

ДЕЗОМОРФИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ



Подготовила:
Интерн БСМП
Майтакова А.Г
Куратор: к.мн, ас. каф.
Масютина С.М

Дезоморфин (пермонид) – химическое название 7,8-дигидро-6-дезоксиморфин, опиоидное наркотическое обезболивающее средство. В среде наркоманов носит название «крокодил». Вследствие своих опасных особенностей дезоморфин не нашел применения в медицинской практике. Но зато он получил широкое применение в качестве наркотического вещества.



История

Дезоморфин является одной из модификаций структуры морфина. При поисках заменителей морфина впервые был получен при взаимодействии кодеина с тионилхлоридом, с последующим восстановлением промежуточного продукта.

В конце 30-х годов XX века на западе ученые пытались получить на основе морфина новые лекарственные препараты, которые обладали бы мощными обезболивающими свойствами, но при этом не вызывали бы наркотической зависимости. Путем изменения структуры молекулы морфина ученые получили несколько фармакологически активных препаратов, среди которых были дезоморфин (США) и метадон (Германия).

Проведенные исследования на животных показали, что дезоморфин имеет более быстрое и сильное обезболивающее воздействие, нежели морфин. Последующие клинические исследования показали, что препарат действует на протяжении двух-четырех часов, а наркотическая зависимость возникает намного быстрее. Из-за этих своих особенностей дезоморфин не получил практического применения как обезболивающий препарат.



РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Наркомания, вызываемая употреблением кустарно изготовленного дезоморфина, получила широкое распространение после 2000 года и особенно стремительно стала распространяться после 2005 года.

Употребляют дезоморфин, как правило, те, кто ранее употреблял героин и по каким-либо причинам не может его приобрести.

По уровню потребления в России доля кустарного дезоморфина в общем объёме быстро поднялась до 25—28 %, заняв второе место после героина (55—58 %).

ДЕЗОМОРФИН

(«крокодил»)

- Ежегодный прирост дезоморфиновых наркоманов

50-70 %

- Пристрастившиеся к дезоморфину живут в среднем

1-1,5 года

- Основная причина эпидемии дезоморфина – безрецептурный отпуск кодеино-содержащих препаратов (до 1 июня 2012 года)

Распространение дезоморфина

в **60**
регионах



- Изготавливают дезоморфин в домашних условиях из кодеинсодержащих препаратов (солпадеин, пенталгин-н, коделак, нурофен плюс, тетралгин и др), с применением кристаллического йода и красного фосфора.



Между собой наркоманы называют дезоморфин "крокодилом", потому что уже после нескольких инъекций кожа становится как бы чешуйчатой, а потом человек и вовсе лишается конечности. После регулярных инъекций руки начинают гнить заживо, затем - гангрена и ампутация.



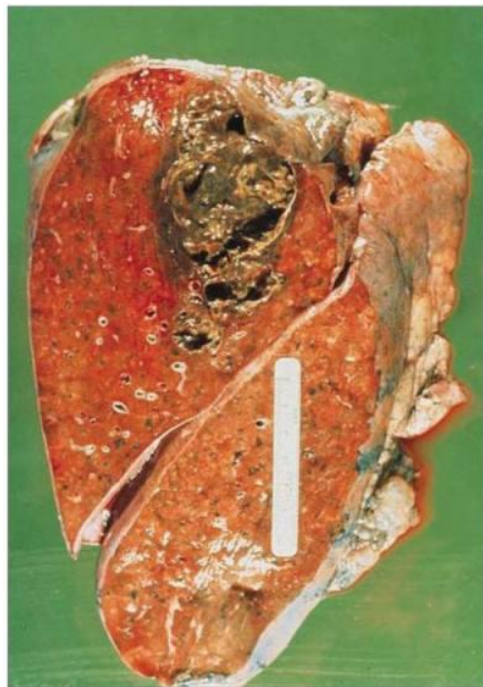
ДЕЗОМОРФИН -ВТОРОЙ ПО ПОПУЛЯРНОСТИ НАРКОТИК
ПОСЛЕ ГЕРОИНА, ЗАНИМАЕТ БОЛЕЕ $\frac{1}{4}$ РЫНКА

- Быстрое развитие зависимости (от 1-2 инъекций)
- Необратимые изменения в организме начинаются через 2-3 недели от начала приема
- Через 3 месяца развиваются воспаления вен, тромбофлебиты
- У 1/3 больных имеется гепатит С
- Длительность жизни при дезоморфиновой наркомании 1-2 года (при героиновой до 5 лет).



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Кожные изменения (язвы в местах инъекций)
- Воспаления вен, тромбофлебиты
- Пневмонии, сепсис
- Абсцессы внутренних органов



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Красные глаза, узкие зрачки
- Частая смена настроения
- Потеря энтузиазма, безразличие к окружающему
- Нарушение сна (инверсия суточного ритма)
- Снижение веса, снижение иммунитета
- Специфический запах йода, лекарственных средств



НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Развиваются тяжелые энцефалопатии с вовлечением различных отделов головного мозга, с появлением атаксии, пирамидной, экстрапирамидной симптоматики, вегетативной дисфункции, грубых когнитивных и эмоционально-волевых расстройств.



НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ
4-5 МЕСЯЦЕВ РЕГУЛЯРНОЙ НАРКОТИЗАЦИИ.

Дисфония

Микрография

Постуральная неустойчивость

Пропульсия

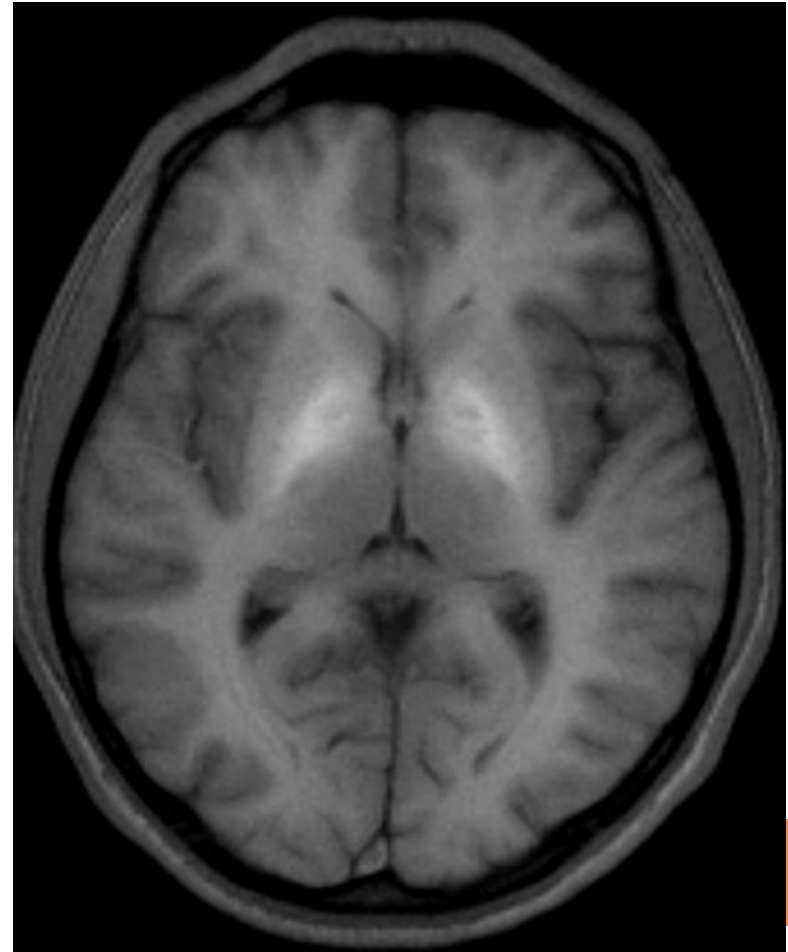
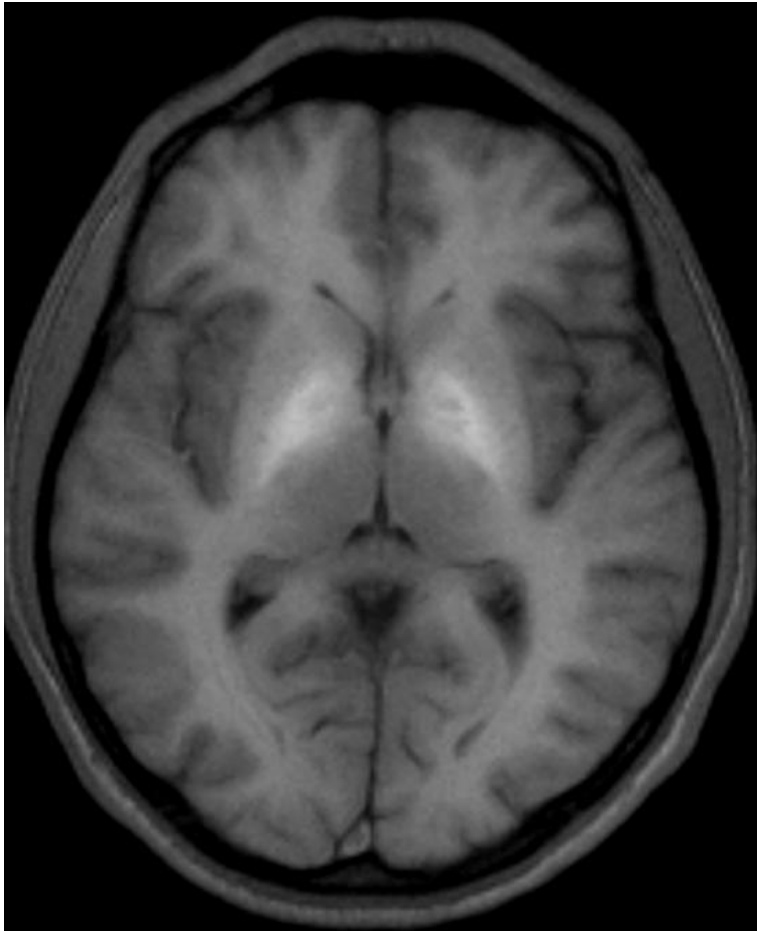
Ретропульсия

Латеропульсия

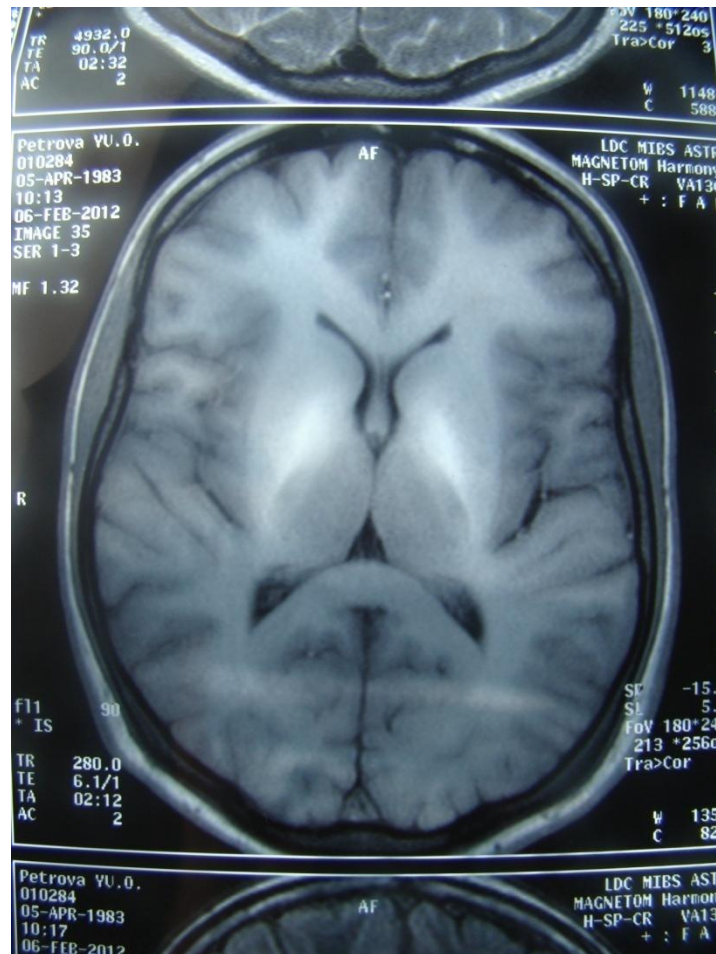
Дебют с синдрома Хаазе- синдром нарушений тонких движений: «Первое проявление влияния нейролептической терапии на экстрапирамидную систему. Наиболее характерны изменения почерка, который становится ригидным, строки короткие, наблюдается явление микрографии, при написании букв – дрожание. Появление синдрома рассматривается как свидетельство того, что достигнут нейролептический порог».



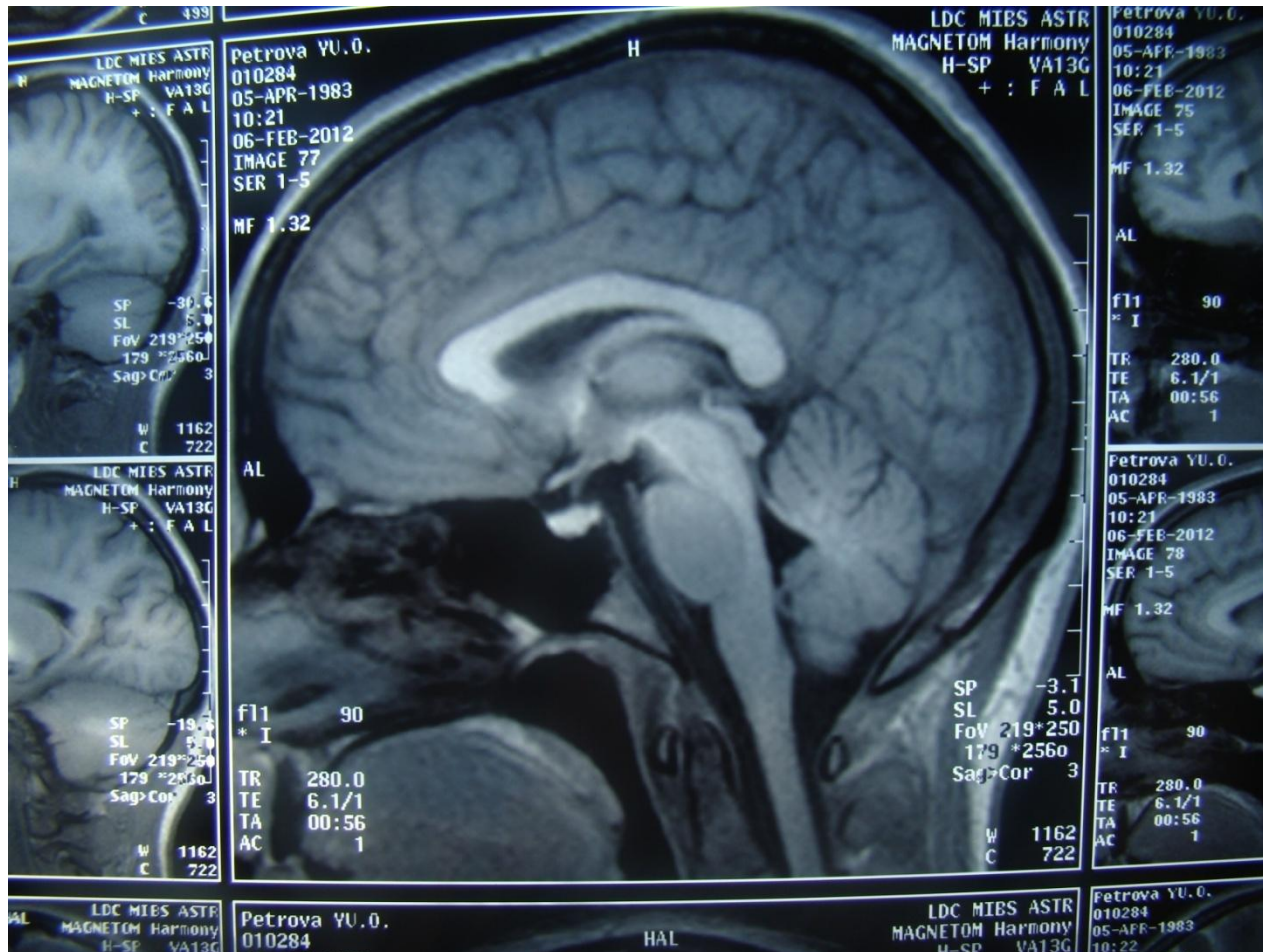
В РЕЖИМЕ T1 "СВЕТЯТСЯ" ПОДКОРКОВЫЕ СТРУКТУРЫ (АКСИАЛЬНЫЕ СРЕЗЫ - ПРОЕКЦИЯ БЛЕДНЫХ ШАРОВ С ЗАХВАТОМ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ ПЕРЕДНЕГО БЕДРА, КОЛЕНА И ЗАДНЕГО БЕДРА ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ С ОБЕИХ СТОРОН),

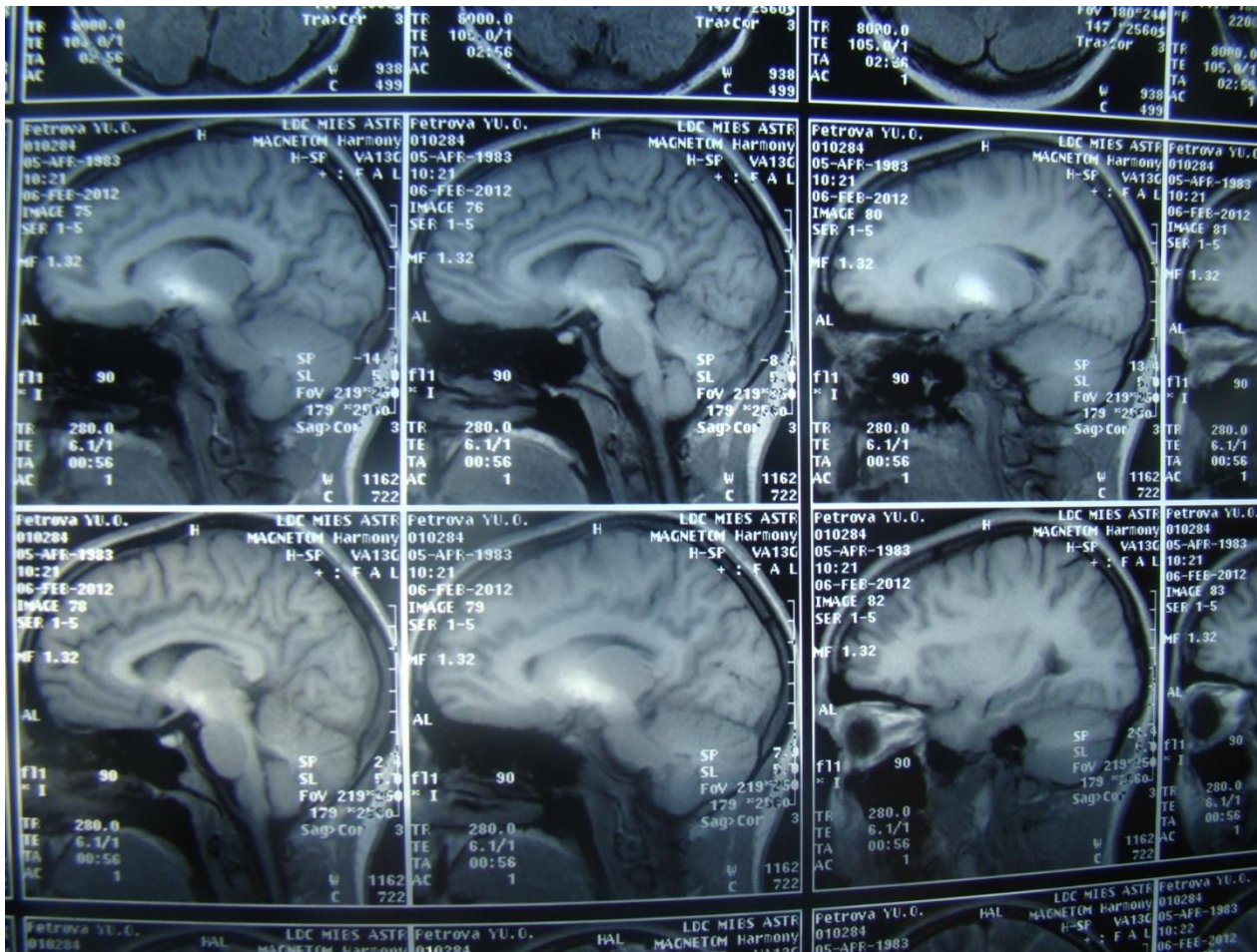


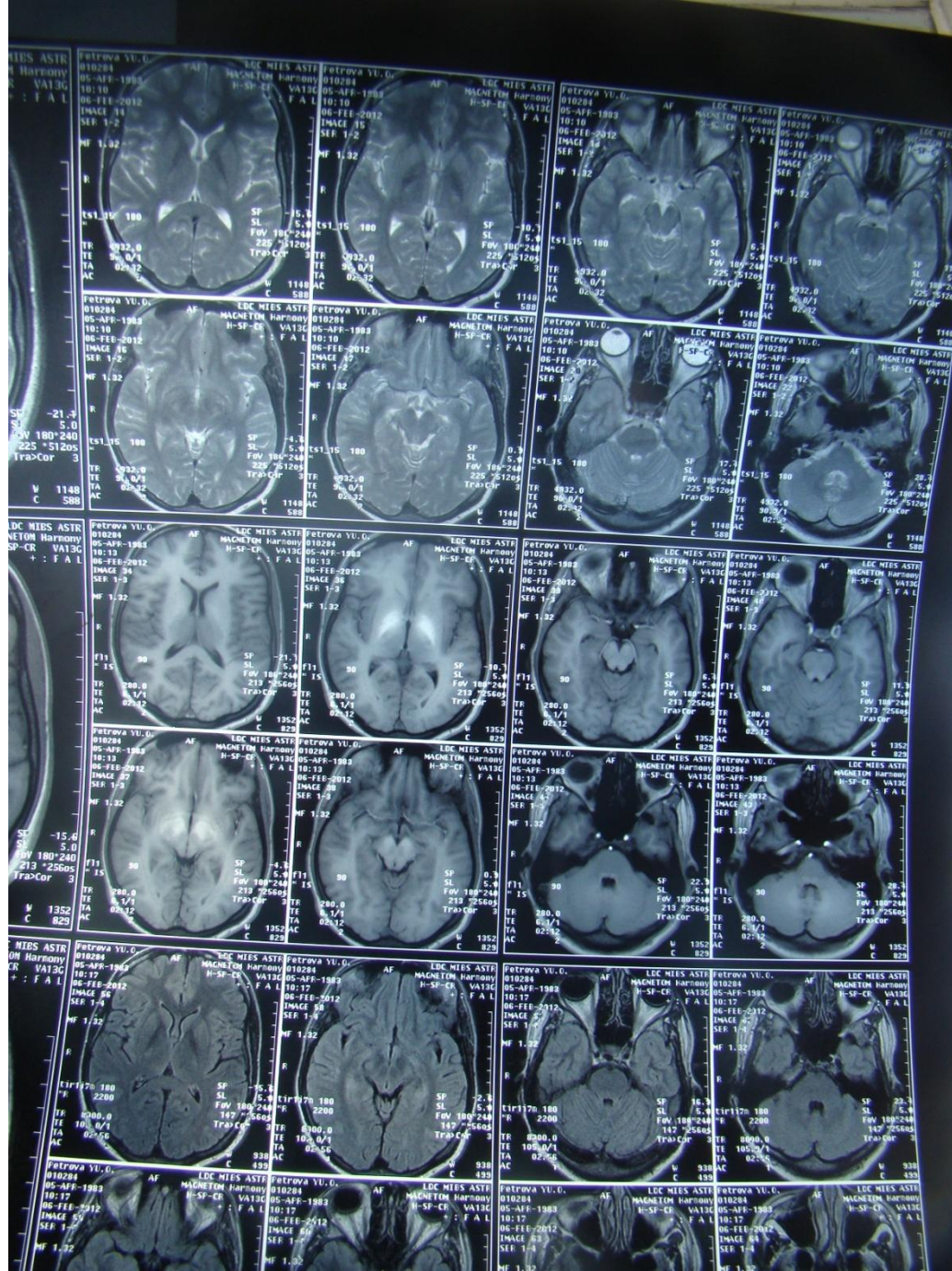
МРТ больной П: АКСИАЛЬНАЯ ПРОЕКЦИЯ



АДЕНОГИПОФИЗ







ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Скрининг:
- Одномоментный иммунохроматографический тест полоска для обнаружения морфина и его метаболитов в моче.
- Метод газовой хроматографии и масс-спектрометрии для обнаружения опиатов и опиоидов в волосах и ногтях наркоманов.
- В качестве экспресс-метода диагностики острого АС используют подкожное введение специфического антагониста опиоидных рецепторов налоксона в дозе 0,2-0,8 мг. При отсутствии клинической картины острого АС возможно повторное введение препарата через 15-20 мин. При расширении зрачка, болезненных и вегетативных проявлениях тест считают положительным.



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Токсикологическое исследование. Перечень минимальных необходимых исследований.
- Исследование крови:
 - ОАК
 - Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза плазмы крови, билирубин, мочевины, АЛТ, АСТ, ГГТ сыворотки крови, RW, ВИЧ, маркеры гепатитов.
- Общий клинический анализ мочи.
- ЭКГ
- Консультация терапевта, невролога, психолога.



ЛЕЧЕНИЕ

- Неотложная помощь при передозировке опиоидов.
- Госпитализация, поддержание жизненно важных функций (ИВЛ), интубация трахеи в связи с высоким риском аспирации рвотных масс.
- Срочное введение налоксона в дозе 0,8 мг вв. При невозможности внутривенного введения вводить внутримышечно или подкожно. При внутривенном введении действие налоксона развивается через 2-3 минуты, при внутримышечном или подкожном введении - через 15-20 мин.
- При отсутствии реакции внутривенное введение 2 мг налоксона.
- При отсутствии реакции повторное введение 3,2 мг налоксона внутривенно (в суммарной дозе до 20 мг)
- Внутривенные вливания электролитных растворов для повышения АД, коррекции электролитных нарушений и кислотно-щелочного баланса.



ЛЕЧЕНИЕ ОПИЙНОГО АС.

- Острое (критическое) отнятие наркотика.
- Купирование болевых расстройств: анальгетики различных классов и химических групп (трамадол по 0,4-0,8 г/сут, лорноксикам по 0,016-0,032 г/сут, кеторолак 0,01-0,06 г/сут).
- Купирование вегетативных расстройств: агонисты альфа-адренорецепторов (клонидин по 0,45-0,9 мг/сут)
- Купирование нарушений сна, тревоги: анксиолитики бензодиазепинового ряда (по 0,01-0,03 г/сут, нитразепам- по 0,005-0,03г/сут)
- Купирование психомоторного возбуждения, поведенческих расстройств, других проявлений патологического влечения к наркотику.
- Назначение нейролептиков (тиоридазин по 0,03-0,1 г/сут, галоперидол по 0,003-0,002 г /сут).
- Назначение антиконвульсантов (карбамазепин по 0,6-0,8 г/сут.
- Симптоматическое лечение включает назначение гепатопротекторов, витаминотерапии, ноотропных препаратов.



ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

- ❑ Блокаторы опиатных рецепторов (налтрексон по 0,05 г/сут, имплантация пролонгированных форм налтрексона).
- ❑ Нейролептики различных классов (рисперидон, галоперидол)
- ❑ Антидепрессанты различных классов (амитриптилин, 0,075-0,15 г /сут, флувоксамин по 0,1-0,3 г/сут, пароксетин по 0,02-0,04 г /сут).
- ❑ В качестве симптоматической терапии можно назначить гепатопротекторы, ноотропные препарат, витамины.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!
БЕРЕГИТЕ СЕБЯ И СВОИХ БЛИЗКИХ.

