

История

Кокаин (снег, кок, девочка, дама, snow, coke, girl, lady)— алкалоид, получаемый из кустарника *Erythroxylon coca*, растения, произрастающего в Боливии и Перу, где крестьяне жуют его листья, обладающие стимулирующим эффектом. Кокаин был выделен в 1860 г., а после 1884 г. занял первое место по эффективности ик вещество, вызывающее местную анестезию. С этой единственной целью он в настоящее время все еще используется в медицине. В 1880—1890 гг. кокаин широко использовался как лечебное средство при целом ряде ситуаций. В 1914 г. на кокаин распространились те же самые законы, что на морфий и героин, и с тех пор он во юридическим законом входит в группу наркотиков.

Фармакология

Кокаин стимулирует дофаминергическую систему, что вызывает высвобождение большого количества дофамина и тормозит обратный захват серотонина. Препарат вызывает очень сильную эйфорию. Психологическая зависимость к нему может появиться после первой же дозы. Продолжительность действия кокаина меньше, чем амфетамина, оно обычно длится от 30 мин до 1 ч после внутривенного или интраназального введения. Резкое истощение запасов серотонина способствует развитию депрессии и появлению суицидальных мыслей, наступающих после того, как препарат перестает поступать в организм как в острых случаях, так и в случаях хронического употребления.

Формы потребления

Кокаин, распространяемый торговцами (“уличный кокаин”, “street cocaine”), бывает очень разным по чистоте. Он обычно употребляется с сахаром, новокаином (procaine), амфетамином и другими препаратами. Его редко принимают перорально, так как эффект считается слишком слабым по сравнению с такой дорогой ценой. Следующие три способа являются наиболее широко распространенными: нюханье, подкожное или внутривенное введение и употребление чистого алкалоида кокаина. Употребляющие чистый алкалоид берут “уличный кокаин”, гидрохлорид кокаина и химическим путем экстрагируют чистый алкалоид кокаина, который вызывает сильное действие при курении наполненной трубки или иногда сигареты.

“Крэк” — чрезвычайно сильное средство. Оно легко производится с помощью метода свободного основания и в значительной степени связано с увеличением случаев наркомании. Наиболее часто наркоманы нюхают кокаин, и это наиболее безопасный

способ употребления; однако он не дает возможности достичь экстаза, как при курении или инъекциях. Случайное употребление кокаина опасно из-за высокой вероятности возникновения наркомании, а также из-за возможности остановки сердца; однако описано не вызывающее осложнений употребление кокаина для восстановления сил, при котором у субъекта не возникает зависимости.

Клиническое действие

Влияние кокаина и сходных с ним по действию амфетаминов на центральную нервную систему — экзальтация, эйфория, повышение самооценки и улучшение показателей выполнения умственных и физических заданий. Периферический симпатомиметический эффект, заключающийся в сужении кровеносных сосудов и обезболивании, лежит в основе того, что кокаин выбирается в качестве анестетика для многих хирургических операций на глазах, носе и глотке.

Кокаиновая интоксикация

Клиническое действие кокаина легко переходит в кокаиновую интоксикацию, характеризующуюся чрезвычайной ажитацией, раздражительностью, нарушением критики, импульсивным сексуальным поведением, агрессией, повышенной психомоторной активностью и маниакальным возбуждением. Ниже перечисляются диагностические критерии кокаиновой интоксикации:

1. Недавнее потребление кокаина.
2. Изменения поведения, носящие дезадаптивный характер (например, эйфория, воинственность, грандиозность, чрезмерный уровень бодрствования, бессонница, психомоторная ажитация, нарушение критики, нарушение социальной или профессиональной деятельности).
3. По меньшей мере два из следующих признаков, наблюдающихся в течение часа после потребления кокаина:
 1. тахикардия;
 2. увеличение артериального давления;
 3. насморк или кашель;
 4. зрительные или тактильные галлюцинации.

Кокаиновый психоз

Случаи кокаинового психоза не являются атипичными у наркоманов, хронически

вводящих препарат внутривенно.

Кокаиновый психоз, очевидно, качественно сходен с амфетаминовым психозом. Кокаиновая интоксикация на высоких дозах может сопровождаться временными идеями отношения, параноид-ными идеями, повышением либидо, шумом в ушах и неправильным поведением, например, складыванием всех предметов парами. Может возникать делирий с дезориентировкой и стремлением применить насилие. Ниже приведены диагностические критерии кокаинового делирия:

1. Делирий, развивающийся в течение 24 ч после употребления кокаина.
2. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Перцептивные нарушения и перцептивные особенности при наличии внешних проявлений параноидного бреда (обычно бреда ревности) связаны с длительным применением препарата и классифицируются как кокаиновые бредовые расстройства. Ниже приведены диагностические критерии кокаинового бредового расстройства:

1. Органический бредовой синдром, появившийся вскоре после употребления кокаина.
2. Быстрое развитие бреда преследования, являющегося доминирующей клинической особенностью. В. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

При кокаиновом психозе может иметь место импульсивность, связанная с одержимостью жадой убийства. Описаны тактильные или гаптические галлюцинации, при которых субъект считает, что у него под кожей ползают клопы (это называется также формикацией).

При хроническом употреблении кокаина часто бывает "заложенным" нос и наблюдается насморк; с этим часто пытаются справиться самостоятельно с помощью спреев, очищающих нос. Нос при этом часто воспаляется, раздувается или изъязвляется; у лиц, страдающих тяжелой наркоманией, иногда наблюдается перфорация перегородки. У потребляющих чистый алкалоид может иметь место повреждение поверхностцлегких, а при инъекции существует обычная опасность инфекции и эмболии, так же как и риск заразиться синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) путем передачи друг

другу одной и той же иглы.

Наряду с амфетаминами кокаин является веществом, который более других предпочитают экспериментальные животные для самовведения в условиях принуждения. Часто страстная жажда к кокаину становится серьезной проблемой для людей, которые имеют доступ к препарату, особенно для наркоманов, применяющих внутривенное введение препарата. Финансовая, физическая и психологическая цена пристрастия к кокаину может явиться опустошающей.

Диагноз

Кокаиновую наркоманию следует подозревать у субъекта, у которого отмечаются изменения личности, характеризующиеся раздражительностью, нарушением способности концентрировать внимание, компульсивное поведение, изменение восприятия, тяжелая бессонница и снижение массы тела. (Инспекция показала, что привычным сборищем кокаиновых наркоманов являются ночные клубы в часы, когда они не работают.) При наличии других признаков частое посещение таких клубов, а также быстрое увеличение долгов за последнее время (чтобы поддержать дорогостоящую привычку к употреблению кокаина) должны вызвать подозрение в отношении кокаиновой наркомании. Кокаинисты часто просят их извинить и покидают различные собрания (каждые 30 мин), чтобы остаться в одиночестве и понюхать или ввести препарат.

Кокаиновая абстиненция

Согласно МКБ, кокаиновая абстиненция состоит из симптомов, достигающих максимума от 2-го до 4-го дня, но некоторые симптомы, например депрессия и раздражительность, потенциально наблюдаются неделями. Острая кокаиновая абстиненция у хронического наркомана может вызвать непреодолимое желание получить препарат и поведение, направленное на его поиск; однако определенные физиологические признаки абстиненции отсутствуют. Ниже приводятся диагностические критерии кокаиновой абстиненции:

1. Прекращение длительного (несколько дней или дольше) потребления больших количеств кокаина или снижение количества потребляемого препарата, после которых наступает ди-сфория (например, депрессия, раздражительность, тревожность), и по меньшей мере один из следующих признаков, наблюдающихся более чем через 24 ч после прекращения введения препарата:

1. утомление,
2. бессонница или сонливость,

3. психомоторная ажитация.

4. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

У некоторых лиц наблюдается гиперсомнолентность, и они жалуются на утомляемость, ангедонию, депрессию, суицидальные мысли и общий дискомфорт. Эти симптомы исчезают в течение нескольких недель или месяцев. Тогда на поверхность выходят подлежащие эмоциональные расстройства, среди которых может обнаруживаться зависимость к алкоголю или бензодиазе-пинам, если эти вещества использовались, чтобы справиться с “крахом”, наступающим после каждого приступа кокаиновой наркомании. Согласно МКБ, депрессивный синдром считается сосуществующим с наркоманией, если он удерживается в течение нескольких недель.

Лечение

При остром состоянии, вызванном передозированием кокаина, рекомендуется введение кислорода (если нужно, под давлением), причем голова больного опускается в положение Тренделенбурга, для чего необходимо достичь мышечной релаксации, а если имеют место судороги, вводятся внутривенно барбитураты краткосрочного действия (от 25 до 50 мг пентотала натрия) или сибазон (диазепам) в дозах от 5 до 10 мг. При наличии тревожности с гипертензией и тахикардией назначается 10—30 мг сибазона внутривенно или внутримышечно.

Можно также вместо сибазона использовать для этой цели специфический антагонист симпато-миметического действия кокаина - адреноблокатор анаприлин (Propranolol, Индерал) по 1 мг, вводимому в/в каждую минуту, в течение 8 мин. Однако анаприлин не следует рассматривать как средство защиты от летальных доз кокаина или как лечебное средство при тяжелом передозировании кокаина.

Чтобы лишить кокаинового наркомана возможности пользоваться препаратом и обеспечить коллективное обсуждение его состояния, а также оказать необходимую лечебную помощь антипсихотическими и противотревожными средствами, которые надо применять с осторожностью, больного нужно госпитализировать. При амбулаторном лечении пытаются применить заместительную терапию амфетаминами и меридилом в сочетании с индивидуальной или групповой терапией, но это лечение не столь эффективно, как госпитализация.

Недавно разработан метод лечения сном с помощью лоразепама, логически обоснованный для предотвращения развития у больного признаков абстиненции. В некоторых случаях успешно применяются имизин или desimipramine для поддержания больного, находящегося в абстиненции. Другими лекарствами, применяемыми с этими же целями, являются литий, бромокриптин и ингибиторы моноаминооксидазы.