

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

РОБОЧИЙ ЗОШИТ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО
ФАКУЛЬТЕТУ
3 КУРСУ

«ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ТАБАКОПАЛІННЯ,
АЛКОГОЛІЗМУ, НАРКОМАНІЇ ТА ТОКСИКОМАНІЇ»

Студент _____

Факультет _____

Курс _____

Харків

ХНМУ

2018

Затверджено вченою радою ХНМУ

Протокол №6 від 14.06.2018

Робочий зошит для самостійної роботи студентів медичного факультету з курсу «Основи профілактики табакопаління, алкоголізму, наркоманії та токсикоманії» / упоряд. Г.М. Кожина, Г.О.Самардакова, Л.Д.Коровіна, Л.М.Гайчук. – Харків:ХНМУ, 2018. – 78 с.

Упорядники: Г.М. Кожина,
Г.О.Самардакова,
Л.Д.Коровіна,
Л.М.Гайчук.

ЗМІСТ

Тема 1. Визначення понять тютюнопаління, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії

Тема 2. Організація наркологічної служби. Правові аспекти наркології. Судово-психіатрична, трудова та військово-психіатрична експертиза. Судова хіміко-фармацевтична експертиза лікарських засобів.

Тема 3. Класифікація психоактивних речовин. Етіологія та патогенез залежності. Біохімічні та нейрофізіологічні механізми залежності при вживанні психоактивних речовин.

Тема 4. Великий наркоманічний синдром.

Тема 5. Донозологічні форми вживання психоактивних речовин.

Тема 6. Етіопатогенетичні механізми формування тютюнопаління, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії. Вікові, статеві та соціальні особливості вживання психоактивних речовин й залежності від них.

Тема 7. Вживання алкоголю. Закономірності алкоголізації. Клінічна картина алкоголізму. Стадії захворювання.

Тема 8. Алкогольний абстинентний синдром.

Тема 9. Металкогольні психози.

Тема 10. Психосоматичні та метаболічні розлади при вживанні наркотиків (опіатів, канабіоїдів, психостимуляторів, дизайнерських наркотиків) та залежності від них.

Тема 11. Психосоматичні та метаболічні розлади при вживанні токсичних речовин та залежності від них.

Тема 12. Психосоматичні та метаболічні розлади при тютюнопалінні.

Тема 13. Профілактика та реабілітація хворих на тютюнопаління, наркоманію, токсикоманію та алкоголізм, а також їх ускладнень.

Тема 1.

Визначення понять тютюнопаління, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії.

Зловживання психоактивними речовинами (ПАР) вивчає наука наркологія. Деякі дослідники дають поширення наркологічних захворювань до 10 %. В усіх країнах, усіх континентів є культура вживання/ зловживання ПАР. Вона дещо різниться залежно від кліматичних, історичних, соціокультурних умов. Проте не має популяції яка б не стискалась із ПАР та її наслідками для організму, майбутніх поколінь та суспільства в загалі.

Проблема наркології не є суто пов'язаною із саме зловживанням та прямими ефектами ПАР. Велика загроза є низка асоційованих захворювань. Надзвичайно швидкі темпи поширення ВІЛ-інфекції, вірусного гепатиту ми бачимо переважно у ін'єкційних наркоманів.

Таким чином, наркологія та ПАР не мають бути предметом зацікавленості тільки вузьких спеціалістів (лікарів-наркологів), а стосується усієї галузі медицини. На сьогодні проблема ранньої діагностики, лікування, реабілітації та профілактики наркологічних захворювань є однією із пріоритетних. Це обумовлено також молодим (працездатним) віком хворих та поширенням підліткової наркоманії, токсикоманії та алкоголізму.

Психоактивні речовини — це такі речовини, однократне вживання яких спричинює різні суб'єктивно приємні психічні стани: ейфорію, підвищення активності, суб'єктивне відчуття комфорту, заспокоєння.

Типовим є поділ ПАР на три класи: алкоголь, наркотичні та токсикоманічні речовини.

Зловживання психоактивних речовин формує залежність (психічну та фізичну). Зловживання призводить до деградації особистості, зниження когнітивних здібностей і, як внаслідок, порушення соціальної адаптації.

Тютюнопаління – це вдихання диму тліючого висушеного листя тютюну, що містить нікотин.

В світі близько 1,3 мільярди людей, що палять. Тобто за 1 секунду на Землі випалюють 300 000 цигарок, що робить за 1 рік біля 2520000 тон недопалків.

Тривале тютюнопаління викликає залежність.

Тютюнова (нікотинова) залежність — розлад поведінки, що полягає в залежності від нікотину (вміщує фізичний та психологічний компоненти).

Нікотинову залежність (тютюнопаління) включено до рубрики «Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» й класифікуються під кодом F.17. — розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюну (МКХ – 10).

Тютюнова залежність - це захворювання пов'язане із групою факторів. До них відносять соціо-культурний рівень та відношення суспільства до паління; інтелектуальний рівень, генетичну схильність, а також розповсюдження шляхом масової комунікації, через рекламу, маркетинг і спонсорів.

Кожен рік тютюнопаління вбиває 5 млн. людей. По оцінках спеціалістів, через 9 років тютюнопаління призведе до вдвічі більшої кількості смертей ніж ВІЛ-інфекція і буде причиною 10 % смертей в світі.

Такий стан речей обумовлено перш за все індустрією тютюна. Цей бізнес був та залишається присутнім. Корпорації, що пов'язані з тютюном мають величезні та чітко зорганізовані маркетингові інститути. Мільярди доларів що витрачаються на рекламу та популяризацію паління тримають це явище на високому рівні.

Не для кого не є дивним та необгрунтованим шкода паління. Люди із дитинства знають, що тютюнопаління підвищує захворюваність та передчасну смерть. Будь яка форма вживання тютюну є шкідливою для організму. Це і паління цигарок, сигар, трубки; вживання жувального або нюхального тютюну, пасивне або вимушене тютюнопаління.

Останні десятиліття прогресивно зростає рівні жіночого, підліткового та дитячого тютюнопаління. Ця проблема обумовлена не тільки самим впливом токсичної речовини, а і специфікою жіночого та дитячого організмів.

Дуже небезпечним є зловживання деяких токсичних речовин. В нашій країні це поєднання тютюнопаління із алкоголізацією.

Надзвичайно шкідливим є тютюнопаління у людей із високою фізичною активністю. Дуже поширеним, особливо серед підлітків, є поєднання тютюнопаління із прагненням зниження маси тіла. Тобто великими фізичними навантаженням та нераціонально низьким харчуванням. Велика кількість інформації в інтернеті, форумах, соціальних сітях щодо контролю апетиту шляхом вживання тютюну. Велика кількість дівчат та хлопців пропускають деякі прийоми їжі, замінюючи на паління.

Більшість батьків, що курять, знають про небезпеку для дітей. Проте статистично більшість випадків хвороб органів дихання у цієї категорії дітей свідчить про надзвичайну силу залежності від тютюну.

Є доведений факт, що діти із сімей де палять двоє батьків не достатньо серйозно ставляться до цієї проблеми.

Куріння жінок під час вагітності спричинює не тільки збільшення частоти ускладнень вагітності та випадків смерті плода, зростання ризику викиднів і зниження маси тіла новонароджених, але й позначається на здоров'ї дитини протягом перших 7-9 років життя відставанням психічного і фізичного розвитку.

Кумулятивним впливом хронічної тютюнової інтоксикації є зменшення очікуваної тривалості життя: 35-річна жінка, яка палить, проживе на 5 років, а 35- річний чоловік, який палить – на 7 років менше, ніж їх однолітки, які не вживають тютюну.

13 березня 2012 року в Україні було остаточно схвалено закон про повну заборону реклами сигарет. Заборона стосується не тільки реклами, а й будь яких способів стимулювання продажів тютюнових виробів. Закон вступив в силу 17 вересня 2012 року. З 4 жовтня 2012 року на упаковках сигарет мають бути фотоілюстрації із зображеннями хвороб, викликаних тютюнопалінням.

Алкоголізм (різновид токсикоманії) — хронічне психічне захворювання, викликане зловживанням спиртними напоями, що характеризується патологічним потягом до алкоголю (етиловий спирт) і виникненням фізичних та психічних порушень.

За даними ВООЗ у світі 120 млн хворих з алкогольною залежністю, а показник поширеності алкоголізму 2 %.

Алкогольні напої спричинюють ейфорію і знімають емоційне напруження. Звичка вживати алкогольні напої закріплюється умовно-рефлекторно. Тобто людина таким способом вибирає усунування емоційних проблем, напруження. Усім відома роль алкоголю, як "соціального каталізатора", що полегшує спілкування та адаптацію людей.

В більшості країн пік уживання алкоголю припадає на вік 20—40 років, проте постійно зростає рівень підліткової та дитячої алкоголізації.

Наркоманія (гр. narke — заціпеніння, сон, і mania — пагубна пристрасть, потяг) — група хвороб, що виникає внаслідок систематичного вживання речовин, які включені до офіційного списку наркотиків та формують психічну і фізичну залежність від цих речовин.

Токсикоманія — група хвороб, що характеризується психічною та фізичною залежністю від систематичного вживання токсичних (психоактивних) речовин не віднесених до офіційного списку наркотиків.

Наркотичне "сп'яніння" характеризується суб'єктивно позитивними для даної людини переживаннями: поліпшується настрій, він стає безтурботним, добросердим без реального поліпшення ситуації. Проблеми на

час дезактуалізуються, але не усуваються. Таку суб'єктивно приємну дію наркотик справляє тільки на початку хвороби, а в подальшому наркотик вживають тільки для запобігання абстиненції, відновлення і підвищення працездатності.

Кожен наркотик спричинює характерний для нього стан інтоксикації, що часто супроводжується порушенням свідомості, мислення, сприйняття.

Перші вживання наркотику іноді спричинюють захисні реакції організму у вигляді свербіжів, нудоти, блювання, запаморочення, профузного поту, що зникають під час наступних вживань.

Гостра наркотична інтоксикація залежить від способу введення наркотику, зовнішнього втручання, соматичного і психічного стану особи, що вжила наркотик.

Наркотизм (періодична наркотизація, адиктивна поведінка) – випадки епізодичного помірного вживання наркотичних чи стимулюючих речовин зі зміною психічного стану без розвитку залежності.

Абстиненція (абстинентний синдром) – це стан не вживання (відміни, відняття) психоактивної речовини та, в широкому розумінні, стан зі соматоневрологічними розладами (похмілля).

В клініці, у залежних, виділяють стійке незадоволення відсутністю психоактивної речовини, пожвавлення при згадці її, домінування в думках та розмовах теми психоактивної речовини, що викликала залежність. Цей психічний стан звать психічною залежністю.

Психічна залежність – стан, коли виникає потужне бажання вживати (постійно чи періодично) психоактивну речовину задля виклику задоволення чи усунення дискомфорту.

Фізична залежність характеризується стійкою та тяжкою нездатністю переносити значні зміни у фізичному статусі (абстинентні розлади), які з'являються у відповідь на відміну/ припинення надходження до організму ПАР, що викликала залежність. Хворий знаходиться в фізичному комфорті тільки при наявності інтоксикації.

«Доза вдоволення потреб» - індивідуальна кількість ПАР, що не викликає ейфорію, але робить досяжним стан психічного та фізичного комфорту.

При вживання ПАР в особи розвиваються зміни у психічному статусі. Це явище називають психотаксичною дією ПАР. До неї відносять зміни психічної діяльності при вживанні ПАР одноразово, зміни особистості при хронічному вживанні. Домінуючі розлади знижують енергетичний потенціал, потяги та потреби, психічна виснаженість.

Більшість симптомокомплексів відносять до екзогенно-органічного регістру (органічного психосиндрому) та психотичного регістру (синдром потьмарення свідомості). В залежної людини порушуються емоції, з'являється психопатизація та згодом явища деменції. Ці зміни яскраво ілюструються на прикладі хронічного алкоголізму: емоційно-лабільні розлади, психопатизація та зниження рівня особистості, Корсаковський амнестичний синдром.

Щодо виразності психорганічного синдрому при наркоманії, то вона залежить від типу. Найбільш виразна та швидка деменція спостерігається при залежності від барбітуратів, летючих розчинників. Менш значна – при конабізмі.

Потьмарення свідомості ми можемо бачити при гострій інтоксикації, явищах абстиненції та виходу з неї. Участь свідомості в психопатології залежностей обумовлена нейротоксичною дією ПАР. Деякі синдроми потьмарення свідомості типові та дозволяють диференціювати залежність (алкогольний делірій, онейроїд при зловживанні літучими розчинниками).

Зловживання ПАР також викликає зміни в соматичному та неврологічному статусах. Це, так звана, соматотоксична дія ПАР. Її патогенетичні механізми пов'язані також із токсичною дією ПАР, шляхом порушення нейрорегуляції, імунитету, трофіки. Виразність соматотоксичної дії визначається по-перше типом ПАР, а також її кількістю та частотою вживання.

Профілактика в наркології, як і в інших галузях медицини, є первинною, вторинною та третинною.

Первинна профілактика – засоби боротьби із поширенням табакопаління, алкоголізму, наркоманії та токсикоманії в суспільстві. На практиці – це боротьба із аддиктивною поведінкою, поганими звичками вживання ПАР. Вона спрямована більш на дітей та підлітків.

Вторинна профілактика не може займатися раннім виявленням зловживань ПАР. Це обумовлене складністю діагностики початкових форм залежності, низьким рівнем самосвідомості громадян щодо здорового способи життя та гарантованністю прав та свобод в демократичному суспільстві. Тому, лікарі наркологи, спрямували профілактичні методи другого порядку на покращення лікування, подовження ремісії, запобігання повторів ускладнень.

Щодо третинної профілактики, то вона стосується контингенти хворих із довгостоким та несприятливим типом захворювання. Тобто попередження інвалідизації.

Питання:

1. Дайте визначення понять табакопаління, алкоголізм, наркоманія та токсикоманія.
2. Наведіть відміни понять психичної та фізичної залежності.

Тестові завдання:

1. Хворий, 25 років, із залежністю від алкоголю протягом 10 років, на фоні зниження толерантності, останні півроку випиває близько 100 мл горілки, мотивуючи неспроможністю працювати та спілкуватись з іншими особами. Ейфоричний стан не спостерігається. Визначить даний феномен.

- А. «Доза вдоволення потреб»
- В. Патологічна алкогольна інтоксикація
- С. Типова алкогольна інтоксикація

Д. Абстинентний стан

Е. Жодне із перерахованого.

2. Психічна залежність – це:

А. стан, коли виникає потужне бажання вживати (постійно чи періодично) психоактивну речовину задля виклику задоволення чи усунення дискомфорту;

В. стан, коли виникає потужне бажання вживати (постійно чи періодично) токсикоманічні речовини задля виклику задоволення чи усунення дискомфорту;

С. стан, характерний тільки для 1 стадії залежності;

Д. стійка та тяжка нездатність переносити значні зміни у фізичному статусі;

Е. стан, що характеризується комфортом, тільки при наявності інтоксикації.

Тема 2.

Організація наркологічної служби.

Наркологічна служба в Україні охоплює надання амбулаторної, стаціонарної, соціальної та правової допомоги хворим на залежність від психоактивних речовин.

Амбулаторна допомога здійснюється в диспансерах (обласних, міських, районних); диспансерних відділеннях при лікарнях; наркологічних кабінетах (при лікарнях та поліклініках).

Стаціонарна допомога здійснюється в наркологічних лікарнях (обласних, міських, районних); наркологічних відділеннях (багатопрофільних, психіатричних лікарень).

Наказ МОЗ № 339 від 18.11.1997 р регламентує діяльність наркологічної служби, пов'язаної із профілактичними оглядами. Тобто виявлення осіб із залежністю від ПАР при первинних та повторних експертизах пов'язаних із виконанням певних функціональних обов'язків професій та посад за переліком постанови Кабінету міністрів Україн № 1238 від 06.11.1997.

Головною одиницею надання наркологічної допомоги є наркологічний диспансер. Він працює за територіальним типом.

Структура наркологічного диспансеру:

кабінети дільничних психіатрів-наркологів;

організаційно-методичний кабінет;

кабінет експертизи алкогольного сп'яніння;

кабінет наркологічної експертизи;

підлітковий наркологічний кабінет;

кабінет анонімного лікування;

кабінет психолога;

кабінет терапевта;

кабінет невропатолога;

кабінет немедикаментозних методів лікування;

денний та нічний стаціонари;

клініко-діагностична лабораторія;

функціональна діагностика.

Більшість хворих не потребує стаціонарного лікування. Тобто, на 1-2 стадіях захворювання, при відсутності тяжких (психічних чи соматичних) наслідків та наявності адекватного забезпечення диспансеру.

Стаціонарне лікування здійснюється за невідкладними показаннями, планово (тяжкий перебіг захворювання, компульсивний потяг, соматовегетативні ускладнення), неможливість повномірного обстеження чи психотерапевтичного лікування за амбулаторних умов); примусово (примусові міри медичного характеру за рішенням суду).

Районний психіатр нарколог проводить первинне консьльтування, диспансерне спостереження, експертизу, психотерапевтичні та психореабілітаційні заходи. Диспансерне спостереження хворих на алкоголізм повинне бути не менш ніж три роки, а хворих на наркоманію/токсикоманію – не менш ніж 5 років.

Дещо відрізняються обов'язки нарколога підліткового кабінету. Його робота вміщує більш профілактичних мір та просвітнетської роботи, що обумовлено контингентом. Після виповнення вісімнадцяти років хворих переводять на диспансерний облік до районного психіатра-нарколога.

Облік наркологічних хворих здійснюється шляхом оформлення на них амбулаторної картки. Вона є у всіх хворих що добровільно звернулися по допомогу, або при примусовій експертизі чи примусовому лікуванні.

Примусова експертиза (до 10 днів) та примусове лікування здійснюється наркологічною службою за санкцією судді чи прокуратури.

Зважаючи на термін тип перебігу захворювання виділяють такі групи спостереження:

Група динамічного спостереження. До неї відносять хворих із нестійкою ремісією (менш року), первинні хворі. Диспансерний огляд 1 раз на місяць (інколи частіше).

Друга група – коли ремісія складає 1-2 роки, а диспансерний огляд 1 раз на 2 місяці.

Треття – з ремісією 2-3 роки, а диспансерний огляд 1 раз на 3 місяці .

Четверта – ремісія 3-5 років, а диспансерний огляд 1 раз на 4 місяці

Для хворих на алкоголізм використовують три групи динамічного спостереження, для хворих на наркоманію та токсикоманію – 4.

Питання:

1. Назвіть складові підрозділи наркологічного диспансеру.

2. Наведіть кількість та характеристики груп диспансерного спостереження хворих із залежностями.

Тестові завдання:

1. Під час диспансерного огляду жінки із залежністю від барбітуратів, лікар-нарколог помітив значні зміни в поведінці її 15 річного сина, типові для барбітуризму. Які дії лікаря нарколога?

А. Запропонувати консультивання

В. Викликати соціальну службу/ повідомити представників влади

С. Примусово госпіталізувати хлопця із згоди матері

Д. Направити на планове консьльтування для підліткового лікаря-нарколога

Е. Скликати консіліум (головний лікар-нарколог, підлітковий лікар-нарколог, педіатр, психолог/ соціальний працівник).

2. На підпорядкованій районному лікарю-наркологу ділянці є хворий на диспансерному спостережанні на хронічний алкоголізм, 2 стадії. В анамнезі 2 госпіталізації в психіатричний стаціонар із алкогольним делірієм, хронічний алкогольний гепатит. Хворий веде антисоціальне життя, категорично відмовляється виконувати рекомендації лікаря-нарколога, а останні декілька місяців відмовляються від будь-якої медичної допомоги. Які дії лікаря-нарколога.

А. Примусова госпіталізація хворого до наркологічного диспансеру

В. Використання примусових мір медичного характеру

С. Зробити активний виклик/ повідомлення до районної поліклініки

Д. Не проводити будь-яких дій без згоди хворого

Е. Зняти хворого із диспансерного спостереження

Тема 3.

Донозологічні форми вживання психоактивних речовин.

Донозологічні форми зловживання токсичними речовинами, до яких ще не сформувалася залежність, не є хворобливими станами і визначаються як токсикоманічна поведінка, епізодичне вживання чи адиктивна поведінка. Адиктивною поведінкою (addiction — пагубна звичка, порочна схильність) називають зловживання різними речовинами, що змінюють психічний стан до того, як сформувалася залежність. У цьому випадку слід здійснювати скоріше виховні заходи чи санкції, ніж медичні. Ризик переходу від адиктивної поведінки до залежності нерівномірний та залежить від типу ПАР, ступеню очистки, особливостей організму та інших факторів.

Адиктивна поведінка не є захворюванням, тому що відсутні складові великого наркоманічного синдрому. Присутні поведінкові зміни, пов'язані із прийомом ПАР.

Мотивацією до прийому ПАР можуть бути такі фактори:

Соціо-культурні;

Бажання зміни почуття;

Патологічна мотивація;

Серед усіх причин в сучасному світі найбільш вагомою є конфронтація поколінь. Особлива роль віднесена особистості. Тобто акцентуйовані чи патологічні особистості (частіш нестійкого типу) схильні до використання ПАР.

Виділяють 2 типи адиктивної поведінки: полісубстантна та моносубстантна.

До полісубстантної адиктивної поведінки відносять стан вживання різноманітних ПАР. Розрізняють такі етапи розвитку цього феномену: етап перших проб, етап пошукового полінаркотизму, етап групової психічної

залежності, етап надання переваги певній речовині, що в більшості випадків в решті решт закінчується залежністю. Проте є повідомлення щодо обриви цих ланцюжків до формування залежності.

Моносубстантна адиктивна поведінка обумовлена доступом лише до однієї ПАР, чи свідомою відмовою від інших.

На адиктивну поведінку спрямована більшість профілактичних мір, особливо в дитячій та підлітковій наркології. Важливим є роз'яснювальні бесіди, санітарно-просвітницька робота. Психотерапевтичні стратегії спрямовані на вирішення міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів, шляхи стабілізації та підвищення адаптації акцентуєваних чи патологічних особистостей.

У дослідників превертала увагу проблема донозологічного зловживання алкоголем (битове пияцтво), як найбільш розповсюдженої форми токсикоманії в світі. В більшості випадків цей феномен обумовлено традиціями пиття в країні та в родині, але біологічні особливості (спадковість) також грають неостанню роль (в формуванні саме захворювання на алкоголізм багато авторів цей фактор ставлять на перше місце).

Виділяють, так званий «преалкоголізм», тобто тимогенне зловживання до формування великого наркоманічного синдрому.

Пиття алкоголю тягне за собою негоразди для питущого, його родини, суспільства. Форми алкогольної поведінки в конкретної особи можуть залежати від алкоголізації населення, мотивації до алкоголізації в особи, алкогольних установок та потреб, відношення до алкоголю населення та мікросоціальної групи, наявності внутрішньоособистосного конфлікту та рівнев психологічного захисту.

Таким чином, в наявність в суспільстві осіб із донозологічними формами вживання ПАР обумовлена сукупністю соціально-психологічних

особливостей та біологічних резервів організму. При цьому, пусковий момент зводиться саме до першого вживання ПАР (Чому? Що саме? В яких обставинах?).

«Донозологічність» цього стану дає змогу втрутитись лікарю, родині, суспільству в попередження переходу в форму захворювання, тобто спрямувати більшість профілактичних мір на запобігання розвитку справжніх наркоманій, токсикоманій, алкоголізму.

Питання:

1. Дайте визначення поняттю «адиктивна поведінка».
2. Охарактеризуйте етапи розвитку «адиктивної поведінки».

Тестові завдання:

1. Адиктивна поведінка – це

А. зловживання різними речовинами, що змінюють психічний стан до того, як сформувалася залежність;

В. захворювання;

С. необов'язкова складова великого наркоманічного синдрому;

Д. різновид фізичної залежності;

Е. жодне із перерахованого.

2. Які фактори можуть бути мотивацією до прийому ПАР?

А. соціо-культурні;

В. бажання зміни самопочуття;

С. патологічна мотивація;

Д. особливості особистості;

Е. усі перераховані.

Тема 4.

Етіопатогенетичні механізми формування тютюнопаління, алкоголізму, токсикоманії та наркоманії. Вікові, статеві та соціальні особливості вживання психоактивних речовин й залежності від них.

Тютюнопаління, алкоголізм, токсикоманія та наркоманія є мультифакторним і поліетіологічним захворюванням. Їх етіологія не зводиться суто до зловживання речовиною, що викликає залежність. Як доказ цього, в деяких випадках ми бачимо тривале споживання без формування симптомів залежності, а в деяких – вже з першого прийому ПАР.

В етіології цих захворювань виділяють специфічну дію речовини, та додаткові фактори. До них відносять соціальні, психологічні й індивідуально-біологічні.

Специфічна дія речовини, формуючої залежність, пов'язана із її здатністю викликати ейфорію. З часом, людина прагне увійти у стан ейфорії без значних зусиль.

Залежність формується, як позитивний умовний рефлекс на повторне вживання речовини.

Роль соціальних факторів дуже помітна в розвитку алкоголізму та тютюнопаління. Звичка вживати алкоголь та тютюн в суспільстві та його відношення до цих речовин відіграють значну роль. Додатково до цього приєднується соціально-економічний стан, рівень освіти, родинний стан, етнічна і релігійна приналежність.

Алкоголь та тютюн виконують роль соціального каталізатора. Це ми бачимо у несамотійних, невпевнених, слабоадаптованих, психопатичних особистостей.

Психологічні фактори, що провокують наркоманії, токсикоманії, алкоголізма та табакопаління можливо поділити на декілька груп. До першої можна віднести прагнення духовного розслаблення, творчого «натхнення»,

«ясності думок», вираження своєї незалежності, чи протесту до спільноти. Інша група обумовлена неповною родиною, соціальними проблемами, економічними негараздами. Виділяють фактори, пов'язані із психотравмуючими ситуаціями, наслідками тривалої хвороби чи вимушеним прийомом сильнодіючих ліків. Серед дітей та підлітків поширено перше вживання психоактивних речовин в компанії та із бажання «невідставати».

Є данні щодо дослідження спадковості у розвитку алкоголізму. Родичів першого ступеня споріднення в 7—15 разів, в однойцевих близнюків у 2—2,5 разу вищий ризик розвитку алкоголізму ніж в популяції. Також дослідженні ролі залишкових явищ органічного ураження ЦНС, патологія соматостатевого дозрівання, астенізуючі та невротизуючі захворювання.

Індивідуальні спадково-генетичні особливості біохімічних процесів можуть зумовлювати схильність до виникнення залежності.

Тобто, зміна фармакологічних і поведінкових реакцій обумовлена порушенням метаболізму нейроамінів та опіюїдних пептидів, що ми бачимо при наркоманії.

Дослідники виділяють типові особливості особистості хворих на наркоманію в преморбіді. У них домінують нестійкість, підвищена збудливість, патологічна конформність, психічна незрілість, відсутність твердих принципів, слабкість волі, антисоціальна поведінка, слабка почуття відповідальності та боргу, загальна агресивність, несформованість вищих емоцій, знижений самоконтроль, гедоністичні тенденції на біологічно неповноцінному ґрунті. Ці особливості обумовлені дією перинатальних і постнатальних шкідливостей.

Нерідко провокувати схильність до використання психоактивних речовин є психопатологічний стан. Це перш за все афективні розлади, дистимія, порушення розвитку особистості й інтелекту.

В патогенезі алкоголізму, як наркоманії, задіяна більість нейротрансмітерних систем мозку: дофамінергічна, серотонінергічна і

ГАМК- ергічна. Шляхом посилення викиду, вони виснажуються, чим забезпечують погіршення самопочуття. Важливу роль відіграють ендogenous морфіни.

Токсична дія алкоголю пов'язана із виснаженням алкогольдегідрогенази (АЛДГ), при хронічному зловживанні, та накопиченню ацетальдегіду.

В патогенезі наркоманій і токсикоманій є взаємодія психоактивної речовини та нейротрансмітерних систем мозку з одного боку та індивідуальних відчуттів людини. Тобто патогенез вміщує єдність та взаємодоповнення фармакодинамічних, фармакокінетичних та спадково-конституціональних особливосте на фоні середовищних впливів.

Патогенез наркоманій складний та поліфакторний. Він залежить від факторів організму (нейротрансмітери, лімбічна система, внутріклітинні ферментні системи, так звана система експресії генів), шляхів введення ПАР (інгаляторний, пероральний, парентеральний), типу речовини (опіоїди, канабіоїди, психостимулятори тощо).

Дофамінова та ендogenous опіоїдна системи – головний шлях впливу наркотичних речовин. При тривалому вживанні нейротрансмітерні системи стають гіперчутливими, що призводить до їх сильного збудження. Клінічно, ми бачимо цей феномен, як підвищення позитивних емоційних реакцій.

Згодом запаси нейромедіаторів виснажуються, навіть повторне вживання ПАР не дає довгострокового підвищеного їх рівня, тому що ще більше виснажує лімбічну систему. Саме цей механізм лежить в так званому порочному колі психічної залежності.

Патогенез абстинентного синдрому пов'язують із системою підкріплення та тормозу активності адренергічних нейронів.

На сьогоднішня вживання та зловживання ПАР є не лише проблемою дорослих чоловіків. Неупинно зростає кількість жінок та дітей/ підлітків в цій групі. Особливо це стосується алкоголю, табаку та канабіоїдів.

В етіології цього явища значущу роль відіграє спадкова обтяженість за наркологічними та психічними захворюваннями.

У жінок та дітей швидкіше виникає залежність до ПАР, а стадії захворювання коротчі та з більш глибоким особистисним дефектом.

Щодо поведінки вживання то для жінок характерне приховувати залежність, не привертати до себе уваги. Вживання ПАР здійснюється в закритих групах, в родині чи наодинці. У жінок швидко втрачається кількісний контроль та розвивається абстиненція. Щодо алкоголізму (найбільш поширеної залежності), у жінок швидко змінюється толерантність та за 3-5 років настає 3 стадія. Вона характеризується глибокою деградацією особистості. Жінки втрачають мораль-етичні норми, вищі емоції, соціальний статус. Типова жінка хвора на алкоголізм чи наркоманію залишається без роботи, родини. Вона мешкає із такими ж хворими, спілкується із антисоціальними прошарками та часто вступає в неразбірливі статеві зв'язки.

Взагалі то виявити фази алкоголізму у жінок складніше ніж у чоловіків, клінічна картина представлена ніби нашаруванням симптомів. Абстиненція характеризується більш виразними психопатологічними змінами ніж соматовегетативними.

Лікування жінок із залежностями складніше ніж у чоловіків. Жінки рідко погоджуються із наявністю хвороби. Якщо звертаються до лікаря, то епізодично, не роблячи значних перерв у вживанні ПАР, або при наявності соматичної патології. Типові соматичні ускладнення (цироз печінки, енцефалопатія тощо) у жінок значно частіші ніж у чоловіків.

Психози, пов'язані зі зловживання ПАР у жінок характеризуються маревними ідеями, ніж психотичним рівнем змін свідомості. Із дефектно-органічного реєстру переважаються грубі когнитивні зміни (Корсаковський синдром) та епілептиформний синдром.

Щодо дітей/ підлітків то для них типовим є вживання ПАР в групах однолітків. Залежності в такому віці приймають злоякісний перебіг. Це обумовлено чутливістю несформованого організму до ПАР.

Інтоксикація у підлітків характеризується виразною ейфорією, нецілеспрямованою гіперактивністю. Кількісний контроль швидко знижується. Потім зникає соціальний контроль. Що характеризуються зловживанням вдома, на дитячих майданчиках чи в школі.

В більшості випадків підлітки не розуміють збільшення потягу до ПАР. Зміни фаз залежності в двічі, а інколи в 4-5 раз швидкіше ніж у дорослих чоловіків.

Особисть підлітка із залежністю претерпеває певних змін. Усі інтереси зводяться до ПАР: згадування, додаткові знання, шляхи отримання. За деякий час зникають інтереси до навчання, вищі емоції, морально-етичні норми. Поведінка стає психопатоподібною із швидкою деградацією та грубим когнітивним зниженням.

Стадійність наркоманії/ токсикоманії, як і у жінок, втрачає свої кордони.

Щодо абстиненції, то вона характеризується виразними вегетативними симптомами з астеною, розбитістю, головним болем, диспепсичними явищами, анорексією, безсонням. Психічні ознаки абстиненції виражені менше (субдепресія).

Металкогольні психози у підлітків рідкі та рудиментарні.

Смертність від залежностей від ПАР вища у жінок та підлітків, ніж у чоловіків. У жінок її типовими причинами є соматичні ускладнення. У підлітків – самогубства значно переважають над іншими причинами.

Питання:

1.Визначить основні етіо-патогенетичні механізми формування залежностей.

2. В чому типові відмінності підліткових залежностей від таких у жінок та чоловіків?

1. Що відносять до преморбідних особливостей хворих на наркоманію?

- A. нестійкість;
- B. слабкість волі;
- C. антисоціальна поведінка;
- D. гедоністичні тенденції;
- E. усе перераховане

2. Ще не є характерним для підліткового алкоголізму?

- A. швидка втрата кількісного контролю;
- B. вживання алкоголю в групах однолітків;
- C. схильність до розвитку алкогольного делірію в абстиненції;
- D. «нашарування» стадій;
- E. швидка втрата ситуаційного контролю.

Тема 5.

Вживання алкоголю. Закономірності алкоголізації. Клінічна картина алкоголізму. Стадії захворювання.

Алкоголь — психоактивна речовина, яку найчастіше використовують у всьому світі. На сьогодні немає країни та культури на усіх континентах Землі де б біло зовсім відсутнє використання алкоголю.

За даними ВООЗ у світі 120 млн хворих з алкогольною залежністю, а показник поширеності алкоголізму 2 %. Це велика проблема й тому що вона вражає молоду, працездатну частину людства.

Зловживання спиртними напоями є не тільки медичною, але й соціальною проблемою. В країнах із високим рівнем алкоголізації ми бачимо високий відсоток цирозів печінки, енцефалопатій, що призводить до смерті цих хворих.

За даними ВОЗ, смерть через суїциди у хворих на алкоголізм в 10 разів частіше, ніж по населенню в цілому.

При цьому хворі на алкоголізм літнього віку частіше вмирають через цироз печінки та його ускладнення, гостру судинну патологію. Хворі на алкоголізм молодого віку частіше вмирають через отруєння, нещасні випадки, суїциди.

Алкогольні напої отримують шляхом збродження цукровміщуючих продуктів рослинного походження (хліб, овочі, фрукти, мед) чи синтетичній обробці продуктів органічної промисловості (древесина тощо). Алкогольні напої вміщують в себе не тільки сом етанол, а й багато баоастних речовин (насамперед сивушні олії), які набагато більш токсичні.

Великі показники розповсюдження алкоголізму пов'язані із спроможністю викликати ейфорію і знімати емоційне напруження. Також ця речовина є "соціальним каталізатором". Вона спрощує спілкування, знижує рівень невпевненості та інше. В багатьох країнах алкогольна промисловість складає велику частину національного доходу. При цьому неможливо

порахувати використання алкоголю на душу населення спираючись тільки на регламентований алкоголь. Нажаль в країнах із дуже поширеною алкоголізацією є велика частка тіньового, кустарного, нелегально ввезеного алкоголю.

Відомо, що 7 – 8 г спирту на 1 кг маси тіла – є смертельна доза. Алкоголь призводить до гострої (сп'яніння) та хронічної (залежність із психічними та соматоневрологічними наслідками) інтоксикації організму.

КЛАСИФІКАЦІЯ АЛКОГОЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

I. Гостра алкогольна інтоксикація:

- 1) просте алкогольне сп'яніння;
- 2) патологічне сп'яніння.

II. Побутове пияцтво.

III. Хронічний алкоголізм.

IV. Металкогольні психози.

Алкоголь добре розчинюється в воді, всмоктується в кров, та призводить до інтоксикації органи та системи (особливо гидративні). Легкість розчинення алкоголю в жирових тканинах зумовлює токсичну дію на нервову систему та багатогранність психічних та неврологічних розладів. Відомо, що 3% алкоголю розпадається, інша частина підлягає окисленню.

Гостра алкогольна інтоксикація (алкогольне сп'яніння) — це симптомокомплекс психічних, соматоневрологічних порушень, зумовлених токсичною дією алкоголю при його вживанні. Виділяють 2 типи гострої дії алкоголю на організм людини: просте алкогольне сп'яніння та патологічне.

Виділяють 3 ступеня простого алкогольного сп'яніння має. Вони залежать від дози алкогольного напою (скільки чистого спирту потрапило в організм), та провокованих нею змін в організмі.

Легкий ступінь простого алкогольного сп'яніння характеризується наявністю в крові від 20 до 100 ммоль/л алкоголю та низкою психічних змін

(відчуття психічного і фізичного комфорту, підвищення працездатності, зниження концентрації уваги, зниженням критичності).

Середній ступінь простого алкогольного сп'яніння характеризується наявністю в крові від 100 до 250 ммоль/л алкоголю та дратівливістю, сповільненістю мислення, дизартрією, атаксією, згодом глибоким сном.

Важкий ступінь простого алкогольного сп'яніння характеризується наявністю в крові від 250 до 400 ммоль/л алкоголю та пригніченням свідомості (оглушення, сомноленція, кома). У разі концентрації алкоголю в крові до 700 ммоль/л може настати смерть від паралічу дихання.

Патологічне сп'яніння (ідіосинкратичне сп'яніння) – це гострий психотичний стан, обумовлений ідіосинкразією до алкоголю, змінами в головному мозку, а не кількістю алкоголю. Цей стан раптової тривожності, розгубленості, захисної поведінки.

Клініко-психопатологічно, цей стан – психотичне потьмарення (якісна зміна) свідомості у формі сутінкового порушення. Поведінка хворого в цьому стані обумовлена емоціями страху, жаху, що спричинені зоровими та слуховими обманами сприйняття та чуттєво-образними маячними ідеями.

Суспільно небезпечні дії, спричинені в стані патологічного сп'яніння, не є реально обумовленими.

Закінчується патологічне сп'яніння раптово глибоким сном із амнезією (повною чи частковою).

Вживання алкоголю може бути у формі побутового пияцтва (шкідлива звичка) чи із формуванням залежності (алкоголізм).

Зміна особистості у разі алкоголізму визначається стадією захворювання. На ранніх стадіях звичайно відбувається загострення преморбідних особистісних рис, морально-етичним зниженням, лабільністю настрою, песимізмом, демонстративністю, роздратованістю, зниженням відчуття дистанції.

Згодом приєднуються брехливість, цинічність, брутальність, нестриманість, почуття відповідальності, знижується почуття власного достоїнства.

На кінцевій стадії людина є соціально деградованою, не критичною, інтелектуально-мнестично зниженою.

У клінічній практиці виділяють 3 стадії хронічного алкоголізму: початкову (I), середню (II) і кінцеву (III).

Перша стадія алкоголізму характеризується первинним патологічним потягом до алкоголю, зниження кількісного контролю, підвищення толерантності, появою алкогольної амнезії; тривалість стадії до 6 років.

Клінічно ми бачимо ще неяскраво виразний патологічний потяг до алкоголю, зростання толерантності в 2—3 рази, зникнення блювотного рефлексу, тенденцію до більш міцних напоїв, відсутність явищ абстиненції. Щодо соціальної деградації особистості, то вона виявляється в основному в родині (сварки) та зниженням працездатності, уповільненням професійного росту.

Диференційно-діагностична відмінність другої стадії алкоголізму від першої — поява абстинентного синдрому (соматовегетативні, психопатологічні феномени), на фоні збільшення попередніх симптомів. Ця стадія не перевищує 15 років.

Клінічно виявляється максимальна толерантність до алкоголю, спонтанний нестримний патологічний потяг до алкоголю, повністю втрачено кількісний та соціальний контроль, починається соціальна деградація (огрубіння емоцій, збудливість, недостатньо критичність). В цей час виявляється такий феномен, як пиття на самоті.

При третій стадії алкоголізму є нестримним та спонтанним потяг до алкоголю, що приймає вид компульсивного. В цей час знижується толерантності до алкоголю, формуються грубі, невірні патологічні зміни у всьому організмі (сомато-вегетативні: енцефалопатія, цироз печінки; психопатологічні: Корсаковський синдром).

Питання:

Дайте відмінності стадій алкоголізму.

Чим обумовлена соматовегетативна патологія при алкоголізмі?

Тестові завдання:

1. Чоловік 30 років, регулярно зловживає алкоголем, толерантність 700 мл горілки. Хворим себе не вважає, мотивує це «здатністю багато випити» та «відсутністю вживання алкоглю вранці». Щоранку відчуває дратівливість, тахікардію, внутрішній дискомфорт. Встає до роботи тільки після декількох чашок кави із сигаретами натщесерце. Встановить діагноз.

A. фізична залежність від нікотину;

B. вегето-судинна дістонія;

C. алкоголізм 1 стадії;

D. алкоголізм 2 стадії;

E. алкоголізм 3 стадії.

2. Чоловік 40 років, вживає алкоголь «за компанію», деколи 3-5 разів на тиждень, толерантність 500-600 мл горілки. Після алкоголізації не має жодних соматовегетативних розладів. Має достатньо високий рівень соціального функціонування. Родинний анамнез отяжено на шизофренію. Чим може бути обумовлена відсутність захворювання на алкоголізм в цієї людини?

A. висока толерантність до алкоголю;

B. шизоїдна особисть;

C. якість алкоголю;

D. рівень соціального функціонування;

E. вік чоловіка.

Тема 6.

Металкогольні психози.

Металкогольні психози — гострі, затяжні та хронічні розлади психічної діяльності, що виникають у хворих на алкоголізм переважно в II і III стадії хвороби. За даними ВООЗ вони виникають у 10 % хворих на алкоголізм, у чоловіків частіше, ніж у жінок. У МКХ-10 наведена така класифікація металкогольних психозів:

F10.4 — стан невживання з делірієм внаслідок вживання алкоголю

F10.5 — психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю

(галюциноз, алкогольне марення ревнощів)

F10.6 — алкогольний амнестичний синдром (енцефалопатія Гайне—Верніке, синдром Корсакова).

У вітчизняній наркології металкогольні психози класифікуються за синдромальними ознаками і перебігом.

I. Гострі металкогольні психози:

- 1) алкогольний делірій;
- 2) гострий галюциноз;
- 3) гострий параноїд.

II. Затяжні металкогольні психози:

- 1) галюциноз;
- 2) параноїд;
- 3) марення ревнощів;
- 4) депресія.

III. Алкогольні енцефалопатії:

- 1) Гайне—Верніке;
- 2) психоз Корсакова;
- 3) деменція;
- 4) епілепсія.

Алкогільний делірій (Біла гарячка)

Найбільш частий металкогільний психоз (до 75 % усіх випадків психозів) як важкий прояв синдрому невживання. Біла гарячка звичайно виникає через 3—7 днів після припинення вживання спиртного чи різкого зниження дози, найчастіше у хворих, які зловживають протягом 5—15 років у віці 30—40 років. У продромальній стадії, що може тривати від декількох днів до декількох місяців, спостерігаються розлади сну з частими прокиданнями, кошмарними сновидіннями, страхами, серцебиттям, пітливістю. Удень звичайно у хворих спостерігається астенія з тривогою і занепокоєнням. Класичний варіант алкогільного делірію характеризується зміною послідовних стадій.

У I стадії у хворих підвищується загальне занепокоєння, настороженність, балакучість, непослідовність. В клініці домінують образні спогади, уявлення, тактильна гіперестезія та мінливий настрій. Згодом з'являються зорові ілюзії (парейдолії) та гіпногогічні галюцинації.

У розгорнутій стадії делірію розвивається повне безсоння, порушується орієнтування в часі, в оточуючих, при збереженні орієнтування у власній особистості. Типовим є наявність справжніх галюцинацій у вигляді безлічі рухливих комах, дрібних тварин, змій, рідше великих фантастичних тварин або людиноподібних істот, іноді хворі бачать дріт, павутиння, мотузку. У разі поглиблення розладу свідомості з'являються слухові, нюхові, тактильні галюцинації. Галюцинації провокують маревні ідеї переслідування, ревнощів, що є уривчастими, конкретними і несистематизованими.

Хворобливі симптоми посилюються звичайно ближче до ночі. Типові соматоневрологічні симптоми: атаксія, тремор рук, голови, гіперрефлексія, м'язова гіпотонія, гіпергідроз, гіперемія шкірних покривів, тахікардія, коливання артеріального тиску, субфебрилітет, задишка, жовтяничність склер, у крові лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Тривалість білої гарячки від 3 днів до 1 тиж. Видужання звичайно настає після глибокого тривалого сну із збереженням спогадів про хворобливі переживання, а власна поведінка і події, що відбувалися навколо, звичайно амнезуються. Після гострого періоду протягом декількох днів спостерігається астеничний стан.

Алкогольні галюцинози

Це друга за частотою група металкогельних психозів, що виникають у віці 40—43 роки на 10—11-му році алкоголізму. За перебігом галюцинози підрозділяють на гострі, затяжні (протраговані) і хронічні.

Гострий алкогельний галюциноз найчастіше розвивається на фоні абстиненції. Клінічно, він схож із алкогельним делірієм (починається на фоні безсоння, ілюзорні порушення, істинний характер обманів сприйняття) але має свої диференційні відмінності (збереження орієнтування в собі і оточуючих).

Клінічно, прості галюцинації (акоазми), з часом змінюються на вербальні галюцинації. Типовим є їх зміна: від нейтральних до загрозливих та коментуючих. Фантастичний зміст "голосів" є нетиповим, переважають битові, реальні картини. Ще одним із типових особливостей цих галюцинацій є звертання до хворого в третій особі або суперечки "голосів" щодо больного.

Вторинно щодо обманів сприйняття є розвиток чуттєво-образного марення, тривоги та страху, поведінка за типом самооборони.

Підгострі (протраговані, затяжні) алкогельні галюцинози

Підгострі алкогельні галюцинози – це стан психозу, що триває до 6 місяців. Хронічним галюциноз стає коли явища психозу перевищують 6 місяців.

Їх відміна від гострих станів вміщує не тільки критерій часу, а і особливості клініки. За кілька місяців у хворого формуються афективні (частіше депресія) та маревні (параноїд) розлади.

При довгостроковому перебігу алкогольних галюцинозів, можливе (як і при маревних психозах іншої етіології) формування часткової критики до свого стану. Тобто у хворого присутні галюцинації, але його поведінка, настрої цілком адекватні реальності.

Алкогольні маревні психози

Алкогольні маревні психози можуть бути у формі марення ревнощів та алкогольного параноїду.

Цей вид психозів більш характерний для чоловіків, ніж для жінок та є доволі розповсюдженим.

Гострий алкогольний параноїд, як і інші алкогольні психози, має загальні для них усіх риси: початок в абстиненції, первинна зміна настрою (тривога, страх), ілюзії (в тому числі парейдолії). Особливістю є наявність чітких ідей фізичного знищення. В цьому стані хворі можуть бути небезпечними для себе та оточуючих.

Вимальовування стійкої системи в маренні та афективні розлади (тривожно-депресивний синдром) є ознакою переходу параноїду до протрагованого/ зтяжного перебігу. Надалі психічний стан хворого стає типовим для хронічного параноїду будь-якої етіології. Тобто, зовні спокійна поведінка приховує недовіру, обмеження соціальних контактів.

Алкогольне марення ревнощів є первинним маренням, типовим тільки для чоловіків із психопатичними преморбідними рисами (епілептоїдного, паранояльного, збудливого типів).

Типовим є поєднання інтерпритативних ідей із поступовою алкогольною деградацією.

Цей стан надзвичайно небезпечний для оточуючих хворого (особливо дружини). Пацієнти агресивні, допитливі, схильні до переслідування, дисимуляції та навіть вбивства.

Алкогольне марення ревнощів несприятливим щодо видужання, навіть при повній алкогольній абстиненції (утримання).

Алкогольні енцефалопатії

Це група металкогольних психозів, що характеризуються поєднанням психічних порушень з вираженими соматичними і неврологічними розладами, які переважають у клінічній картині.

Алкогольні енцефалопатії розвиваються на тлі алкоголізму тривалістю від 5—7 до 20 років і більше, у III стадії хвороби в разі запійної форми алкоголізму, коли зловживають не тільки спиртними напоями, але й сурогатами. У жінок енцефалопатії розвиваються через 1—3—4 роки після початку щоденного пияцтва. Продромальний період триває від декількох тижнів до року і більше. У хворих розвивається адинамічна астения, диспепсія, анорексія, нудота і блювання вранці, відраза до жирної і білкової їжі, сон стає поверхневим з частими прокиданнями і кошмарними сновидіннями. Хворі відчувають парестезії, оніміння, стягування, похолодіння кінцівок, у руках і ногах судоми, порушується хода і можливість виконувати точні дії, особливо з дрібними предметами. З'являється атаксія, запаморочення, тремор, погіршується зір.

Виділяють гострі і хронічні форми енцефалопатій. Найчастіше спостерігається така форма гострої енцефалопатії, як енцефалопатія Гайне — Верніке, котру діагностують переважно у чоловіків віком від 30 до 50 років. Напочатку психозу з'являються симптоми делірію, що важко перебігає (професійного або муситивного). Галюцинації зорові уривчасті і статичні, супроводжуються тривогою, рухове збудження в межах ліжка, мова безладна. Через кілька днів порушення свідомості поглиблюється до оглушення, сомнолентності, сопору, а у важких випадках — до коми. Значні порушення виникають у неврологічній і соматичній сферах: окорухові порушення, рефлексії орального автоматизму, гіперкінези, порушення м'язового тону, вегетативні розлади, ознаки пірамідної недостатності, трофічні ураження. Хворі дуже виснажені, виглядають старше за свої роки, зневоднені, температура тіла 37—38 °С, тахікардія, аритмія, дихання

прискорене, артеріальний тиск спочатку трохи підвищений, а потім різко знижується, у крові — лейкоцитоз.

Летальний кінець настає в середині чи наприкінці другого тижня. Психоз, що не призводить до смерті, триває 3—6 тиж. Нормалізація сну є ранньою ознакою видужання. Результатом енцефалопатії Гайне—Верніке є психоорганічний синдром, у чоловіків — псевдопараліч, у жінок — синдром Корсакова.

Серед хронічних алкогольних енцефалопатій виділяють психоз Корсакова, який розвивається у віці 40—50 років і старше, звичайно після важких деліріїв чи енцефалопатії Гайне—Верніке. У клінічній картині основним є синдром Корсакова (амнестичний): амнезія (фіксаційна і ретроградна), псевдоремінісценції, конфабуляції, амнестичне дезорієнтування. Хворі похилого віку звичайно адинамічні, мляві, гіпобулічні; молодого віку — більш жваві, рухливі, намагаються чимось зайнятися. До дефекту пам'яті критика збережена і хворі намагаються приховати його за допомогою різних прийомів. Поряд із психічними розвиваються неврологічні порушення у вигляді невритів в області кінцівок, що супроводжуються атрофією м'язів. Перебіг хвороби звичайно регредієнтний.

Алкогольний псевдопараліч — рідке захворювання чоловіків зрілого і похилого віку. Розвиваються після гострих алкогольних енцефалопатій і важких деліріїв. Психічні і неврологічні прояви нагадують дементну чи експансивну форму прогресивного паралічу. Типові прояви тотальної деменції з грубим порушенням критики.

Крім описаних вище металкогельних психозів виділяють психопатологічні стани, що виникають у разі алкоголізму і металкогельних психозів (алкогольна депресія і епілепсія) або супроводжуються алкогольними ексцесами (дипсоманія).

Алкогольна депресія розвивається в разі алкоголізму, а також гострих і пролонгованих металкогельних психозів. Депресія виникає або в період

абстиненції, або після делірію чи галюцинозу. Погіршення настрою супроводжується дисфорією, слізливістю чи тривогою, іпохондрією. Тривалість депресії — від 1—2 тиж до 1 міс. Алкогольна депресія частіше виникає в жінок, вона нерідко є причиною суїциду. Самі хворі, як правило, не звертаються до лікарів зі скаргами на поганий настрій, оточуючі розглядають депресію як психологічну реакцію на хворобу, тому діагностується цей стан часто ретроспективно.

Алкогольна епілепсія — форма симптоматичної епілепсії, що розвивається в разі алкоголізму і його ускладнень. Напади виникають після тривалого пияцтва або в перші дні абстиненції. Вони також можуть з'являтися в ранній стадії делірію чи енцефалопатій Гайне—Верніке. Це або генералізовані судомні напади, або абортівні. У разі стримування від алкоголю напади зазвичай зникають.

Дипсоманії (справжні запої) — періодичне (у формі запою) зловживання алкоголем в осіб, які не страждають на алкоголізм. Запою передують тривожно-депресивний настрій, порушення сну, анорексія, головний біль. Тривалість запою від декількох днів до тижня. Закінчується він раптово, коли зникає потреба в алкоголі і з'являється відраза до нього.

Патогенез металкогольних психозів. Виникнення алкогольних деліріїв зумовлене порушеннями в діенцефальній області, що призводять до розладів компенсаторних механізмів у разі алкоголізму. Ураження печінки, порушення її детоксикаційної функції призводить до порушення окиснювання алкоголю і накопичення в крові токсичних недоокиснених продуктів. Виникає гіповітаміноз, особливо недостатність вітамінів групи В, у разі гострих металкогольних психозів особливо виражена недостатність вітаміну В1, у разі енцефалопатій — В6. Недостатність вітаміну В, різко порушує вуглеводний обмін у головному мозку. У патогенезі алкогольного марення ревнощів відіграє роль кілька факторів: токсикоз, що призводить до органічного зниження особистості; вік хворих, їх преморбідні особливості і психогенні моменти, пов'язані із зловживанням алкоголем.

Питання:

Наведить класифікацію металкогольних психозів.

Визначте основні патогенетичні механізми розвитку металкогольних психозів.

Тестові завдання:

1. Хворий чоловік, 40 років, знаходиться в палаті інтенсивної терапії після операції у зв'язку із виразкою шлунка. На фоні больового синдрому, диспептичних явищ, безсоння 2 діб, вночі розвився стан із дереалізацією, зоровими та слуховими галюцинаціями (вважав що на роботі), тривогою, руховим збудженням. В анамнезі зловживання алкоголем біля 10 років, толерантність до 500 мл горілки. На диспансерному обліку у нарколога не стоїть. Визначте стан хворого:

- A. алкогольний делірій;
- B. органічний (постопераційний) психоз;
- C. дебют ендогенного захворювання (шизофренія);
- D. алергічна реакція на інфузійні препарати;
- E. типовий постопераційний період.

2. Чоловік 50 років виявляє значне когнитивне зниження (не пам'ятає дату, свій вік, склад своєї родини), виказує багато помилкових спогадів, розказує фантастичні історії про себе та родичів; периферична полінейропатія, дизартрія. В анамнезі зловживання алкоголем більше 15 років, 2 алкогольні делірії, цироз печінки. Останні 2 роки значно знизилася толерантність до горілки: із 600 мл до 120-150 мл. Повна абстиненція біля 2-х місяців. Визначте стан хворого.

- A. алкоголізм 3-ї стадії;
- B. Корсаковський психоз;

- С. початкова стадія алкогольного делірія;
- Д. органічний (соматогенний психоз);
- Е. алкогольний парноїд.

Тема 7.

Алкогольний абстинентний синдром.

Алкогольний абстинентний синдром — комплекс вегетативних, сомато неврологічних і психічних порушень, що виникають у хворих на алкоголізм під час стримування від споживання алкоголю після тривалого і масивного пияцтва.

Наявність алкогольного абстинентного синдрому (похмілля), свідчить про залежність від алкоголю.

Клініка алкогольного абстинентного синдрому складається з постінтоксикаційних симптомів і симптомів, характерних для алкоголізму.

Синдром похмілля формується, як правило, поступово. Це залежить від терміну зловживання алкоголем. Симптоми поступово прогресують та посилюються.

Серед постінтоксикаційних розладів найбільш часті такі, як: головний біль, запаморочення, загальна слабкість, розбитість, спрага, сухість у роті, відсутність апетиту, рідкі випорожнення, підвищення артеріального тиску, неприємні відчуття в області серця, животі, поганий настрій, зниження працездатності. Ці порушення виникають не тільки у хворих на алкоголізм, але й у кожного, хто зловживає спиртними напоями в постінтоксикаційний період. У хворих на алкоголізм описані симптоми звичайно поєднуються з руховим занепокоєнням, дисфорією, дратівливістю, сильним бажанням похмелитися. У стані алкогольної абстиненції мають місце й ознаки хронічної інтоксикації ЦНС: тривожний сон з яскравими, неприємними сновидіннями, гіперакузія, гіпнагогічні, а іноді окремі яскраві слухові і зорові галюцинації, ідеї відношення, винуватості, самоприниження, значний тремор рук, язика, усього тіла, пітливість, тахікардія, ністагм, у деяких хворих — судомні напади.

Усі ці симптоми мають певну стадійність. Спочатку з'являється, так званий, соматичний комплекс. Він може бути присутній роками та зникає

при опохміллі (вживанні малих доз алкоголю чи вазоконстрикторної дії кофеїну та нікотину).

Психічні феномени при алкогольній абстиненції представлені тугою, кошмарними сновідіннями чи гіпнопомпичними галюцинаціями, інші розлади настрою. Поява психічних симптомів свідчить про більш глибоку та довгострокову залежність та може свідчити про продрому металкогольних психозів.

Де які дослідники вважають запотрібним розподілення симптомів алкогольної абстинентності в залежності від типу алкогольних напоїв: фабричних (стандартизованих) та сурогатів (високий вміст сивушних олій). Останній тип алкогольних напоїв є типовим для збіднілого та залежного від алкоголю населення.

При зловживання стандартизованих алкогольних напоїв хворі відмічають соматичні та психо-емоційні (здебільшого дисфоричні) прояви.

При зловживанні сурогатами алкоголю, абстинентні явища мали більш виразний астеничний компонент, який не зникав (на відміну від соматичного) після опохмілля. Також, при цьому типу залежності, явища абстиненції не можуть купіруватися прийомом тонізуючих напоїв (кава) та вазоконстрикторів (нікотин). Серед проявів сомато-вегетативних симптомів часто можна бачити дінцефальні пароксизми та, інколи, епілептиформні явища. Щодо психічних розладів, то вони менш помітні. Проте не через їх не виразність, а через масивні сомато-вегетативні симптоми, які потребують негайної корекції, що до розвитку психічних феноменів.

Абстинентний синдром у разі алкоголізму виникає через 6—48 год після останнього споживання алкоголю і триває від 2—3 днів до 2—3 тиж. У результаті описаних вище змін відбуваються порушення в життєво важливих органах і системах, що може служити причиною летального кінця.

Як диференційно-діагностичний момент треба відрізнити алкогольний абстинентний синдром від постінтоксикаційної сомато-психічної астенії. При цьому стані психічні явища більш виразні ніж соматичні. Симптоми

зникають з часом (12-24 години), після виходу з організму продуктів обміну алкоголю.

Питання:

Визначте основні характеристики алкогольного абстинентного синдрому.

Чим обумовлено розвиток алкогольного абстинентного синдрому?

Тестові завдання:

1. Жінка 32 років, розлучена, має економічні проблеми. Звернулась до дільничого терапевта із скаргами на погане самопочуття вранці: головний біль, тремтіння тіла, підйоми артеріального тиску. В анамнезі: не була помітною за зловживанням алкоголю. Не потребує алкоголь на корпоративах та компаніях друзів. При цьому дуже освідчена в асортименті алкогольних напоїв, регулярно придбає декілька пляшок вина по дорозі додому. Палить. Визначте стан жінки.

А. алкогольний абстинентний синдром; *

В. вегето-судинна дістонія;

С. невротичний (психогенний) розлад;

Д. початок гіпертонічної хвороби;

Е. інтоксикація.

2. Назвіть прояви алкогольного абстинентного синдрому:

А. запаморочення;

В. загальна слабкість;

С. головний біль;

Д. сухість у роті;

Е. усе перераховане.

Тема 8.**Класифікація наркоманій. Етіологія та патогенез залежності. Біохімічні та нейрофізіологічні механізми залежності при вживанні психоактивних речовин.**

Класифікація наркоманій

1. Опійна наркоманія.
2. Наркоманія, зумовлена зловживанням препаратами коноплі.
3. Наркоманія, спричинена зловживанням барбітуратами.
4. Наркоманія, спричинена зловживанням психостимуляторами:
 - а) амфетамінова наркоманія;
 - б) зловживання кустарно виготовленими препаратами ефедрину і ефедринумісних сумішей;
 - в) кокаїнова наркоманія.
5. Наркоманія, спричинена зловживанням галюциногенами:
 - а) мескаліну і псилоцибіну;
 - б) ЛСД;
 - в) фенциклідину.
6. Полінаркоманії, ускладнені наркоманії.

Етіологія наркоманій і токсикоманій. Дотепер етіологія наркоманій до кінця не визначена. Найбільш загальною причиною вживання різних психоактивних речовин можна вважати їх здатність до зміни психічного стану людини з виникненням суб'єктивно приємних станів, відчуттів і емоцій (ейфорії), а також прагнення людини ввійти у стан ейфорії, не прикладаючи для цього значних зусиль. Виникнення позитивного умовного рефлексу призводить до бажання повторного вживання наркотику з подальшим формуванням залежності. Таким чином, основним етіологічним фактором наркоманій і токсикоманій є психоактивна речовина, фармакологічні особливості впливу якої на людину визначають можливість розвитку фізичної і психічної залежності.

Численні сучасні теорії пояснюють виникнення наркоманій і доводять причинну роль безлічі різних факторів. Встановлено, що в разі наркоманії порушуються функції опіоїдних пептидів — енкефалінів, ендорфінів і інших представників цієї групи, що беруть активну участь у регуляції гомеостатичних функцій організму, та біогенних змін мозку — дофаміну, норадреналіну, серотоніну, що опосередковують фармакологічні і поведінкові реакції. Індивідуальні спадково-генетичні особливості цих біохімічних процесів можуть зумовлювати схильність до виникнення залежності.

Поширенню наркотиків сприяє низка психологічних факторів, зокрема бажання досягти почуття повного духовного розслаблення; прагнення до творчого «натхнення», «ясності думок», вираження своєї незалежності, а іноді й опозиційного відношення до навколишнього.

Соціологи стверджують, що до наркоманії призводить прагнення втекти від проблем сьогодення, тривоги, можливих негараздів, а також непевність у майбутньому, відсутність перспективи, цілеспрямованості і реальних планів на перспективу.

Вважають, що основним фактором, що спричинює початок вживання наркотиків підлітками, є наявність друзів-наркоманів. Для підлітків особливе значення має найближче оточення в середовищі однолітків: властиві підліткам реакції групування залучають їх в асоціальні групи, в яких є особи, що вживають наркотики. Мотивами першого вживання наркотиків і токсичних речовин найчастіше є цікавість, наслідування приятелям-наркоманам, прагнення не відстати від мікрогрупи.

Одним із провокативних факторів є неправильне виховання: неповні родини, конфлікти між батьками, неадекватні методи виховання (гіперпротекція, що потурає, чи різні види гіпоопіки), антисоціальна поведінка осіб з найближчого оточення, фізичне насильство, — усе це порушує соціальну адаптацію особистості, що розвивається. При цьому індивідууму не прищеплюють стійких інтересів і мотивів, твердих

соціальних установок, саме відсутність яких призводить до вживання наркотиків.

Приводом для застосування наркотиків можуть служити важкі післяопераційні стани, різні соматичні захворювання, що супроводжуються болем. Наркоманія розвивається або в зв'язку із занадто тривалим застосуванням лікарських засобів, або в зв'язку з особистісними особливостями пацієнта, коли після першої спроби хворий сам шукає можливості повторити вживання наркотику.

Установлено, що на розвиток наркоманій, крім екзогенних факторів, впливають і ендогенні.

Серед особливостей особистості в преморбіді майбутніх наркоманів (токсикоманів) слід зазначити виражені риси нестійкості, підвищеної збудливості, патологічної конформності і психічної незрілості; відсутність твердих принципів, "справжнього голосу совісті", безвільність і розгнузданість; антисоціальна поведінка, слабе почуття відповідальності, обов'язку, пошуки незвичайних відчуттів, загальна агресивність; несформованість вищих емоцій, знижений самоконтроль, емоційно-вольовий дисбаланс із розгальмуванням потягів, гедоністичні тенденції на біологічно неповноцінному ґрунті, зумовлені дією перинатальних і постнатальних шкідливостей.

Причиною вживання психоактивних речовин може бути спроба їх застосування під час патологічного психічного стану з метою зниження душевного дискомфорту, зміни болісно пригніченого емоційного фону у разі афективних розладів, дистимії. Через недостатню критичність і слабкість вольових якостей до вживання наркотиків більш схильні особи з порушеннями розвитку особистості й інтелекту.

У кожному конкретному випадку захворювання питома вага різних етіологічних факторів, що призводять у сумі до початку вживання психоактивної речовини, є індивідуальною.

Патогенез наркоманій і токсикоманій. Механізм подальшого розвитку хвороби, її патогенез складається з подальшого впливу таких факторів:

- вплив психоактивної речовини на нейротрансмітерні системи мозку, що залежить від її фармакодинамічних і фармакокінетичних особливостей;
- індивідуальні відчуття, що виникають у разі вживання психоактивної речовини, які визначаються спадково-конституціональними властивостями організму, особистісними особливостями людини;
- соціокультурні, мікросоціальні та інші середовищні впливи.

Клінічна практика свідчить, що ці фактори діють одночасно, доповнюючи один одного.

На рівні нейротрансмітерних систем головними шляхами загального впливу різних наркотиків є дофамінергічна (особливо її мезолімбічно-лобний відділ) та ендогенна опіоїдні системи. Тривале вживання опіатів спричинює гіперчутливість дофамінергічної, норадренергічної, серотонінергічної і холінергічної систем мозку. Вплив наркотиків призводить до інтенсивного викиду нейромедіаторів групи катехоламінів з депо і до сильного збудження системи підкріплення, що супроводжується позитивними емоційними переживаннями. Хронічне вживання наркотиків зумовлює виснаження запасів нейромедіаторів. Повторні вживання наркотичної речовини тимчасово компенсують їх дефіцит, нормалізуючи діяльність лімбічних структур. Однак це ще більше зменшує їхній вміст. Порочне коло, що формується, лежить в основі розвитку психічної залежності. Одночасно при цьому відбувається гальмування активності адренергічних нейронів у блакитній плямі (Лосідз сегеїєиз). Посилення цієї активності відіграє певну роль у розвитку абстиненції. Нейрофізіологічні механізми розвитку наркотичної залежності базуються в стовбурових і лімбічних структурах мозку, де розташовується так звана система підкріплення.

Таким чином, загальною ланкою фармакологічної дії речовин, здатних спричинювати синдром залежності, є їхній вплив на катехоламінову, зокрема на дофамінову, нейромедіацію в системі підкріплення лімбічної ділянки мозку. Це стрижневий біологічний механізм розвитку наркотичної залежності у разі зловживання різними психоактивними речовинами. Розглядаючи специфічні особливості окремих наркотиків, виділяють основні місця їхньої дії.

Механізм дії наркотиків розглядається зараз також на рівні експресії генів, зміни активності внутрішньоклітинних ферментів, концентрації іонів у клітині. Наприклад, опіати можуть порушувати експресію генів, що кодують опіоїдні нейротрансмітери.

Суттєве значення для швидкості розвитку залежності мають такі фармакологічні особливості, як шлях надходження наркотику, що забезпечує швидкість його проникнення в мозок, і ступінь ліпофільності психоактивної речовини.

Питання:

Наведить класифікацію наркотичних речовин.

Назвіть критерії наркотичної речовини.

Тестові завдання:

1. Назвіть із перерахованих нижче наркотичну речовину, яку не відносять до психостимуляторів.

- A. ЛСД;
- B. кокаїн;
- C. амфетамін;
- D. ефедрін;
- E. первінтін.

2. Яка із нейротрансмітерних систем бере участь в шляхах загального впливу наркотичних речовин, окрім ендогенної опіоїдної системи

A. дофамінергічна (мезолімбичний, лобний відділ);

B. серотонінергічна;

C. ацетілхолінергічна;

D. гістамінергічна;

E. адреналінергічна.

Тема 9.

Великий наркоманічний синдром.

Великий наркоманічний синдром – це сукупність симптомокомплексів/синдромів, таких як психічна залежність, фізична залежність, змінена реактивність, психо-соматичне зниження, хронічна інтоксикація.

До структури великого наркоманічного синдрому відносять:

1. Психічна залежність;
2. Фізична залежність;
 - Абстиненція
 - Компульсивний потяг
 - Відчуття комфорту тільки у станні інтоксикації.
3. Зміна первинної реактивності (зміна форми вживання, сп'яніння, толерантності; мітридатизм).
4. Психотоксична дія (емоційні, ефекторно-вольові, особистісні зміни тощо).
5. Соматотоксична дія (соматичні, неврологічні симптоми).

Синдром/ симптомокомплекс зміненої реактивності – це зміна та втрата захисних реакцій на речовину, що провокує залежність. Також з'являються явища зміни (зростання) толерантності та зміни форм вживання та сп'яніння. Під психічною залежністю розуміють obsesivний (нав'язливий) потяг до речовини, що викликає сп'яніння поєднане із станом патологічного комфорту.

Фізична залежність – компульсивна схильність до сп'яніння/інтоксикації; відчуття фізичного комфорту, воно може маскувати психічну схильність. Фізична залежність провокує психічні та фізичні розлади після

закінчення дії психоактивної речовини, тобто є базисом для розвитку синдрому відміни (абстиненції). Фізична залежність повністю контролює свідомість та змінює судження та установки особистості.

Синдром (явища) відміни характеризується психічними, фізичними, сомато-вегетативними порушеннями, як відповідь на відміну (припинення вживання) психоактивної речовини. Данні порушення відрізняються від типу наркоманії (токсикманії), базуються на виразності психічної чи фізичної залежності.

Ряд характеристик абстинентного синдрому залежить від виду ПАР. Так, ознаки абстиненції з'являються вже через кілька годин після алкоголізації і лише через добу після прийому опіатів і гашишу. При алкоголізмі абстинентний синдром формується повільно, швидше - при гашишизмі, ще швидше - при зловживанні снодійними препаратами і стимуляторами, і в найкоротший термін - при опиоманії. При скасуванні снодійного більше виражені психопатологічні симптоми, при позбавленні гашишу і опіатів - вегетативні.

Патогенез абстинентного синдрому. При відсутності надходження ПАР в організм він намагається власними ресурсами відтворити стан сп'яніння. Структури і функції, на які впливає ПАР, наводяться в стан, близький до стану інтоксикації. Однак відсутність наркотику веде до гіперкомпенсації: замість помірною тонізації судинної системи - гіпертонія, замість достатньої активації психіки - тривога, депресія.

Питання:

Визначте складові великого наркоманічного синдрому.

Назвіть відмінності фізичної та психічної залежності.

Тестові завдання:

1. Що є базисом синдрому відміни (абстинентності)?

- A. фізична залежність;
- B. психічна залежність;
- C. толерантність;
- D. генетичний дефект;
- E. соматичний стан.

2. Скільки потрібно мінімально часу для того щоб з'явилися перші ознаки алкогольної абстинентності?

- A. кілька годин;
- B. 2 доби;
- C. тиждень;
- D. 18 – 24 години;
- E. індивідуально в кожному випадку.

Тема 10.

Психосоматичні та метаболічні розлади при вживанні опіатів, канабіоїдів, психостимуляторів, дизайнерських наркотиків та залежності від них.

Опійна наркоманія

Опійна наркоманія виникає у разі зловживання опіатами — наркотичними анальгетиками, що виробляють зі снодійного маку, а також синтетичним шляхом. Існує близько 20 видів алкалоїдів, що містяться в маці, наркотичну дію має їх фенантренова група.

До опійних наркотиків відносять: а) натуральні препарати (опій-сирець, молочний сік снодійного маку, макова соломка, омнопон, чисті алкалоїди опію — морфін, кодеїн); б) синтетичні (промедол, метадон, лідол); в) напівсинтетичні (героїн).

Наркотичне сп'яніння виникає під час вживання навіть невисоких доз опійних препаратів. З'являється відчуття особливого блаженства, радості, думки течуть швидко, усі проблеми відходять на задній план. Це перша фаза опійної інтоксикації ("прихід" на сленгу наркоманів), що триває від 40 с до 1—3 хв.

У другій фазі інтоксикації ("кайф") з'являється відчуття захоплення, радості і багато інших приємних відчуттів, які хворим складно описати словами: "це треба випробувати самим, тоді ви зрозумієте". Думки про неприємне "забуваються", проблеми зникають, з'являється приємне заспокоєння, розслабленість. Після закінчення 2-ї фази інтоксикації, тривалість якої 10—30 хв, настає поверхневий, переривчастий сон протягом 2—3 год. Після пробудження — зниження настрою, загальний психічний дискомфорт.

Передозування опійних препаратів є небезпечним для життя станом, що супроводжується уповільненням дихання, гіпотермією, гіпотензією, брадикардією, звуженням зіниць. Смерть звичайно настає внаслідок зупинки

дихання. Тріада ознак: кома, зіниці розміром булавкової головки, утруднення дихання — свідчать про передозування опійних препаратів і вимагають надання екстреної медичної допомоги (введення антагоністів опіоїдів, зокрема налоксону, налорфіну).

I стадія хвороби характеризується розвитком психічної залежності, регулярним вживанням наркотику, зростанням толерантності, яке відбувається через 2 тиж — 1,5 міс після початку систематичного вживання наркотику. За відсутності наркотику в хворих погіршуються настрої і психічне самопочуття.

II стадія хвороби розвивається через 3 тиж — 2 міс після початку систематичного вживання наркотику. Різко зростає толерантність, досягаючи високих цифр. Так, хворий може вживати дози опіатів, що у 200—300 разів перевищують терапевтичні. Хворі звичайно знають свої граничні дози, але у разі перерви у вживанні наркотику толерантність знижується і звичайна для даного наркомана доза призводить до передозування.

Для II стадії характерний абстинентний синдром, що розвивається протягом декількох годин після останнього вживання наркотику і досягає максимуму через 1,5—3 доби, найбільш гострі його симптоми тривають до 10 днів, а резидуальні — довше. Уже через 6—8 год після останнього вживання наркотику з'являється дратівливість, тривога, дисфорія, загальне нездужання, слабкість, позіхання, сльозотеча, нежить, чхання, свербіж у носі, носовій частині глотки, відчуття закладання носа, підвищена перистальтика кишечника. Цей стан оточуючі іноді помилково розцінюють як респіраторне захворювання. Уже на початку абстиненції спостерігається мідріаз, тахікардія, тремор, анорексія, відраза до тютюнового диму, порушення сну — до повного безсоння. Потім з'являється озноб, гіпергідроз, неприємні болісні відчуття в м'язах, тіло покривається "гусячою шкірою". На кінець 2-ї доби виникає сильний біль у м'язах рук, ніг, спини ("ломка" на сленгу наркоманів), що надзвичайно болісні для хворого. Посилюється тривога, занепокоєння, з'являється дисфорія, відчуття безнадійності,

безперспективності і компульсивний потяг до наркотику. Хворі не знаходять собі місця, метушаться, стогнуть.

У III стадії зникає ейфоричний ефект наркотику і його вводять тільки для підтримання працездатності і настрою. Толерантність до наркотику знижується. У стані абстиненції хворі відчують м'язовий дискомфорт. У деяких виникають небезпечні для життя порушення серцево-судинної системи. Тривалість абстинентного синдрому від 5—6 тиж до декількох місяців.

Систематичне вживання опійних наркотиків призводить до виражених соматичних і психічних порушень. Хворі виглядають старше свого віку, шкіра бліда, суха з жовтяничністю, обличчя зморшкувате, волосся і нігті тонкі і ламкі, хворі виснажені, рано лисіють, часто випадають усі зуби. Вени стовщені, джгутоподібні, з численними рубцями, іноді цілком облітеровані, часті флебіти. Розвивається емфізема легень, часті пневмонії, гепатити, гломерулонефрити і поліневрити. Психічні порушення на початкових етапах виражаються астеничними симптомами, у пізній стадії захворювання пацієнти стають непрацездатними через виражену астенію й анергію.

У багатьох хворих (частіше в тих, що вживають героїн) формуються ознаки інтелектуально-мнестичного дефекту, некритичність, торпідність мислення, зниження концентрації уваги, поверховість суджень, розлади пам'яті. Їх інтереси зосереджені тільки на способах придбання наркотику, хворі брехливі, відсутнє почуття сорому, їх не хвилює втрата роботи, родини, власного здоров'я.

Прогноз опійної наркоманії несприятливий, видужання вкрай рідке і тільки в 1/5 хворих може бути досягнута ремісія.

Наркоманія, спричинена зловживанням препаратами коноплі.

Зловживання препаратами коноплі є найбільш поширеною у світі формою наркоманії, вживають ці препарати понад 200 млн жителів Землі. Наркотичну дію справляють психоактивні речовини, що містяться в коноплі

— канабіоїди, найбільш активним з них є транс-Д-9-тетрагідроканабіол (ТГК), на який особливо багата індійська конопля.

Наркотик, що виготовляють зі стебел і листя коноплі з невеликим додаванням квіток, називається марихуаною (на сленгу наркоманів — "травичка", "сіно"). Смолиста речовина, яку збирають з верхівок трави канабісу, називається гашиш (анаша, банг, кіф, хурус, харас, дагга, на сленгу наркоманів — план, дур, бруд). Марихуана містить 0,5—4 % ТГК, гашиш — 2,8 і навіть 10—20 % ТГК, тому марихуана менш наркогенна.

В Україні та країнах ближнього зарубіжжя приблизно 2/3 наркоманів вживання наркотиків починають з коноплі.

Канабіоїди вживають з їжею, питвом, але частіше вдихають під час паління. Марихуану змішують з тютюном і готують сигарети, що довші звичайних і згоряють косо (на сленгу наркоманів — "косяк"). Уживання марихуани часто починається вже в старших класах школи.

У перші 5—10 хв після вживання наркотику може виникнути страх, тривога. Потім з'являється ейфорія з гострим бажанням бігати, танцювати, стрибати. Спочатку це бажання пригнічується. Неадекватна веселість супроводжується голосним сміхом з незначного приводу. Якщо вживання наркотику відбувається в групі, то звичайно сміхом "заражається" вся компанія внаслідок виникнення підвищеної сугестивності. За таким самим механізмом група може відчувати страх, тривогу, жах.

У багатьох виникають психосенсорні розлади з явищами дереалізації і деперсоналізації, коли змінюється сприйняття навколишніх предметів і часу. Нерідко з'являються макропсії, спотворюється сприйняття форми предметів. Порушується уявлення про час і простір: перебіг часу то прискорюється, то сповільнюється; відстань між предметами, а також між тим, хто вживає наркотик, і оточуючими видається величезною, виникає відчуття, що рука ніколи не дотягнеться до склянки, сходинки сходів "простягнулися до неба". Порушується самосвідомість, відбувається немовби роздвоєння особистості, коли з однієї сторони сприймається власне "Я", поруч з яким існує ще хтось,

хто контролює вчинки першого, глузує з нього. Розгальмовуються потяги, підвищується апетит, з'являється гіперсексуальність, агресивність.

Стан сп'яніння супроводжується вегетативними порушеннями: гіперемія обличчя, мраморність шкіри, блідий носогубний трикутник, тахікардія, сухість у роті, розширення зіниць, ослаблення їхньої реакції на світло, гіперемія склер. Легке сп'яніння триває від 30 хв до 2—4 год після марихуани і до 5—12 год — після вживання гашишу. Після виходу з інтоксикації виникає різке відчуття голоду, а надалі — втоми, розвивається сонливість. Протягом декількох годин одяг курця зберігає своєрідний солодкуватий запах. Наступні 3—4 доби спостерігається астения з емоційною лабільністю, дратівливістю, погіршеним настроєм.

Епізодичне паління препаратів коноплі може бути досить тривалим і не спричинювати психічної залежності. У підлітків спочатку паління носить нерегулярний груповий характер, що зберігається досить довго. Психічна залежність з'являється через 2—3 роки, при цьому препарат вживають уже самостійно. Більше половини осіб, які багаторазово і тривалий час вживали гашиш, припиняють його вживати, деякі переходять до інших наркотиків чи до алкоголю. Гашиш нерідко є вхідними воротами для інших наркотиків. Психічна залежність в осіб, які вживають марихуану, розвивається значно повільніше, ніж у разі паління гашишу.

1 стадія наркоманії характеризується виникненням психічної залежності, паління наркотику відбувається вже самостійно по 2—3 рази на день, усі думки зайняті тим, як би дістати чергову дозу.

Під час перерви у вживанні наркотику виникає млявість, сонливість, погіршується настрій, з'являється головний біль, неприємні відчуття в області серця, дратівливість. Усі ці неприємні відчуття зникають після паління наркотику.

На цій стадії в стані інтоксикації хворі не мають потреби в спілкуванні, сторонні починають заважати ейфорії. Вони виглядають байдужими, усунутими від дійсності, немовби переносяться у світ мрій і

фантазій, можуть довго знаходитися в одній позі, не прагнучи до спілкування, а на звертання відповідають з роздратуванням.

II стадія наркоманії розвивається в разі регулярного паління гашишу через 2—3 роки. З'являється абстинентний синдром: нездужання, втома, розбитість, відсутність апетиту, тремор, пітливість, серцебиття, погіршення настрою з дратівливістю, гнівливістю, злостивістю, тривогою, страхом. Характерні різноманітні сенестопатії: стиснення і важкість у грудях, утруднене дихання, стискальний біль у серці, відчуття стиснення голови, печіння і поколювання на шкірі і під шкірою, іноді виникає безсоння. Усе це супроводжується компульсивним потягом до наркотику. Максимального розвитку абстиненція досягає протягом 3—5 днів, а її середня тривалість становить до 2 тиж. У цей період підвищується толерантність, збільшується кількість сигарет з гашишем від 2—3 до 4—5 і більше, використовують міцніші його сорти. Потяг до наркотику стає компульсивним.

У 15 % багаторічних курців гашишу розвиваються хронічні психози, за клінічними проявами подібні до параноїдної шизофренії. Хворі висловлюють маревні ідеї переслідування, впливу, у них виникають слухові галюцинації, вони стають абулічними, апатичними.

У III стадії наркоманії за умов хронічного вживання гашишу розвивається психопатизація особистості. Хворі стають млявими, пасивними, безініціативними, похмурими, замкнутими. У них знижена пам'ять, нестійка увага. Утрачаються морально-етичні принципи, з'являється виражене порушення поведінки, нерідко з антисоціальними вчинками. У рідких випадках спостерігається псевдопаралітичний синдром. В осіб, які постійно вживають гашиш, нерідко розвивається рак легень, хронічні бронхіти.

Деякі дослідники заперечують можливість формування фізичної залежності й абстиненції, підвищення толерантності, вплив наркотику на інтелект і поведінку хворих. Є навіть пропозиції легалізувати похідні коноплі і не відносити їх до наркотиків. Зокрема, у Канаді рекомендують

вживати марихуану під час лікування депресії. У вітчизняній наркології зловживання препаратами коноплі відноситься до наркоманії, характеризується загальними для наркоманій закономірностями розвитку із соціальними наслідками.

Психостимулятори – це такі наркотичні речовини, що в механізмі дії мають підвищення настрою, прискорення (із поверхневою продуктивністю) мислення та інших психічних процесів. Деякі із цих речовин можуть викликати явища дереалізації, деперсоналізації, психотичноподібні стани; за що деякі дослідники порівнюють їх із галюциногенами. Вони можуть бути рослинного (листя ката, «гриби», кокаїн) та синтетичного походження (ефедріни, первітин, амфетамін тощо). Деякі із цих речовин є легальними (як то кофеїн та нікотин), та зловживання їми відносять до токсикоманій.

Гостре сп'яніння цими речовинами характеризується ейфорією, підвищеною фізичною, психічною, сексуальною активністю; різко зниженим відчуттям контролю і відповідальності зв власні дії. Абстиненція характеризується навність депресій, психотичноподібних станів (психомоторні збудження, ажитовані тривожні напади, ідеї переслідування, ревнощів, впливу). Смерті в стані абстиненції можлива в наслідок неадекватних дій (психотичні стани), суїцидів чи гострих серцево-судинних чи цереброр-васкулярних захворювань.

В останні часи отримали доволі широке розповсюдження дизайнерські наркотики. До них відносять психоактивні речовини, що розроблені із метою уникнення дієвого законодавства. Це синтетичні замінники якої-небудь натуральної речовини, що мають наркотичні властивості цієї речовини. Реалізація цих речовин, в більшості випадків, проходить на тіньових ринках. Одні із найбільш розповсюджених дизайнерських наркотиків є «спайси» та «солі».

«Спайси» - це суміші для паління, що викликають психоактивні ефекти. Активною речовиною в них є синтетичні канабіоїди. Наркотичне сп'яніння у курців цих речовин часто має вигляд психотичного стану. В літературі є в наяві достатньо велика кількість описаних випадків масових отруєнь із летальним кінцем.

«Солі» - ці речовини вміщують заміщені катіони, що викликають ефекти, що нагадують амфетаміни та кокаїн.

Також в останні часи в Україні поширеним є вживання такого дизайнерського наркотику, як «земляника», що нагадує за смаком цю ягоду.

Одна із характерних рис дизайнерських наркотиків є їх велика небезпека для організму. Вона обумовлена таким. Виготовляється із більш сильнодіючою речовиною ніж прототип. При використанні цих ПАР ми бачимо залежність, а нерідко й незворотні зміни в організмі, із першої спроби. Процес виготовлення вміщую використання «брудних» та сильно токсичних субстанцій. Також ці речовини є недослідженими на предмет наркотичної дози та її відмінності від небезпечної для життя дози. Проте, насамперед, широке розповсюдження дизайнерських наркотиків пов'язане із вважанням їх за безпечні субстанції, що також пов'язане із труднощами діагностики сп'янінь та лікуванні як гострих, так і хронічних інтоксикацій.

Питання:

Наведіть характеристику стадій наркотичної залежності.

Наведіть клінічну картину гострої канабіоїдної інтоксикації.

Тестові завдання:

1. До якого із типів опіоїдних наркотиків відносять героїн?

А. напівсинтетичні;

В. синтетичні;

С. натуральні;

Д. рослинні;

Е. коисталічні.

2. Який із типів залежності викликають канабіоїди?

А. психічну та фізичну;

В. психічну;

С. фізичну;

Д. залежить від типу канабіоїда;

Е. залежить від преморбідних особливостей організму.

Тема 11.

Психічні та соматоневрологічні розлади при вживанні токсичних речовин та залежності від них.

Токсикоманії — захворювання, спричинені зловживанням речовинами, не включеними у державний перелік наркотиків, що проявляються психічною (а іноді і фізичною) залежністю від них.

Токсикоманічні та наркотичні речовини не мають принципових різниць в лікуванні, тому що їх відмінність базується лише на юридичному критерії, а шкода щодо організму однаково загрозна.

КЛАСИФІКАЦІЯ ТОКСИКОМАНІЙ

- I. Опійна токсикоманія.
- II. Токсикоманії, спричинені зловживанням транквілізаторами і снодійними препаратами.
- III. Токсикоманії, спричинені зловживанням психостимуляторами.
- IV. Токсикоманії, спричинені зловживанням галюциногенами:
 - 1) зловживання атропінумісними засобами;
 - 2) зловживання анти гістаміни и ми препаратами;
 - 3) зловживання циклодолом.
- V. Токсикоманії, спричинені вдиханням летких органічних розчинників.
- VI. Нікотиноманія.
- VII. Політоксикоманії.

Токсикоманія, спричинена зловживанням трамадолом

Розповсюдженість зловживання трамадолу пов'язане із його аналгетичною дією, шляхом впливу на опіюїдні рецептори. Його психоактивна дія починається із 300 мг. Залежні від цієї речовини відносять до тих, що мають первинне зацікавлення до саме психоактивної дії так та

особи, що вимушено стали залежними через хронічний біль. Цей препарат, через свою відносну доступність, часто використовують підлітки.

Трамадол викликає психічну залежність через 3-6 місяців регулярного споживання. Абстиненція характеризується наявністю психопатологічних розладів (депресією, психопатоподібним синдромом) та соматовегетативних (м'язовий біль, диспепсія).

Порівняно із іншими опіоїдними ПАР, при трамадоловій токсикоманії соматовегетативні розлади дуже виразні, та залишаються у хворих на тривалий період при відміні цієї ПАР.

Поширеність транквілізаторової токсикоманії пов'язана із їх доступністю та вкрай широким призначення лікарями усі спеціальностей. Токсикогенними є усі транквілізатори, але найбільш виразний цей ефект у бензодіазепінової групи: діазепам (седуксен, реланіум, сибазон), лоразепам (активан), нітразепам (радедорм, еуноктин), феназепам, альпразолам (ксанакс), клоназепам, рідше — хлордіазепоксид (еленіум).

Шляхи введення транквілізаторів залежать від форми їх випуску: пероральний, парентеральний (внутрішньом'язово, внутрішньовенно). Лікарське призначення транквілізаторів домінує при больових розладах, епілептичному синдромі, непсихотичних психичних розладах (в тому числі при лікуванні безсоння).

Гостра інтоксикація бензодіазепінами характеризується відчуттям спокою, поліпшення настрою, іноді запамороченням та оглушенністю (дизартрія, пошаткуватість). Передозування викликає сон, сопор та кому.

Для розвитку залежності потрібно використовувати бензодіазепіни, у середньому, більше 4 тижнів у дозі більших 20 мг/ добу. Абстиненція розвивається на 2-3 день відміни.

Характерними є зміни особистості при токсикоманії транквілізаторами.

Залежні стають черствими, брутальними, егоїстичними, жорстокими. Згодом приєднується інтелектуально-мнестичне зниження та

паркінсоноподібний зовнішній вигляд (маскоподібне обличчя із блідої мімікою, брадікінезія, браділалія).

Кофеїн та кофеїн вміщуючі продукти та напої поширенні по усьому світу. Кава, чай, шоколад лідують за вмістом кофеїну.

Гостра інтоксикація характеризується психічними розладами (ейфорічним настроєм, підвищеною активністю, приливом сил та енергії, поліпшенням інтелектуально-мнестичних здібностей) та соматовегетативними розладами (посилення перистальтики шлунка, тахікардія, гіпертензія).

Після закінчення інтоксикації спостерігаються зворотні явища: астения та емоціональна лабільність.

Абстинентний синдром характеризується соматовегетативними (сильним головним болем, м'язовим напруженням, втомою, сонливістю, тремором) та психічними розладами (дратівливістю, тривогою, депресією).

Психопатизація особистості найбільш помітна при зловживанні міцним чаєм (чефіром).

Дози кофеїну більші за 240 мг викликають передозування із тривогою, панічними станами, безсонням; доза 20 г кофеїну вважається смертельною.

Зловживання снодійними речовинами поділяється на барбітурізм (наркоманія) та небарбітуринові (токсикаманія).

В поширенні цих токсикоманій (як і при залежності від транквілізаторів) також відіграє велику роль довгострокове лікарське призначення.

Початок токсикоманії характеризується ростом толерантності (збільшення снодійної дози), появі психічної залежності (безсоння, що замикає «порочне коло»). Для абстиненції типовим є соматовегетативні та психічні розлади (тривога, дратівливість, ворожість, іноді епілептиформні

напади). Згодом розвивається психоорганічний синдром (психопатизація із інтелектуально-мнестичним зниженням).

Ще одна із токсикоманічних груп препаратів представлена холінолітиками: атропінумісні препарати (дурман, беладонна, астматол); антигістамінні засоби (димедрол, піпольфен); антипаркінсоїчні препарати (циклодол). Ця токсикоманія поширена, в основному, серед підлітків.

Інтоксикація характеризується наявністю психопатологічних симптомів (в основному галюцинацій).

Атропінумісні препарати (дурман) спричинює розвиток специфічного делірію з метаморфопсіями, порушенням схеми тіла, руховим збудженням, пустотливістю. Соматоневрологічна симптоматика психозу проявляється гіпертермією, гіперемією обличчя з крапковими крововиливами на чолі, ціанозом губ, тахікардією, мідріазом, сухістю слизових оболонок. Гострий період триває до 1 доби.

У постінтоксикаційний період спостерігається загальна слабкість, розбитість, головний біль, хитка хода, дисфункція травного тракту. Надалі протягом декількох діб у вечірні години з'являються невмотивований страх, тривога, метушливість, сон стає поверхневим.

Зловживання антигістамінними препаратами типове для підлітків; інколи ці препарати поєднують із алкоголем для досягнення "оглушення", опійні наркомани додають димедрол до основного наркотику для подовження його дії.

Інтоксикація викликає делірій, із калейдоскопічними галюцинаціями; після чого характерна астения.

Астматоловий делірій характеризується дезорієнтованістю у просторі і часі, тривогою та страхами, край поверхневим контактом із уривчастими фразами, що відзеркалюють зміст галюцинацій та постпсихотичною амнезією. Соматовегетативні розлади представлені гіперемією обличчя, зіниці розширені, тахікардією.

Після інтоксикації домінує атенія, байдужість, когнитивне зниження.

Циклодолова токсикоманія спостерігається переважно в тідлітків і людей молодого віку. Гостра інтоксикація циклодолом, що вживають по кілька десятків таблеток, проявляється 4 фазами: ейфорична, звуженої свідомості, галюцинаторна і фаза виходу.

У разі передозування циклодололу розвивається циклодоловий делірій (що може бути із світлими проміжками) з порушенням орієнтації в навколишньому, застрашливими зоровими та слуховими галюцинаціями, маренням переслідування, відношення.

Токсикоманія характеризується коливанням настрою від ейфорії в разі інтоксикації до пригніченості за умов невживання, збільшенням толерантності.

Абстинентний синдром розвивається через 1 — 1,5 року після початку зловживання. Абстиненція виникає через 24 год після останнього вживання препарату та характеризується психічними (внутрішнім дискомфортом, напруженням, занепокоєнням, зниженням настрою, астенією) та соматовегетативними порушеннями (тремор, гіпертонус, біль та судоми скелетних м'язів, скутість рухів).

Абстинентний синдром триває 1—2 тиж і змінюється астенією. Тремор і м'язовий гіпертонус можуть тривати до 1,5—2 міс.

При циклодоловій токсикоманії швидко розвивається психоорганічний синдром.

Інгалянти — леткі речовини, що вдихаються з метою токсичного сп'яніння. У якості інгальнтів широко використовують засоби побутової і промислової хімії.

Гостра інтоксикація парами бензину характеризується відчуттям лоскотання в носі, горлі, кашлю, почервоніння обличчя, склер, з'являється мідріаз, тахікардія, ністагм, мова стає дизартричною, рухи некоординованими, ейфорією із збідненням рухів. Потім розвивається

деліріозний стан із зоровими та слуховими галюцинаціями застрашливого змісту, страхом із зацікавленністю.

Після інтоксикації з'являється млявість, дратівливість, головний біль, слабкість, млявість.

Інгаляції парів плямовивідників, ацетону, нітрофарб, клею характеризуються запамороченням, шумом у голові, слезотечею, слинотечею, тахікардією на тлі легкого оглушення із наступною слабкістю.

При продовженні вдихання, розвивається рухове занепокоєння, збудження, ейфорія, психосенсорні розлади. Потім (у разі продовження інгаляції) дезорієнтація та дереалізація, гіпногічні галюцинації. Відбувається переплетення реального з фантастичним: переважають картини казкового, пригодницького чи еротичного змісту, що копіюють іноді сюжети раніше бачених фільмів, які наче проектуються на екран.

У разі сп'яніння парами плямовивідників після ейфорії відбувається візуалізація уявлень, усі видіння довільно викликаються і відображають те, про що хворий чув, бачив, читав чи фантазував.

Онейроїдний тип інтоксикації (мультиплікаційні фільми) є в хворих із резидуальними наслідками органічного ураження головного мозку в анамнезі.

Від адиктивної поведінки до формування залежності проходить від 1 до 12 місяців. Тоді групове вживання змінюється на індивідуальне, зростає толерантність.

Щодо ознак фізичної залежності, то вона визнається не всіма дослідниками.

Згодом, при щоденній інтоксикації розвивається токсична енцефалопатія і стійкий психоорганічний синдром.

Питання.

1. Наведіть класифікацію токсичних речовин.

2. Визначте характеристику онейроїдного синдрому та при якій із токсикоманій він є типовим для інтоксикації?

Тестові завдання:

1. Дівчина 25 років протягом 8 років уживала багато міцної кави, без неї ранком відчуває слабкість, сонливість, удень на роботі п'є по чашці кави приблизно кожну годину (іноді для посилення стимулюючого ефекту їсть кавову гушавину). При неможливості випити кави, з'являється головний біль, тривога, слабкість, тремор. Самопочуття нормалізується після прийому кави.

- A. Кофеїнова інтоксикація;
- B. Синдром кофеїнової абстиненції;
- C. Наслідки хронічної інтоксикації;
- D. Депресивна фаза біполярного афективного розладу;
- E. Жоден з перелічених.

2. У молодій людині після прийому 10 таблеток препарату через 30 хвилин підвищується настрій, покращилось самопочуття, з'явилося бажання багато говорити. Усе навколо стало яскравим, неприємності забулися. Не сміг сидіти на місці, танцював, став просторікуватим. За 40 хвилин з'явилася сонливість, відчуття невагомості, предмети, що оточують, «змінювали» свою форму й просторові співвідношення. Темп мислення сповільнився, стало важко розуміти, що відбувається. Через 3 години з'явилося дезорієнтування, обличчя людей і їхня поведінка сприймалися перекручено. Почав чути оклики, перед очима з'явилися кола, потім став бачити знайомих, з якими зустрічався ранком, причому бачив саме ті події, що ранком відбувалися в реальності. Не бачив своєї руки, але відчував, що в ній затиснута сигарета. Коли ж підносить її до рота – вона зникає.

Який препарат викликає таку картину інтоксикації?

А. промедол;

В. циклодол;

С. сибазон;

Д. екстазі;

Е. димедрол.

Тема 12.

Психічні та соматоневрологічні розлади при тютюнопалінні.

Зловживання палінням тютюну може трансформуватися в токсикоманію. Згідно з МКХ-10 розлади, пов'язані із вживанням тютюну (F17), відносять до поведінкових і психічних розладів унаслідок вживання психоактивних речовин (F1).

У країнах Заходу палить половина чоловіків і більше третини жінок, половина курців уживає більше 11 сигарет на день.

Більшість курців знають про шкоду паління, але продовжують палити. Звичка палити міцно ввійшла в життя і побут багатьох людей, стала необхідною життєвою потребою. Однією з основних причин початку паління є цікавість, бажання відчувати щось нове. Саме ці якості найбільш виражені в підлітковому віці.

Нікотин та інші складові тютюнового диму легко всмоктуються в кров і розносяться нею по всьому організмі. Через 2—3 хв після вдихання тютюнового диму нікотин діє на головний мозок, що виражається в короткочасному підвищенні його активності. Це суб'єктивно сприймається курцем як приплив нових сил, своєрідне відчуття піднесення і заспокоєння. Ця дія нетривала і незабаром знижується активність і погіршується настрій; людина прагне викурити наступну сигарету.

У разі важкого ступеня інтоксикації виникають порушення, що можуть призвести до летального кінця.

Більш-менш легкий ступінь отруєння переносять практично всі, хто починає палити. Організм немовби "обурюється" насильством над собою. Але так званий негативний ефект першої сигарети, на жаль, швидко зникає і толерантність до нікотину швидко зростає.

Нікотин має високий ступінь наркогенності, що впливає хоча б з такого факту — 85 % людей, що викурювали першу сигарету, у подальшому стають курцями. Не у всіх курців виробляється залежність. Поряд з так

званим запеклим палінням, виділяють помірне паління і паління для усунення психічного напруження. Однак у 2 останніх випадках тютюновий дим спричинює такі самі, але менш виражені патологічні симптоми, як і в запеклих курців.

Абстиненція чи синдром відміни. Сила негативних відчуттів залежить від індивідуальних особливостей організму і суб'єктивного психологічного настрою пацієнта.

Результати з численних досліджень вітчизняних і закордонних учених свідчать про психічну і фізичну залежність, що спричинена нікотинном. Явища абстиненції виникають через 1,5—2 год після останньої викуреної сигарети.

Переважає більшість курців відчувають наслідки психічної залежності, основний симптом якої — непереборне бажання закурити сигарету, а також напруженість і дратівливість. Пред'являються скарги на те, що дуже хочеться закурити; на тугу, дратівливість; плаксивість, надмірну вразливість, запальність; млявість, апатію, пригнічений, "дурний настрій", порожнечу, невдоволення; "голова ватяна, не працює"; підвищену сонливість чи, навпаки, безсоння. Може бути безліч інших скарг, залежно від індивідуальних особливостей психіки пацієнта.

У курців із залежністю частіше, ніж в осіб, які не палять, того самого віку, розвивається астеничний синдром, вони швидше стомлюються, часто припускаються помилок під час виконання завдань, що потребують напруження і уваги. За даними літератури, для них характерна імпульсивність поведінки, більш низький рівень освіти, тривожність, недобррозичливість стосовно інших людей. Курці на відміну від некурців частіше розлучаються чи залишають родину, вони більш екстравертовані, ворожі і більш схильні до вживання спиртних напоїв. У курців частіше виникають інсульти, у результаті яких розвиваються дефектно-органічні психічні порушення аж до деменції. У курців помітно знижується слух,

порушується відчуття смаку. У разі паління тютюну виникають виражені розлади у внутрішніх органах.

Питання:

Дайте визначення поняття табакопаління.

Визначте основні механізми розвитку абстиненції при табакопалінні.

Тестові завдання:

1. Після випалювання 3 сигарет підряд за 5 – 7 хвилин у підлітка з'явилися: головний біль, нудота, запаморочення, дратівливість. Про що свідчать наявні симптоми?

- A. середній ступень нікотинової інтоксикації;
- B. важкий ступень нікотинової інтоксикації;
- C. легкий ступень нікотинової інтоксикації;
- D. отруєння невідомими домішками;
- E. абстинентний стан.

2. Який ступень наркогенності у никотина?

- A. високий;
- B. середній;
- C. малий;
- D. залежить від якості тютюну;
- E. залежить від преморбідних особливостей організму.

Тема 13.

Профілактика та реабілітація хворих на тютюнопаління, наркоманію, токсикоманію та алкоголізм, а також їх ускладнень.

Профілактика наркоманії та токсикоманії може бути первинної, вторинною та третинною.

Якщо ми говоримо про первинну профілактику, то вона вміщує недопущення вживання ПАР. Цей вид профілактики спрямований на дітей та підлітків. Тобто, це є профілактикою в повному сенсі слова. Первинна профілактика може бути двох типів. Перший – радикальна, вона попереджує вживання ПАР, спрямована на зміну способу життя, спирається на засоби заборони та контролю вживання ПАР. Другий – ранній, спрямований на попередження розвитку залежності в осіб, що спробували ті чи інші ПАР. Цей тип профілактики деякі дослідники відносять до вторинної.

Вторинна профілактика спрямована на підлітків та молодіж із аддиктивною поведінкою (країни заходу) або на пацієнтів із початковою стадією залежності (вітчизняне розуміння).

Третинна профілактика в більшості випадків спрямована на боротьбу із сформованою залежністю та попередженню її ускладнень (інвалідизація, соматовегетативні порушення, деградація, смерть). Її в літературі пострадянських країн називають термінальною.

Задля розуміння типів та шляхів профілактики наркоманій та токсикоманій, треба розуміти мету цієї роботи. В різних країнах ціль профілактики може бути від повної абстиненції (США, Австралія), відповідального вживання (Великобританія), зниження ризику вживання «тяжких» наркотиків (Нідерланди).

Профілактична програма тоді вважається вдалою, коли є універсальною, конструктивною та попереджувальною за впливом.

Обставини, що можуть ускладнювати первинну профілактику:

1.Хто має проводити, хто фінансувати антинаркологічну роботу із молоддю та підлітками;

2.Які спеціалісти (педагоги, лікарі, психологи) здійснюють профілактику на місцях, що може призвести, через некомпетентність або брак часу, до зворотнього ефекту.

3.Недостатньо розроблена наукова основа програм профілактики, особливо її первинного типу.

4.Відсутність методичних розробок «мультидисциплінарною бригадою» спеціалістів (лікар-нарколог, педагог, психолог).

5.Відсутність розуміння системності наркології (медичного, соціокультурного, психологічного феномену) із домінуванням медичного аспекту («хвороба»).

Задля успіху профілактичної (особливо первинної) роботи необхідно базуватися не стільки на медичних, біохімічних засадах наркології, скільки на соціокультурному рівні та моральних феноменах, що базують розуміння психічного здоров'я та духовності людини. Ідеологія та культура соціальні установки на наркоманії хильні цінності.

Профілактична робота по попередженню наркоманії та токсикоманії пережила кілька етапів становлення. Спочатку уся профілактика ставилась на інформаційному аспекті, мотивуясь залякуванням щодо зупинки зловживання. Такий шлях здебільшого підвищував цікавість до ПАР. Поряд із цим в усіх країнах світу розвивалась система заборони та покарання, щодо вживання, утримання, розповсюдження ПАР (особливо наркотичних). Відповідно до закону є карна відповідальність та правові органи, що контролюють оборот наркотичних речовин. На примірі Америки (30-і роки) та Радянського Союзу (80-і роки) введення так званого «сухого закону» не є ефективним, тому що збагачує сірий та чорний ринки, збільшує вживання сурогатів та ПАР кустарного виробництва.

Бортьба держав із незаконним оборотом ПАР може бути декількох типів. Перший - «жорстка політика»: покарання вплоть до смертної кари, присутня в таких країнах, як Малазія, Іран, Пакістан, Сінгапур, Кітай. Другий – «сувора політика», покарання може бути за утримання, вживання, розповсюдження, або навіть спробу придбання. Це ми бачимо в США, Франції, Німеччині, Україні. Третій тип – «ліберальна політика» немає жорсткого переслідування вживанню, є лігалізованні наркотики (конопля) поряд із активною первинною профілактикою просвітницького та поведінкового типів. Такий стан речей ми бачимо в Нідерландах, Швейцарії, Канаді, деяких штатах США.

Шляхом накопичення опиту (здебільшого США) прагнення повної абстиненції змінилось на контрольоване усвідомлення вживання, шляхом формування прагнення до здорового способу життя.

Поведінковий підход до профілактики токсикоманій та наркоманій став реальним, коли було поставлено питання хто? чому? коли? Вживає ті чи інші ПАР.

Спираючись на поведінкову модель профілактичної роботи треба наводити чітку та адекватну інформацію про ПАР, створення альтернатив щодо зловживання, що поєднується зі злаженою роботою правоохоронних органів.

Найбільш розповсюджені програми профілактики поведінкового типу відносять до тих що збільшують соціально-психологічну компетентність та тих що навчають життєвим навикам. Ці програми впливають на відносини середь молоді, спілкування, вміння прийняття відповідальних рішень.

Будь яка з програм профілактики повинна розвивати компетентність щодо соціума та своєї особистості, наявність адекватних та дієвих вмінь самозахисту, прогнозування та попередження негативних наслідків.

Найбільш вдалі профілактичні програми є в США. Це обумовлено єдністю викладачів, вихователів, психологів, церкви, суспільної громади;

всеохопленністю; доволі раннім початком (робота із дітьми дошкільного раннього шкільного віку).

В США також було виявлено багато факторів залежної поведінки. Вони відповідали бідності, расизму, відсутності виховання, «нездоровому» оточенню. Та навпроти: людина із гарним рівнем соціальної адаптації менш схильна до залежної поведінки. Це поштовхнуло до створення так званої програми соціального пристосування (Йель). «Модель із використанням місцевого лідера» (Чікаго) показала можливість впливу на групу через неформального лідера.

Виділяють програми спрямовані на релігійність та особистісну філософію переконань, власної думки, уявлень. Є ті, що спираються на неурядові організації («Life Skills International», 1991).

Формування життєвих навиків (ФЖН) одна із типових поведінкових програм. Її характеризують всебічність (засвоєння знань, навикі соціальної компетентності, безперервність навчання, взаємовідносини із однолітками, участь у суспільному житті), участь батьків у програмі, тренінг, співдружність, соціо-культурна адекватність, оцінювання ефективності програми, цінність як базис, зв'язок програми із суспільством.

В Великобританії профілактичні програми дещо відрізняються. Первинна профілактика реалізується шляхом викладання дисципліни «Навчання здоровому способу життя» у школах. Вона може бути декількох типів: освітньої моделі (шляхом процесу прийняття рішень на основі особистої достовірної інформації), моделі самопосилення (оточення та її роль).

Процес прийняття рішення складається з наступних стадій.

1. Всебічний розгляд широкого спектру альтернативного поведінки.
2. Розгляд всіх цілей, які повинні бути досягнуті, і оцінка цінностей, пов'язаних з вчиненим вибором.
3. Ретельне зважування того, чи всі негативні наслідки, поряд з позитивними, відомі стосовно кожного образу дій.

4. Активний пошук інформації, важливої для оцінки альтернатив.

5. Об'єктивна оцінка інформації, що надходить і отриманих думок експертів, навіть якщо вони йдуть врозріз з тим образом дій, до якого спочатку схилився індивід.

6. Повторна оцінка позитивних і негативних наслідків всіх відомих альтернатив, навіть тих, які спочатку розглядалися як неприйнятні, перш ніж буде прийнято остаточне рішення.

7. Складання детального плану здійснення обраного курсу, облік можливості його зміни в разі реалізації небажаних наслідків)

Доцільність профілактичної програми можна оцінювати за кількома ознаками. По-перше тестовий контроль із порівняльним аналізом. По-друге – аналіз соціо-психологічних характеристик, параметрів девіантної поведінки контингенту. По-третє – епідеміологічний аналіз регіону.

Лікування хворих із алкоголізмом, наркоманіями і токсикоманіями проводять у кілька етапів. Перший етап у більшості хворих починається з різкої повної відміни наркотику. Виключення складають випадки зловживання барбітуратами, седативно-снодійними засобами, поєднання інших наркотиків з високими дозами цих препаратів, а також наявність супутньої важкої соматичної патології. У таких випадках відміна наркотику здійснюється поетапно. Лікування включає купірування абстинентного синдрому і проведення дезінтоксикаційних заходів, спрямованих на корекцію соматоневрологічних і психічних порушень.

На другому етапі лікування проводять загальнозміцнювальну терапію до повного відновлення соматичних функцій, корекцію поведінкових і психічних розладів до нормалізації психічного стану.

Третій етап лікування полягає в проведенні цілеспрямованої терапії щодо синдрому залежності. Терапія повинна бути патогенетично обґрунтованою з урахуванням хімічної структури і механізму дії наркотику і клінічних особливостей даного хворого (перевага фізичної чи психічної залежності, психопатологічне оформлення патологічного потягу до

наркотиків, особливості його динаміки — періодичне, постійне, патохарактерологічні особливості хворого).

Четвертий етап — протирецидивна підтримувальна терапія з урахуванням умов виникнення попередніх рецидивів захворювання. Визначаються зовнішні ситуації й ендогенні фактори, що призводять до загострення потягу до наркотиків, до рецидиву.

Перші два етапи звичайно здійснюють в умовах стаціонару, третій — у стаціонарі або амбулаторно, четвертий — амбулаторно. Тривалість терапії визначається ступенем тяжкості абстинентного синдрому, вираженістю соматоневрологічних і психічних порушень, ступенем сформованості установок хворого на припинення вживання наркотиків.

Значне місце в лікуванні хімічних залежностей посідає психотерапія. На першому етапі психотерапію спрямовують у напрямку підвищення мотивації хворого на подолання явищ абстиненції. Уже перший огляд і бесіду з хворим слід використати як перший сеанс психотерапевтичного впливу. Подальші психотерапевтичні бесіди повинні бути спрямовані на досягнення позитивних установок хворих на повне стримування від уживання ПАР, що спричинюють хворобливу пристрасть, а також на систематичне проходження хворим курсів підтримувального протирецидивного лікування у позалікарняних умовах. Їх мета — вироблення установки на стримування від наркотиків. Ефективні психотерапевтичні програми припускають використання комплексу психотерапевтичних підходів, що включають різні методи і форми психотерапії. Спеціальні види психотерапії проводять після купірування гострих абстинентних явищ аж до моменту виписки, здійснюються бригадою фахівців разом із використанням психофармакотерапії і немедикаментозних методів лікування. Для потенціювання фармакотерапії (після встановлення психотерапевтичного контакту) можливе застосування різних варіантів сугестивної психотерапії і навіювання.

У лікуванні хворих із залежністю від психоактивних речовин можна використовувати різні моделі сімейної психотерапії, спрямовані на створення мікросоціального середовища, що сприяло б активізації механізмів одужання й адаптації хворих, а також на подолання частих сімейних криз, які супроводжують ці розлади.

У практиці наркологічних закладів після купірування явищ абстиненції терапевтичні програми часто завершуються, у той час як для запобігання повторним епізодам вживання психоактивних речовин необхідно проводити психотерапевтичні і соціореабілітаційні програми протягом 1—2 років.

Питання:

1. Наведить характеристики первинної профілактики наркоманій та токсикоманій.

2. Наведить характеристики вторинної та третинної профілактики наркоманій та токсикоманій.

Тестові завдання:

1. Яка з нижче наведених країн проводить профілактику наркоманії та токсикоманії із метою зниження ризику вживання «тяжких» наркотиків?

A. Нідерланди;

B. США;

C. Велика Британія;

D. Франція;

E. Німеччина.

2. Яка модель роботи із профілактики наркоманії та токсикоманії показала себе найбільш ефективною?

A. поведінкова;

В.інформаційна;

С.модель самопосилення;

Д.освітня модель;

Е.жодна із наведених.

Навчальне видання

Робочий зошит

для самостійної роботи студентів медичного факультету з курсу
«Основи профілактики табакопаління, алкоголізму, наркоманії та
токсикоманії»

Упорядники: Кожина Ганна Михайлівна

Самардакова Галина Олександрівна

Коровіна Лілія Дмитрівна

Гайчук Лариса Михайлівна

Відповідальний за випуск Г.М. Кожина

Комп'ютерний набір Л.Д.Коровіна

Комп'ютерна верстка Л.Д.Коровіна