



Проф. И.К. Сосин, доц. Е.Ю. Гончарова, доц. Ю.Ф. Чуев
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра наркологии

Клинико-диагностические алгоритмы опиоидной зависимости

Актуальность. Одной из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных форм аддикции является наркотическая зависимость. Употребление наркотических веществ во всем мире и в Украине стало актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой.

Опиоидная зависимость — это самая старая и поэтому наилучшим образом изученная форма и модель злоупотребления наркотическими веществами. Самым первым среди других зависимостей был описан морфинизм, который до настоящего времени считается эталоном наркотической зависимости. Новые формы злоупотребления, которые описываются, всегда сопоставляются именно с морфинизмом. В сравнении оцениваются опасность нового вещества, скорость развития привыкания к нему, его способность вызывать ту или иную тяжесть болезни.

История изучения опиоидной зависимости. С опиумом человечество знакомо издавна. Головка мака присутствует во многих древних мифах и легендах как символ «забвения боли, мук и страданий». Сок мака успокоил в горе богиню земледелия Деметру после похищения ее дочери Персефоны Аидом. Изображение мака встречается на древних печатях Вавилона, в иудейской истории его находили на бронзовых монетах. О снотворном действии мака упоминается в шумерских таблицах, изображения головок мака находят на скульптурах минойской культуры. Упоминания об опиуме встречаются в трудах Гомера, Гесиода, Геродота, опиум лечил своих больных и Гиппократ. Индийский опиум послужил причиной «опиумных войн» в Китае. В Европе опиум появился

уже как лечебное средство: от римских врачей его получила средневековая медицина в форме лауданума Парацельса. Показания к лечению настойкой опия были чрезвычайно широки — и соматические, и психические, а некоторые врачи лауданумом лечили все болезни.

Куриль опиум с целью опьянения начали уже в XVII веке. Алкалоиды опия были выделены значительно позже, хотя настойка его использовалась в Европе издавна. В начале XIX века французский химик и фабрикант Шарль Дерон, разжижая водянистый экстракт опиума, открыл его алкалоид наркотин (в 1803 году), Фридрих Сертюрнер и Арман Сеген практически одновременно выделили морфин, в 1832 году Робике открыл еще один важный опиумный алкалоид, названный кодеином. С этого времени наркотизм в обществе в форме морфинизма стал ускоренно распространяться. По мнению историков медицины, Крымская (Россия—Турция 1853—1856), Гражданская (США 1861—1865) и Франко—Пруская (1870—1871) войны дали мощный толчок к росту морфинизма, объективной предпосылкой которого появилось большое число ранений и операций, проведенных под морфиновым наркозом. В 1874 году Олдер Райт опубликовал отчет об экспериментах по производству нового химического соединения, основанного на преобразовании отходов производства морфина — диацетилморфина. 19 сентября 1875 года в Граце (современная Австрия) состоялась конференция, на которой впервые было заявлено о появлении новой болезни, связанной со злоупотреблением морфием, а ученым Левинштей-

ном введено название морфинизм — «пристрастие к морфию».

Опиоиды, что означает «подобные опию», — это вещества растительного и/или синтетического, а также/или полусинтетического происхождения, которые по морфо-химическому составу имеют сходство с опиатными рецепторами, находящимися в центральной нервной системе. Взаимодействуя с рецепторами, опиоиды обеспечивают определенное психо-вегетативное действие: снижение порога болевой чувствительности; эмоциональные ощущения, преимущественно положительные; сонливость и некоторые типичные вегетативные реакции, такие как возбуждение центра блуждающего нерва и рвотного центра, угнетение кишечной перистальтики, снижение основного обмена и температуры тела. Эти эффекты опиоидов давно используются в медицинской практике для уменьшения боли, угнетения кашля, для усиления эффекта веществ, применяемых для наркоза, а также для устранения нежелательной перистальтики кишечного тракта.

До появления антидепрессантов, то есть до 60-х годов прошлого века, препараты опиоидов применялись в психиатрической практике для лечения депрессии. Одним из важнейших факторов действия опиоидов является способность вызывать патологическое влечение (addiction) и зависимость (dependence).

Составленный ВОЗ «Лексикон алкогольных и наркотических терминов» определяет опиоиды как: 1) алкалоиды опийного мака (*Papaver somniferum*), 2) его синтетических аналогов и 3) соединений, которые синтезируются в головном мозге, которые способны ослаблять боль и вызывать чувство комфорта (эйфории). Алкалоиды опиоидов и их синтетические аналоги, употребляемые в высоких дозах, также способны вызвать сопор, кому и смерть через угнетение респираторной функции.

Алкалоиды опиоидов и его полусинтетические дериваты включают морфин, диацетилморфин (героин), гидроморфин, кодеин и оксикодон. К синтетическим опиоидам относятся: леворфанол, пропоксифен, фентанил, метадон, петидин (меперидин), а также частичные агонисты пентазоцин и бупренорфин. Метаболитами организма, обладающими свойствами опиоидов, являются эндорфины и энкефалины.

Опиаты — природные алкалоиды опийного мака, которые имеют влияние на опиатные рецепторы ЦНС. Наиболее распространенные представители: морфин, кодеин, наркотин.

Опиоиды — алкалоиды опийного мака, их производные и синтетические аналоги, а также вещества, которые синтезируются в организме человека. Общим признаком опиоидов является их специфическое взаимодействие с опиатными рецепторами ЦНС.

Основные этапы развития наркотической зависимости. Зависимость от психоактивных веществ (как от опиоидов, так и от любого другого наркотического вещества) развивается по определенному, хорошо изученному и описанному патогенетическому сценарию (И.Н. Пятницкая, 2008 и др.), т.е. проходит закономерные этапы развития. Первый

этап — это этап злоупотребления наркотическими веществами, при котором состояния опьянения чередуются с состоянием трезвости различной длительности. Клиническая симптоматика наркотической зависимости еще отсутствует, состояние здоровья остается хорошим.

Основные звенья этапа злоупотребления наркотическими веществами:

- 1) эйфория как субъективное чувство удовольствия, наслаждения, благоприятного сдвига в физическом или психическом самочувствии;
- 2) формирование предпочтения определенного наркотика;
- 3) регулярность приема;
- 4) угасание первоначального эффекта наркотика.

Следующий этап — это продром болезни. Увеличивается суточная толерантность, появляется возможность многократного в течение дня введения наркотического вещества, возникают явления дисхроноза. Проявляется состояние с постоянно высоким жизненным тонусом, коротким хаотичным сном, невыразительностью суточных спадов активности. Продромальные явления трудно дифференцируются.

Стадия I. Прием наркотика регулярен. Толерантность растет, защитные реакции слабеют, вероятность токсических реакций снижается, изменяется форма потребления (синдром измененной реактивности). Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации (синдром психической зависимости).

Стадия II. Представлена тремя наркоманическими синдромами: 1) синдромом измененной реактивности (измененная форма потребления, высокая устойчивая толерантность, отсутствие защитных и токсических реакций, измененная форма опьянения); 2) синдром психической зависимости (обсессивное влечение к опьянению, способности к психическому комфорту в интоксикации); 3) синдром физической зависимости (компульсивное, физическое влечение к опьянению, маскирующее обсессивное влечение, способность к физическому комфорту в интоксикации, абстинентный синдром).

Стадия III. Как и во второй стадии представлен тремя наркоманическими синдромами: 1) синдромом измененной реактивности (измененная форма потребления, снижающаяся толерантность, отсутствие защитных и токсических реакций, измененная форма опьянения); 2) синдром психической зависимости (обсессивное влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации); 3) синдром физической зависимости (компульсивное, физическое влечение к опьянению, способность к физическому комфорту в интоксикации, трансформированный абстинентный синдром). Синдромы наркотической зависимости изменены вследствие истощенности организма наркозависимого и наркотическое вещество выполняет роль тонизирующего, стимулирующего организм средства.

Достаточно часто врачам не наркологам приходится сталкиваться с проблемой, когда клиническая

картина интернируемого пациента не укладывается в хорошо известные им соматические заболевания. Врач задумывается о вероятном употреблении пациентом наркотических веществ, однако он не имеет достаточных знаний и практических навыков для того, чтобы профессионально, этично, деонтологически грамотно задать интересующие его вопросы. С целью обучения врачей экспресс-тестированию выявления проблем, связанных с употреблением наркотических веществ и для быстрой объективизации выявления зависимости от наркотических веществ предложен скрининг-тест DAST (Drug abuse screening test), который получил широкое международное применение.

Скрининг-тест на злоупотребление наркотическими веществами DAST (Drug abuse screening test)

Шкалы: наличие проблем, связанных со злоупотреблением наркотическими веществами.

Назначение теста: Тест позволяет выявить проблемы, связанных с употреблением наркотических веществ.

Варианты ответов: Да/Нет

Тест

1. Употребляли ли Вы наркотические вещества без рекомендации врача?
2. Злоупотребляли Вы выписанными врачом лекарствами/наркотиками?
3. Злоупотребляли Вы одновременно более чем одним прописанным Вам лекарством/наркотиком?
4. Можете ли Вы прожить неделю без лекарств/наркотиков (за исключением тех, которые показаны Вам по медицинским показаниям)?
5. Вы всегда можете прекратить употребление наркотиков, когда захотите?
6. Вы постоянно злоупотребляете лекарствами/наркотиками?
7. Вы пытались контролировать прием наркотиков в определенных ситуациях?
8. Бывали ли у Вас состояния полного отключения или «вспышки пережитого» в результате приема наркотиков?
9. Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо из-за злоупотребления наркотиками?
10. Ваша жена (муж) или родители жаловались на употребление Вами наркотиков?
11. Ваши друзья и родственники подозревают, что Вы употребляете наркотики?
12. Создавало ли употребление наркотиков проблемы с Вашей женой (мужем)?
13. Кто-нибудь из Вашей семьи когда-нибудь искал помощи в решении проблем, связанных с Вашим употреблением наркотиков?
14. Теряли ли Вы друзей из-за Вашего употребления наркотиков?
15. Приходилось ли Вам игнорировать семью или пропускать работу из-за приема наркотиков?
16. Возникали ли у Вас проблемы на работе из-за злоупотребления наркотиками?

17. Теряли ли работу из-за злоупотребления наркотиками?

18. Вступали в драки, находясь под воздействием наркотиков?

19. Подвергались ли вы аресту из-за необычного поведения, находясь под воздействием наркотиков?

20. Задерживали Вас за управление транспортным средством в состоянии наркотического опьянения?

21. Занимались ли вы противоправной деятельностью, чтобы достать наркотики?

22. Подвергались ли Вы аресту за хранение наркотиков?

23. Чувствовали ли вы симптомы отмены после приема наркотиков?

24. Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с приемом наркотиков (например, нарушения памяти, гепатит, СПИД, судороги, кровотечение и тому подобное)?

25. Вы обращались к кому-либо за помощью в связи с проблемой потребления наркотиков?

26. Попадали ли Вы в больницу из-за медицинских проблем, связанных с приемом наркотиков?

27. Принимали ли Вы участие в лечебных программах для лиц, которые потребляют наркотики?

28. Лечились Вы амбулаторно в связи с употреблением наркотиков?

Обработка и интерпретация результатов теста.

Ключ к тесту: За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Интерпретация результатов теста.

Общая сумма в 6 и более баллов указывает на наличие проблем, связанных со злоупотреблением наркотических веществ.

Как и при употреблении других наркотических веществ, формирование опиоидной зависимости и состояние острой интоксикации проходит определенные закономерные этапы своего развития. Любая зависимость начинается с состояния интоксикации, которое становится для будущего наркозависимого неотъемлемой частью жизни. Рассмотрим фазность при интоксикации морфином (действие различных опиоидов в состоянии опьянения похоже, поэтому состояние называется «морфинный тип интоксикации»).

Фазность при интоксикации морфином. Первая фаза проявляется через 10—30 секунд после введения ощущением тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, которое сопровождается кожными ощущениями и ощущением легких поглаживаний. Появляется сухость во рту, зрачки сужаются (рисунок 1), лицо гиперемировано. Голова становится легкой, в груди распирает от радости, появляется чувство прозрения. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Это состояние «прихода» длится до 5 минут, ощущается только новичками. При введении кодеина (3—5 таблеток) первая фаза смазана, отличается гиперемией верхней части тела и отечностью лица, кожным зудом кожи лица, шеи, верхней части туловища. Эти проявления сохраняются и во второй фазе и продолжаются в течение 1,5—2 часов.



Рис. 1. Сужение зрачка при интоксикации опиоидами

Вторая фаза. Называется «кайфом», «нирваной», характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. Опыневший вял, малоподвижен, в руках и ногах чувство тяжести и тепла. Появляются бредоподобные фантазии, визуализация представлений. Мечты сменяют одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опыневший оживлен, смешлив, громко разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте, речь быстрая. Продолжительность фазы до 3—4 часов.

Третья фаза. Представляет поверхностный сон в течение 2—3 часов.

Четвертая фаза. Фаза последствия, характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.

Развитие опиоидной зависимости. Первая инъекция в большинстве случаев приятная, остаются позитивно окрашенные воспоминания о ней. Однако осознанное влечение появляется позже и в разные сроки в зависимости от вида наркотического вещества и способа введения. При внутривенном способе этот срок при прочих равных условиях наиболее короткий. Особенно быстро происходит становление влечения при использовании героина (по литературным данным, через 3—5 инъекций, а иногда и после первого внутривенного введения), затем чистого морфина (10—15 инъекций), опия (до 2—3 недели нерегулярного приема настойки внутривенно), кодеина (до 1 месяца нерегулярного приема).

При возникновении влечения наркотизация становится регулярной, хотя эта регулярность еще и не обязательная. В отсутствие опиоида абстинентных явлений со стороны сомато-неврологической сферы еще нет, однако возникает чувство неудовлетворенности («чего-то не хватает») и мысли постоянно возвращаются к наркотическому веществу. Регулярная наркотизация означает I стадию заболевания.

Стадия I опиоидной зависимости. Физиологическое действие наркотического вещества в I стадии заболевания не изменено, каждое введение вызывает описанный выше эффект. Наркозависимый спит мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Аппетит подавлен, но сохраняется влечение к сладкому и жирному, особенно через 2—3 часа после инъекции, к концу второй фазы. Уменьшается коли-

чество мочи, появляется запоры на несколько дней; при простудах отсутствует кашель. В достаточно короткие сроки (1—2 месяца) происходит угасание психического действия прежней дозы. Дозы начинают повышаться, что пока дает качественно прежний эффект. Каждый прием наркотика сопровождается зудом, который постепенно становится все более кратковременным и исчезает к концу I стадии. При регулярном приеме наркотика ритм наркотизации еще не выработался. Отсутствие наркотика сказывается на состоянии больного лишь через 1—2 суток и не сомато-неврологическими, а психическими расстройствами: чувством напряженности, психического дискомфорта, целенаправленным стремлением к введению наркотика.

Стадия II опиоидной зависимости представлена полностью сформированным синдромом измененной реактивности. Синдром психической зависимости достигает также высоты своего развития. Наркотизация регулярна, образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность, продолжая постепенно повышаться, достигает необычайных размеров. Больной переносит опиоиды в дозах, которые в 100—200—300 раз превышают терапевтические. Форма опьянения меняется. Во II стадии заболевания действие наркотика отлично от действия наркотика на интактный организм или больного I стадии. Физиологический эффект исчезает. Нормализуются диурез, исчезают запоры, при простудах возобновляется кашель. Исчезает зуд — очень четкая граница II стадии. Если в I стадии заболевания больной спал мало и сон был поверхностным, то сейчас ритм сна вновь становится таким, каким был до начала заболевания.

Признаки и фазность абстинентного синдрома при опиоидной зависимости. Во II стадии заболевания при невозможности введения наркотического вещества в организм развивается состояние отмены (состояние лишения, абстинентный синдром, на сленге наркозависимых «ломка»). Абстинентный синдром также имеет фазность развития.

Первая фаза. Признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности. Сомато-вегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа». Исчезает аппетит. Наблюдается нарушение засыпания. Возникает через 8—12 часов после последнего приема наркотика.

Вторая фаза. Ощущение озноба сменяется чувством жара, приступами потливости и слабости, «гусиная кожа» постоянно. В мышцах спины, потом ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства. Мышцы тела напряжены. Появляется боль в челюстях и жевательных мышцах. Проявляются симптомы первой фазы. Зрачки широкие. Частое чихание (до 50—100 раз). Интенсивное зевание. Слезотечение. Наиболее выраженные симптомы второй фазы абстинентного синдрома через 30—36 часов после последнего приема опиоидов.

Третья фаза. Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет,

крутит. У части больных возникают судороги периферических мышц. Потребность двигаться высока. В начале движения боль ослабевает, затем усиливается. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают, вновь ложатся. Больные напряжены, недовольно-злобны, депрессивны, с переживаниями безнадёжности и бесперспективности. Компulsive влечение к наркотику. Признаки первых двух фаз усиливаются. Состояние развивается к концу вторых суток лишения опиатов.

Четвертая фаза. Отличается от третьей фазы появлением нового симптома — диспептических явлений. Появляются боли в животе, спазмы кишечника. Через несколько часов — рвота и понос. Понос до 10—15 раз в сутки, сопровождается тенезмами. Признаки четвертой фазы появляются на третьи сутки лишения опиоидов и продолжаются 5—10 дней.

Во II стадии заболевания отмечается общее соматическое истощение, что предоставляет больным опиоидной зависимостью характерный вид. Дефицит массы тела составляет 7—10 кг. Все больные выглядят старше своих лет. Наблюдаются преждевременное поседение и выпадение волос, волосы теряют блеск, становятся ломкими, выпадают зубы. Цвет лица бледный, иногда кожа приобретает желтоватый оттенок.

Стадия III опиоидной зависимости. В этой стадии зависимости выражены не только наркоманический синдром, но и последствия хронической интоксикации.

Большинство больных в III стадии отмечают снижение доз. Они уже не могут ввести себе прежнего количества наркотического вещества, которые комфортно переносили ранее. Наиболее характерный признак перехода болезни в III стадию — очередная смена действия наркотика. Если в I стадии оно было седативным, с физиологическими эффектами, если во II стадии при исчезновении физиологических эффектов превращалось в стимулирующее, то в III стадии зависимости действие наркотика на больного исключительно тонизирующее.

Физическая зависимость в III стадии в свою очередь меняет свое качество. Абстиненция тяжелая и наступает быстрее, чем во II стадии. Расширяются зрачки, возникают зевота, озноб, тело покрывается липким потом. Выраженный акроцианоз, похолодание конечностей. Депрессивный аффект сочетается с недвижимостью и бедной моторикой. Преобладает чувство безнадёжности, отчаяния. Характерные боли в сердце сжимающего, давящего характера. Адинамия доходит до степени аспонтанности. Больные лежат часами в одной позе, отвернувшись к стене, не переносят шум, смех, свет. Наблюдаются полная анорексия и бессонница. Больные выглядят измученными, вялыми, глубоко подавленными. По-

стоянно находятся в постели. Кожа сухая, землисто-серого цвета, глаза тусклые, глубоко запавшие, на лице застывшее выражение скорби, печали — «маска Гипократа». Понос становится изнурительным, с тенезмами, схваткообразными болями и режками по ходу кишечника.

Выход из острого состояния абстиненции литический, затаенный, симптомы исчезают в обратной последовательности до своего появления. Первыми признаками улучшения также служат сужение зрачков, нормализация артериального давления, пульса. Улучшается настроение. Потом исчезают и диспептические явления, выравнивается сон. Остаточные явления абстиненции — дистимические расстройства, астения, неуверенность в себе, пессимистическая оценка будущего, легкое возникновение compulsive влечения к наркотикам. Ритм и качество сна нарушены, постоянно физическое недомогание. После угасания абстинентного синдрома больные остаются энергетически сниженными: физически слабыми, вялыми, быстро утомляются.

Измученные постоянными поисками наркотиков, трудностями его добычи, тягостными ощущениями абстиненции, конфликтами, ожиданием неприятностей, в редких случаях и виной перед семьей, больные приходят к решению отказаться от опиоидов. Из них подавляющее большинство самостоятельно обращаются к врачам за помощью именно на III стадии заболевания. Как правило, они сначала пытаются прекратить наркотизацию самостоятельно, в основном выбирая два способа. Первый — массивный прием спиртного, до глубокой интоксикации, состояния оглушения, сквозь которое проявления абстинентного синдрома доходят до притупления. Иногда вместо алкоголя применяют снотворные и сильные транквилизаторы. Результатом этого вида лечения является возвращение злоупотребления, потому что длительность опиоидной абстиненции превышает время, в течение которого больной физически способен принимать алкоголь и другие средства в сверхвысоких дозах.

Столь же неэффективной есть и второй способ — постепенное снижение дозировок. В первые дни больные полны оптимизма и считают, что мнение о трудности избавления от зависимости неоправданно преувеличена, так как они сначала успешно держатся на минимальных дозах, которые препятствуют развитию абстиненции. Однако через несколько дней при росте симптомов абстиненции происходит срыв — возврат к прежним максимальным, а иногда и более высоким дозам.

Работа рекомендована для дидактической имплементации в сфере дистанционного обучения и самостоятельной работы слушателей системы последипломного образования.

Список использованной литературы

1. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: учеб. пособие / Д. И. Малин, В. М. Медведев. — 4-е изд. — М.: Вузовская книга, 2013. — 172 с.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология. — 2-е изд., испр. и дополн. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
3. Мишиев В.Д., Сосін І.К., Овчаренко М.О., Єршова О.А. Наркологія: актуальні питання (Навчальний посібник). — Львів: Медицина світу, — 2010. — 280 с.
4. Наркология (в таблицах и схемах): Учеб.-метод. пособие / В. В. Ростовщиков, А. А. Усачев / Под ред. Я. С. Оруджева. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2009. — 116 с.
5. Наркологія: Національний підручник (за редакцією Сосіна І.К., Чуєва Ю.Ф.). — Харків: Видавництво «Колегіум». — 2014. — 1500 с.
6. Овчаренко Н.А., Сосін І.К., Пинский Л.Л., Мишиев В.Д. Медико-социальные проблемы опиоидной зависимости / Монография/ Книга 1. Под редакцией д.мед.н. Овчаренко Н.А. — Луганск: «Промдрук», 2013. — 266 с.
7. Овчаренко Н.А., Сосін І.К., Пинский Л.Л., Мишиев В.Д. Опиоидная зависимость и хронический гепатит С / Монография/. Книга 2. Под. редакцией д.мед.н. Овчаренко Н.А. — Луганск: «Промпечать», 2014. — 340 с.
8. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с.
9. Сосін І.К., Гончарова О.Ю. Опіоїдна залежність. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухача. Харків, 2017. — 27 с.
10. Сосін І.К., Хвисьок А.Н., Марченко В.Г., Рудой С.А., Чуєв Ю.Ф., Гончарова Е.Ю. Интегрированные подходы к реформированию системы последипломного образования врачей, занятых в клинической сфере коморбидных патологий, представляющих угрозу здоровью и социальному благополучию нации // Науковий симпозіум з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1—2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ. Український вісник психоневрології. Том 23, вип. 3 (84), 2015. Додаток — С. 169—170.
11. Шигеев, В.Б., Шигеев, С.В. Меконизм: судебно-медицинские аспекты / В.Б. Шигеев, С.В.Шигеев. — М.: Типография «Новости», 2010. — 360 с.
12. Sosin I.K., Chuev Yu.F., Goncharova O.Yu. Integrated treatment for opioid addiction complicated with neuroophthalmic pathology due to codeine and levomycetin abuse narcoassociated phenomenon // European Psychiatry. The Journal the European psychiatric Association. March, 2016/ Vol. 33. Abstracts of the 24th European Congress of Psychiatry. Abstract number: EPA16-0103. — P. 774.

Клініко-діагностичні алгоритми опіоїдної залежності

Проф. Сосін І.К., доц. Гончарова О.Ю., доц. Чуєв Ю.Ф.

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті для цілей дидактики післядипломної підготовки лікарів-наркологів викладені алгоритмізовані основи однієї з найпоширеніших форм наркотизму — опіоїдної аддикції. Показана актуальність проблеми, історичні її аспекти, динаміка (етапи) формування патологічного стану залежності, підходи до уніфікації тестової діагностики. Викладені парадигми щодо клініки опіоїдної залежності є обов'язковою складовою навчальних планів і програм спеціалізації по наркології і багатьох циклів тематичного удосконалення та періодичного їх поновлення. Робота рекомендована для дидактичної імплементації у сфері дистанційної освіти та самостійної роботи слухачів системи післядипломної освіти.

Ключові слова: наркологія, дидактика, опіоїдна залежність, клініка, діагностика, післядипломна освіта, слухачі, самостійна робота.

Clinical diagnostic algorithms of opioid dependence

Prof. Sosin I., ass. prof. Goncharova O., ass. prof. Chuev Yu.

Kharkiv medical academy of postgraduate education

In an article for the purposes of postgraduate training didactics narcologists described algorithmic foundations of one of the most common forms of drug addiction — opioid addiction. The urgency of the problem, its historical aspects, dynamics (stages) formation of pathological addiction, approaches to the unification of diagnostic test. The above paradigm of clinical opioid dependence are a mandatory component of the curriculum and specialization programs for Addiction and many thematic improvement and updating them periodically cycles. The work recommended for the didactic implementation in the field of distance education and independent work of the postgraduate education.

Key Words: addiction medicine, didactics, opioid dependence, clinical features, diagnosis, postgraduate education, students, independent work.

Контактна інформація: Сосін Іван Кузьмич — зав. кафедрою наркології ХМАПО, доктор медичних наук, професор. м. Харків, вул. Чорноморська, 5, р. т. (057) 52-61-77, e-mail: narcology@med.edu.ua.

Стаття надійшла до редакції 03.03.2017 р.