

# Героиновая наркомания

## *Содержание:*

1. Общая синдромология наркоманий.
2. Клиническая форма опийной наркомании.
3. Особенности клинического течения у лиц, страдающих героиновой наркоманией.
4. Диагностика героиновой наркомании.
5. Лечение героиновой наркомании.
6. Использование нейролептиков при лечении опийной наркомании.
7. Заключение.

Термин "наркотическое средство" включает в себя три аспекта: медицинский, юридический и социальный. Медицинский аспект заключается в том, что рассматриваемое вещество (лекарственное или нелекарственное) должно обладать способностью оказывать определенное воздействие на центральную нервную систему (ЦНС), вызывая эффект, который может быть оценен потребителями, как субъективно позитивный, т.е. данное вещество должно являться психоактивным. Социальный аспект подразумевает, что применение этого психоактивного вещества принимает социально значимые масштабы. Юридический критерий требует, чтобы данное психоактивное вещество официально было признано наркотическим уполномоченной инстанцией (Министерство здравоохранения РФ) и внесено в список наркотических веществ.

В связи с этим термином "наркомания" определяют группу прогрессирующих заболеваний, вызываемых употреблением того или иного наркотика и определяющихся патологическим влечением к нему. Диагноз наркомании устанавливается на основании клинических признаков заболевания, таких как регулярное (континуальное или циклическое) употребление наркотического средства, патологическое влечение к нему, психическая и физическая зависимость, изменение толерантности. Заболевание, при котором выявляется зависимость от двух и более наркотических веществ, применяемых одновременно или в различной последовательности, получило название "полинаркомания".

## *1. Общая синдромология наркоманий.*

Большинство современных авторов соглашается с той позицией, что именно субъективно приятные переживания в состоянии наркотической интоксикации (так называемая эйфория) являются как пусковым моментом, так и причиной повторяющегося потребления наркотиков на ранних стадиях заболевания.

Психопатологическая структура состояний интоксикации различными психоактивными веществами крайне разнообразна, может включать в себя как собственно эйфорию, так и гипо- и маниакальные состояния, стимуляцию и седацию, включать дереализационно-деперсонализационные расстройства, галлюцинаторные переживания и др. Зачастую молодые люди, чаще подростки, первоначально знакомятся с действием большого количества психоактивных веществ. Этот этап, предшествующий формированию собственно наркомании, был назван этапом поискового подросткового полинаркотизма. Затем происходит формирование предпочтения определенного наркотика. Это связано с различными факторами и прежде всего с собственными переживаниями в состоянии интоксикации, но не последнюю роль играет тот факт, какой именно наркотик является в настоящее время "модным" и более распространенным.

Считается, что с момента определения предпочитаемого наркотика начинается собственно развитие заболевания и прием наркотика, как правило, становится регулярным. Все поведение, установки, моральные ценности больного подчиняются потребности регулярного воспроизведения состояния интоксикации. Начинают проявляться характерные изменения личности по наркоманическому типу. Нарастают конфликты в семье, трудности в учебе или работе. Больные становятся равнодушными по отношению к близким и своим обязанностям, безответственными,

морально деградируют. Вскоре происходит ослабление первоначального действия наркотика. Для достижения желаемого эффекта вначале требуются все большие дозы наркотика, затем - сочетание его с каким-либо другим психоактивным веществом, а еще позднее ни увеличение доз, ни сочетанный прием не могут вызвать у больного желаемого состояния, а лишь препятствуют возникновению абстинентных расстройств. Клинические проявления каждой формы наркомании представлены тремя облигатными синдромами: измененной реактивности, психической зависимости и физической зависимости.

Синдром измененной реактивности складывается из измененной формы потребления, изменения толерантности, исчезновения защитных реакций при передозировке, изменения формы опьянения.

Примером изменения формы потребления служит переход с интраназального или перорального приема на внутривенное введение наркотика. Синдром изменения толерантности выражается в угасании эффекта от первоначальной дозы наркотика, что приводит к вынужденному повышению дозы до определенного предела ("плато" толерантности). Описаны симптомы перекрестной толерантности, проявляющиеся в резистентности к другим препаратам, сходным по типу действия на ЦНС. Изменение формы опьянения выражается не только в обеднении картины интоксикации, но также появлении в ее структуре новых, ранее не свойственных компонентов. Так, наркотики опийной группы, которые вначале могут вызывать седативный, релаксирующий эффект, через некоторое время начинают оказывать психостимулирующее действие.

Синдром психической зависимости представляет собой патологическое влечение к достижению состояния интоксикации от определенных наркотиков или их комбинации. Зачастую уже после первых проб наркотиков больной оказывается не в состоянии достигнуть психического комфорта вне интоксикации, что вынуждает его прибегать к повторному приему наркотического средства. Именно синдром психической зависимости делает наркоманию таким трудным для излечения заболеванием. В настоящее время единой концепции патологического влечения к наркотикам не существует, однако в его структуре можно выделить отдельные компоненты.

Постоянная или обсессивная форма влечения проявляется навязчивыми мыслями о наркотиках в любое время суток, воспоминаниями о переживаниях в состоянии интоксикации, осознаваемым желанием принять наркотик (особенно интенсивно в те часы, в которые больной обычно наркотизировался). Может сопровождаться борьбой мотивов, элементами критических суждений. Всегда существует в обрамлении соответствующего аффекта - подавленного настроения с оттенком тоскливости, раздражительности, склонностью к дисфороподобным реакциям. Интерес к событиям внешнего мира, не связанным с наркотиками, практически отсутствует. Отвлечь внимание больного удается только на короткое время. Больные, если они только достаточно откровенны и не стремятся к ускоренной выписке, сообщают врачу, что считают свое состояние безнадежным и не верят в возможность выздоровления. Эта форма влечения наиболее резистентна к проводимой терапии. Вторая форма - компульсивное влечение к наркотику. Возникает периодически, чаще аутохтонно, реже может быть спровоцирована ситуационно. Иногда наблюдаются предвестники в виде снов наркотического содержания: видят во сне процесс изготовления, введения наркотика, изредка вплоть до начальных переживаний интоксикации.

Пробуждаются в резко изменившемся состоянии, тревожны, возбуждены, настроение резко снижено. Вскоре отмечается вспышка влечения к наркотику по типу компульсии. Данный феномен, получивший название псевдоабстинентного синдрома, был описан вначале у больных, страдающих опийной наркоманией, а затем и при других видах зависимости от психоактивных веществ. Как правило, на высоте компульсивного влечения больные настолько охвачены этим состоянием, что его критическая оценка, борьба мотивов невозможны. Впоследствии плохо помнят, что с ними происходило в этот период. При реализации влечения сознание больных упорядочивается, они искренне недоумевают, "как это могло получиться", переживают и раскаиваются. Эта форма влечения всегда сопровождается психомоторным возбуждением, соматовегетативными реакциями в виде блеска глаз, бледности кожных покровов, тахикардии, учащенного поверхностного дыхания. Существует также смешанная форма, при которой на фоне постоянных навязчивых мыслей о наркотиках наблюдаются периодические вспышки компульсивного влечения.

Синдром физической зависимости или абстинентный синдром - это совокупность психопатологических, неврологических и соматовегетативных симптомов в различных сочетаниях

и разной степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема наркотика или резком снижении его дозы на фоне достаточно длительного его употребления, а также при блокировании действия наркотика его антагонистами. Клиническая картина абстинентного синдрома зависит от фармакологических свойств соответствующего наркотика и индивидуальных особенностей больного.

Нельзя не отметить происходящие в последние 7 - 10 лет резкие изменения как в контингенте больных наркоманиями, так и в составе употребляемых наркотиков, что привело прежде всего к патоморфозу отдельных клинических форм заболевания. Так, преобладавшие ранее кустарно приготовленные наркотики разных групп, в основном самодельный раствор опия и маковой соломки, а также наркотики из группы фенилалкиламинов с амфетаминоподобным действием - эфедрон и так называемый первитин - вытесняются героином, кокаином, амфетаминами, а также дериватами амфетамина, которые относятся не к психостимуляторам, а к галлюциногенам. Это 5-метокси-3,4-метилден-диокси-метамфетамин (МДМА), более известный под названием "Экстази" - один из наиболее популярных сейчас молодежных "дискотечных" наркотиков. Эти изменения особенно интенсивно происходят в Москве и других крупных городах.

Актуальной является также тенденция к употреблению двух и более наркотиков из разных химических групп с формированием соответствующей полинаркомании, например, героин-кокаиновой или героин - "первитиновой".

С недавнего времени в клинической картине у больных с острым опийным абстинентным синдромом в ходе стационарного лечения наблюдают психотические расстройства делириозного круга. Психотическая симптоматика развивается обычно к концу 1 - 3 суток от начала терапии и характеризуется такими начальными проявлениями, как выраженное психомоторное возбуждение, суетливость, бессонница. Вскоре присоединяются дезориентировка в месте и времени, зрительные и слуховые галлюцинации. Описанные расстройства резистентны к психотропной терапии. Назначение нейролептиков ухудшает состояние и пролонгирует делирий. Эффект оказывает только проведение детоксикационной инфузионной терапии и назначение ноотропов, а также экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез).

Период после минования острых абстинентных расстройств характеризуется развитием так называемого псевдоабстинентного синдрома, включающего три обязательных компонента: актуализацию патологического влечения к психоактивному веществу; особую депрессию или субдепрессию различной структуры с большой представленностью сенесто-ипохондрических расстройств и вегетативные нарушения, вызванные дисфункцией вегетативной нервной системы, сочетающей возбуждение эрготропного отдела вегетативной нервной системы с его истощением.

Сочетание характерных для псевдоабстинентного синдрома сильного влечения к наркотику, соматовегетативных и субъективно испытываемых больным ощущений, напоминающих алгические расстройства при острой абстиненции, достигает иногда значительной выраженности и требует немедленной терапии, определяя, таким образом, псевдоабстинентный синдром как неотложное состояние в наркологии.

## ***2. Клиническая форма опийной наркомании.***

К числу наиболее типичных клинических форм наркоманий в нашей стране относится опийная наркомания. Если ранее преобладало использование самодельного ацетилированного опия, то в настоящее время все чаще встречаются больные, употребляющие героин, т.е. диацетилморфин.

Героин употребляют как интраназально (вдыхание), так и внутривенно. Симптомы острой интоксикации обеих разновидностей опиатов очень похожи. Кожные покровы вначале краснеют, а затем бледнеют, зрачки резко сужены со снижением или отсутствием реакции на свет, кроме случаев тяжелой передозировки, когда на фоне аноксии наблюдается мидриаз, отмечается сухость слизистых, гипосаливация, АД снижается, пульс урежается, понижается моторика кишечника. В психической сфере отмечается изменение аффекта. Настроение повышенное, благодушное, наблюдается либо стимуляция, оживление с повышенной потребностью двигаться, болтливостью, ускорением ассоциативных процессов, либо, напротив, седация, психомоторная заторможенность, сонливость. При передозировке речь замедляется, становится смазанной, сознание помрачается, АД

продолжает падать, нарастает гипотермия, угнетается дыхание, рефлексы ослабляются. Развивается сопор, а затем - кома, возможна смерть от паралича дыхательного центра. Абстинентный синдром представлен слезотечением, насморком, зевотой, гипергидрозом, диареей. При героиновой наркомании эти симптомы редуцированы. Наблюдаются интенсивные болевые ощущения в мышцах, костях, суставах конечностей и поясничном отделе позвоночника. Боли ломящие, тянущие, выкручивающие, обуславливающие неусидчивость. Аппетит отсутствует, нередко тошнота, рвота. Настроение подавленное, с оттенком дисфории и тревоги. Очень стойки и мучительны инсомнические расстройства. Впоследствии длительное время сохраняются аффективные нарушения, расстройства сна, снижение концентрации внимания. HEROИНОВАЯ наркомания в целом характеризуется более сжатыми сроками формирования основных клинических симптомов и синдромов и большей тяжестью медико-социальных последствий.

### ***3. Особенности клинического течения у лиц, страдающих героиновой наркоманией.***

В настоящее время среди лиц молодого возраста, потребляющих дериваты опия, в подавляющем большинстве случаев распространен героин. Клинические признаки героиновой наркомании существенным образом не отличаются от признаков наркоманий, обусловленных потреблением других представителей опиоидной группы. Учитывая изложенное, в основу выявления опиоидных наркоманов положено выявление лиц, допускающих систематическое потребление героина.

Известно, что для развития психической зависимости от героина, то есть до развития I стадии заболевания, достаточно 2 -3 инъекций вещества. Для присоединения физической зависимости, то есть абстинентного синдрома, достаточно 1 - 2 недель систематического потребления того или иного деривата опия.

Больной героиновой наркоманией может находиться в момент обследования в состоянии наркотического одурманивания, "на излете" одурманивания (фазе перехода в абстиненцию), в фазе разгара абстиненции и в периоде вне наркотического экстаза. Различия в перечисленные периоды наиболее отчетливы при исследовании психического состояния (то есть при обследовании у врача-психиатра, психиатра-нарколога, психоневролога). Так, в состоянии одурманивания больной может быть умеренно эйфоричен, благодушен, находится в состоянии "блаженной истомы". Характерны несколько замедленные, "великодушные" движения. Обследуемый всем доволен, наличие каких-либо жалоб нехарактерно. При выраженном одурманивании сознание больного может куда-то "уплывать" на время, пациент выглядит "зачарованным". Характерна "блаженная" улыбка, состояние полного физического и психического комфорта. Возможны отдельные обманы восприятия и даже истинное помрачение сознания, что впрочем наблюдается в экспертных случаях достаточно редко. Зрачки сужены. В состоянии выхода из одурманивания и появления зарниц абстиненции изменяется настроение больного: эйфория исчезает, больные выглядят уставшими, фон настроения становится неровным, по мере развития абстиненции все более приближается к сниженному, даже подавленному, приобретает дисфорический (тоскливо-злой) оттенок. Зрачки чаще всего обычного или мало отличающегося от обычного размера. Наблюдается нарастание вегетативных расстройств, которые будут описаны ниже. Характерно постепенное появление астении по типу "раздражительной слабости", реже развивается астения по типу "усталости, не ищущей покоя". В состоянии разгара абстиненции на фоне массивных вегетативных расстройств наблюдаются отчетливые аффективные (эмоциональные) расстройства, обычно депрессивного круга. Типичен дисфорический оттенок настроения. В поведении обращает на себя внимание стремление к постоянной перемене положения, разминание мышц по типу физических упражнений, почесывание предплечий по ходу венозных сосудов. Иногда, в значительном меньшинстве случаев, в разгар абстиненции может развиваться аффективно смешанное состояние или даже гипомания (повышенный фон настроения, ускорение психических процессов, повышенная физическая активность). Зрачки расширены. Целесообразно напомнить, что дебютные признаки абстинентного синдрома наиболее часто появляются спустя 8-12 часов после последнего введения наркотика в организм.

При обследовании больного героиновой наркоманией вне наркотического эксцесса выраженных отклонений в психическом состоянии выявить чаще всего не удастся. На ранних стадиях наркомании можно выявить изменение мотивационной сферы, "гедоническую направленность" личности. Лишь у больных с длительными сроками потребления больших доз токсиканта могут наблюдаться признаки интеллектуально - мнестического снижения. На более ранних стадиях заболевания осмотр у специалиста, исследующего психические функции у больного наркоманией вне наркотического эксцесса, может выявить наличие осевого признака заболевания - патологического влечения к наркотику. Данный симптом устанавливается при беседе с обследуемым об эффекте тех или иных наркотиков, способе их введения, причинах потребления наркотиков молодежью. Лучше избегать "лововых" вопросов и построить беседу как бы с очевидцем, знакомые которого потребляют ПАВ. При наличии патологического влечения к наркотику больные обычно значительно "оживляются" эмоционально и идеомоторно, усиливают жестикуляцию, в ряде случаев начинают разминать мышцы, почесывать предплечья и область локтевых ямок по ходу венозных сосудов. Настроение обычно повышается, как у алкоголиков перед принятием спиртного. Типично появление негрубых вегетативных расстройств, например особого блеска глаз, изменения оттенка цвета кожи лица. Выявление патологического влечения к наркотику возможно и должно осуществляться при любом состоянии обследуемого, но наиболее показательным этот симптом проявляется вне наркотического эксцесса.

К сугубо косвенным признакам, заставляющим в совокупности с другими "микросимптомами" подумать о возможности наличия героиномамии у обследуемого, является отношение последнего к алкоголю. Как показывает опыт, больные опийными наркоманиями нечасто потребляют алкоголь и совсем в небольшом количестве случаев допускают хотя бы эпизодическое пьянство.

Вегетативные расстройства - характерны для любой фазы заболевания. В состоянии одурманивания они выражены слабо или умеренно. Проявляются в двустороннем сужении зрачков, некотором покраснении или побледнении кожных покровов, иногда повышенной сухости или влажности кожи, склонности к изменению фона артериального давления и частоты сердечных сокращений в допустимых для варианта нормы границах. Своего "расцвета" вегетативные расстройства приобретают в начальных стадиях абстинентного синдрома: зевота, слезотечение, явления вазомоторного ринита, чиханье (может достигать приступов до 50 - 100 раз за раз), "гусиная" кожа, "мраморная" кожа, слюнотечение. К вегетативным расстройствам следует относить возможное повышение температуры тела до 37-37,5 С. Артериальное давление в состоянии абстиненции может достигать уровня 120-145 верхнее и 90-110 мм рт. ст. нижнее. Сердцебиение может достигать 110/мин. При выраженной абстиненции, наблюдаемой чаще на развитых стадиях заболевания, возможно нарушение вегетативной иннервации функций желудочно-кишечного тракта, выражающееся в рвоте, а также диарее (до 10 - 15/сут, иногда с частыми позывами на опорожнение кишечника). При дальнейшем развитии абстиненции вегетативные расстройства не исчезают, они лишь "зашториваются" в большинстве случаев другими симптомами, и в частности мучительными ощущениями в мышцах и суставах.

Вопрос о генезе и классификации болевых ощущений в мышцах и крупных суставах, являющихся обычно наиболее тягостным проявлением абстинентного синдрома при опийной наркомании, далек от разрешения. Однако, не исключено участие вегетативного компонента в генезе и этого расстройства. В заключение описания вегетативных расстройств целесообразно отметить, что их наличие характерно и даже облигатно для всех фаз течения героиновой наркомании, но интенсивность значительно различается.

Отдельные мышечные подергивания, особенно в мышцах голени и стоп. Традиционно описываются в рамках в основном абстинентного синдрома. Однако, по нашим данным, могут наблюдаться в любой стадии заболевания. Более того, в клинике подростковой наркологии научно-исследовательского института наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации у пациентов описаны эпилептиформные приступы и даже судорожные пароксизмы в "холодном" периоде заболевания. Состояние полости рта также может предоставить данные в аспекте "наркологической настороженности". В частности, у опиоманов традиционно и давно описывается обильный кариес. И.Н. Пятницкая обратила внимание на другую, более специфическую патологию: схождение эмали с зубов, а затем их безболезненное обламывание и выпадение.

В случае интраназального (вдыхание через нос) потребления героина могут обнаруживаться следы вяло протекающего ринита, иногда с образованием язв.

Значительный интерес представляют изменения со стороны внутренних органов. В частности, при осмотре могут обращать на себя внимание следующие аномальные явления (следует отметить, что внешние изменения обычно появляются не ранее чем через 1 - 1,5 года систематической наркотизации).

#### **4. Диагностика героиновой наркомании**

Выделяются следующие основные признаки при диагностике героиновой наркомании:

1. Дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже и подкожно-жировой клетчатке и скелетных мышцах. На ранних стадиях, когда поражение ограничивается лишь кожным покровом, речь идет в основном о нарушении обмена витаминов А и Д, при дистрофии мышц - о более глубоких, часто необратимых патологических процессах в организме. Через 3-4 года систематического потребления героина дефицит веса может составить 7 - 10 кг и более. Больные выглядят истощенными, старше своих лет. Ногти и волосы утрачивают блеск, становятся ломкими.

2. Следы инъекций, особенно походу венозных сосудов. Такие стигмы являются одним из основных признаков, имеющим значение при выявлении потребителей наркотиков внутривенным путем (внутримышечно наркотики вводятся редко ввиду "нерациональности"). Наиболее типичные места инъекций - области локтевых сгибов, кисти (особенно с тыльной стороны), стопы. Однако, следует учитывать, что с целью диссимуляции состояния внутривенные манипуляции могут осуществляться на сосудах, более скрытых для визуального осмотра (например, в области гениталий). С целью сокрытия следов инъекций иногда на их месте создаются искусственные ожоги (чаще химического происхождения) или наносятся травмы (чаще всего небольшие порезы с последующим местным воспалением). В силу упомянутого при подозрительной локализации ожогов или травм обследуемый требует повышенного внимания.

3. Симметричные "круги" вокруг глаз (более бледного или более насыщенного по сравнению с окружающей кожей оттенка) в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами. Может обращать на себя внимание увеличение печени, ее умеренная болезненность, иногда повышенная плотность ткани. Данные стигматы могут быть обусловлены как непосредственно гепатотоксическим эффектом героина (то есть наличием токсического гепатита), так и наличием сопутствующего хронического вирусного гепатита обычно типа В или С. В силу того, что значительное количество больных хроническими вирусными гепатитами суть больные наркоманиями (имеет место в основном шприцевой путь инфицирования), диагноз инфекционного гепатита всегда требует исключения сопутствующей наркологической патологии. Как вторичное поражению печени явление может наблюдаться увеличение селезенки.

Существенное значение имеет обнаружение увеличенных лимфатических узлов. Данный симптом может быть обусловлен следующими основными причинами, имеющими отношение к "наркологической настроенности":

1. "Банальные" инфекции, спровоцированные ослабляющим иммунитет (особенно противовирусный) эффектом героина.

2. Как проявление хронического гепатита, особенно вирусной этиологии.

3. Как проявление "немой лимфаденопатии" в течение ВИЧ-инфекции.

В данном случае наибольшее значение имеет распознавание увеличенных затылочных, задних шейных, подмышечных лимфоузлов. Наименьшее диагностическое значение имеет

обнаружение увеличенных паховых лимфоузлов, которое, по данным некоторых исследователей, может иметь более 70 причин. Как известно, в настоящее время в России наличие ВИЧ-инфекции зачастую обусловлено внутривенными манипуляциями в среде наркоманов, более половины из числа вновь выявленных носителей вируса иммунодефицита человека больны героиновой наркоманией.

При исследовании сердечно-сосудистой системы обращает на себя внимание неровный фон артериального давления.

В заключение описания возможного выявления больных опишной (героиновой) наркоманией следует отметить, что оно наиболее затруднительно летом в жару и в сильные морозы зимой, так как в этих условиях абстинентный синдром нередко протекает в редуцированном (не полном) варианте.

## ***5. Лечение героиновой наркомании***

В настоящее время основной акцент в лечебном процессе переносится на формирование и поддержание качественной ремиссии у больных, их адекватную психосоциальную реадaptацию.

**1.** В числе различных подходов к лечению опиоидной (героиновой) зависимости достаточно распространение во многих странах получили методики так называемой ускоренной и сверхускоренной детоксикации. Данная группа методов применяется в отношении больных с зависимостью к опиоидам и подразумевает комплекс антиабстинентных процедур с использованием центральных  $\alpha_2$ -адреномиметиков (чаще всего клонидин), антагонистов опиатных рецепторов и препаратов седативного действия, проводимых в короткие и сверхкороткие сроки (до 24 часов).

Метод позволяет весьма быстро и резко уменьшить фармакологическую толерантность к опиоидам с ранним вовлечением больных в программы противорецидивной терапии, т.е. терапии с использованием налтрексона. По сравнению с заместительной терапией с постепенной отменой опиоидов (tapering opioid substitution) достигается значительный выигрыш в необходимой продолжительности ургентного лечения. А это удерживает пациентов в терапевтической программе. Главное преимущество ускоренной детоксикации (УД) - сокращение сроков редукции основных проявлений опишной абстиненции.

Назначение препаратов имело следующую очередность: вначале перорально клонидин в первичной дозе 0.075-0.15 мг, затем пропофол и гексенал (снижался уровень бодрствования)- легкая сомноленция - медикаментозный сон- 3 стадия наркоза, после чего инфузионно вводился 0.4-0.12 мг налоксона. Дальнейшие действия определялись динамикой состояния больного. В ходе терапии больные находились в сомноленции или медикаментозном сне не менее 8 часов. В состоянии наркоза 3А стадии - до 45 мин. В сутки. Приём клонидина даже в высоких дозах не оказывал влияния на гемодинамику. Вывод: метод ускоренной детоксикации показан пациентам хирургической клиники с сопутствующей опиоидной зависимостью. Ускоренная детоксикация уменьшает явления эндотоксикоза, обусловленного хирургическим заболеванием, и улучшает состояние больного в предоперационном периоде. Снижает толерантность к опиоидам. Но для успешной терапии опишной наркомании необходимо дополнить активной поддерживающей терапией.

**2.** Применение аминокислотной смеси оказывает корректирующее действие на метаболические сдвиги в лимфоидных органах.

**3.** Лечение постабстинентных явлений. А.В. Шевцов, М.А.Винникова установили, что у больных опишной наркоманией патологическое влечение к наркотику (ПВН) сохраняется как в период наличия острого абстинентного состояния (ОАС), так и продолжительное время по миновании его. Некоторые авторы выделяют фазы ОАС острую и протрагированную, которая может длиться 30 недель и более после завершения его острой фазы.

Авторы установили, что у больных опийной наркоманией обострения возможны в определённые дни: 7, 9, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 180 дни. Пациенты и их родственники заранее предупреждались о возможном обострении и принимались меры.

**4.** Лечение антаксоном: на сегодняшний день применение данного препарата является единственным патогенетическим методом лечения опийной зависимости исключая формирование новой зависимости, что наблюдается при применении метадона или лево-ацетилметадона (LAAM).

Фармакотерапия с использованием опиоидных антагонистов, предложенная более четверти века назад L. Wickler, основана на концепции "мотивационного блокирования". В ходе лечения блокируется эйфоригенный эффект опиоидов, что приводит к снижению, а затем и затуханию мотивации в отношении приёма наркотиков. Антаксон является идеальным средством для реализации этой концептуальной модели. Это мощный антагонист, принимаемый перорально и имеющий минимальные побочные эффекты. Он не обладает даже минимальным наркотическим потенциалом и не формирует новой зависимости.

**5.** Кроме указанных препаратов при лечении наркомании широко применяются следующие препараты: клофелин, тиаприд, трамал, пирроксан, ноотропы, соли лития, нейролептики (неулептил, терален, сонопакс) антидепрессанты (амитриптилин, миансан, мапротилин, мелипрамин).

#### ***6. Использование нейролептиков при лечении опийной наркомании.***

Героиновая наркомания в ряду опийных протекает наиболее тяжело и является наиболее злокачественной. У больных героиновой наркоманией перед началом абстиненции возникает острый панический страх, витальный. Развивающийся ОАС сопровождается выраженной психопатологической симптоматикой - тревогой, слезливостью, страхами, ощущением надвигающейся катастрофы, ужаса. В последующем обязательно депрессия с переживаниями отчаяния, безнадежности, истерическими реакциями, нарушением сна. На высоте ОАС нередко делириозные расстройства сознания. Психотическая симптоматика сочетается с алгической, агрипнической, выраженными соматовегетативными нарушениями, компульсивным влечением к наркотику.

Исходя из наличия полиморфной клинической картины, в комплекс терапии ОАС, наряду с применением адrenoблокаторов, анальгетиков и других средств, показаны такие нейролептики, без которых практически невозможно купировать психопатологические расстройства. Больные наркоманией в ОАС далеко не все переносят нейролептики. Это связано снижением общей реактивности организма, нарушениями обмена веществ на клеточном уровне и межклеточном уровне, нарушениях в различных медиаторных системах и т.д.

Опийные наркоманы плохо переносят производные бутирофенона (галоперидол, триседил) и фенотиазина (аминазин). Несколько лучше переносятся тизерцин (меньше побочных действий)-25-50мг под контролем АД. В последнее время появился новый препарат Тиаприд (тиапридал) произведенные Французской фирмой "Синтелаб". Он относится к атипичным нейролептикам (производным замещенных бензамидов) и избирательно блокирует дофаминовые рецепторы, находящиеся в состоянии гиперчувствительности, что наблюдается при различной психической патологии, в том числе и при наркомании. Прежде всего, тиаприд купирует алгическую симптоматику, самую тягостную для больных. Механизм возникновения болевого синдрома в структуре ОАС двоякий: соматогенный - наркотики нарушают нейротрансмиттерную регуляцию в мышцах и суставах, и центрального происхождения - по типу сенестопатий. Поэтому при купировании алгического синдрома в рамках ОАС необходимо назначать ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин и др.) и нейролептик тиаприд. Тиаприд способствует выработке эндорфинов., купирует соматовегетативные и психопатологические расстройства (тревогу, страхи, истерические и психомоторные реакции). Снижается компульсивное влечение к героину.



Назначается в разовой дозе 200мг (2 ампулы по 2.0) через каждые 4 часа в течение 2-4 дней. В/м с последующим переходом на таблетированные формы по 2 таб. (по 100 мг каждая) 4-5 раз в день. При выраженных расстройствах сна назначается вечером (1 ампула, 2 мл) вместе с 1-2 мл тизерцина. Малые дозы тиаприда - и средние - устраняет астено-апатическую симптоматику (50-100мг - 2-4 недели).

Купирование психопатоподобных, поведенческих нарушений, дисфории дозы тиаприда уже 200-300мг 4 раза в день, курс 2-3 недели.

Для купирования тревожно - подавленного настроения хорошо зарекомендовал себя терален (5 мг 3-4 раза в день курсом на 2-3 недели) - обладает мягким седативным и противотревожным действием. При расстройстве сна можно применять лепонекс (азалептин) и хлорпротиксен. После купирования ОАС при выраженной апатии, астении, раздражительной слабости показаны нейролептики с активирующим эффектом: эглонил по 200 мг 3-4 раза в день, этаперазин по 10-20 мг 3 раза в день, малые дозы сонапакса по 10 мг 3 раза в день. При психопатоподобном поведении лучше неупелтил, который в небольших дозах не вызывает заторможенности. По мнению специалистов, профилирующихся на данном направлении, следует избегать в наркологической практике нейролептиков-продолгов, приводящих к выраженным экстрапирамидным расстройствам, что приводит к срыву намечающейся ремиссии. Продолжительность лечения нейролептиками в каждом случае строго индивидуальна, однако для достижения устойчивой ремиссии необходим курс лечения не менее 2-3 месяцев с последующим наблюдением.

## **7. Заключение.**

Концептуальная модель "болезнь - лечение - выздоровление" не приемлема для наркологических больных, поскольку третий её компонент весьма проблематичен. Эти авторы предлагают иной путь: "болезнь - лечение - качество жизни". По мнению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) качество жизни - это "восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами". Другими словами, под качеством жизни понимается достижение целей, задач, желаний, к которым человек стремиться, соответствие характера жизни, который человек хотел бы вести, реальному положению вещей. Качество жизни рассматривается как показатель и субъективный и объективный, включающий как экзистенциальные аспекты, самоощущение, так и оценку своего функционирования, которое может быть квантифицировано. В этом случае рассматриваются вопросы трудовой деятельности, финансовая успешность, социальные и семейные взаимоотношения, межличностные контакты, характер занятий в свободное время и др. проблемы. Использование данного показателя позволяет определить стратегическую цель лечения наркологической патологии: повышения качества жизни пациента. Однако реализация данной цели невозможна без исключения потребления наркотиков. Это обстоятельство существенно ограничивает социальную свободу индивидуума и, в свою очередь, снижает качество жизни.

## **Литература**

1. Михайлов М.А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон - "первитиновой" и опийной интоксикации. М. "Медицина", 1991
2. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. - Л.: "Медицина", 1975.
3. Каплан Г.И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т.1. - М.: "Медицина", 1994.
4. Лукачер Г.Я., Врублевский А.Г. и др. Наркомания, вызванная кустарно приготовленным эфедронем, М., 1990.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. М.: Медпрактика, 2005.
6. Крупицкий Е.М., Бураков А.М., Романова Т.Н. и др. Вопросы наркологии, 2004.
7. Павлова Л.П., Романенко А.Ф. Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека. Л.: Наука, 1998.
8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Сервье, 2000.