

Фармакологічне лікування наркоманій і токсикоманій

Лікування наркоманій і токсикоманій на сьогодні не має чіткої патогенетичної орієнтації і багато в чому є симптоматичним, оскільки експериментальні дослідження і клінічна практика ще не дають змоги розробити єдині, загальновизнані методи лікування залежності від психоактивних речовин. Така ситуація обумовлена недостатнім знанням глибинних механізмів патогенезу наркоманій, які, як відомо зумовлені досить тонкими і не завжди помітними функціональними змінами фізіологічних і біохімічних процесів центральної нервової системи.

I. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

Важливим принципом лікування є його етапність:

1 етап (попередній) – детоксикація (дезінтоксикація), загальнозміцнююча і стимулююча терапія на тлі припинення вживання наркотичної речовини.

2 етап (основний) – активне протинаркотичне лікування

3 етап (додатковий) – всі види підтримуючого лікування і реабілітація.

Лікування наркозалежних залежно від стану пацієнта, важкості зловживання і терапевтичного етапу ставить перед собою різні завдання. До них можна віднести наступні:

- невідкладна допомога та інтенсивна дезінтоксикація при гострих отруєннях (методи невідкладної допомоги будуть розглянуті в окремому розділі);
- лікування абстинентного синдрому при фізичній залежності від психоактивної речовини;
- дезінтоксикація при хронічному отруєнні наркотиками та іншими токсичними речовинами;

- лікування психічних і соматичних ускладнень, що викликані тривалим зловживанням;
- попередження розвитку obsесивного і компульсивного потягу до психоактивної речовини та усунення залежності;
- реабілітаційні заходи та профілактика рецидивів вживання психоактивних речовин.

При першому зверненні наркозалежного за допомогою основною умовою лікування є госпіталізація незалежно від того, знаходиться він у стані неускладненого сп'яніння чи психозу. Стаціонарне лікування повинне проводитись у загальнопсихіатричних або спеціалізованих наркологічних відділеннях, а при відсутності таких у загальносоматичних.

Тривалість первинної госпіталізації повинна складати не менше 60 днів, але часто вона визначається часом усунення проявів абстинентного синдрому з подальшою відмовою хворих від лікування.

Для вибору правильної схеми терапії необхідно враховувати стадію захворювання, вік пацієнта, стан його психічного здоров'я і наявність у нього прагнення позбавитись наркотичної залежності.

Перший етап лікування починається з припинення вживання наркотичної речовини. Відмова від прийому здійснюється трьома методами:

- *раптовим* (у молодих людей на початкових стадіях хвороби);
- *швидким* (найпоширеніший метод);
- *повільним* (у людей похилого віку або соматично ослаблених на II і III стадіях хвороби).

Тамування гострих станів в наркології проводиться медикаментозно. Детоксикація доцільна у випадках, коли пацієнт повністю втрачає контроль і не спроможний зменшити дозу психоактивної речовини, але відчуває необхідність її зменшення, отруєннях, симптомах передозування, психозах. У таких випадках тривала дискусія про згоду пацієнта на лікування, як правило, неможлива і психотерапевтичних проблем в такій ситуації виникати не повинно.

Таблиця 14.1. Етапи лікування наркоманій

Етап	Група препаратів	Коротка характеристика
I етап	Адреноблокатори	Піроксан добре тамує наркотичні абстиненції, особливо морфінну і кодеїнову, швидко усуває безсоння і потяг до наркотику. Тривалість лікування складає 5-7 діб.
	Транквілізатори	При тривожності, параноїальній налятованості, страхах, розладах сну, вегетативних порушеннях показані: діазепам по 0,005-0,015 г тричі на день, вища доза 60 мг протягом 2-3 днів; медазепам (рудотель) у дозах 5-10 мг має подібну дію. Мебікар (0,5-1,0 г, добова 2,0-3,0 г) добре тамує сенестоіпохондричні і вегето-судинні порушення. Оксазепам (мазепам, нозепам) в дозах 0,03-0,09 г знімає тривожно-депресивні стани в період відлучення від наркотику.
	Нейролептики	Застосовуються препарати типу тіаприду, френолону, триседілу. При збудженні, безсонні, напруженості використовують аміназин.
	Піротерапія	Пірогенал 250-1000 МПД через 1-2 дні (6-8 ін'єкцій). Проводиться тільки за згоди хворого.
	Дезінтоксикаційна терапія	Тіосульфат натрію 30% 5-10 мл (курс 10-15 вливань з глюкозою); магнію сульфат 25% 5-10 мл в/м (щодобово, на курс 5-10 ін'єкцій); унітіол 5% 5-10 мл, курс 5-6 ін'єкцій.
	Вітамінотерапія	Вітамінотерапія А, В ₁ , В ₆ , В ₁₂ , С, РР, Е, кальцію гліцерофосфат по 0,2 г 3 рази на день, фітин по 0,25 г 3 рази на день.
	Психотерапія	Суггестивна терапія і аутогенна релаксація, електросон.
	Фізіотерапія	Сірководневі та звичайні ванни, комірець за Щербаком
II етап	Усунення больового синдрому	Анальгетики – анальгін, амідопірін, їх комбінації; холінолітики – діколін 0,1-0,2 г 4 рази на добу, дімеколін 0,05-0,1 4 рази на добу; циклодол 0,002 3 рази на добу, мелліктин 0,04-0,08 4 рази на добу. При виразному больовому синдромі – трамал (трамадол) 0,05 – 0,1 г до 4 разів на добу. Перший етап лікування продовжується 3-4 тижні.
	Психотерапія	Гіпноз із навіюванням відрази і виробленням негативного рефлексу до наркотичної речовини; закріплення вольових установок на активне одужання
	Медикаментозна лікування	Магнію сульфат 25% 5-10 мл в/м; смітин по 0,02 у порошкові 1 раз на день; апоморфін 0,5% 0,1-0,2 мл п/ш; пірацетол. При повторних абстиненціях проводять нові курси терапії аналогічні першому етапу.
	Фізіотерапія	Ванни, душ, гальванізація, електрофорез, токи д'Арсонваля, грязьові і парафінні аплікації, електросон (від 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 години кожний сеанс)
III етап	Трудотерапія	Залучення хворого до праці починаючи з дозованої з поступовим переходом на повний робочий день
	Реабілітація і підтримуюча терапія	Охоплює тривалий проміжок часу і передбачає обов'язкове спостереження нарколога. Повторні курси умовно-рефлекторної, загальнозміцнюючої, стимулюючої терапії. Сприяння у працевлаштуванні і адаптації в колективі. Тривалість етапу 4-5 років.

Ремісії теж потребують постійної підтримуючої медикаментозної терапії. Значення і успішність психотерапевтичної допомоги з метою

впорядкування емоційного стану та підтримання позитивних установок на тверезість дуже велике.

Припинення вживання наркотику невідворотно призводить до формування абстинентного синдрому. Виразність його клінічних проявів може бути різною. Для тамування проявів абстиненції застосовують транквілізатори, нейролептики, антидепресанти.

Фармакологічне лікування і детоксикація є найбільш ефективними у спеціалізованому (закритому) закладі, адже можливість самоконтролю у наркомана вкрай слабка і нестійка. Багато з них у преморбіді були неспроможні контролювати свої потяги. Патологічний потяг, сила якого коливається, змінює психічний стан наркозалежного, особливо в перші тижні лікування.

Навіть якщо хворий був госпіталізований з бажанням лікуватись, як правило, він скоро знову починає пошук наркотику. У цьому сенсі не слід довіряти оцінкам, які пацієнти дають проведеній терапії. При загостренні потягу, будь-які фармакологічні призначення скоро починають діяти “погано”, “шкодити здоров’ю”. Наркоман відмовляється від прийому ліків, шукає підтримку у інших хворих знаходячи її у найбільш психопатизованих, які в свою чергу часто починають висловлювати ті ж скарги. Разом з тим, навіюваність хворих дозволяє доволі успішно (особливо в перший тиждень абстинентного синдрому) застосовувати наркотик-плацебо.

Після проходження курсу лікування, в періоді ремісії виявляється вкрай необхідною соціально-психологічна допомога: не всі хворі на наркоманію спроможні впорядкувати і організувати своє життя, працевлаштуватися відповідно із своїми психічними і фізичними можливостями.

II. ЛІКУВАННЯ ОПІЙНОЇ НАРКОМАНІЇ

Метадонова детоксикація

Метадон – синтетичний агоніст опіатів тривалої дії, що є найпоширенішим і ефективним засобом фармакологічного лікування опіатної залежності. Застосовується для первинної терапії при одному з двох

клінічних показань: короткій детоксикації і тривалій підтримці пацієнтів з опійною наркоманією.

В основі застосування метадону для детоксикації лежить його здатність заміщувати наркотичні речовини з коротким терміном дії, такі як морфін або героїн. При цьому стан пацієнта протягом декількох діб стабілізується з мінімальними абстинентними проявами і менш виразними проявами ейфорії та пригнічення. Через деякий час проводять поступову, кількатижневу відміну препарату з ретельним моніторингом симптомів метадонової абстиненції.

Ряд специфічних властивостей роблять метадон досить безпечним і ефективним засобом лікування. По-перше, адекватна одноразова доза цього препарату у пацієнтів при стабільному стані діє 24-36 годин, призводячи до зникнення потреби у прийомі іншого наркотику без розвитку ейфорії, пригнічення і аналгезії. По-друге, пацієнти, які приймають метадон повністю зберігають працездатність і можуть займатися розумовою або фізичною діяльністю. По-третє, метадон формує перехресну толерантність до інших опіатів шляхом блокування опіатних рецепторів, що призводить до мінімізації ефектів короткодійних опіатів і зменшує ризик передозування. Також у метадона порівняно мало побічних ефектів.

Метадон з терапевтичною метою використовується у двох варіантах: з призначенням низьких (40 мг на добу) та високих (100-120 мг на добу) доз. Вважається, що використання схеми призначення високих доз метадону є більш ефективним для лікування наркотичної залежності.

Подібні до метадону фармакологічні і лікувальні характеристики мають препарати LAAM (L- α -ацетілметадол) і левометаділу ацетат. Доза останнього – 20-30 мг, розділена на три прийоми в тиждень на початку лікування із збільшенням при необхідності до 80 мг три рази на тиждень. Результати лікування, як правило, подібні до таких при метадоновій детоксикації.

Загальна схема проведення метадонової терапії

При слабкій опіатній залежності

Перша доба (день госпіталізації):

- призначення метадону в загальній дозі 10-30 мг, поділеної на кілька прийомів з урахуванням кількості наркотичної речовини, яку пацієнт приймав до госпіталізації.

Друга і наступні доби:

- поступове скорочення загальної добової дози метадону до 10 мг;
- призначення метадону в дозі 5 мг на добу протягом 1-2 днів;
- спостереження за пацієнтом щонайменше 48 годин після прийому останньої дози метадону і виписки з лікарні за умови відсутності об'єктивних ознак абстиненції.

При тяжкій опіатній залежності

Перша доба (день госпіталізації):

- призначення метадону в загальній дозі 30-40 мг поділений на кілька прийомів з урахуванням кількості наркотичної речовини, яку пацієнт приймав до госпіталізації.

Друга і наступні доби:

- поступове скорочення загальної добової дози метадону до 10 мг;
- призначення метадону в дозі 5 мг на добу протягом 1-3 днів;
- спостереження за пацієнтом щонайменше 48 годин після прийому останньої дози метадону і виписки з лікарні за умови відсутності об'єктивних ознак абстиненції.

Для пацієнтів, що проходять курс реабілітації згідно

"Програми метадонової підтримки"

Перша доба (день госпіталізації):

- призначення регулярної дози метадону поділеної на кілька прийомів..

Друга і наступні доби:

- поступове скорочення загальної добової дози метадону до 10 мг;
- скорочення сумарної добової дози до 5 мг;
- одноразовий прийом метадону в дозі 5 мг на добу протягом 2-3 днів;
- спостереження за пацієнтом щонайменше 48 годин після прийому останньої дози метадону і виписки з лікарні за умови відсутності об'єктивних ознак абстиненції.

Метадон протипоказаний пацієнтам, які мають залежність від більш слабого наркотику (меперидину (демерол) або кодеїну). У таких хворих препарат може збільшити тяжкість опіатної залежності. І навпаки, у пацієнтів, які є метадонзалежними, змішані агоністи/антагоністи, такі як пентазоцин (талвін), можуть тамувати абстиненцію.

Стосовно тривалої метадонової детоксикації єдиної думки поки що немає. Існує короткий (30 днів) і тривалий (180 днів) курси детоксикації. Звісно, слід мати на увазі, що забезпечення такими додатковими терапевтичними методами, як індивідуальна і групова психотерапія та допомога груп взаємопідтримки, значно підвищують ефективність лікування.

Клонідинова терапія

Антагоніст α_2 -адреноблокаторів клонідин є безпечним та ефективним засобом опіатної детоксикації. Він пом'якшує абстинентний синдром і дещо послаблює психологічні прояви залежності. Перевагою клонідину є те, що він не викликає ейфорії і звикання та легкий у припиненні застосування. Клонідинова терапія проводиться 10-14 діб і часто застосовується у пацієнтів, які з певних причин не можуть використати метадон.

Використання комбінації клонідину і налтрексону, антагоністу опіатів тривалої дії, як вказує клінічний досвід, призводить до більш швидкої (до 5 діб) детоксикації при опійних наркоманіях.

Налтрексонова детоксикація

Налтрексон - прямий антагоніст опіатів, що як і налоксон є корисним додатком при лікуванні опіатної залежності. Він не застосовується при лікуванні гострого передозування через те, що прискорює розвиток абстиненції у пацієнтів.

При лікуванні опіатної залежності налтрексон використовується у якості профілактичного засобу. Як наркотичний антагоніст тривалої дії він тісно зв'язується з опіатними рецепторами і може блокувати ефекти наркотиків, які введені пізніше (протягом 3-х діб) з невеликою кількістю побічних ефектів, а також послаблювати потяг до їх вживання.

Варто пам'ятати, що налтрексон має суттєві обмеження щодо застосування. Серед тих, хто почав лікуватися дуже високий процент відмов від терапії через відсутність ейфоричного ефекту, отож для продовження лікування потрібна сильна мотивація. Багатьом пацієнтам не вдається досягнути тривалого утримання від вживання наркотиків для початку терапії

налтрексоном. У них спостерігається або недостатній рівень детоксикації, або швидко розвивається післядетоксикаційний рецидив. Дехто вважає за краще приймати більш ейфоризуючий метадон, і часто повертаються до метадонової підтримуючої терапії. Але налтрексон є більш ефективним у пацієнтів з високою мотивацією, особливо при адекватній соціальній і сімейній підтримці.

Інші фармакологічні засоби детоксикації

Пропоксіфен (дарвон) має перехресну толерантність з іншими опіатами. Проводяться короткі курси підтримуючої терапії (3 тижні), але немає достатніх доказів їх високої ефективності.

Бупренорфіну гідрохлорид. Парціальний агоніст опіатів, який має виразний анальгезуючий ефект. Не пригнічує дихання. При тривалому застосуванні можливий розвиток звикання і залежності, але слабкіший, ніж у інших опіатів. Випускається у вигляді розчину для ін'єкцій, який містить 0,3 мг активної речовини і сублінгвальних пігулок по 0,2 мг. Використовується для детоксикації і підтримуючої терапії.

Бупторфанол (стадол). Парціальний агоніст опіатних рецепторів. За виразністю анальгетичного впливу подібний до морфіну. Після парентерального введення ефект настає через 10-15 хвилин і триває 3-4 год. Випускається у вигляді розчину бупторфанолу тартату для ін'єкцій. Застосовується для детоксикації.

Трамадолу гідрохлорид (трамал). Синтетичний опіоїд з седативним ефектом. Анальгезуюча дія розвивається через 15-30 хвилин і триває 3-5 годин. Ефективний для детоксикації та тамування больового синдрому високої і середньої інтенсивності у дозах 0,05-0,1 г на прийом. Може викликати залежність.

Пропранолол (анапрілін, індерал, обзідан). У дозах 5-120 мг на добу використовується в схемах детоксикації при опіатній залежності, зменшуючи потяг до наркотика.

Ацеторфан – активний пригнічувач енкефалінази. Використовується у схемах детоксикації і підтримуючої терапії.

Пірроксан – препарат групи α -андреноблокаторів. Для тамування гострих явищ абстиненції і запобігання патологічного потягу до наркотиків призначаються таблетовані форми у великих дозах: 30-45 мг на добу на 3-5 прийомів. Побічним явищем є зниження артеріального тиску. Протипоказання: атеросклероз, коронарна недостатність, хронічний кардіопульмонарний синдром, порушення мозкового кровообігу, хвороби системи крові.

Форсована детоксикація при опійній наркоманії

Для виведення хворих із стану наркотичного сп'яніння і тамування наслідків вживання наркотичних речовин широко використовують форсовану детоксикацію (rapid detoxification), яка проводиться на тлі введення пацієнта в наркоз і штучної вентиляції легень шляхом ін'єкцій блокаторів опіатних рецепторів типу налоксону і налтрексону. Схеми (режими) форсованої детоксикації різні. Ми наводимо загальну схему даного заходу:

I етап. Перед проведенням детоксикації пацієнту намагаються зменшити добову дозу опіату або призначають клонідин для її зниження. Частина закордонних схем пропонує прийом бупренорфіну щонайменше 5 днів до проведення детоксикаційних заходів.

II етап. Призначають клонідин, засоби, що пригнічують шлункову секрецію, транквілізатори.

III етап. Власне детоксикація.

А) після інтубації трахеї на фоні дії пропофолу або ардуану починають штучну вентиляцію легень, катетеризацію центральної вени і вводять інгібітори протеолізу, амінокапронову кислоту, аprotin, кеторолак, пірензепін. Іноді вводять H_2 -блокатори гістаміну (квamatел).

Б) внутрішньовенне введення *налоксону* в постійно зростаючому темпі (середній $1,4 \pm 0,8$ мкг/кг за хв..) після тест-دوزи в 0,4 мг до сумарної дози 250

мкг/кг на фоні інгаляції 60% закису азоту та інфузії аденозінтрифосфату натрію (АТФ) із швидкістю 25,3 мкг/кг за хв.

В) проведену детоксикацію верифікують хроматографічним методом на наявність опіатів у сечі. Вихід із анестезії на фоні постійної інфузії АТФ.

IV етап. З метою седації і вегетативної корекції застосовують бензодіазепіни, дроперидол і клофелін. У деяких схемах використовують повторне введення налоксону (налтрексону) через 8-10 годин.

ІІІ. ЛІКУВАННЯ КАНАБІСНОЇ НАРКОМАНІЇ

Спеціальних фармакологічних методів лікування при даній формі наркоманії, у зв'язку з нечастими випадками фізичної залежності не розроблено.

З метою детоксикації використовують внутрішньовенні вливання глюкози (20 мл 40% розчину) з аскорбіновою кислотою. При диссомніях, неспокійному сні з тривожними сновидіннями, можна використовувати транквілізатори з седативною і міорелаксуючою дією (нозепам, седуксен, феназепам). При астенічному синдромі застосовують адаптогени (елеутерокок та ін.) і ноотропи (пірацетам, ноотропіл). Для терапії депресивних станів корисне застосування амітриптіліну (25 мг 2-3 рази на день) або піразидолу (ті ж самі дози). При дисфоричних станах – карбамазепіну (фінлепсин) двічі на день по 0,2. Після виходу із абстиненції продовжується загальнозміцнююча терапія.

З метою тамування потягу до вживання препаратів коноплі іноді використовують сонапакс (меллеріл, тіоридазин), неуплтіл, і, навіть, тизерцин.

Найбільш адекватним заходом терапії даної форми наркоманії залишається психотерапія.

ІV. ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СЕДАТИВНО-СНОДІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ І АНКСІОЛІТИКІВ

Тривалість лікування, як правило, визначається виразністю залежності. При слабкій залежності достатньо поступового зниження дози препарату

протягом декількох тижнів. Застосування бензодіазепінів з тривалою дією, таких як клоназепам, може бути корисним при відміні короткодійних високоефективних бензодіазепінів. У більш складних випадках необхідний ретельний терапевтичний підхід спрямований не тільки на детоксикаційні заходи, але й на реабілітацію.

Детоксикація

Окрім способу, який описаний вище, детоксикація може досягатись заміщенням початкового препарату на інший. Частіше за все застосовується *фенобарбітал*, барбітурат з тривалою дією та широким терапевтичним індексом. Доза його може бути розрахованою виходячи з дози барбітурату, яким пацієнт зловживає. Наприклад, доза амобарбіталу в 100 мг може бути замінена 30 мг фенобарбіталу (не більше 500 мг на добу).

Після стабілізації стану пацієнта протягом 2-3 діб на відповідній дозі фенобарбіталу, проводять обстеження з метою виявити наявність симптомів передозування. При їх відсутності дозу починають знижувати на 30 мг щоденно. Тривалість абстиненції може бути різною, залежно від індивідуальних особливостей хворого. За відсутності ускладнень результат успішної детоксикації може проявитись протягом декількох тижнів. У складних випадках потрібен більш тривалий період детоксикації. У випадку рецидиву необхідне термінове медичне втручання з використанням нефармакологічних методів лікування.

Аналогічні заміщення можуть застосовуватися стосовно пацієнтів, які зловживають бензодіазепінами.

При абстинентному синдромі в межах барбітуроманії, на відміну від інших видів наркоманій, рекомендується літична відміна барбітуратів протягом 1-2 тижнів.

Темп зниження добової дози і момент повної відміни барбітуратів залежать від звичної дози і реакції хворого на її зниження. Якщо виникають скарги на безсоння і гіпнагогічні галюцинації, то зниження дози є надто стрімким.

V. ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВЖИВАННЯ СТИМУЛЯТОРІВ

Детоксикація

Використовуються загальні детоксикаційні методи. Головною метою є боротьба з постінтоксикаційною дисфорією. Дисфоричний стан, який триває більше доби з моменту останнього введення стимулятора, вказує на розвиток абстинентного синдрому.

Показані ін'єкції реланіуму (2-4 мл 0,5%), а для тамування важкого тужливого безсоння ("хочеться спати, але не можу заснути") – еуноктин (радедорм) по 10 мг. При пробудженні вночі (тривалість дії еуноктину складає 2-3 години) прийом можна повторити. Снодійний ефект еуноктину посилюють і подовжують феназепамом (1-1,5 мг), реланіумом, або сонাপаксом. Якщо не вдається викликати сон за допомогою еуноктину, можна призначити терилен (алімемазин) у дозі 5 мг.

Для купірування абстиненції проводиться інтенсивна фармакологічна терапія, під час якої сполучаються транквілізатори, барбітурові снодійні, антидепресанти з протитривожною дією, а також дезінтоксикаційні засоби. Нейролептики при даному стані не показані через високий ризик побічних ефектів. Аміназин і навіть тизерцин (левомепромазін), можуть призводити до розвитку колаптоїдних станів, а галоперидол і подібні препарати - виразного паркінсонічного синдрому.

При дисфоричних станах із фенотіазінових нейролептиків може бути застосований неупелтил (періціазин) у краплях (4% розчин) починаючи з 10 мг 3 рази на день (дозу можна збільшувати до 20-30 мг на прийом). Також іноді використовують санапакс (меллеріл, тіоридазин), який має слабший ефект, у дозі 25-50 мг 3 рази на день (75-150 мг на добу).

При домінуванні тривожності показаний хлорпротиксен 50 мг тричі на день або сібазон по 10 мг тричі на день. При недостатньому ефекті або суїцидальних тенденціях можна додатково призначати амітриптілін (по 25-50 мг вранці і вдень) або піразідол у тих же дозах.

Виразні вегетативні порушення, судинну дистонію добре тамує грандаксін (тофізопам) по 50-100 мг тричі на день.

У якості психофармакологічних коректорів залишкових явищ показані феназепам (по 1 мг вранці і вдень та 1,5 мг на ніч), еглоніл (по 0,1 г 3 рази на день), а також ноотропи – пірацетам (ноотропіл) по 0,4-0,8 г 3 рази на день.

Для тамування ознак абстинентного синдрому і відновлювальної терапії у наркозалежних, що зловживають психостимуляторами також використовується *бромокриптин (парлодел)*. В період абстиненції його добова доза складає 1,25-2,5 мг. Після тамування абстиненції лікування бромокриптином продовжується у дозах 1,0-1,25 мг на добу перорально декілька місяців з метою профілактики можливої актуалізації патологічного потягу до наркотичної речовини. Ефективність бромокриптину обумовлена відновленням резервів дофаміну (препарат є агоністом D₂-рецепторів дофаміну).

VI. ЛІКУВАННЯ ГАЛЮЦИНОГЕНОВИХ НАРКОМАНІЙ

При інтоксикації серотонінергічними галюциногенами для тамування галюцинозу використовують внутрішньовенні ін'єкції сібазону (седуксену, реланіуму, діазепаму). Іноді застосовують аміназин внутрішньом'язово (50-100 мг), після введення якого настає заспокоєння і сон. До речі, ін'єкції аміназину іноді використовують самі наркомани, коли при інтоксикації LSD у них виникають галюцинації страхітливого характеру.

При постгалюциногенній депресії антидепресанти використовують з обережністю – при прийомі імізину (меліпраміну) або амітриптіліну може спостерігатися розвиток гіпоманіакального стану з підвищеною активністю, багатомовністю та розвитком маячних ідей величі. Тому достатньо обмежитись внутрішньовенним введенням седуксену (реланіуму) по 2 мл 5% розчину (повільно у 10-20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду).

При інтоксикації фенциклідіном або кетаміном призначають галоперидол, який у якості антагоніста дофамінових рецепторів полегшує перебіг психозу. Доза препарату, як правило, складає 5 мг двічі на день, з

натупним введенням дезіпраміну (починаючи з 50 мг на добу) для профілактики депресивної реакції, яка може супроводжувати абстиненцію. З метою виведення фенциклідину із організму проводять підкислення сечі до рН менше 5,0 - призначають амонію хлорид (2,75 мЕкв/кг в 60 мл фізіологічного розчину кожні 6 год. через зонд) і аскорбінову кислоту (2 г в 500 мл фізіологічного розчину).

VII. ЛІКУВАННЯ ТОКСИКОМАНІЙ, ВИКЛИКАНИХ ВЖИВАННЯМ ЛЕТКИХ РОЗЧИННИКІВ

Терапія включає дезінтоксикацію, використання засобів спрямованих на усунення залежності і проявів психоорганчного синдрому.

Дезінтоксикація здійснюється за допомогою звичайних засобів (глюкози, тіосульфату натрію, сечогінних препаратів та ін.), які краще вводити парентерально (особливо внутрішньовенно крапельно).

У якості дезінтоксикаційного заходу раніше використовувався сульфозин, який викликав виразну термічну реакцію, але токсикомани, особливо з ознаками токсичної енцефалопатії, дуже важко переносили цю процедуру, трактуючи її як покарання. З 1989 року сульфозин не застосовується при терапії будь-яких форм залежності і вилучений із виробництва.

Тамування абстинентного синдрому у клінічній картині якого провідне місце займає депресія зводиться до того, що дезінтоксикаційні засоби сполучаються з антидепресантами (амітриптилін, піразідол).

Психотропні речовини, які призначаються для нормалізації поведінки і усунення потягу до токсичного агенту мають не дуже високу ефективність. Невеликі дози не ефективні, а великі призводять до побічних ефектів. Найбільш адекватними психотропними засобами є неулептил і тіоридазін (сонапакс, меллеріл). Неулептил призначають у краплях (1 крапля 4% розчину містить 1 мг препарату) по 5-10 мг 2-3 рази на день. Після виписки із стаціонару його рекомендується призначати двічі на день. Сонапакс застосовують у таблетованій формі 10-25 мг двічі або тричі в день. Млявість і

сонливість, як правило, спостерігаються лише в перші дні прийому препарату. До згаданих засобів можна додавати невеликі дози антидепресантів (амітриптилін або піразидол по 25 мг вранці і вдень), а при схильності до дисфорій – карбамазепін (фінлепсин, тегретол) по 0,2 г на ніч.

Аверсійна терапія іноді застосовується для усунення потягу до певного інгаланту – сполучають дію його запаху із використанням блювотних засобів. Але рефлекс, який при цьому виникає, дуже нестійкий.

VIII. ЛІКУВАННЯ ПОЛІНАРКОМАНІЙ ТА ПОЛІТОКСИКОМАНІЙ

Всі наркотики і токсичні речовини відміняються одночасно, за виключенням ноксирону і барбітуратів. Дози цих речовин знижуються поступово через небезпеку розвитку епілептиформних нападів під час абстиненції. У якості протисудомного засобу рекомендується використання феназепаму – до 4-8 мг на добу. Загалом лікування збігається з описаним при окремих формах наркоманій і токсикоманій.

IX. ФАРМАКОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

У пацієнтів із різними формами залежності від психоактивних речовин, як правило, порушуються вищі функції головного мозку (увага, пам'ять, інтелект, мислення), що перешкоджає правильному (адекватному) сприйняттю себе, як хворих. Розвивається характерна анозогнозія, з'являється хибна впевненість у власній здатності самостійно відмовитись від вживання наркотиків. Важливим аспектом лікування таких хворих є відновлення порушених вищих функцій мозку. Цього досягають шляхом призначення медикаментозних засобів, які оптимізують діяльність ЦНС. Такі препарати мають спільну назву – *ноетики*.

Вони належать до різних фармакологічних груп (психостимулятори, ноотропи, нейропептиди, психоенергізатори, адаптогени, акропротектори, деякі вітаміни) і мають суттєві розбіжності за механізмом дії. Їх об'єднує спільна спрямованість стосовно вищих функцій мозку – пам'яті, уваги, мислення, які поліпшуються при застосуванні даних препаратів.

Ефективність ноетиків неоднакова і визначається нозологічною формою захворювання, його стадією і перебігом, особливостями спектру дії препаратів, способами і схемою їх застосування, а також індивідуальними особливостями хворого.

Ми розглянемо особливості дії даної групи препаратів на вищі функції головного мозку з описанням механізмів їх дії.

Психостимулятори

До даної групи належать - фенамін (амфетамін), фенатин, метилфінідат (центадрін), пірідрол, метамфетамін, катінон, фацетоперан, пемолин, реактиван, амфетамініл, тозалін, сиднофен, сиднокарб, кофеїн, теофілін, теобромін.

Ці речовини стимулюють інтелектуальну діяльність: прискорюють мислення і мову, поліпшують концентрацію уваги, процеси запам'ятовування. Поряд з цим вони можуть викликати ейфорію, посилюють рухову активність, подовжують період бадьорості, зменшують потребу у сні, ослаблюють ефект снодійних, седативних, наркотичних засобів, знижують апетит (анорексигенна дія). Багато з них мають периферичну симпатоміметичну дію.

Ноотропи

До цієї групи належать похідні пірролідину (пірацетам і аналоги), піридоксину (енцефабол), ГАМК (аміналон, фенібут, баклофен, фепірон, пікамілон, пікаліпан), оротової (натрію оротат, тіооротин), феноксиоцтової (меклофеноксат) і нікотинової (ксантінолу нікотинат) кислот.

Ноотропи поліпшують довготривалу пам'ять, підвищують швидкість процесів мислення, опірність ЦНС до зовнішніх шкідливих впливів, мають антигіпоксичний ефект, згладжують міжпівкульну асиметрію, поліпшують мозковий кровообіг, посилюючи вживання кисню і глюкози в ішемізованих ділянках мозку, збільшують енергетичний потенціал мозку за рахунок прискорення обміну АТФ, посилюють синтез ядерної РНК в ЦНС. Специфічні ефекти реалізуються при курсовому застосуванні препаратів.

Нейропептиди

АКТГ та його фрагменти, СТГ, МСГ, вазопресин і тироліберін.

Нейропептиди прискорюють процес навчання, подовжують час згасання умовних рефлексів, мають антиамнестичну активність, посилюють концентрацію уваги і регулюють рівень бадьорості. Ефекти реалізуються через моноамінергічну і пептидергічну системи мозку. Специфічні ефекти реалізуються вже при одноразовому вживанні.

Психоенергізатори

До даної групи препаратів належать – гептамінол, деанол, панклар, мефексамід, еуклідан, актебрал, тонібрал. Вони посилюють обмін АТФ і утилізацію глюкози в ЦНС, що полегшує процеси навчання і запам'ятовування, попереджує розумове і фізичне виснаження. Ефекти реалізуються при курсовому вживанні.

Адаптогени

До даного класу препаратів належать настої і екстракти лимонника, женьшеню, левзеї, рожевої родіоли, елеутерококу, заманихи, аралії, стеркулії, пантокрин, похідні бензимидазолу (дібазол і його аналоги).

Вони неспецифічно підвищують опірність організму відносно шкідливого впливу фізичних, хімічних і біологічних факторів, майже позбавлені побічних ефектів, мають широку терапевтичну дію. Ефекти проявляються тільки при відхиленнях від норми, нормалізуючи вищевказані порушення.

Цереброактивні вазодилататори.

До даної групи належать нісерголін, дігідроерготоксин, дігідроерготамін, гідергін), похідні барвінку малого (вінкамін, кавінтон, вінпоцетін), антагоністи кальцію (нимодіпін, ніфедіпін, циннаризин, флунаризин).

Ці препарати поліпшують мозковий кровообіг як загалом, так і в ішемізованих ділянках. Більшість з них має прямий синаптотропний вплив, переважно, на катехоламінергічну систему, підвищують засвоєння глюкози і

кисню в ділянках ураження. У нормі вони суттєво не впливають на процеси навчання і пам'яті, мають виразний периферичний ефект (судини серця, нирок). Ефекти реалізуються як при одноразовому, так і при курсовому вживанні.

Вітаміни

РР (нікотинова кислота), В₆ (піридоксин), В₁₂ (ціанкобаламін), пангамова і пантеонові кислоти, холін.

Вітаміни приймають участь в обміні білків, жирів і вуглеводнів, впливають на обмін нейромедіаторів, окислювально-відновні процеси в тканинах організму.

Лікування порушень пам'яті має симптоматичний характер. Слід зазначити, що для корекції мнестичних порушень можуть бути використані будь-які із вищенаведених препаратів, як у вигляді монотерапії, так і у формі сполученого застосування. Але такий підхід є виправданим лише на перший погляд. Адже по-перше, повинне бути зроблене виключення для психостимуляторів, багато з яких здатні призводити до розвитку залежності. Крім того, аналіз дії фармакологічних засобів вказує на те, що не завжди їх можна з легкістю комбінувати, а сполучене використання багатьох з них може викликати негативні наслідки.