остаточные явления купируют дополнительной медикаментозной терапией в течение 1,5 сут.

За период 2001–2010 гг. на базе отделения анестезиологии-реаниматологии Йошкар-Олинской городской больницы были пролечены 102 больных с диагнозом «опийная наркомания» (F10). Критериями отбора пациентов были установка на лечение и готовность полностью отказаться от потребления наркотика. Из 102 больных мужчин было 100, женщин 2. Возраст пациентов: от 20 до 30 лет — 80 (78%) больных, от 30 до 45 лет — 22 (22%). Длительность приёма героина до 1 года — 17 (16%) пациентов, от 1 до 3 лет — 27 (27%), от 3 до 6 лет — 36 (35%), больше 6 лет — 22 (22%). Потребляемая суточная доза героина: до 0,5 г — 31 (30%) пациент, до 1 г — 43 (43%), более 1 г — 28 (27%), из них 2 пациента с суточной дозой героина 3–5 г. Гепатит С выявлен у 102 (100%), гепатит В — у 17 (16,7%), туберкулёз — у 3 (2,9%), сифилис — у 1 (1%) больного.

Процедуру УБОД проводили на договорной основе после предшествующего накануне осмотра анестезиолога. Помимо описания цели, сути метода, продолжительности процедуры и возможных осложнений, в разработанном нами договоре указаны гарантии, соглашения об оплате, а также условия конфиденциальности. До проведения процедуры все больные были обследованы по единой программе: общий анализ крови,

биохимический анализ крови с определением содержания в крови общего белка, мочевины, билирубина, активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, концентрации глюкозы крови, электролитов, протромбина. Больных обследовали на сифилис, гепатиты В и С, инфицирование вирусом иммунодефицита человека, проводили общий анализ мочи, рентгенографию лёгких и электрокардиографию. От предварительного осмотра врача-нарколога все пациенты категорически отказывались, панически боялись сообщения в наркологический диспансер, вплоть до отказа от лечения.

После госпитализации в отделение реанимации катетеризировали периферическую вену и начинали инфузионную подготовку, включавшую 0,9% раствор натрия хлорида (400 мл) с фамотидином (40 мг). По причине отсутствия видимых периферических вен 29 (28%) больным была выполнена катетеризация подключичной вены по Сельдингеру. Далее осуществляли местную (поверхностную) анестезию голосовых связок 10% раствором лидокаина (2 дозы). Для внутривенной премедикации применяли 0,1% атропин (1 мл), 1% дифенгидрамин (1 мл), трамадол (100 мг), 0,5% диазепам (2 мл). Вводный наркоз проводили 1–2% тиопенталом натрия (5–7 мг/кг) либо пропофолом (2–4 мг/кг). Интубацию трахеи выполняли в улучшенном положении Джексона с использованием приёма Селлика после введения суксаметония хлорида (2 мг/кг). Искусственную вентиляцию лёгких проводили аппаратом «T-Bird» в режиме триггерной принудительной вентиляции («Assist/Control») с частотой дыхания 10–12 в минуту, дыхательный объём 500–700 мл. Мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, частота пульса, пульсоксиметрия и температура тела) осуществляли монитором «Inno Care-T» (Словакия). Всем больным устанавливали назогастральный зонд для декомпрессии желудка, катетеризировали мочевого пузырь для контроля темпа диуреза. Поддержание анестезии осуществляли дробным введением диазепама, тиопентала натрия или пропофола (дозы подбирали индивидуально). В среднем за 6–8 ч анестезии было введено 1 г тиопентала натрия, 200 мг диазепама и 400 мг пропофола. Превышение максимальной суточной дозы диазепама связано с высокой толерантностью данной категории больных к седативным препаратам. Миоплегию поддерживали путём внутривенного введения пипекурония бромидом (ардуан, Венгрия) до 22 мг за анестезию. Для купирования болевого синдрома вводили трамадол — до 300 мг внутривенно. С целью коррекции вегетативного абстинентного симптомокомплекса назначали

дробное введение 0,01% клонидина (1–3 мл) и 0,25% дроперидола (10 мл). Для детоксикации всем больным внутривенно вводили налоксон по следующей схеме: 0,4 мг, 0,8 мг, 1,6 мг, 3,2 мг, 6,4 мг каждые 15 мин в течение первого часа анестезии (общая доза 12,4 мг), затем 0,4–0,8 мг/ч в течение 24 ч через шприц-дозатор [2]. Общая доза налоксона у большинства больных за сутки составила 28–40 мг. 2 пациентам с суточной дозой героина более 3 г и стажем более 10 лет детоксикацию проводили в течение 36 ч, при этом общая доза налоксона составила 40 мг. Критерием окончания активной фазы УБОД (6–8 ч) и перевода больного на самостоятельное дыхание была регрессия симптомов абстинентного синдрома: нормализация артериального давления, снижение температуры тела, уменьшение слезотечения и отделяемого по назогастральному зонду, исчезновение симптома «гусиной кожи». В ходе всего периода лечения больному проводили инфузионно-детоксикационную терапию в объёме до 3 л/сут, включающую 0,9% раствор натрия хлорида, раствор Рингера, калия и магния аспарагинат или магния сульфат. С целью профилактики гнойно-септических осложнений всем пациентам проводили антибактериальную терапию цефотаксимом (Россия) в дозе 2 г/сут внутривенно.

После проведения активной фазы УБОД (6–8 ч) у 100 (98%) больных нами были отмечены двигательное и речевое возбуждение, зрительные и слуховые галлюцинации, а также вегетативные нарушения в виде потливости, ощущения холода или жара, слезотечения, чиханья и диареи. С целью купирования данных симптомов в течение последующих 16–18 ч продолжали терапию диазепамом, клонидином в дозе до 0,3 мг, дроперидолом до 12,5 мг и налоксоном в дозе 0,4–0,8 мг/ч внутривенно. К концу первых суток лечения со стороны психотического статуса у 98 (85%) человек отмечали слабость, недомогание, апатию, депрессию, отсутствие самоконтроля, а у 18 (15%) больных — агрессивность (требование в категорической форме немедленной выписки из стационара, вызова родственников, угрозы физической расправы в адрес медицинского персонала), при этом вегетативные проявления абстинентного синдрома отсутство-

вали. Объективным контролем эффективности лечения служила отрицательная проба мочи на опиоиды. Методику осуществляли выборочно с помощью теста «NARCOCHECK». Осложнений при проведении общей анестезии и процедуры УБОД не было. Среднее пребывание в отделении реанимации составило 1,5 сут. При выписке всем больным в присутствии члена семьи были даны рекомендации по приёму налтрексона по 50 мг каждые 24 ч в течение месяца. При этом пациенту давали разъяснения о развитии искусственного абстинентного синдрома в случае приёма им героина.

ВЫВОДЫ

1. Процедура УБОД эффективно способствует выведению опиатов, безболезненному купированию абстинентного синдрома и снижает сроки госпитализации. Эффективность УБОД в предлагаемом варианте профессора А.В. Бутрова не зависит от пола, возраста и определяется длительностью приёма наркотика и суточной потребляемой дозой.

2. В настоящем исследовании осложнений не было, что обусловлено проведением УБОД в условиях отделения реанимации под общей анестезией с искусственной вентиляцией лёгких, мониторингом жизненно важных функций организма и применением вспомогательных медикаментозных средств, направленных на устранение симптомов абстиненции.

3. Процедура УБОД является лишь начальным этапом программы лечения и реабилитации больных героиновой зависимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутров А.В., Цимбалов С.Г. Ультрабыстрая опиоидная детоксикация // Вестн. интенсив. терап. — 1999. — №2. — С. 52–56.
2. Бутров А.В., Гофман А.Г., Цимбалов С.Г. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией. — М.: РАМПО, 2000. — 20 с.
3. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. — М.: Новости, 2006. — С. 142–144.
4. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании. — СПб.: Лань, 2000. — С. 187–192.