

УДК 616.89-008.441.33:616-097-022:578:612.017.1

Далимова С.А., Мадаминов О.А., Салиев М.М., Махмудова Х.Х.

Кафедра психиатрии, наркологии,

медицинской психологии и с курсом психотерапии

Андижанский государственный медицинский институт

## ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

**Резюме:** Одной из частных форм наркоманий является опиная (опиоидная) наркомания — заболевание, развивающееся в результате употребления опиатов (опиоидов) и формирования наркотической зависимости.

В последние годы стала заметно прослеживаться тенденция к разграничению используемых фармакологами и наркологами понятий «опиная наркомания» и «опиоидная наркомания». Понятие «опиаты» обычно включает наркотические вещества природного происхождения, полученные из растительного сырья (снотворного мака — *Papaver somniferum*), в том числе как отдельные алкалоиды этого растения, так и первично обработанные растительные продукты, содержащие смесь алкалоидов (специальным образом кустарно обработанный и готовый для употребления опий-сырец — так называемый ацетилованный опий). Полученные искусственным (полусинтетическим или синтетическим) путем сходные по фармакологическому действию с опиатами вещества обозначают термином «опиоиды».

Опийные вещества подразделяются по происхождению: природные, полусинтетические, синтетические, а также по типу их фармакологического действия: полные и частичные агонисты опиоидных рецепторов, антагонисты и препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия.

**Ключевые слова:** интоксикация, опий, зависимость, алкалоид, морфин, опиумного мака.

*Dalimova S.A., Madaminov O.A., Saliev M.M., Makhmudova H.H.*

*Department of Psychiatry, Narcology,*

*Medical Psychology and with a course of psychotherapy*

*Andijan State Medical Institute*

## **ASSESSMENT OF THE CHARACTERISTICS OF OPIUM ADDICTION**

**Resume:** One of the private forms of drug addiction is opium (opioid) addiction - a disease that develops as a result of the use of opiates (opioids) and the formation of drug addiction.

In recent years, a tendency has been observed to distinguish between the concepts used by pharmacologists and narcologists as “opium addiction” and “opioid addiction”. The term “opiates” usually includes narcotic substances of natural origin derived from plant materials (sleeping pills - *Papaver somniferum*), including both individual alkaloids of this plant and primary processed plant products containing a mixture of alkaloids (specially crafted and prepared for consumption of raw opium - the so-called acetylated opium). Obtained artificially (semi-synthetic or synthetic) by substances similar in pharmacological action to opiates, the term “opioids” is used.

Opium substances are divided by their origin: natural, semi-synthetic, synthetic, as well as by the type of their pharmacological action: full and partial agonists of opioid receptors, antagonists and drugs of mixed (agonist-antagonistic) action.

**Key words:** intoxication, opium, addiction, alkaloid, morphine, opium poppy.

**Введение.** Применение опиатов датируется периодом Шумерской цивилизации и описано в арабской литературе еще в X веке. Считается, что три события, произошедшие в XIX веке: 1) выделение морфина, 2) изобретение шприца для подкожных инъекций и 3) синтез

диацетилморфина (героина) в 1874 году – стали основой широкого распространения применения опиатов для аналгезии, одновременно повысив возможность злоупотребления ими. Высокие концентрации морфина или героина в крови при инъекции могли быть достигнуты быстрее, чем при курении или жевании.

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

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. 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.

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

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. В таблице 1 представлены объективные и субъективные признаки синдрома отмены опиатов в зависимости от периода после последнего приёма наркотика.

Объективные и субъективные признаки синдрома отмены опиатов

Период	Объективные признаки	Субъективные признаки

<b>Через 3-4 ч. после последнего употребления наркотика</b>	Отсутствуют	Боязнь синдрома отмены. Чувство тревоги. Страстное желание принять наркотик. Поиск наркотика.
<b>Ранние проявления синдрома отмены (через 8-10 ч. после последней дозы наркотика)</b>	Потливость Зевота Ринорея Слезотечение Расширенные зрачки	Нетерпеливость и чувство тревоги Заложенность носа. Активный поиск наркотика. Спазмы желудка
<b>Развившийся синдром отмены (на 1-2 сутки после последней дозы наркотика)</b>	Тремор Пилоэрекция Рвота Диарея Лихорадка Спазмы мышц Гипертензия Тахикардия	Выраженное чувство тревоги Мышечная боль Импульсивное поведение Озноб Головная боль Раздражительность Вспыльчивость
<b>Затяжная абстиненция (может продолжаться до 6 мес.)</b>	Гипотензия Брадикардия	Бессонница, Аффективные нарушения Пассивность Отсутствие аппетита Стимулообусловленная тяга к наркотику.

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 заращение 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.** Больные трудоспособны только тогда, когда они находятся под воздействием наркотика. Круг интересов резко сужается: сосредоточен только вокруг наркотиков и их добывания, исчезает интерес к прежним занятиям. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, морально-этическое снижение. Речь изобилует жаргонными словами. Отчётливых психических расстройств в виде значительного снижения интеллекта, деменции не отмечается.

Считается, что после формирования зависимости героиновый наркоман живёт в среднем 4,5-5 лет. Смерть обычно наступает от передозировки, редко в период абстиненции из-за падения сердечной деятельности.

### **Литература:**

1. Н.Л.Скворцов. Наркомании и токсикамании материалы лекции №16.
2. М.Л.Аграновский. Чувствная психиатрия. Учебная пособия. 2014г. 82 стр.
3. Рустамова Ж.Т. Особенности формирования клиники и течения опийно-

гашишной полинаркомании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –  
Ташкент, 2009. - 24 с.

4. Садвакасова Г.А. Особенности формирования зависимости от  
опиоидов

у женщин, проживающих в Республике Казахстан// Вопросы  
наркологии

Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. 8, №3. – С. 70-77