**Лікування наркоманії. Надання першої медичної допомоги**

На якій стадії наркоманія виліковна? Коли ще не пізно лікувати наркоманію? З наркоманією боротися не пізно ніколи. Але вона невиліковна. Як тільки людина одержує психічну залежність від наркотиків, тобто стає наркоманом, він здобуває невиліковне захворювання. Але це не виходить, що йому не вдасться жити без наркотиків. Це значить, що він завжди буде мати підвищений ризик відновити регулярну наркотизацію - навіть якщо цього не хоче й не очікує від себе.

При цьому не забувайте: наркоман, загалом, не лікується. Він перевиховується.

Одними медичними засобами (навіть найсучаснішими) з наркоманією не впоратися не тільки в суспільстві, але й в одного конкретного хворого. Чому ж? Так тому, що наркоманія не звичайна хвороба - це стан, що змінює всю особистість, цілком. Тут же розглянемо конкретні методи лікування наркоманії.

*Застосування ліків*

Перший спосіб лікування наркоманії, що спадає на думку звичайному лікареві й звичайному пацієнтові - застосування різних ліків. Позначається сила звички, і крім того, хіба ми не маємо різних новітніх і наймогутніших психофармакологічних засобів?

Ліків, які б могли запобігти розвитку наркоманії або повністю ліквідувати бажання вживати наркотики, не існує дотепер. І навряд чи вони з'являться в найближчі 50 років. А може бути, їхнє створення взагалі неможливо. Тому лікарі змушені використовувати симптоматичні методи лікування - тобто зменшувати прояву «ламання» (симптоми абстиненції), і тільки. Із цим завданням медики справляються із честю. Багато хто навіть уважають, що абстиненцію лікують «занадто добре», і тому, де, у наркоманів немає реальних причин повністю відмовитися від наркотиків - адже вони впевнені, що їм однаково допоможуть у важкий час «ламання». Про терапію абстиненції суспільству треба знати, що це - не проблема, і все.

Чи залежить абстиненція від стажу наркотизації? Прямо залежить від строку безперервного вживання наркотиків. Тобто якщо наркотизація почалася три роки тому, а потім була ремісія в 2 роки, що закінчилась три місяці назад, то вирішальну роль грають саме останні три місяці, протягом яких прийом наркотиків відновив. З іншого боку, із загальним стажем наркотизації наростає вага супутньої наркоманії захворювань - наприклад, хворий переносить травми голови або передозування, які роблять абстиненцію ще важчою.

Якщо лікар повідомив Вас, що збирається у великій кількості використовувати препарати аміназин, тізерцин, галоперідол або будь-які інші нейролептики - не зв'язуйтеся з ним, це застарілий і малоефективний спосіб лікування.

*Метод Назаралієва*

Багато хто запитують про нього, тому що чули, читали й навіть бачили по телевізорі програму про метод доктора Назаралієва, що живе й працює в Киргизії. Відмітними властивостями цього методу є висока якість реклами й висока вартість курсу терапії. У чому складається сам метод, вірогідно я сказати не можу (автор не дуже-те розповідає про нього). По слухах, Назаралієв використовує високі дози сильнодіючого препарату атропіну для того, щоб хворий на час абстиненції перебував у стані оглушення. Ця схема не позбавлена змісту, тому що дійсно, у такий спосіб хворої повинен перенести абстиненцію досить легко; крім того, атропін у надлишкових дозах знижує потяг до наркотиків (самим застосовувати не раджу - у препарату дуже маленьке «терапевтичне вікно» - різниця між лікувальною й смертельною дозами, саме тому атропін віднесений до сильнодіючих і небезпечних препаратів). Після серії атропінових (або будь-яких інших) ком проводиться місячний курс психотерапії. По завершенні курсу хворому гарантується рік життя без наркотиків.

Описаний метод не знайшов підтримки по двох причинах:

1. Використання атропіношокової терапії досить ризикована.

2. У результаті серії таких процедур формується органічна поразка головного мозку, і хворий стає ще більш некерованим.

Від самих хворих і їхніх родичів я не чув захоплених відгуків про метод Назаралієва, однак чув, що багато хто його пацієнти продовжують уживати наркотики. Тому я думаю, що ефективність цього методу не перевищує середньої планки ефективності лікування наркоманії - тобто приблизно 10% (незважаючи на «гарантії» і блискучу рекламу).

*Рефлексотерапія (голкотерапія)*

Залишається досить популярної для лікування наркоманії. Я особисто привітаю будь-який метод, що допомагає наркоманам відмовитися від наркотиків. Голкотерапія і її різновиди, загалом, допомагають, особливо якщо мова не йде про важку фізичну залежність.

Треба лише пам'ятати, що ця методика здатна полегшити фізичне (і навіть щиросердечне) стан пацієнта, але не змінити його відносини до наркотиків - тому що зміна відносини до наркотиків можливо лише в результаті духовного переродження (якщо хочете, перевиховання), а це вже голкам і сигаретам не під силу.

Те ж саме ставиться й до будь-яких фізіотерапевтичних методів - водним процедурам, елєктроаналгезії (апарат «Трансаїр»), сауні, лікувальній фізкультурі й всьому тому подібному. На великий жаль, причину наркоманії вони усунути не можуть, хоча самопочуття хворого більш-менш поліпшують.

У зв'язку з вищевикладеним, встає питання про те, що ж може запропонувати медицина для запобігання повернення до наркотиків, тобто рецидиву наркоманії. Виявляється, може дещо, але небагато:

1. Замісну терапію

2. Противорецидивну терапію

3.Особисто-ориентована психотерапію

**Замісна терапія**

Замісною терапією називається призначення медичних наркотиків з метою «відірвати» наркомана від нелегальних наркотиків і знизити соціальну гостроту проблем, що супроводжують наркоманію: кримінальних, сімейних, професійних і т.д.. У ряді країн для цього використовується препарат метадон.

*Протирецидивна терапія*

Головним її принципом є штучне створення такої ситуації, коли вживання наркотиків свідомо для наркомана (з його інформованої згоди) приведе до смерті або викличе катастрофічне погіршення стану здоров'я. Той же самий принцип використовується для лікування алкоголізму методом «підшивки» препарату «Еспераль». Головну роль у ньому лікарі відводять інстинкту самозбереження, як одному з основних інстинктів людини. На великий жаль, багато наркоманів свідомо вибирають руйнуюче поводження (тобто наркоманію) тому що думають, що в їхньому житті не існує нічого, чим би коштувало дорожити; в інших же потяг до задоволення (у цьому випадку - до наркотиків) «переважує» страх смерті, і написавши заповіт, вони все-таки роблять собі укол - це, до речі, випадок з життя. Так що можливості такої терапії також обмежені, та й ефект жодного з нижче перерахованих заходів не може тривати все життя.

1. Налтрексон - медичний препарат, що є антагоністом опиатів. Це значить, що поки в організмі перебуває достатня доза налтрексону, ін'єкція наркотику-опиату (наприклад, героїну або кустарного «чорного розчину») не тільки не викличе ейфорії, але може й привести до розвитку справжньої абстиненції («ламання»). Налтрексон зустрічається ще за назвою «Нарканті» . На великий жаль, він надзвичайно доріг. На ще більший жаль, рідкий наркоман погоджується на його добровільне систематичне використання.

2. «Хімзахист» - процедура, заснована на введенні налтрексону або препаратів подібного з ним дії, але в «пролонгованої» (довгостроково діючої) формі. Термін дії кожного із препаратів такого роду обмежений, причому діє закон: чим коротше термін дії, тим більше виражений ефект препарату. Звичайно тривалість коливається від 3-х місяців до 2-х років. Хімзахист має всі недоліки, перерахованими в пункті 3 про «Кодування» .

3.«Кодування» - термін, що поєднує досить різнорідну групу медичних процедур, після проведення яких уживання певного наркотику може стати небезпечним для життя й здоров'я. З ряду причин жоден з типів кодування не може бути ефективним відразу для всіх наркотиків. Крім того, найчастіше результат кодування може виявитися непередбаченим і вкрай небажаним (наприклад, розвиток психічного захворювання замість інфаркту, що планувався, у випадку вживання наркотику). Незважаючи на те, що лікарі намагаються визначити тривалість захисної дії процедури максимально точно, це вдається не завжди (медицині далеко до точності математики). У результаті на свій страх і ризик хворої виявляється в досить мрячній ситуації: він не знає, що з ним трапитися й коли, якщо він раптом зважиться на вживання наркотиків.

*Психотерапія*

Це група психотерапевтичних методик, які припускають більш-менш повну перебудову особистості з метою формування антинаркотичної установки у хворого. Методики можуть використовуватися самі різнорідні: модні психоаналіз і НЛП, не така модна, але нітрохи не менш ефективна гештальт-терапія, трансактний аналіз і тому подібні. Для людей, які всі ці букви сприймають як лист від Фільки, поясню: мова йде про способи «перевиховання» (шляхом словесного впливу на глибинні шари психіки без застосування гіпнозу) хворого. У результаті їхнього застосування пацієнт не тільки відмовляється від наркотиків, але цілком може стати й трохи іншою людиною - наприклад, більше відповідальним, працьовитим, зваженим у словах і вчинках.

Звичайно, такий підхід до справи викликає повагу. Так тільки для терапії необхідно досить багато часу (не менш декількох місяців), і великий шанс рецидиву до її закінчення. Крім того, коштує вона звичайно дуже недешево. І останнє: зараз у Києві фахівців, здатних (і згодних) лікувати наркоманів цими методами, можна перерахувати по пальцях.

**«Чищення крові»**

Кров, звичайно, не килим, і її не чистять. Я не знаю, звідки узявся термін «чищення крові» , але підозрюю, що тут не обійшлося екстрасенсів - фахівців з «шлаків організму» .

Насправді мова йде про групу процедур, які в медиків мають загальну назву «екстракорпоральна детоксикація». У неї звичайно включають гемосорбцію, плазмаферез і лікворосорбцію. Що ж це таке?

1. Гемосорбція - спосіб фізичного впливу на кров, що полягає в тім, що її пропускають через сорбент (це особливим образом оброблені шматочки вугілля або інших матеріалів з великою вбираючою здатністю).

2. Лікворосорбція - те ж саме, але з ліквором (спинномозковою рідиною).

3. Плазмаферез - поділ крові на формені елементи (клітки) і плазму, тобто ту її частину, що є просто розчином білків і не містить ніяких кліток - ні еритроцитів, не лейкоцитів, ні яких-небудь інших. Після поділу формені елементи повертають у кров'яне русло, а плазму просто виливають, заміщаючи загублений обсяг стерильним розчином.

Для того, щоб кров і плазма не згорталася у перекачувальному пристрої й на сорбенті, їх попередньо насичують гепарином - речовиною, що не дозволяє крові згортатися взагалі (у тому числі й у судинах кровоносної системи).

Після того, як кров або ліквор пропущені через сорбент (при гемо - і лікворосорбції), вони вертаються туди, звідки минулого взяті - кров у вену, ліквор - в особливий простір усередині хребта.

Всі три процедури можуть тривати півгодини й більше того. Звичайно, вони пов'язані з порушенням шкірних покривів (а у випадку лікворосорбції - і з порушенням твердої оболонки спинного мозку) і проникненням у внутрішні середовища організму, а тому є хірургічними втручаннями з усіма наслідками, що випливають (необхідність стерильності, можливість ускладнень і т.п.).

Передбачається (принаймні так уважають хворі), що в результаті цих заходів кров (або ліквор) звільняються від токсинів, які утворяться в результаті прийому наркотиків і це йде на користь здоров'ю.

Виникає питання - які ж все-таки токсини осідають на сорбенті?

Дійсно, якщо наркоман недавно ввів собі наркотик, цей наркотик ми можемо піймати сорбентом. У результаті наркотику в крові не буде, і почнеться абстиненція («ламання» ). Ціль досягнута.

Але, з іншого боку, якщо ми не зробимо ні гемосорбції, ні лікворосорбції, абстиненція однаково почнеться через 12 годин (саме пізніше - через 24). А якщо абстиненція вже почалася, тобто наркотиків у крові вже ні, а звичайно так і буває - ніхто не проводить гемосорбцію відразу після прийому наркотиків - те отчого ж ми тоді намагаємося очистити кров?

Виходить, намагаємося дарма, так ще піддаємо хворого ризику, пов'язаному з перенасиченням крові гепарином і порушенням цілісності шкірних покривів.

Іноді наркомани (ті, хто використовують наркотики кустарного виготовлення) затверджують, що кров «очищається від бруду, що втримується в наркотиках». Під «брудом» вони мають на увазі ті дрібні часточки рослинної сировини, які неможливо відфільтрувати домашніми методами й від яких готові розчини наркотиків стають темними й непрозорими.

Отож, ці часточки дійсно попадають у кров з наркотиком при внутрішньовенному введенні. Але вони не вічно циркулюють у крові, а досить швидко (протягом декількох годин) поглинається клітками - макрофагами, які плавають у крові. У макрофагах вони частково руйнуються, а що не зруйнувалися концентруються в інших клітках, що вистилають внутрішню поверхню кровоносних судин, які називаються клітками ретикулоендотеліальної системи (РЭС) і перебувають переважно в посудинах печінки. У клітках РЭС вони або руйнуються, або так і залишаються. І ніяка гемосорбція їх звідти не витягне.

Але гемосорбцією лікують досить широко, і багато пацієнтів (хоч і не все) почували полегшення в результаті такого лікування. У чому ж справа? А в тім, що після гемосорбції доктора звичайно призначають хворим заспокійливі, снотворні й знеболюючі засоби. Вони й допомагають. Але навіщо тоді гемосорбція?

Саме тому у своєму відділенні ми не робимо гемосорбцію всім наркоманам. Іноді робимо - у двох ситуаціях:

1. Коли в наявності передозування наркотиків, особливо із групи барбітуратів (снотворних) і треба терміново вивести їхню надлишкову кількість, поки хворий не вмер від зупинки подиху.

2. Коли в результаті лікування абстиненції заспокійливими, снотворними й знеболюючими препаратами хворий виявляється «перевантаженим» ними - занадто млявим, сонливим, апатичним і слабким. Отоді від гемосорбції дійсно ми спостерігаємо позитивний ефект. Пацієнти після її стають активніше й краще себе почувають.

Тому не треба женуться за «чищенням крові» і тероризувати лікарів вимогами зробити неї. Самі знаєте, Вам це обійдеться недешево. До того ж є певний ризик, як і при всякому хірургічному втручанні (хоч він і невеликий при гемосорбції й плазмаферезі).

**Загрозливі стани й невідкладна допомога**

Увага! Ця глава не для того, щоб вивчати всю медицину або хоча б всю невідкладну наркологію. Тут використовується дуже спрощений опис схем і прийомів, розраховане тільки на надання першої допомоги.

Ускладненнями регулярного вживання наркотиків є стани, що загрожують життю й потребують невідкладної медичної допомоги. Вони можуть розвиватися в будь-якого наркомана. Чим більше стаж зловживання наркотиками, тим вище ймовірність їхньої появи.

Що це за стани?

Необхідно помітити, що безпосередньо загрожують життю тільки дихальна й серцева недостатність, які звичайно розвиваються одразу. Увага! Якщо у Вас немає вищого медичного утворення й Ви не працюєте медсестрою в наркологічній або токсикологічній лікарні, краща допомога, що ви можете зробити - НЕГАЙНО зробити так, щоб хворий із загрозливим станом виявився під спостереженням професіоналів (найпростіше викликати «Швидку» ).

**Передозування наркотиків**

Є однією з головних причин розвитку загрози життю наркомана. Зараз особливо часто зустрічається у осіб, що зловживають наркотиками опійної групи. Хоча не менш небезпечна для тих, хто вживає кокаїн і ефедрин.

Передозування опійної або снотворних веде до зупинки подиху прямо, без яких-небудь додаткових причин. Зупинка подиху в цьому випадку не є раптової, вона як би «розвивається» поступово, тобто подих хворого стає усе менш глибоким і усе більше рідким. Зовні це виглядає так, начебто людина просто глибоко спить. Шкіра в таких випадках дуже бліда, холодна на дотик; губи, кінчики пальців і вух - синюшного фарбування.

Питання батьків: Як визначити, що в наркомана порушення подиху? Найкраще - просто послухати, як він дихає. Але вухо треба наблизити прямо до особи хворого. Правильний подих - коли в сні людина дихає глибоко й ритмічно. При цьому вдих-видихнув повинен бути чутний не менш 12 разів у хвилину. Якщо Ви чуєте, що:

1. Потерпілий взагалі не дихає протягом 1 хвилини.

2. Дихає рідше, ніж 10 разів у хвилину або частіше, чим 30 разів у хвилину;

3. Він дихає неритмічно, «завмираючи» на 30-60 секунд, а потім починає дихати глибоко й галасливо;

4. Подих дуже рідке й ледве чутне протягом 10 хвилин і більше;

5. При його подиху вухом чутні хрипи, що булькають, - виходить, йому терміново потрібно надавати допомогу й викликати «Швидку» .

Якщо Ви виявили рідкий поверхневий подих у сплячого наркомана, негайно починайте його трясти й ляскати по щоках. Якщо в результаті Ваших зусиль прокинеться, сяде або схопиться на ноги й голосно вилає Вас - усе в порядку, Ви теж можете вилаяти його у відповідь і заспокоїтися. Якщо він не прокинеться, прокинеться не до кінця й залишиться млявим, терміново викликайте «Швидку». Краще, якщо «Швидку» викличе помічник, а Ви в цей час продовжуйте термосити. Якщо хворий став з Вами хоча б розмовляти, змушуйте його ходити й не припиняйте розмовляти з ним, поки «Швидка» не приїде.

Якщо в результаті Ваших зусиль він все-таки розмовляти не може, починайте робити штучне дихання «рот у рот». Справа цього не складне, але потребуючого фізичного зусиль, тому, по можливості, залучіть до нього здорового чоловіка.

Штучне дихання «рот у рот» робиться так:

Укладете потерпілого на тверду рівну поверхню (найкраще прямо на підлогу). Своїм пальцем перевірте, немає чи в нього в роті яких або сторонніх предметів (наприклад, блювотних мас). Під плечі (не під голову! не під шию!) підкладете туго скачаний валик товщиною приблизно 15-20 див. (наприклад, можна туго згорнути байкова ковдра) так, щоб його голова була сильно закинута, а рот відкрився. Пальцями висуньте його нижню щелепу верх, як показано на малюнку. Це необхідно для того, щоб мова постраждалого не запал і не перекрив дихальні шляхи.

Затисніть його ніздрі пальцями або білизняною прищіпкою - тільки не дуже тугий, щоб не ушкодити ніс. Глибоко вдихніть, щільно пригорніть свої губи до його й зробіть швидкий сильний видих (для постраждалого це буде вдих). І робіть так хоча б 10 (краще 12) раз у хвилину. Видихи в нього будуть відбуватися самостійно.

Ви зрозумієте, що працюєте правильно, коли в потерпілого при подиху буде помітно рух грудної клітки, а губи й кінчики пальців у нього стануть нормального кольору.

Штучне дихання «рот у рот» фізично настільки важке заняття, що краще його робити вдвох і мінятися частіше. Тому якщо Ви збиралися його робити, покличте на допомогу.

Зате це єдиний ефективний метод штучного дихання.

Передозування психостимуляторів (ефедрину, фенаміну, кокаїну) небезпечна не тільки розвитком психічного стану з маренням і галюцинаціями, але може й безпосередньо викликати важкі порушення ритму серцевих скорочень (от по такому шляху: тахікардія => миготлива аритмія => фібриляція шлуночків => зупинка серця). Фібриляція шлуночків серця супроводжується зупинкою подиху. Звичайно зупинка подиху наступає раптово, а не поступово, як при передозуванні опійних наркотиків.

Тому якщо Ви виявили відсутність подиху в потерпілого, негайно перевірте його пульс на сонній артерії (вона перебуває збоку на шиї трохи нижче кута нижньої щелепи - пощупайте в себе прямо зараз, де там цей пульс. Знайшли? Саме так він виглядає на дотик). Якщо подиху немає й пульсу ні, це називається «клінічна смерть».

Виходить, Вам необхідно крім виклику «Швидкої» починати невідкладні заходи - штучне дихання «рот у рот» і одночасно закритий масаж серця (закритий, тому що серце масажується через грудну клітку). Подих «рот у рот» описано вище.

Закритий масаж серця робиться так:

Потерпілий укладається в те ж положення, що й для штучного дихання. Спочатку (для механічної дефібриляції - «для запуску серця») виробляються два сильних, із усього розмаху, удару кулаком по грудині - по вертикальній осі симетрії грудної клітки на 5-6 див. вище «сонячного сплетення». Якщо після цього пульс і подих на з'явилися, Ви укладаєте долоні - одну на іншу - у те місце, куди тільки що били кулаком (тільки не всією поверхнею долоні, а тією частиною, який долоня приєднується до передпліччя), і починаєте робити на грудину різкі поштовхи всією вагою тіла так, щоб грудина йшла долілиць на 5-6 див. Частота поштовхів повинна становити приблизно 1 раз у секунду. Якщо Ви працюєте вдвох, то на 1 вдих повинне доводиться 4-5 поштовхів, якщо Ви на самоті боретеся за життя потерпілого - спочатку робите 2 вдихи, потім 15 поштовхів, потім знову 2 вдихи й так далі.

Ці заходи можуть бути досить тривалими, і якщо у Вас немає впевненості, що потерпілий задихав, продовжуйте їх доти, поки не приїде «Швидка». Не слабшайте зусиль! У книжках по реанімації пишуть, що таким шляхом можна довго (більше 30 хвилин) підтримувати життя хворого.

І ще: навіть при роботі спеціально навчених реанімаційних бригад неймовірно високої вважається ефективність, коли вдається відновити подих у кожного другого (тобто в 50%) хворого із клінічною смертю.

Тому не картайтеся, якщо це не вийде у Вас - Ви точно зробили все можливе, щоб урятувати потерпілого.

Хочу тільки помітити, що не завжди порушення ритму виникають від передозування, іноді вони бувають на тлі абстиненції. На щастя, у цьому випадку до фібриляції шлуночків справа звичайно не доходить. Просто людина почуває слабість, нудоту й «перебої» у роботі серця. Наступний стан - сепсис, так називається зараженням крові. Перш ніж описати його, я розповім про те, отчий сепсис виникає.

Ви помнете, що в наркоманів неминуче знижується імунітет, тобто здатність організму пручатися інфекції? Отож, на практиці це означає, що в них легко (і зовсім нерідко) виникають різні гнійні захворювання. Особливо часто - у тих, хто вводить наркотики внутрівенно. При ін'єкціях наркомани зрідка використовують не стерильні голки, ніколи не обробляють місце ін'єкції антисептиком, та й сам розчин наркотику стерильним буває досить рідко. У результаті бактерії проникають безпосередньо в тканині організму й виникають приблизно такі ускладнення:

Тромбофлебіт - запальний процес усередині вени. На ушкодженою ін'єкцією стінці вени утвориться тромб із кліток крові, і мікроби попадають усередину цього тромбу вже при його утворенні. Потім вони починають розмножуватися (а чого б їм не розмножуватися - тепло, і їжа є, а імунітету немає). У результаті відтік крові із тканин по цій вені припиняється, і рука (або нога) хворого сильно набрякає. Оскільки процес супроводжується запаленням, кінцівка стає червоної й гарячої на дотик. Почервоніння шкіри й біль поширюються прямо по ходу вени. Якщо хворого не лікувати, інфекція починає розноситися по кровоносних посудинах, і в результаті ми маємо сепсис. Є ще одна небезпека безпосередньо від тромбофлебіту: якщо це тромбофлебіт стегнової («пахової», як неї називають хворі) вени, то справа може скінчитися ампутацією кінцівки. Крім цієї вени, шляхів відтоку з ноги практично не існує, і повне припинення циркуляції крові в ній супроводжується некрозом (відмиранням) тканин нижньої кінцівки.

Абсцес - обмежене гнійне розплавлювання підшкірної жирової клітковини. бактерії, Що Потрапили під шкіру, не зустрічаючи опору, починають бурхливо розмножуватися, «переварюють» клітковину й у результаті утвориться «мішечок», що містить гній. Зовні абсцес виглядає як хвороблива, яскраво-червона, область шкіри в обмеженому місці, куди раніше був зроблений укол. Звичайно супроводжується підвищенням температури тіла. Якщо «мішечок» прорветься, у більш глибинні тканини, то буде флегмона, а якщо прорветься усередину кровоносної посудини - буде сепсис.

Флегмона - майже те ж саме, що й абсцес, тільки не у вигляді «мішечка», а у вигляді вільно, що поширюються по проміжках патьоків, гною. Зовні схожа на абсцес, але займає не обмежену область, а поширюється на значну частину кінцівки. Також супроводжується болем, набряком, підвищенням температури, так ще заважає рухам кінцівки. Небезпечна, крім виникнення сепсису, гнійним розплавлюванням нервів, посудин, м'язів, костей і всього, що попасеться їй на шляху.

У результаті кожного із гнійних процесів можливий розвиток сепсису. Сепсис - дуже важкий стан і дуже небезпечне. У домашніх умовах воно приведе до смерті, та й у госпітальні з ним украй важко боротися. Ознаками сепсису є: виражена слабість; висока температура, що те пропадає, то підскакує до 39,5 С и вище; рясний піт; зниження кров'яного тиску. Можуть бути необов'язкові ознаки начебто висипки по всій шкірі. Як правило, сепсис має «ворота інфекції» - ті самі тромбофлебіт, флегмону або абсцес, з яких усе почалося.

Якщо Ви підозрюєте, що у Вашого близького розвилися тромбофлебіт, абсцес або флегмона, негайно доможіться, щоб він звернувся до хірурга (тому що наркомани звичайно намагаються лікувати їх самі). Тому що коли ці болячки приведуть до сепсису, буде потрібно викликати «Швидку» - і ще невідомо, чи збереже йому життя невідкладна госпіталізація в реанімаційне відділення.

Існує ускладнення, що переживає практично кожний регулярно вводить наркотики внутрівенно. На наркоманської мові воно називається «тряска» або «пропасниця» . На медичному - гіпертермічна реакція або гіпертермія. Гіпертермія виникає тому, що величезна доза мікробів попадає прямо в кров разом з розчином наркотику. Це значить, що при гіпертермії (правда, дуже рідко) сепсис може виникнути відразу, без попередніх тромбофлебіту, абсцесу або флегмони.

Якщо хворий розповідає Вам, що відразу після уколу відчув себе не добре, а навпаки, погано - з'явилися сильний озноб, нездужання, слабість, ломота в суглобах, нудота, головний біль - виходить, він увів собі неякісний розчин наркотику й у нього гіпертермічна реакція.

Мабуть, це єдина ситуація, коли непримиренний борець із наркоманією С. Белогуров порадить Вам зробити все для того, щоб наркоман негайно одержав звичний наркотик у достатній дозі - за життєвими показниками. Тому що після гіпертермії може з'явитися не тільки сепсис, але й серйозна патологія нирок і серця. А введення наркотику допомагає добре. Тільки не купитеся - у хворого повинна бути температура, не менш 38 С. І дивитеся - якщо він зрозуміє, що в такий спосіб можна одержувати у Вас гроші на наркотики, він почне цим користуватися. Тому майте на увазі: два рази підряд гіпертермія практично не трапляється, і щотижня вона навряд чи буде виникати. Якщо наркоманові не дуже погано, можна замість наркотиків дати таблетку аспірину або анальгіну з тавегілом (альтернативою є внутрішньовенне введення антибіотиків разом з гормонами, наприклад, преднізолоном - але ця рада для лікарів).

Звичайно гіпертермічна реакція досить короткочасна, особливо якщо її «полікувати». Якщо ж стан хворого дуже погане або воно не улучається протягом 6 годин і більше, треба викликати «Швидку» - нехай лікарі розбираються, у чому справа.

Травми трапляються із усяким. Погано те, що з наркоманами вони трапляються раз в 15 частіше, ніж з іншими людьми. Головна причина зрозуміла - коли свідомість затуманена або змінене, непросто уникнути небезпечних ситуацій. Крім того, життя наркомана занадто близька до кримінального миру, де несподівані «пригоди» зустрічаються на кожному кроці. І травми іноді бувають досить серйозними, крім того, загрожують життя.

Що ж робити у випадку травми? Це залежить від її виду й ваги.

Кровотеча є небезпечним станом, особливо якщо кров тече дуже сильно - з артерії або великої вени. Кровотеча з артерії відрізняється тим, що кров має яскраво-червоне фарбування й ллється поштовхами (відповідними пульсу по частоті). Буває, навіть можна помітити пульсуючий струмок у рані. Навіть якщо такий струмок дуже тоненька, при артеріальній кровотечі обов'язково повинен бути накладений кровоспинний джгут (інакше кровотеча не припинитися).

Джгут можна виготовити з підручних матеріалів (мотузки або ганчірки) або використовувати готовий - гумовий. Головне, дужче його затягти, щоб нижче його пульс не прощупувався (а виходить, потрібні зусилля!). Правила такі:

1. Джгут треба накладати відразу, як тільки Ви зрозумієте, що кровотеча - артеріальне, тобто до накладення бинтової пов'язки.

2. Джгут не слід накладати занадто високо - ледве вище рани, чим ближче до неї, тим краще.

3. Джгут накладають не на голу шкіру, а на пов'язку із тканини або на одяг, щоб не відбулося обмеження шкіри.

4. Джгут повинен бути видний, тобто поверх самого джгута не слід накладати бинт. Краще, якщо Ви запишіть на папірці час накладення джгута й підсунете записку прямо під джгут. На рану, звичайно, пов'язку треба накласти.

5. Кінцівка, на яку накладений джгут, краще зафіксувати, тобто примотати до неї шину. Шину можна зробити із ціпка.

6. Цю кінцівку треба тепло вкутати, тому що вона не забезпечується кров'ю.

7. Джгут не повинен перетягати посудина більше 2-х годин при температурі повітря вище 100С, і більше 1-го години при температурі нижче зазначеної.

8. Тому, як тільки Ви наклали джгут, необхідно відразу ж викликати «Швидку» - однаково рану прийде щонайменше зашивати.

Якщо крові не занадто багато, і вона тече більш-менш рівномірним струменем темного кольору, то це - венозна кровотеча. Його можна зупинити, наклавши тугу бинтову пов'язку.

Якщо за якимись причинами вам не вдається зупинити сильну кровотечу описаними засобами, спробуйте просто щільно заткнути рану підручним матеріалом (шматком тканини) або навіть затиснути пальцями. Зараження крові - коли ще воно трапиться, а якщо потерпілий умре від втрати крові, лікарям просто когось буде лікувати від сепсису.

Опік - досить розповсюджена травма в наркоманів. Вони «варять» наркотики із застосуванням легкозаймистих речовин, люблять погрітися, покурити й при цьому поспати, до того ж у сп'янінні не почувають болю. Тому вони часто обпікаються й об опалювальні прилади, і в результаті пожеж, викликаних сигаретами й запаленням розчинника під час «варіння».

Опіки становлять небезпеку для життя, коли обпалена поверхня займає значну частину тіла (наприклад, всю руку або ногу). Глибокі опіки, навіть невеликих розмірів, гояться дуже погано й іноді вимагають пересадження шкіри. Крім того, завжди відбувається інфікування опікової рани. Тому раджу не лікувати опіки самостійно, якщо тільки Вашою метою не є формування виродливого хворобливого рубця на місці опіку. При великих опіках викликайте «Швидку» негайно! Або терміново йдіть до хірурга, якщо опік невеликої.

Багато хто намагаються застосовувати засоби полегшення болю ще до відвідування лікаря. На своєму досвіді можу сказати, що найкраще помістити обпалене місце під холодну воду, і тримати там як можна довше. Якщо опік великий, закрийте обпалену поверхню вологою тканиною й постійно змочуйте її. У жодному разі не змазуйте маслом або жиром свіжий опік! Тим більше, не засипте його сіллю, як зробив один мій знайомий, щоб допомогти своєму другові. Тільки холодна вода й виклик лікаря якомога швидше!

Травма голови також часто зустрічається у наркоманів. Про травми голови необхідно пам'ятати наступне:

Якщо безпосередньо після травми потерпілий знепритомнів; якщо в нього з'явилися запаморочення, слабість, нудота, а тим більше блювота - це струс головного мозку. Значить: він повинен лежати, а не гуляти й до нього краще викликати лікаря.

Якщо після травми стан хворого було неважливим, але, загалом, терпимим, а через кілька годин або навіть 1-2 доби йому стало гірше, з'явилися слабість, сонливість, нудота або блювота - можливо, цей внутрічерепний крововилив. У цьому випадку потерпілого необхідно укласти й терміново викликати «Швидку» .

Травма хребта - явище досить рідке й звичайно трапляється з тими, хто випадає з вікон верхніх поверхів. Якщо трапилося падіння з великої висоти й потерпілий скаржиться на біль у спині, його краще не торкати - нехай лежить, як лежав, а швидше викликати «Швидку». Якщо необхідно потерпілого пересунути або оглянути, то його обов'язково варто укласти на тверду рівну поверхню (щит або землю). Не переносите його на руках або на ковдрі! Це може погіршити його стан.

Переломи кінцівок небезпечні для життя тільки у випадку сильної кровотечі (вимагають накладення пов'язки або джгута до накладення шини) або якщо зламано стегно. У кожному разі без гіпсу перелом правильно не зможе зростися, тому до лікаря прийде йти обов'язково. Підозрювати перелом треба завжди, коли після травми боляче працювати кінцівкою або рухати нею.

Пневмонія (запалення легенів) у наркоманів розвивається швидко й протікає важко. Крім того, іноді вона ускладнюється набряком легенів, що є смертельно небезпечним станом. До того ж, у цей час досить реальна небезпеку туберкульозу. Тому раджу не ставиться легковажно до кашлю й температури в наркомана. На звичайному тлі зниженого імунітету кашель і температура в них через кілька діб можуть перетвориться в серйозне захворювання.

**Література**

1. Оржеховская В.М., Бурмака Н.П. Избавление учащихся от наркогенных привычек - К., 1992

2. Гарницкий С.П. Алкоголь, тютюн, наркотики й здоров'я підлітків. - К., 2002

3. Горпинченко И.И. Відверто про таємне. - К., 2002

4. Коростолев Н.Б. От А до Я. – М., 2003