

## ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ ТЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

*Н.К.Сарбаева., М.Л.Аграновский., Р.К.Муминов.,*

*И.Ф.Козимжонова., К.И.Аскарова.*

*Андижанский государственный медицинский институт(Узбекистан)*

**Резюме:** По оценкам экспертов, в настоящее время проблема наркомании на территории всех стран мире затрагивает около 30 миллионов человек, то есть практически каждого пятого жителя страны. Сегодня в стране не осталось ни одного региона, где бы не были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Опиная наркомания является наиболее тяжелой, широко распространенной наркозависимостью. Данные пациенты нуждаются в получении нейропсихологической коррекции и в фармакологическом лечении.

**Ключевые слова:** абстинентный синдром, героин, дефекты психики, морфин, морфинизм, наркозависимость, неврозы, нейропсихологическая коррекция, опий, опиная наркомания, псевдоабстинентный синдром, фармакологическая помощь, эйфория.

## MAIN CLINICAL STAGES OF OPIUM ADDICTION

*N.K.Sarbayeva., M.L. Agranovsky., R.K. Muminov.,*

*I.F. Kozimzhonova., K.I. Askarova.*

*Andijan State Medical Institute (Uzbekistan)*

**Resume:** According to experts, currently the problem of drug addiction in all countries of the world affects about 30 million people, that is, almost every fifth inhabitant of the country. Today, there is not a single region in the country where the cases of drug use or distribution have not been recorded. Opium

addiction is the most severe, widespread drug addiction. These patients require neuropsychological correction and pharmacological treatment.

**Key words:** withdrawal symptoms, heroin, mental defects, morphine, morphinism, drug addiction, neuroses, neuropsychological correction, opium, opium addiction, pseudo-withdrawal syndrome, pharmacological assistance, euphoria.

**Введение.** В настоящее время героин является самым распространённым наркотиком. В подавляющем числе случаев личность больных характеризуется неуверенностью в себе, низкой самооценкой, асоциальными наклонностями, доминирующим дисфорическим аффектом, низкой фрустрационной толерантностью[2,5]. Имеются данные, что около 90% из них имеют какое-либо психическое расстройство в преморбиде, наиболее часто – депрессию, далее – алкоголизм, различные формы психопатий. Соотношение мужчин и женщин от 3:1 до 5:1.

Опийная наркомания – тяжелая, широко распространенная зависимость. В прошлом считалась элитной, встречалась преимущественно у представителей богемы и аристократов. Упоминания о приеме препаратов опия можно встретить в произведениях Конан Дойля, Михаила Булгакова, Антона Чехова и других писателей. В настоящее время опийная зависимость утратила свою элитарность и встречается среди представителей всех социальных групп. Чаще возникает в юношеском возрасте[3,4,7]. Отличительной чертой данной наркомании является возможность возникновения эйфории при использовании малых (терапевтических) доз препаратов. Так, даже разовое введение 1 мл 1% раствора морфина или самодельного препарата с морфиноподобным действием может вызвать эйфорию. По описаниям больных, эйфория при приеме опиатов проходит 2 фазы действия[1,3].

Возможность злоупотребления опиатами и их медицинское использование для обезболивания, лечения диареи делает важным необходимость определить различие между пристрастием и зависимостью.

Хотя клиническое течение острой и хронической интоксикации опиатами имеет отдельные отличительные особенности, в основных чертах (за исключением кодеина) она чрезвычайно сходна, почти тождественна[2,6].

Способ употребления зависит от препарата: опиум курят, героин обычно вводят внутривенно, вдыхают(нюхают) или комбинируют со стимуляторами для внутривенного введения.

**Цель исследования.** Изучить клинической особенности опийной интоксикации.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленных цели было проведено обследование 42 больных с перенесших опийную интоксикацию.

**Результаты исследования.** Парентеральное введение препарата вызывает аналгезию, безразличие к боли, сонливость, чувство теплоты, тяжести в конечностях и сухости во рту, Как правило ощущается эйфория («приход»),возникающая вскоре после в/в введения и длящаяся 10-30 минут; затем доминирует седативный эффект («волокуша»). Первые приёмы могут сопровождаться дисфорическим оттенком аффекта, тошнотой и рвотой.

Анальгетический эффект достигает максимума через 20 минут после в/в введения, примерно через 50-60 минут после п/к и длится 4-6 часов в зависимости от типа препарата, дозы и стажа употребления. Может отмечаться гиперемия и зуд кожных покровов, в особенности носа. Отмечается сужение зрачка, спазм гладкой мускулатуры(включая мочеточник и желчные пути) запоры.

Передозировка сопровождается замедлением дыхания, брадикардией, снижением реакции на внешние раздражители, понижением температуры и давления крови. Опиоиды подавляют функцию дыхательного центра в стволе мозга(этот эффект потенцируется фенотиазинами и ингибиторами МАО). Смерть при передозировке, как правило, связана с остановкой дыхания, Классическая триада передозировки опиатов: кома, зрачки типа «булавочной головки» и подавление дыхания. Передозировка обычно происходит случайно и может потребовать экстренного медицинского вмешательства, Среди причин – ошибка в дозировке либо нерегулярное использование препарата, в связи с чем пациент может утратить прежнюю толерантность. Часто передозировку вызывает сочетание героина с другими препаратами, угнетающими ЦНС, например, алкоголем или седативно-гипнотическими средствами. Клинически симптомы включают выраженный миоз, угнетение дыхания, угнетение деятельности ЦНС. Лечение включает срочную госпитализацию в отделение интенсивной терапии, проведение симптоматической терапии по поддержанию жизненно важных функций и срочное введение антагониста опиатов – налоксона (налорфина). Сразу вводится 0,8 мг в/в, если через 15 минут нет эффекта - вводят 1,6мг и оценивают эффект через 15 минут. При отсутствии эффекта ещё вводят 3,2 мг, затем при достижении желаемого результата необходимо вводить налоксон 0,4 мг каждый час. Следует помнить, что налоксон имеет короткий период полувыведения, поэтому его нужно применять постоянно до полного выведения опиатов (например, метадон до 3-х суток). Необходимо учитывать возможность передозировки несколькими препаратами.

При регулярном употреблении опиатов быстро возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром), высокая толерантность.

Отличительным признаком зависимости при употреблении препаратов опия и морфиноподобных веществ является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются иногда в терапевтических целях.

Явления абстинентного состояния начинают развиваться в течение нескольких часов после приёма последней дозы в период, когда должна быть принята очередная доза по устоявшейся схеме, и достигают своего пика на 2-3 сутки (через 36-72 часа), снижаясь в последующие 7-10 дней, хотя отдельные проявления (бессоница, брадикардия) могут сохраняться до нескольких месяцев. Существует закономерность: чем более активен опиат, тем быстрее, короче и интенсивнее синдром отмены. Клиническая картина в легких случаях во многом напоминает состояние при гриппе.

При длительном злоупотреблении опиатами наблюдаются очень тяжелые последствия, характеризующиеся астеническими расстройствами. Внешне больные выглядят значительно старше своих лет, заметно истощение (дефицит массы тела достигает 8-15кг), на лице многочисленные морщины, кожа бледная, с желтушным оттенком, как у больных с заболеваниями печени. Характерным признаком является разрушение и выпадение зубов, часто наблюдается раннее полысение; волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти. Вены утолщены, в рубцах, происходит зарощение их русла. Это служит дифференциально-диагностическим признаком. Пульс обычно редкий, все виды рефлексов и потенция снижены, зрачки узкие, выражены запоры.

Со стороны внутренних органов часто наблюдаются гепатит В, СПИД, циррозы, эндокардиты, легочная эмболия, септицемия, абсцессы, сепсис, пневмонии, флебиты, лимфангаиты, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, гломерулонефриты.

**Вывод.** Таким образом, при длительном употреблении опиатов индивидуальные личностные характеристики сглаживаются,

нивелируются и больные становятся как бы обезличенными, похожими друг на друга, что отражает развитие своеобразного психического и личностного дефекта. Этот дефект, характеризующийся эмоциональным снижением и морально–этическим падением, можно сравнить с шизофреноподобным дефектом. Данные пациенты нуждаются в специализированной помощи, и не только фармакологической, но и обязательно – нейропсихологической.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахрамейко А.В., Куташов В.А. Современные аспекты лечения героиновой зависимости / Ахрамейко А.В., Куташов В.А. // Молодой ученый. – 2015. – № 23 (103). – С. 309 – 316.
2. Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях: 2 – е изд., испр. и доп. / С. Б. Белогуров. – Санкт – Петербург, 2001. – 213 с.
3. Будневский А.В., Ульянова О.В., Захаров О.П., Хабарова Т.Ю., Куташов В.А. Применение классификационно–прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервно–психических расстройств. / Будневский А.В. [и др.] // Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии». Москва. 2016. – № 3. – С. 37 – 43.
4. Куташов В.А. Изучение клинико – психологических особенностей лиц, употребляющих наркотики / В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. – 261 – 265.
5. Ульянова О. В. Глютен и целиакия как факторы риска развития нейродегенеративных заболеваний. Этиология, патогенез, клиника и основные пути профилактики / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 18 (122). – С. 141 – 145.
6. Хабарова, Т.Ю., Ульянова О.В., Куташов В.А. Организация процедуры исследования медико – социально – психологических и неврологических

характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. Т14, №3. – С. 588 – 592.

7. Щербак Е.А., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. Возможности раннего выявления аутоагрессивного поведения у пациентов с хроническим алкоголизмом / Щербак Е.А., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015. – Т. 18, № 3. – С. 46 – 52.