

**Наркомании, токсикомании.
Выявление болезней
зависимости в
общесоматической сети**

Профессор О.Ю. Ширяев
Лек. №13

НАРКОТИК

- вещество, злоупотребление которым вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом приеме — психическую или физическую зависимость от него. В нашей стране официальным признанием служит включение данного вещества в список наркотиков приказом Министра здравоохранения РФ.

ПСИХОАКТИВНОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО

- может обладать теми же упомянутыми свойствами, что и наркотик, но социальная опасность злоупотребления им не столь велика, и вследствие этого официально оно наркотиком не признано.

НАРКОМАНИЯ

- болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, и проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической.

ТОКСИКОМАНИЯ

- заболевание, проявляющееся психической, а иногда и физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

ПСИХИЧЕСКАЯ (ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ) ЗАВИСИМОСТЬ

- характеризуется «нефизическими» симптомами: все более овладевающим желанием продолжить употребление данного вещества, добывая его любыми путями, пренебрегая последствиями.

ФИЗИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

- развивается, когда вещество, которым злоупотребляет человек, становится постоянно необходимым для поддержания функционирования организма. Перерыв в регулярном употреблении вещества вызывает болезненное состояние — абстинентный синдром.

Основные факторы развития наркоманий

- Социальные факторы
- Психологические факторы: основные психологические мотивы
 - гедонистические (желание получать удовольствие, испытывать необычайно приятное состояние);
 - атарактические (стремление «забыться», «отключиться от неприятностей», ослабить действие социальных стрессов);
 - субмиссивные (подчиненность влиянию других людей, конформность в компаниях).
- Биологические факторы:

Патогенез наркоманий

Н.Н.Пуховский (1987)

- вмешательство веществ наркотического действия в процессы саморегуляции физиологических функций ведет к возникновению и развитию устойчивых изменений нейровегетативной (нейрогуморальной) реактивности (измененного функционального состояния) организма и в последующем формированию на их основе клиники наркопатологических явлений;
- наркопатологические явления (в частности, клиническая картина синдромов психической и физиологической зависимости) могут быть рассмотрены как эпифеномены эмоциональных расстройств, возникающих в связи с качественными изменениями нейровегетативной (нейрогуморальной) реактивности. Не исключено, что эти явления не имеют собственного психопатологического содержания, а лишь отражают действие общих для нормы и патологии механизмов;
- закономерно и поэтапно развивающиеся изменения нейровегетативной (нейрогуморальной) реактивности организма определяют патогенетическую самостоятельность токсикоманической болезни и основные особенности ее течения при всем разнообразии клинических форм. Эти изменения должны выражаться в виде специфических паттернов психовегетативных (психогуморальных) соотношений, выявление которых может служить целям диагностики и прогноза заболевания.

Классификация наркотиков и психоактивных веществ

- I. Седативные вещества и препараты основным своим действием имеют успокоение, сонливость. К ним относятся опи́й и приготовляемые из него препараты (кроме кодеина), снотворные лекарственные вещества различных фармакологических групп, средства для обезболивания и наркоза, транквилизаторы. Седативным веществом считается и алкоголь.
- II. Стимулирующие вещества и препараты, которые оказывают возбуждающее действие, к ним относятся препараты амфетаминовой группы, кокаина, эфедрина, кофеина и им подобные.
- III. Психодислептические вещества и препараты, которые вызывают дезорганизацию психической деятельности в сочетании с психотической симптоматикой. К ним относят каннабис (гашиш, марихуана), мескалин, псилоцибин, диметилтриптоамин, ЛСД и многие другие.

Международная классификация болезней (10-го пересмотра) -МКБ-10 — выделяет среди наркотиков и психоактивных веществ следующие:

- А) алкоголь,
- Б) никотин (табак),
- В) кокаин,
- Г) опиаты,
- Д) марихуана (конопля, гашиш, каннабис),
- Е) седативно-снотворные и анксиолитические средства,
- Ж) галлюциногены,
- З) амфетамины и кофеин,
- И) летучие вещества (ингалянты),
- К) анаболические стероиды.

ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ

- Используемые препараты: наркотики опийной группы — большая группа депрессантов ЦНС, обладающих морфиноподобными эффектами. Наркотики включают в себя как натуральные опиаты — различные вытяжки из мака опийного (*Papaver somniferum*), сырьем служат маковый млечный сок или «маковая соломка». Среди аптечных препаратов наиболее известны такие как морфин, омнопон, кодеин, промедол, дионин. В подпольных условиях в нашей стране изготавливают героин, метадон и фентанил.

Картина опийного опьянения:

- Непосредственно после вливания наркотика отмечается первоначальная вегетативная реакция («приход»). Появляется ощущение теплой волны, идущей снизу вверх, гиперемия лица и шеи, ощущение покалывания кожи туловища и конечностей. Зудит кожа на лице и особенно чешется кончик носа. Резко суживаются зрачки, пульс делается редким, во рту сохнет. Наступает эйфория.
- Типичное опийное опьянение — («кайф», «таска», «волокуша») развивается через 10-15 мин. после в/в вливания и через 20-30 мин. после подкожных инъекций или при пероральном употреблении опийных препаратов. Все неприятные ощущения исчезают, эйфория выражена максимально. Присутствует чувство необыкновенного душевного и телесного комфорта. Эта эйфория не сопровождается повышением активности или желанием общаться. «Кайфом» наслаждаются в стороне от других. Сознание остается ясным (кроме случаев передозировки, когда может развиваться состояние оглушения, сопора, комы). Зрачки точечные и не расширяются в темноте.
- Длительность опийного опьянения — от 2 до 6 часов в зависимости от дозы и от препарата. Чем чище препарат, тем дольше он действует. Последствие по миновании опийного опьянения проявляется астенией, вялостью, сонливостью, но сон обычно поверхностный и непродолжительный, ощущается тяжесть в конечностях, головная боль. Продолжительность последствия 2 — 4 часа.

Стадии опийной наркомании:

- Злоупотребление без зависимости: первые вливания обычно делают в компании наркоманов и с их помощью. Около 60% эти вливания сразу же бросают, а 40% становятся наркоманами. Мотивацией служит «скука», отсутствие продуктивных интересов, пресыщенность развлечениями. Главную роль в приобщении к злоупотреблению наркотиками играют делинквентные и криминальные группы, компании наркоманов. В настоящее время редко встречаются наркомании, развившиеся в результате устранения наркотиками хронических сильных болей. Хотя такой риск остается в некоторых сферах медицины — в хирургии, онкологии.

Стадии опийной наркомании:

- Первая стадия наркомании: развивается довольно быстро, достаточно бывает 5-10 вливаний, чтобы возникла психическая зависимость от наркотика. Влечение становится главным в жизни, наркоманы стараются не оторваться от компании себе подобных, так как это является для них источником получения наркотика. При вынужденном перерыве в приеме наркотика явления абстиненции бывают стертыми, резко усиливается влечение к наркотику. Настроение становится депрессивно-дисфорическим, угнетение сочетается с раздражением, истериками с рыданиями, требованием денег от близких. Вегетативные проявления абстиненции можно спровоцировать антагонистами наркотика (налоксон, налорфин) — под их воздействием резко расширяются зрачки, чего не бывает у здоровых людей.
- На первой стадии начинает расти толерантность: чтобы вызвать эйфорию, дозу приходится увеличивать в 2-3 раза. От частых инъекций вены предплечий и локтевых сгибов склерозируются, на месте проколов иглой образуются узелки.
- Соматические изменения выражены еще умеренно: снижен аппетит, появляются запоры, начинается похудание. Из-за постоянного миоза ухудшается зрение.

Стадии опийной наркомании:

- Вторая стадия: характеризуется выраженной физической зависимостью от наркотика, которая наступает через несколько месяцев или недель регулярных злоупотреблений. Абстиненция начинается через 12-24 часа после перерыва и протекает тяжело: появляются сильные мышечные боли, боли в суставах, судорожные сведения мышц, спазмы в животе, рвота, понос, боли в области сердца. Зрачки расширяются, пульс учащается. Часто отмечается слюнотечение, слезотечение, непрекращающееся чихание. Озноб чередуется с проливным потом. Самые тяжелые — 2-4 сутки. В это время возможно обострение всех хронических заболеваний, описаны случаи смерти от инфаркта миокарда во время абстиненции. В этот период резко снижается аппетит, наступает похудание, отмечается субфебрилитет. Около 2-х недель сохраняется отвращение к курению (симптом В.А.Гороваго-Шалтана). Тяжелое состояние держится несколько суток, вегетативные нарушения — 1-2 недели. Однако психическая зависимость и сильное влечение к наркотику могут удерживаться несколько месяцев.
- Рост толерантности на второй стадии резко выражен. Описаны случаи, когда толерантность достигала нескольких десятков смертельных доз в сутки для интактного организма. После перенесенной абстиненции толерантность резко падает и прежняя доза может стать смертельной.
- Изменяется картина опьянения. Прежний «кайф» исчезает. Наркотик становится необходимым допингом для восстановления работоспособности, общительности, аппетита. Его действия хватает лишь на несколько часов, а затем требуется повторять вливания в течение дня.
- Резко выражены соматические нарушения: нарушена трофика кожи и ее производных (кожа шелушится, сухая, волосы секутся и выпадают, ногти ломаются, зубы крошатся). Кожа бледная. Зрачки узкие, точечные, нарушена аккомодация. Аппетит снижен. Угасает половое влечение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея. Сексуальная активность может проявляться в пассивной форме, включая гомосексуальные контакты, проституцию. Отмечается периферическая нейропатия, миелопатия, снижение тактильной чувствительности, анемия, запоры, нарушения функций печени и почек, изменяется метаболизм в надпочечниках. Осложнениями являются вирусные гепатиты, СПИД, тромбофлебиты и тромбозы.

Стадии опийной наркомании:

- Третья стадия: встречается нечасто, так как до нее редко доживают. В целом среди наркоманов смертность в 20 раз выше, чем в популяции. Доживших до третьей стадии наркоманов крайне истощение, астения и апатия делают нетрудоспособными. Интерес сохранен только к наркотику. Утрачиваются социальные контакты. Толерантность снижается. Дозы обычно хватает только на то, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить. В основном время проводят в постели. Смерть наступает от интеркуррентных заболеваний, нередко суициды

КАННАБИОИДНАЯ НАРКОМАНИЯ (ГАШИШИЗМ)

- Используемые препараты: марихуана, гашиш, анаша, «план». Являются производными различных видов конопли (чаще индийской). Действующим началом служит тетрагидроканнабиол.

Картина опьянения:

- Легкое субпсихотическое опьянение развивается через 5-15 минут от начала курения. Проявляется эмоциональными перепадами — от безудержного веселья с приступами хохота до эпизодов ужаса и страха. Эмоции заразительны: в компании участники индуцируют друг друга. Злоба не характерна, но, поддавшись общему возбуждению, наркоманы могут крушить и ломать все вокруг. Возникает острая потребность двигаться и общаться. Появляются психосенсорные расстройства: краски становятся ярче, звуки — насыщеннее. Появляется ощущение обострения слуха. Искажается оценка расстояния — предметы отдаляются, в таком состоянии наркоманы крайне опасны за рулем. Ощущается необычайная легкость во всем теле. Вегетативные нарушения: расширение зрачков, блеск глаз, сухость во рту, гиперемия конъюнктивы. Опьянение длится до нескольких часов. При протрезвлении появляется сильный голод.
- Тяжелое психотическое опьянение: встречается редко и бывает следствием передозировки или повышенной чувствительности. Обычно развивается состоящие онейроида с отрешенностью от окружающего, погружением в мир грезоподобных фантазий, переживанием заново сцен эмоционально-значимого содержания. На лице появляется выражение то блаженства, то ужаса. Если наступает делириозное помрачение сознания, то возможны галлюцинации устрашающего характера, от которых больной может спасаться бегством.

Стадии злоупотребления каннабиоидами

- Злоупотребление без зависимости: обычно это эпизодическое употребление, когда собирается «своя компания». Такое злоупотребление может даже на протяжении 2-3-х лет не привести к наркомании. Но при ежедневном курении ее признаки появляются через 1-2 месяца. При курении марихуаны зависимость развивается значительно медленнее, чем при употреблении гашиша.

Стадии злоупотребления каннабиоидами

- Первая стадия гашишной наркомании: характеризуется появлением психической зависимости, которая проявляется потребностью курить по 2-3 раза в день. Курят уже в одиночку. Вынужденный перерыв в курении вызывает астению, вялость, сонливость, угнетенное или раздраженное настроение. Больные настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. Возможно возникновение депрессивных состояний со вспышками, напоминающими дисфорию, с демонстративными суицидальными попытками. Если злоупотребление происходит без перерыва, то признаком явной психической зависимости становится желание выкурить в день несколько сигарет с гашишем, предпочтение более крепких его сортов, необходимость более продолжительного и интенсивного, чем прежде, курения (глубокие затяжки, задержка выдоха и пр.). Гашиш становится главным интересом в жизни, курению отдается предпочтение.
- Вегетативные нарушения вне периода интоксикации мало выражены, обращают внимание постоянно холодные ладони, гипергидроз ладоней, низкое, на грани гипогликемии, содержание сахара в крови.

Стадии злоупотребления каннабиоидами

- Вторая стадия развивается при регулярном курении в течение 2-3 лет и характеризуется изменением картины опьянения (гашиш начинает играть роль стимулятора). До курения вялые, пассивные, бездеятельные, под действием гашиша становятся активными, собранными, общительными, насмешливыми. Подъем длится от 1 до 3 часов.
- Неотъемлемой частью второй стадии считается психопатизация. Различают астенический, апатический и эксплозивный типы психопатизации.
- Одновременно происходят соматические изменения — нарастает общее истощение, у молодых мужчин наблюдается феминизация вследствие постоянно повышенной секреции эстрогенов и уменьшения содержания в крови тестостерона. Имеются данные об угнетении иммунных реакций.
- На этой стадии возможно появление и физической зависимости. Синдром отмены характеризуется: раздражительностью, нетерпеливостью, потерей аппетита, снижением массы тела, бессонницей, ознобом и тремором. Кроме того, могут отмечаться сенестопатические проявления в различных частях тела, сжимающие боли в области головы и сердца, тошнота, спазмы в животе, гипертонические кризы.

Стадии злоупотребления каннабиоидами

- Третья стадия: достаточно отставлена, развивается к концу десятилетия постоянной наркотизации. Симптоматика психической зависимости подавляется симптоматикой физической зависимости. Абстиненции становятся затяжными. Толерантность падает, форма потребления — систематическая, наркотик оказывает лишь тонизирующий эффект. Возможный финал третьей стадии гашишной наркомании — апатическое или мориоподобное слабоумие после многолетнего злоупотребления.

Хронические психозы при гашишной наркомании:

- встречаются примерно у 15% многолетних курильщиков. Картина напоминает параноидную шизофрению. Фигурирует бред преследования и воздействия в сочетании с апатией, безволием, иногда — со слуховыми галлюцинациями. Наличествуют и псевдопаралитические симптомы (дизартрия, атаксия, анизокория). Психозы могут протекать с выраженной аффективной окраской. Считают, что препараты конопли могут выступать провокаторами эндогенной патологии.

КОКАИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

- Обычный кокаина гидрохлорид закладывается в ноздри или вводится внутривенно, «крэк» обычно курят (иногда вместе с марихуаной). Возможен и пероральный путь введения, особенно у тех, кто часто употребляет наркотики. Для данного способа введения характерно длительное всасывание и малая биодоступность (30-40%). Достаточно часто встречается сочетанное употребление кокаина с героином для защиты от героиновой депрессии и для получения стимулирующего эффекта, отсутствующего у героина.

Картина опьянения:

- Зависит от способа введения — медленное действие наблюдается при периназальном введении (через 5-10 мин.). Внутривенное введение оказывает стремительное действие. На сленге его обозначают как «раш» — «бросок». Эйфория развивается уже «на кончике иглы». Курение «крэка» тоже довольно быстро дает эффект.
- Типичное опьянение характеризуется как маниакальноподобное состояние, с выраженной эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью, ощущением раскрытия своих творческих способностей, небывалой глубины собственных мыслей. Одновременно имеется тенденция к конфликтам, настороженность. Отмечается приятная легкость во всем теле. Вегетативные нарушения проявляются сердцебиением, расширением зрачков, повышением артериального давления. Характерным считается половое возбуждение.

Эпизодическое злоупотребление кокаином:

- может длиться довольно долго, при перерывах в употреблении не наблюдается явлений абстиненции. Но эпизодическое злоупотребление может стать злокачественным, напоминая алкогольные запои. Это состояние носит название «бинджиг» — «загул», длятся эти состояния по несколько суток.

Хроническое злоупотребление:

- ежедневное или почти ежедневное с разной скоростью приводит к развитию зависимости. При внутривенном вливании или при курении «крэка» признаки наркомании появляются достаточно быстро — обычно через несколько недель. Остальные способы введения приводят к развитию наркомании значительно медленнее.

Признаки кокаиновой наркомании:

- психическая зависимость и постоянное влечение к кокаину, рост толерантности, изменение картины опьянения, а также развивающиеся постоянные психические и соматические нарушения. По мере развития наркомании появляется необходимость увеличивать дозу, эйфорический эффект исчезает полностью, а дисфория во время абстиненции становится все тяжелее. Возможны вспышки гнева, направленные на окружающих и на себя (вплоть до суицидов). Физическая зависимость отчетливо не проявляется.

ЭФЕДРОНОВАЯ И ПЕРВИТИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ (ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СТИМУЛЯТОРАМИ)

- В нашей стране чаще встречается эфедрон, изготовляемый в кустарных условиях из лекарств, содержащих эфедрин (глазные капли, средства для лечения бронхиальной астмы). Кроме того, используется производное первитина (гидрохлорид йодпервитин), называемый на сленге наркоманов «ширкой». К этой же группе относится кофеин, амфетамин (фенамин).

Картина эфедрового и первотинового опьянения:

- при пероральном приеме через 10-15 минут развивается эйфория со своеобразными психосенсорными нарушениями. Появляется ощущение «невесомости», краски окружающего мира становятся необычайно яркими. Возникают синэстезии — при звуках в глазах появляются радужные пятна. Возникает чувство любви к людям, сопереживания, ощущение небывалой ясности мыслей. Это можно назвать «обостренной чувствительностью».
- При внутривенном введении симптоматика развивается стремительно. Через несколько минут («приход») появляется легкий озноб, ощущение покалывания в руках и ногах, шевеления волос на голове, сердцебиение. В следующей фазе — через 10-20 минут возникает состояние, напоминающее гипоманиакальное. Возможны явления деперсонализации и дереализации. Обстановка кажется необычайно интересной. Резко усиливается половое влечение, возникает длительное половое возбуждение. Вегетативно: повышение АД, тахикардия, экстрасистолия. Глаза блестят, губы сохнут. Лицо бледное. Неврологически: мидриаз, ослабление реакции зрачков на свет, спонтанный нистагм, вздрагивания всем телом, мышечный тремор. Картина опьянения удерживается до 8 часов.

Картина амфетаминового опьянения:

- первая фаза существенно не отличается от эфедренового опьянения. Во второй фазе отмечается подъем, взвинченность, возбужденность. Появляется неутомимость, исчезает страх, появляется стремление к деятельности. Резко возрастает агрессивность. Легко возникает подозрительность, больные всегда начеку и готовы дать отпор. Возможно развитие бреда отношения и преследования. Амфетамин резко подавляет потребность в пище и во сне. Зрачки широкие, ослаблена конвергенция. «Все как в тумане». Соматические проявления похожи на таковые при эфедреновом опьянении.

Принципы лечения наркоманий:

- индивидуальный подход к терапии с учетом личностных, возрастных и половых особенностей, а также с учетом клинико-биологических показателей;
- непрерывность и длительность терапии (в США считается, что наркомана необходимо лечить не менее 6 месяцев в условиях стационара после каждого срыва ремиссии);
- при наличии зависимости необходимо проводить лечение в условиях закрытого стационара, с режимом, исключающим доступ к наркотикам;
- комплексный подход;
- этапность и преемственность лечебных мероприятий;
- выработка установки на прекращение наркотизации и возврат к нормальному образу жизни.

КУПИРОВАНИЕ ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ

Купирование передозировки опиатами:

- применяются внутривенные вливания антагониста опиоидных препаратов – налорфина (наллина) в/в 2 мл 0,5% р-ра, при недостаточном эффекте можно повторить вливание через 10-15 мин. Общая доза не должна превышать 8 мл. Проводится дезинтоксикация по общим принципам, в этот момент можно добавить кофеин 10% р-р до 10 мл в сутки. Применяют п/к инъекции атропина 0,1% р-р — 1 мл. Промыть желудок 0,1% р-ром калия перманганата. При отсутствии налорфина можно вводить бемегрид (антагонист барбитуратов).
- на ночь — теплые ванны (особенно при опиоидной наркомании)
- р-р пропазина 2,5% — 50 мг
- р-р димедрола 1% — 2,0 в/м
- р-р кордиамина 5% — 2,0 п/к (сульфакамфокаин)

- ***Купирование тяжелого психотического опьянения при гашишной наркомании:***
- купируется введением нейролептиков и транквилизаторов. Начинают с в/м введение 0,5% р-ра седуксена (реланиума) — 2-4 мл, затем при отсутствии эффекта и двигательном возбуждении — 2-4 мл 2,5% р-ра аминазина в/м, при остром параноиде — 0,5 мл 0,5% р-ра галоперидола в/м.
- ***Купирование атипичных психотических опьянений при кокаиновой наркомании:***
- используют нейролептики и транквилизаторы (реланиум, феназепам, галоперидол, аминазин).

- ***Купирование состояний, вызванных применением стимуляторов:***
- возбуждение устраняется введением сибазона (реланиума), дезинтоксикацией; экстрасистолию купируют новокаиномидом. При психотических эпизодах лучше давать тизерцин перорально. Галоперидол вызывает акатизии, аминазин — коллапсы.
- ***Купирование передозировок барбитуратами:***
- введение бемегрида (антидот барбитуратов), применение диуретиков.
- ***Купирование передозировок транквилизаторами:***
- общая дезинтоксикация, введение кофеина перорально, п/к, в/в, при угнетении дыхания — бемегрид в/в. Сиднокарб 5-10 мг/сутки.

КУПИРОВАНИЕ АБСТИНЕНЦИИ

- Включает дезинтоксикационную симптоматическую терапию, витаминотерапию; для дезинтоксикации используются тиоловые препараты, гипертонические растворы (глюкоза, мочеви́на, магне́зия сульфат), изотонические растворы (натрия хлорид), плазмозамещающие растворы (гемодез).
- ***Купирование легкой абстиненции:***
- р-р витамина В-1 6% — 2,0 п/к
- р-р витамина В-6 5% — 2,0 п/к
- р-р витамина В-12 — 400 в/м
- р-р унитиола 5% — 5,0 в/м
- при повышении АД: пирроксан по 1 т. 2 раза в день (утро, обед)
- н/н терален — 5 мг, или тизерцин — 25 мг

- ***Купирование абстиненции средней тяжести:***
- витаминотерапия (см. выше)
- р-р тиосульфата натрия 30% — 10,0 мл в/в
- р-р унитиола 5% — 5,0 мл в/м при нормальном АД
- р-р магния сульфата 25% — 5,0 в/м при повышенном АД
- р-р бутироксана 1% — 2,0 мл при повышенном АД
- при нормальном или пониженном АД
- р-р кордиамина 25% — 2,0 п/к (сульфокамфокаин 2,0 мл в/м)
- н/н — терален — 5 мг или
- тизерцин — 25 мг или
- неулептил — 5-10 мг (5-10 кап. 4% р-ра)

- **Купирование тяжелой абстиненции:**
- перед капельницей — 1 т. диакарба (0,25)
- в/в капельно р-р физиологический 0,9% — 300,0 мл или
- р-р глюкозы 5% — 300,0 мл
- р-р вит.В-6 5% — 2,0-3,0 мл
- р-р аскорбиновой к-ты 5% — 3,0 мл
- р-р димедрола 1% — 2,0-3,0 мл
- р-р коргликона 0,06% — 1,0 мл
- затем: р-р гемодеза — 200,0-300,0 мл
- затем: р-р реланиума 4,0 мл в/в струйно
- затем: р-р вит.В-1 6% — 2,0 п/к
- р-р вит. В-12 — 400 в/м
- р-р тиосульфата натрия 30% — 10,0 в/в
- р-р унитиола 5% — 5,0 в/м при повышенном АД
- р-р бутироксана 1% — 2,0 в/м — 3 раза в день (пирроксан 1%)
- р-р анальгина 50% — 2,0 — 2 раза в день
- р-р папаверина 2%-2,0 — 2 раза в день
- р-р сульфокамфокаина -2,0 — 2 раза в день
- р-р глюкозы 40% — 15,0
- р-р аскорбиновой к-ты 5% — 5,0 в/в струйно
- бутадиион по 1 т. 3 раза в день

ПОДАВЛЕНИЕ ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКАМ

Психотерапевтическая коррекция:

- рациональная психотерапия;
- групповая психотерапия (с элементами психодрамы, гештальт-психотерапии);
- гипнотерапия;
- холотропная терапия;
- эмоционально-стрессовая терапия;
- аутотренинг

- **Психотропные средства, устраняющие влечение к наркотикам:**
- Пирроксан — оказывает легкое седативное действие, нормализует вегетативные нарушения, внутрь таб. по 0,015-0,03 г 1-4 раза в день или в/м по 1-2 мл 1,5% р-ра 2 раза в день.
- Терален — седативный и антидепрессивный эффект, внутрь по 10-50 мг в сутки.
- Хлорпротиксен — купирует аффективные расстройства, психо-патоподобные расстройства, прием в дозе 15-60 мг /сут.
- Этаперазин – 1 — 20 мг/сут., обладает активирующим эффектом.
- Сонапакс (тиоридазин) — при психопатоподобных расстройствах субдепрессивного плана, доза 50-200 мг/сут.
- Неулептил — показан при психопатоподобных проявлениях, доза 5-70 мг/сут.
Карбидин — снимает аффективные расстройства, доза 25-150 мг/сут.
- Инмекарб — по 1 таблетке 2-3 раза в день.
- Финлепсин — снимает дисфорические проявления, по 1 таб. 3 раза в день.
- Амитриптилин — показан при выраженном депрессивном фоне, 25-100 мг/сут.
Коаксил — тревожно-депрессивные расстройства, при синдроме отмены по 1 т. 3 раза в день.
- Ксанакс — тревожно-депрессивные состояния, по 0,25- 0,5 3 раза в день.
- Ноотропил — при признаках интеллектуального снижения, угасании активности, адинамии, доза 1000-2400 мг в сутки, курс 2-3 месяца.
- Глутаминовая к-та — до 10-12 г в сутки — предотвращает рецидив.
- Пирогенал — от 50 до 1000 МДП в/м, подавляет неинтенсивное влечение.
- Витаминотерапия на всем протяжении лечения.
- Глицин — воздействует на мозговой метаболизм, 100 мг 2 раза в сутки — неделю, затем — 2-3 недели по 100 мг утром.

БАРБИТУРОМАНИЯ

- Используемые препараты: барбамил (амитал-натрий), нембутал (этаминал-натрий), фанодорм; бромурал — из группы уреидов; ноксирон — из группы пиридина (в настоящее время в нашей стране изъяты из употребления).
- Пути введения: применяются орально, внутримышечно, внутривенно.

Картина барбитурового опьянения:

- напоминает алкогольное, появляется беспричинное веселье, беспорядочная активность, высказывания отражают эмоциональные переживания. Речь смазанная, походка шаткая, движения несоразмеренные — эти расстройства появляются раньше и выражены сильнее, чем при алкогольном опьянении. Нередки проявления гнева, драчливость. Вегетативные нарушения: брадикардия, понижение АД, снижение температуры тела, расширение зрачков, гиперемия лица.
- Эйфория вскоре сменяется астенией и сонливостью. Сон наступает через 1-3 часа.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

- Используемые препараты: чаще применяются нитразепам (эуноктин, радедорм, неозепам), сибазон (диазепам, седуксен, валиум, реланиум), мепробамат. Реже используются такие вещества как элениум, либриум, тимозин, тазепам, оксазепам, мебикар, триоксазин. Дневные транквилизаторы, без миорелаксирующего действия, практически ненаркогенны.

ИНГАЛЯНТНЫЕ ТОКСИКОМАНИИ

- Используемые вещества: относятся в основном к технической и бытовой химии. Раньше (в конце XIX века) применялся эфир, в настоящее время наиболее распространены бензин, ацетон, клей, растворители, толуол. Действующими началами этих средств являются ароматические и алифатические углеводороды: бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизированные и фторированные углеводороды.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ БЕНЗИНА

- наступает в течение 5-10 минут ингаляции. Краснеет лицо, раздражаются дыхательные пути. Затем возникает эйфория, без стремления к двигательной активности. Если ингаляция прекращается, то опьянение проходит через 15-20 минут. Если продолжается, то может развиваться делирий с устрашающими яркими зрительными галлюцинациями (дикие звери, бандиты и террористы). Реже характер галлюцинаций — сексуальный. Слуховые галлюцинации бывают редко и носят элементарный характер. Галлюцинации принимаются за реальность, но отношение к ним двойственное — страх сочетается с любопытством. Делирий редко длится более 30 мин. и сменяется астенией, апатией, головной болью. Запах бензина во вдыхаемом воздухе держится несколько часов.

ОПЬЯНЕНИЕ АЦЕТОНОМ, ТОЛУОЛОМ, ПАРАМИ РАСТВОРИТЕЛЕЙ НИТРОКРАСОК

- сходно с онейроидом (разворачиваются сцены, напоминающие увлекательный фильм, от окружающего отключены, но сохраняется сознание того, что видения вызваны, а не реальны). Онейроид протекает с оглушением. При передозировке наступает сопор и кома. Сильный запах ацетона изо рта позволяет распознать природу этих состояний.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ НЕКОТОРЫХ СОРТОВ КЛЕЯ

- проявляется эйфорией и онейроидом. Видения часто напоминают мультипликационные фильмы развлекательного содержания (маленькие человечки, зверюшки). При передозировке наступает сопор и кома, описаны случаи смерти при вдыхании паров клея из целлофанового мешка

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

- Используемые вещества: употребление галлюциногенов известно с давних времен, индейские племена в Америке использовали высушенные верхушки кактусов, действующим веществом которых является мескалин — вещество, сходное по действию с адреналином, но отличное по действию.

- Чаще всего применение галлюциногенов вызывает делириозное помрачение сознания. При приеме циклодола (паркопана, артана) вначале наступает эйфория, временами перемежающаяся с чувством страха. Затем появляются галлюцинации. Характерна калейдоскопичность галлюцинаций, тесная связь слуховых галлюцинаций со зрительными. Отмечается симптом исчезающей сигареты — больной, не видя своей руки, чувствует в ней сигарету, когда пытается поднести ее ко рту — она исчезает.
- Димедроловый делирий — критическое отношение к происходящему быстро утрачивается, и больной может стать опасным для других. Галлюциноз, вызванный ЛСД — отличается развитием сенестопатий, звуки вызывают цветовые ощущения, видения яркие и сочетаются с деперсонализацией и дереализацией. Временами выражены агрессивные тенденции.

Острая интоксикация никотином:

- ранние проявления
 - тошнота, рвота, обильное слюноотечение, боли в животе; тахикардия, гипертензия, тахипноэ.
- поздние проявления
 - брадикардия, гипотензия, угнетение дыхания, миоз, спутанность сознания, возбуждение.
- самые поздние проявления
 - мидриаз, летаргия, судороги, кома.