

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**  
**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

**Зав. каф. профессор М.Л.Аграновский**

## **ГЕРОИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ**

**(Памятка для учащихся лицеев, колледжей)**

**М.Л. Аграновский**  
**А.А. Ахмедова**

**АНДИЖАН-2005 год**

Под наркоманией понимают привыкание к наркотическим веществам, приводящее в конечном счёте к глубокой деградации личности и инвалидности.

Опиоиды являются классом веществ, которые вызывают физическую и психическую зависимость. Основным препаратом, опиум, получается из сока опийного мака. Имеется около 20 различных алкалоидов, получаемых из опия, в самом опии они являются натуральные, но они могут быть также получены из морфия, в том числе и героин (диацетил морфия). Антагонисты опиоидов, синтетические соединения, которые блокируют действие опия, это: налорфан, палексин, апоморфин.

**КЛИНИКА** Привыкание к героину происходит быстро. После приёма небольшого количества вещества (5-10 мг) наблюдается аналгезия, дремотное состояние, изменения настроения и нарушения восприятия.

Последовательность действия наркотика следующая: через 20-30 секунд после введения препарата ощущаются волна тепла, проходящая по спине, зуд в области лица – нос, лоб, подбородок, шея. Зрачки суживаются, появляется сухость во рту, отмечается длительная заторможенность, сосредоточенность на физических ощущениях, мысли как бы застывают на переживаемых ощущениях, сознание суживается. Эта фаза длится 5-7 минут. Она сменяется состоянием общей умиротворенности, чувством приятного тепла и тяжести в ногах, во всем теле. Появляются иллюзорные видения, «грёзы». На стене, потолке, в рисунке ковра, обоев видятся различные причудливые, приятные картины, сцены. Внешние раздражители практически в сферу активного внимания не попадают. Потом у большинства наступает сон, длящийся 3-4 часа. У некоторых после пробуждения отмечается плохое настроение, подавленность, общий дискомфорт.

Некоторые больные ощущают эйфорию, которая может продолжаться 10-30 минут. У наркоманов, применяющих внутривенное введение препарата, тотчас же отмечается достижение наивысшей точки, которая описывается ими, как чувство, близкое к оргазму (называемое «кайф»), вследствие того, что препарат попадает в мозг через несколько минут после инъекции. За этим следует седативный эффект (который наркоманы называют «уход в дремоту»). Аналгезия, вызванная героином, имеет избирательный характер. Изменяется характер боли, причем так, что больной становится безразличной к ней.

В зависимости от длительности приёма наркотиков, эйфоризирующий эффект изменяется в сторону снижения, а затем и исчезновения защитных реакций организма. Потребление наркотика приобретает систематический характер, происходит изменение толерантности. Постепенно формируется психическая зависимость от героина, далее вырабатывается физическая зависимость с неодолимым влечением к наркотизации и выраженной абстиненцией.

Первые приёмы героина запоминаются, и если они повторяются, то происходит трансформация отношения к ним. Этот период продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. Приёмы наркотика разовые, каждый из них сопровождается вышеописанным состоянием. Это время очень важно оценить как период предвестников для возможного взятия на учёт и проведения профилактической работы.

В динамике становления наркомании условно можно различить 3 стадии: начальную или I – адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или II – завершение формирования физической зависимости (абстиненция, в ряде случаев возникновение психозов, полинаркомании); позднюю, или III – истощение всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности организма, психической, соматогенной, неврологической, затяжная абстиненция, слабоумие).

Начальная стадия характеризуется систематическим приёмом наркотика, быстрым увеличением дозы препарата (повышение толерантности).

Смертельная доза героина составляет 0,3-0,5 гр. У наркоманов быстрее наступает тенденция к увеличению дозы до сотни миллиграммов. В период действия препарата

ощущения те же – это комплекс психических дегенеративных стигм. Одновременно имеется комплекс соматических ощущений – сухость во рту, зуд, проходящий к концу начального периода, теплота, ощущение тяжести в теле, нижних конечностях, нарушается сон. Зрачки сужаются, имеются различные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, снижение аппетита, задержка стула. Быстро вырабатывается синдром психической зависимости с явлениями навязчивого желания повторить приём наркотика, ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

Хроническая стадия характеризуется систематическим, регулярным приёмом наркотика. Доза вводимого наркотика может ещё увеличиваться или достигает своего апогея до 5000 мг. Важно отметить, что наркоманы очень чётко знают свои наивысшие разовые, суточные дозы и практически никогда их не переходят, в связи с этим отравлений у них не бывает. В этой стадии психическая зависимость от героина выражена чётко, наркоман не может обойтись без наркотика. Если в начальной стадии отмечалась эйфория, затем наступали покой, расслабление, то в этой стадии наркоман вял, заторможен, а после введения наркотика становится энергичным, деятельным, подвижным, работоспособным. Это состояние похоже на маниакальное с его психической и моторной приподнятостью. Наркоманы различными способами стремятся вернуть прежнее состояние – повышают дозу принимаемого препарата. Постепенно формируется абстиненция. Длительность этой стадии 5-10 лет.

Поздняя стадия. В это время снижается толерантность примерно на  $\frac{1}{3}$  ранее принимаемой дозы. Наркоман без приёма наркотика совершенно теряет способность активной деятельности, особенно трудовой, он бессилён, безынициативен. Главным синдромом, определяющим состояние наркомана, становится не навязчивое состояние (обсессия), а абстиненция, ибо каждый обрыв приёма наркотика через 8-12 часов вызывает абстиненцию. При этом отмечаются разнообразные соматовегетативные, психоневрологические симптомы: слёзотечение, зевота, потоотделение, тремор рук, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры, учащение дыхания, боль в мышцах, обезвоживание организма, похудание, нарушение сна, тревога, страх смерти, нарушение настроения.

В поздней стадии болезни абстиненция несколько отлична от такой при хронической стадии. Меньше выражены чиханье, слезотечение, частый жидкий стул, особенно первые 3-5 дней. Тонус мышц несколько повышен, однако выраженных болей нет, более отмечен дискомфорт. Имеют место артериальная гипотензия, брадикардия, отчего выше риск развития коллапса, общее снижение жизненного тонуса, понижение настроения. Они вялы, гиподинамичны. Все их поведение окрашено безысходной тоской. В хронической стадии выраженные явления абстиненции длятся 5-7 дней. В поздней стадии длительность абстиненции ещё продолжительнее, астения держится долго, иногда до 3-4 месяцев.

Наркоманы, как правило, истощены, цвет кожи серо-землистый. Им свойственно раннее облысение, поседение, ломкость, хрупкость ногтей, зубов, шелушащаяся кожа, тромбофлебиты, у многих отмечается сердечная недостаточность, заболевания печени. В местах введения наркотиков – локтевых сгибах, стопах, межпальцевых складках видны рубцы (от множественных инъекций).

Наркоманы хронической, поздней стадии становятся асоциальны. Как правило. Необходимость постоянной добычи наркотиков приводит их к краже, мошенничеству, другим противоправным нарушениям. Чаще всего преступления ими совершаются в состоянии абстиненции.

### **КЛИНИКА АБСТИНЕНЦИИ**

Героиновые наркоманы могут принимать сотни миллиграммов героина, толерантные наркоманы принимают до 5000 мг наркотика. У нетолерантных субъектов смерть от передозировки может наступить при приёме 60 мг героина. Героиновый абстинентный

синдром начинается через 6-8 часов после приёма последней дозы, обычно через 1-2 недели после постоянного приёма или введения наркотического вещества. Он достигает максимальной интенсивности в течение 2-го или 3-го дня и продолжается следующие 7-10 дней.

Диагностические критерии симптомов абстиненции: поведенческие, страстное желание получить наркотик, бессонница, житация, иногда применение насилия; соматические- потливость, лихорадка, насморк, мидриаз, пилоэрекция, тошнота и рвота, сердечно-сосудистая неустойчивость, гипертензия, тахикардия; абдоминальные спазмы, припадки типа больших судорожных.

Абстиненция, ускоренная действием антагониста, после длительного приема наркотика может быть очень тяжелой. Наркоман редко погибает от абстиненции, если не страдает тяжелым сопутствующим заболеванием. Одна доза героина, сделанная в любое время в течение абстинентного синдрома, ослабляет симптомы абстиненции.

### **ПРИЗНАКИ ОПИОИДНОГО СИНДРОМА:**

А. Прекращение длительного умеренного или сильного употребления опиоидов или снижение количества потребляемого опиоида, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков:

1. страстное желание принять опиоид,
2. тошнота или рвота,
3. боли в мышцах,
4. слезотечение или насморк,
5. расширение зрачка, пилоэрекция или потливость,
6. диарея,
7. зевота,
8. лихорадка,
9. бессонница.

В. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Основным методом лечения наркомании является этапность лечения.

1. Предварительный этап – дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия в сочетании с прекращением приема наркотического вещества;
2. Основное активное антинаркотическое лечение.
3. Поддерживающее лечение.

На первом этапе лечение в стационаре направлено на устранение абстинентных явлений, восстановление нарушенных функций. В схему лечения абстинентных состояний, как правило, включается назначение следующих препаратов:

- 1) Sol. Calcii chloridi 10% -10 мл + sol. Glucosae 40% - 10 мл в\в ежедневно, 10-15 вливаний или Sol. Natrii thiosulfatis + sol. Glucosae 40%-10,0 10-15 вливаний.
- 2) Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5-10 мл в\м ежедневно 10-15 вливаний или sol. Unithioli 5%-5-10 мл в\м ежедневно 10-15 инъекций.
- 3) Sol. vit. B<sub>1</sub> 5%-3-4 мл в\м
- 4) Sol. vit. B<sub>6</sub> -4-6 мл (на высоте абстиненции до 10 мл) в\м.
- 5) Sol. vit. B<sub>12</sub> 0,02%- 1 в\м.
- 6) Sol. vit. C 5%-3-5 мл в\м.
- 7) Sol. vit. PP 1%-1-2 п\к курсами до 10-15 дней.

В тяжелых случаях рекомендуется Nemodezi 40,0 мл в\в капельно.

Для устранения болевых ощущений во внутренних органах применяют анальгетики: sol. Analgini 50%-2,0 мл в\м, Baralguni 2-5 мл в\в или в\м, или в\в капельно на sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0. У больных с ярко выраженным болевым синдромом применяется трамал перорально до 0,4 мг в сутки в течение первых 4 дней лечения с постепенным снижением дозы.

Спазмолитики: No-chra 0,04 г. перорально или 2 мл 2% р-ра в\м, sol. Papaverini 2%-2,0 в\м или в\в, 0,04 перорально.

При расстройствах настроения назначают антидепрессанты: Sol. Amytriptilini 1,25%-1,0-2,0 мл в\м (100-200 мг в сутки), tab. Pyrazidoli 25 мг перорально (100-200 мг в сутки). Антидепрессанты назначают в комбинации с нейролептиками: sol.Tisercini 2,5%-2,0 в\м. Sol. Haloperidoli 0,5%-1,0 в\м.

Для купирования абстиненции в последние годы широко применяются различные транквилизаторы: sol.Seduxeni – 2,0 в\м или в\в (капельно или струйно), sol. Eleniumi 1,0 в\м или в\в 40-50 мг, tab. Phenazepamі 5-8 мг внутрь.

При тревожно-боязливом аффекте, подозрительности, страхе, расстройстве сна, вегетативных нарушениях показаны элениум, сибазон. Сибазон назначается в дозах 5-15 мг, высшая доза 60 мг. Кроме того, сибазон через 2-3 дня приведет к уменьшению колебания аффекта, снижает страх, повышенную раздражительность, непреодолимую тягу к наркотику.

Хорошо купирует абстиненцию пирроксан. Он довольно быстро снижает тягостные симптомы – бессонницу, тягу к наркотику. Препарат применяется в\в, в\м, внутрь. Начинают чаще всего 90-180 мг под контролем А/Д. Длительность лечения 5-7 дней.

При возбуждении, бессоннице, напряженности применяют sol. Aminazini 2,5%-1-3 мл в\м или в\в 1-2 раза в день в течение 5-7 дней.

Героиновую наркоманию до недавнего времени купировали сочетанием холинолитических и курареподобных препаратов. В последние годы эту абстиненцию купируют введением атропина в дозах, вызывающих делирий или оглушение. Применяют sol. Atropini sulfatis 0,1%-6-8 мл. Атропиновый делирий или оглушение купируют sol. Eserini 0,1%- 2, 0 мл п\к каждые полчаса до полного исчезновения делириозных расстройств.

В случае падения А/Д при введении эзерина назначают 2 sol. Cofeini benzoatis 20%-2,0 п\к и sol. Glucosae 40%-20,0 в\в. При нарушении сна вводят в\м 5- мг аминазина или тизерцина и 2 мл кордиамина.

После атропинового делирия в течение нескольких дней отмечается астения. Стремление к приему наркотика либо резко уменьшается либо исчезает. Если явления абстиненции ликвидированы не полностью, то введение высоких доз атропина повторяют. После сеансов атропинокоматозной терапии следует назначать пироксан. Феназепам, папаверин, теплые ванны на ночь.

Ф.Г. Гофман, Е.С. Лешаков предложили купировать героиновую абстиненцию внутривенным капельным введением 60 мг амитриптилина. Развивающийся при этом делирий легко снимается эзерпином.

Широко используется сульфозин от 5,0 до 10,0 мл 1 раз в день в 2-4 дня (5-6 инъекций), пирогенал (250-1000 МД) через 1-2 дня (6-8 инъекций).

Первый этап наркомании продолжается 3-4 недели, хотя больных с явлениями астении следует лечить на протяжении всего периода пребывания в стационаре.

Второй этап лечения состоит из активной и симптоматической терапии. Главным методом следует считать психотерапию в различных её видах-гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотик, укрепление воли, установок на активное выздоровление.

Медикаментозную терапию проводят sol. Magnesii sulfatis 25%-10,0 мл в\в, sol. Aromoghrini 0,5%-0,1-0,2 п\к. Особенно показан пирацетам –2-4-6 г. в сутки.

Необходимо применять физиотерапевтические процедуры: ванны, гальванизацию, электрофорез, токи д-Арсонваль, грязевые и парафиновые аппликации, ультрафиолетовые облучения, электросон (от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 часа каждый сеанс).

На втором этапе лечения необходимо в ежедневный режим включать трудотерапию.

Третий этап лечения - поддерживающая терапия охватывает длительный промежуток времени (5 лет). На протяжении этого периода больные обязательно должны находиться под наблюдением наркологического кабинета. В это время обязательно проводятся психотерапевтическое вмешательство, повторные курсы, условнорефлекторной, общеукрепляющей, стимулирующей терапии.