



КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

з Психіатрії та наркології з оцінкою результатів досліджень

спеціальності **224 Технології медичної діагностики та лікування**ОПП Лабораторна діагностика**3 курс (термін навчання 2,10)***(весняний семестр, 2019-2020 н.р.)*

№ з/п	Дата	Тема заняття	Обсяг у годинах, вид заняття	Система оцінювання знань, бали	
				min	max
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. Поняття про психіатрію як медичну науку.					
1	31.01.2020 р.	Поняття про психіатрію як медичну науку. Методи дослідження в психіатрії.	2	5	8
2	14.02.2020 р.	Шизофренія.	2	5	8
3	28.02.2020 р.	Біполярний афективний розлад. Підсумковий контроль засвоєння ЗМ 1	2	8	14
/Всього за ЗМ 1:				18	30
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм. Наркоманія. Тютюнопаління.					
4	13.03.2020 р.	Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм.	2	5	8
5	27.03.2020 р.	Наркоманія.	2	5	8
6	10.04.2020 р.	Тютюнопаління. Підсумковий контроль засвоєння ЗМ 2	1	8	14
Всього за ЗМ 2:				18	30
	10.04.2020 р.	Підсумковий модульний контроль з модуля 1: «Поняття про психіатрію як медичну науку. Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм. Наркоманія. Тютюнопаління».	1	24	40
		Підвищення рейтингу з модуля 1: «Поняття про психіатрію як медичну науку. Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм. Наркоманія. Тютюнопаління».		5	10
ВСЬОГО ЗА ВИВЧЕННЯ МОДУЛЯ 1			12	60	100

Завідувач кафедри КЛД,
д.біол.н., професор

Срьоменко Р.Ф.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ



МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ТА САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТІВ З ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ З ОЦІНКОЮ РЕЗУЛЬТАТІВ
ДОСЛІДЖЕНЬ

(назва навчальної дисципліни)

рівень підготовки _____ перший (бакалаврський) _____

галузі знань _____ 22 Охорона здоров'я _____

спеціальності 224 Технології медичної діагностики та лікування _____

семестр 3к (2,10) 6 семестр _____

освітньої програми «Лабораторна діагностика» _____

спеціалізації(й) _____

Харків-2020

Практичне заняття №4

Тема 4. Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм.

Мета роботи: оволодіти знаннями з основ наркології, етіології, патогенезу, клінічної картини, методів діагностики даної групи захворювань. Надати структуру наркологічної допомоги в Україні. Ознайомитись з основними структурними одиницями наркологічної допомоги населенню.

Питання для теоретичної підготовки:

1. Установи надання позалікарняної наркологічної допомоги.
2. Установи надання лікарняної наркологічної допомоги.
3. Лікувально-реабілітаційні установи.
4. Функціональна структура наркологічного диспансеру.
5. Методи профілактики в наркології.
6. Організація наркологічної допомоги в Україні.

Завдання:

1. Надати характеристику амбулаторної наркологічної допомоги.
2. Надати характеристику стаціонарної наркологічної допомоги.
3. Надати характеристику диспансерного спостереження за хворими наркологічного профілю.

Література:

Рекомендована література для підготовки до заняття:

1. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К.: Здоров'я. 1989. - С. 180-198.
2. Сорокина Т.Т., Гайдук Д.М. Практическое пособие по психиатрии. - Минск: Вышэйша школа. 1991. - С. 88-92.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия. - М.: Медици-на. 1995. - С. 192-224.
4. Менделевич И.К. Психиатрическая пропедевтика – М: Медицина -1997 – 290 с.
5. Психиатрия и психотерапия : справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. ; под. общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
6. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 708 с.
7. Бенджамин С., Голдберг Д., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике – Киев.: Сфера – 1999 –
8. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 1– 164 с.
9. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 2– 175 с.
10. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
11. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.

Додаткова

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
2. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.

Методика виконання самостійної роботи.

В ході практичного заняття студенти оволодіють знаннями про етапи розвитку наркології як медичної науки. Ознайомляться зі структурою наркологічної служби в Україні. Значення профілактичної роботи з населенням і, особливо, серед соціальних груп ризику, яка поряд із державними установами, активно проводиться суспільними небюджетними організаціями. Під час перерви викладач знайомить студентів з кафедрою, її історією, напрямками наукової діяльності.

Далі викладач інформує студентів про порядок оформлення протоколів, а також порядок відробки пропущених занять.

НАРКОЛОГІЯ ЯК НАУКА

Наркологія (от грец. ' νάρκη /narkē/ — оцепеніння, сон, та дав.-гр. λόγος — вчення) — розділ медицини, який вивчає вияви хронічного алкоголізму, наркоманії і токсикоманії, та розробляє методи їх лікування та профілактики. Людство познайомилося з психоактивними речовинами настільки давно, що досі неможливо сказати, хто і коли почав вживати їх першим. Майже у всіх відомих нам культурах можна знайти згадки про вживання наркотичних засобів. Однак з такою проблемою, як залежність від психоактивних речовин, люди зіткнулися лише недавно - у першій половині XVIII століття. Тоді цю проблему спробували вирішити законодавчо: в 1729 році в Китаї був прийнятий едикт проти опіуму, який, втім, не увінчався успіхом на увазі активної протидії фінансових і політичних еліт Великої Британії, що вилилося в кінцевому рахунку в першу та другу опіумні війни. Для Європи ця проблема виникла набагато пізніше - в кінці XIX століття. З середини XX століття проблема залежності від наркотиків стала привертати все більшу увагу суспільства та інститутів здоров'я у зв'язку з тим, що в наш час вона стала набагато серйознішою, ніж на початку минулого століття, так як з'явилася величезна кількість синтетичних препаратів, що викликають залежність. До того ж у великій кількості випадків їх виробництво і продаж здійснюються незаконно, що не дозволяє контролювати якість цих препаратів.

Виділення наркології як окремої дисципліни, що вивчає медичні наслідки зловживання психоактивними речовинами, відбулось досить недавно, передовсім внаслідок високої соціальної значимості цієї проблеми.

За деякими дослідженнями (Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 1998), частка хворих на наркозалежність серед загальної кількості молодих людей, які вживають наркотичні засоби, складає до 10 %. Надзвичайно важливим аспектом проблеми є високі темпи поширення ВІЛ-інфікування та інших гострих інфекційних захворювань (гепатит, венеричні інфекції) серед споживачів наркотиків, що зумовлене переважанням ін'єкційного способу їх вживання в нашій країні. Зокрема, на даний час констатується вже так звана "друга хвиля" інфікування ВІЛ, яка охоплює сексуальних партнерів наркозалежних (перша стосувалась безпосередньо споживачів наркотиків).

Наявна ситуація вимагає високої кваліфікації в галузі наркології, зокрема щодо питань діагностики, профілактики та реабілітації наркозалежних, не тільки від спеціалістів наркологів, але й фахівців суміжних лікарських спеціальностей.

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ НАРКОЛОГІЇ ЯК НАУКИ

Саме соціальні процеси були каталізатором вивчення хвороб викликаних залежністю при вживанні психоактивних речовин протягом історичного розвитку наркології в рамках психіатричної науки. Власне наукове вивчення алкоголізму почалось у 1857 році, коли М. Huss у своїй книжці „Хронічний алкоголізм, або алкогольна хвороба” описав ряд його ознак і запропонував власне термін „хронічний алкоголізм”. Продовжили вивчення цієї проблеми Marce (1862) та К. Bonhoeffer (1906), але як динамічно прогресуючу хворобу з характерними проявами, стадіями та процесами, алкоголізм вперше описали напочатку минулого сторіччя російські вчені С.С. Корсаков (1901) та В. П. Сербський (1906). У другій половині двадцятого сторіччя в західній психіатрії (Е. Jellinek, 1960, А. Ludwig, 1978, R. Kendell, 1979) розвиток вчення про алкоголізм та наркоманії переважно базувався на дослідженні їх соціальних проявів, тоді як радянська школа займалась переважно клініко-біологічною оцінкою цих захворювань. Так, С.Г. Жислін (1931), вперше детально описав та дослідив алкогольну абстиненцію, а

І.В. Стрельчук (1959), А.А. Портнов та І.Н. Пятніцкая (1971) продовжили розробку запропонованої ще С.С. Корсаковим концепції переходу по ходу патологічного процесу функціональних психічних розладів у органічні, дослідили закономірності прогресивності процесу та розділили його на три стадії, Е.Є. Бехтель (1986) розробив класифікацію донозологічних форм вживання алкогольних напоїв, А.Є. Лічко (1987) описав причини і механізми формування аддиктивної поведінки у підлітковому віці, а М.М. Кабанов (1985) запропонував ефективну систему заходів реабілітації наркозалежних.

На сьогодні продовжується робота щодо остаточного з'ясування біологічно обґрунтованих патогенетичних механізмів формування залежності від психоактивних речовин та вироблення прогресивних методів лікування та реабілітації хворих на алкоголізм наркоманії та токсикоманії.

Зокрема, фахівцями української школи наркології (Сосін І.К., Мисько Г.Н., Гуревич Я.Л.) зроблено вагомий вклад в питання, які стосуються немедикаментозних методів купірування алкогольної інтоксикації. Прогрес у вивченні молекулярних механізмів впливу психоактивних речовин на організм людини, а також соціальне значення проблеми, про яке ми говорили вище, визначили необхідність виділення наркології як окремої галузі медичних знань, що історично продовжує бути пов'язаною з психіатрією. Нині причини та механізми виникнення наркоманії вивчені досить добре. У медицині прийнято говорити, в першу чергу, про наявність вродженої схильності до залежності і механізмах взаємодії психоактивних речовин з медіаторами головного мозку. Психологія ставить питання про наявність психологічних причин виникнення залежності, які пов'язані з особливостями особистості та її розвитку. Соціологія робить акцент на соціальних чинниках: злочинне соціальне оточення, злидні та ін. Таким чином, феномен наркоманії підлягає вивченню з боку ряду дисциплін, обумовлених патогенними грибами, які викликають у людини ураження шкіри, її придатків, а іноді внутрішніх органів. За частотою мікози посідають друге місце серед усіх шкірних хвороб. За даними ВОЗ у третини населення спостерігаються мікози, найчастіше мікози ступнів і в тому числі оніхомікози і кількість цих уражень постійно збільшується.

Організація наркологічної допомоги в Україні.

Схема організації наркологічної допомоги в Україні забезпечує всі види амбулаторного і стаціонарного лікування хворих, які страждають на залежність від психоактивних речовин (ПАР), соціальну та правову допомогу хворим, допомогу по відновленню соціальних та трудових відносин (реадаптація та реабілітація) та заходи захисту суспільства від соціально небезпечних дій наркозалежних.

Важливим аспектом наркологічної допомоги є профілактична робота з населенням і, особливо, серед соціальних груп ризику, яка поряд із державними установами, активно проводиться суспільними небюджетними організаціями.

Робота наркологічної служби будується на єдиній методичній основі, що полягає у профілактичній спрямованості, ранньому виявленні, взятті на диспансерний облік, поетапному лікуванні та оптимальній реабілітації хворих.

І. СТРУКТУРА НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Основними структурними одиницями наркологічної допомоги населенню є наркологічний диспансер, наркологічні стаціонари, лікувально-трудова профілакторія та наркологічні кабінети.

1. Установи надання позалікарняної наркологічної допомоги.

1. Наркологічні диспансери (обласні, міські, районні та міжрайонні).

2. Наркологічні диспансерні відділення.

3. Наркологічні кабінети: (районні, у загальносоматичних поліклініках, на промислових підприємствах, у складі медико-санітарних частин).

II. Установи надання лікарняної наркологічної допомоги.

1. Наркологічні лікарні.
2. Наркологічні відділення при психіатричних лікарнях.
3. Відділення для екстреної госпіталізації хворих з алкогольними психозами та передпсихотичними станами при психіатричних лікарнях.

III. Лікувально-реадаптаційні установи.

1. Лікувально-трудова профілакторія.
2. Лікувально-трудова майстерня.
3. Клуби анонімного лікування алкоголіків та наркоманів.

Наркологічний диспансер є головним організаційно-методичним центром, який об'єднує всі структурні підрозділи наркологічної служби. Основний принцип діяльності диспансеру - територіальний. Структурою наркологічного диспансеру передбачене розміщення кабінетів та наркологічних пунктів у кожному адміністративному районі. Наприклад, кабінети дільничних психіатрів-наркологів доцільно розміщувати на базі районних загальносоматичних поліклінік, поліклінік медико-санітарних частин і безпосередньо на промислових підприємствах.

Функціональна структура наркологічного диспансеру

1. Кабінети дільничних психіатрів-наркологів.
 2. Організаційно-методичний кабінет.
 3. Кабінет експертизи алкогольного сп'яніння.
 4. Кабінет наркологічної експертизи.
 5. Підлітковий наркологічний кабінет.
 6. Кабінет анонімного лікування.
 7. Кабінет психолога.
 8. Кабінет терапевта.
 9. Кабінет невропатолога.
 10. Кабінети немедикаментозних методів лікування: фізіотерапії, гіпнозу, електросну, голкорексфлексотерапії, оксигенотерапії та ін.).
 11. Денний та нічний стаціонари. 12. Лікувально-трудова майстерня.
- Допоміжні підрозділи: клініко-діагностична лабораторія, кабінет функціональної діагностики.

II. АМБУЛАТОРНА НАРКОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторна наркологічна допомога є основним видом допомоги хворим даного профілю. При своєчасному виявленні і початку терапії, повноцінному тамуванні явищ абстиненції і станів запою в умовах амбулаторії, широкому використанні психотерапевтичних методів, симптоматичних засобів і активних методів лікування в сполученні з соціальними і реабілітаційними заходами не менше 70% хворих, які перебувають на диспансерному обліку можуть успішно лікуватись амбулаторно і не мають потреби в госпіталізації. Наркологічні кабінети переважно розташовують у районі обслуговування населення або працюючих контингентів. Районний психіатр-нарколог здійснює диспансерне спостереження за хворими, проводить роботу з соціально-трудова реабілітації, бере участь у освідочтуванні хворих, направлених у лікувально- трудові профілакторії, проводить підтримуюче та протирецидивне лікування пацієнтів, які вже пройшли курс терапії, при необхідності направляє їх до

наркологічного диспансеру та веде відповідну медичну документацію. Поряд з цим психіатр-нарколог керує роботою наркологічних постів, що знаходяться на його ділянці та надає необхідну консультативну допомогу персоналу лікувальних закладів загальносоматичної мережі.

Для повноцінного функціонування наркологічний кабінет мінімально повинен мати наступні приміщення: кабінет лікаря для прийому хворих, де розміщується картотека динамічного нагляду, кабінет колективних видів активного лікування з устаткуванням для умовнорефлекторної терапії, процедурний кабінет для медикаментозного лікування і малих хірургічних втручань та зал очікування, де проводять психотерапевтичні бесіди з пацієнтами та їх родичами.

У зв'язку з ліквідацією системи медичних витверезників (рішення Кабінету Міністрів України від 9.08.1999 р.) дещо змінилась система надання допомоги особам, які потребують медичної допомоги у стані алкогольного сп'яніння. На сьогодні особи з травмами та соматичними ускладненнями гострої алкогольної інтоксикації мають отримувати допомогу в профільних відділеннях місцевих лікарень.

У випадку тяжкого сп'яніння допомога надається у лікарнях за місцем виклику швидкої допомоги, а при діагностуванні алкогольної коми хворого транспортують до реанімаційного відділення психіатричної лікарні (у містах). Якщо ж стан пацієнта відповідає середньому неускладненому ступеневі тяжкості алкогольного сп'яніння, то профілактична медична допомога може надаватись в умовах наркодиспансеру (кризове наркологічне відділення) за умови згоди на це особи, що доставляється.

Підлітковий наркологічний кабінет. Входить до структури обласних наркологічних диспансерів. Підлітки перебувають на диспансерному і профілактичному обліку до досягнення 18 років, після чого їх переводять на облік, як доросле населення. Головним завданням підліткового наркологічного кабінету є профілактична робота в школах, ПТУ та середніх спеціальних навчальних закладах. Профілактика відбувається при взаємодії підліткового лікаря-нарколога з робітниками інспекції у справах неповнолітніх. Також до завдань працівників кабінету входить санація сімей підлітків, що зловживають психоактивними речовинами.

Підлітковий нарколог зобов'язаний підтримувати тісний контакт з призовними ділянцями військкоматів, зокрема, підлітки, які помічені в систематичному вживанні алкоголю або наркотичних речовин увесь приписний період повинні знаходитися під контролем спеціалістів призовної ділянки. При ухиленні від контролю і лікування чи продовженні зловживання за направленням військкомату їх необхідно госпіталізувати до наркологічного стаціонару.

ІІІ. ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

У випадку добровільного звертання за наркологічною допомогою на кожного первинного пацієнта заводиться медична картка амбулаторного наркологічного хворого, в яку заносять короткі дані анамнезу, об'єктивні дані, результати обстеження, соматичний і психічний статус, діагноз і шифр захворювання, терапевтичні призначення і їх виконання, інформацію про динаміку захворювання. Такі амбулаторні карти заводяться на всіх хворих, які звернулись у диспансер, у тому числі і тих, хто звернувся з приводу тютюнопаління і не підлягає ні диспансерному обліку, ні профілактичному спостереженню. Обов'язково вони заводяться і на осіб, які проходять освідочтування у зв'язку з направленням на примусове лікування, якщо раніше вони на обліку не перебували. Зберігаються амбулаторні карти в реєстратурі за алфавітним чи ділянничним принципом.

На хворих, які підлягають диспансерному обліку, заводяться контрольні карти диспансерного спостереження за психічно хворими. При постановці діагнозу наркотичної (тосикоманічної, алкогольної) залежності хворий в обов'язковому порядку повинен бути попереджений лікарем про

соціально- правові аспекти, обумовлені наркологічною патологією (обмеження на певні види трудової діяльності, можливість примусового лікування, обмеження дієздатності, позбавлення батьківських прав та інше).

Особи, які незаконно вживають наркотичні чи психотропні речовини, згідно українського законодавства беруться на спеціальний облік в наркологічних диспансерах (кабінетах). Порядок їх виявлення та постановки на облік здійснюється згідно **Закону України “Про заходи регуляції незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними” від 10.10.1997**. Підозрювані у незаконному вживанні наркотиків особи направляються органами внутрішніх справ на медичний огляд до наркологічного диспансеру. Підставою для такого направлення може бути інформація, що надійшла від підприємств, організацій, установ, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що зазначені особи незаконно вживають наркотики, або перебувають у стані наркотичного сп'яніння. При отриманні правоохоронними органами відповідної інформації працівники міліції забезпечують видачу таким громадянам направлення на медичний огляд, про що одержують з них відповідну розписку, а також направляють контрольне повідомлення стосовно направлення на медичний огляд.

Особи, що ухиляються від добровільного медичного огляду, підлягають примусовій доставці працівниками міліції до наркологічного закладу на підставі сповіщення про неявку до наркологічного диспансеру та постанови про необхідність примусового обстеження.

На підставі медичного огляду лікар-нарколог встановлює наявність стану сп'яніння або приймає рішення про необхідність стаціонарного обстеження, про що складає письмовий висновок та відповідне направлення. Якщо в результаті такого обстеження встановлюється діагноз “наркоманія” чи “токсикоманія” (у відповідному міжнародній класифікації хвороб викладенні), особі видають листок тимчасової непрацездатності та довідку про відсутність чи наявність у неї на момент обстеження стану наркотичного сп'яніння. Відповідна інформація надається також органам внутрішніх справ.

Термін обстеження не повинен перевищувати 10 діб, а ось встановлення необхідного терміну лікування від наркотичної залежності, а також рішення про необхідність продовження необхідного курсу наркологічної допомоги приймається лікарсько-консультаційною комісією відносно кожної особи індивідуально. Підставою для постановки на облік є встановлення діагнозу “наркоманія”, “токсикоманія” або стану наркотичного сп'яніння.

Припинення диспансерного обліку здійснюється на підставі або рішення ЛКК, або документального підтвердження про фізичну його неможливість (смерть, переїзд на інше місце проживання, позбавлення волі, строкова служба). В останніх трьох випадках повідомлення направляється за новим місцем перебування до відповідного лікувально-профілактичного закладу та органу внутрішніх справ у триденний термін з наступним пересиланням відповідної документації. Органи внутрішніх справ ведуть облік лише тих осіб, які добровільно не звертались за наркологічною допомогою та не виконують рекомендацій лікаря.

Відповідно тривалості терапевтичної ремісії для хворих на алкоголізм існує три групи динамічного спостереження, а для пацієнтів з наркотичною залежністю - чотири групи.

I групу динамічного спостереження складають хворі, які вперше звернулись за допомогою, ті, які раніше перебували на обліку, але на протязі минулого року мали рецидиви (ремісія тривала менше року) та хворі, виписані в поточному році з лікувально-трудова профілакторіїв.

II групу складають хворі з тривалістю ремісії від одного до двох років, у тому числі вибулі з установ примусового лікування.

III групу складають хворі з тривалістю ремісії від двох до трьох років.

IV група - ремісія від трьох до п'яти років.

Початком ремісії слід вважати день виписки з наркологічного стаціонару або день купірування останнього прийому наркотичних речовин (алкогольного ексцесу), якщо терапія проходила амбулаторно. Ремісією також вважають час амбулаторного лікування за умови повного утримання від наркотизації.

Частота оглядів визначається для хворих I групи - не рідше раз на місяць, II групи - раз на два місяці, III групи - раз на три місяці, IV групи - не рідше одного разу на чотири місяці. Бажано, аби огляди проводив особисто лікар- нарколог, але іноді вони можуть здійснюватись середнім медичним персоналом.

Термін обов'язкового диспансерного обліку та профілактичного спостереження становить для хворих на алкоголізм не менше трьох років, а для хворих на наркоманії та токсикоманії - п'ять років. Наявність такої ремісії повинна бути підтверджена об'єктивними даними.

Зняття з обліку у зв'язку зі стійкою ремісією (одужанням) відбувається за рішенням ЛКК лікувальної установи, в якій знаходиться на обліку хворий.

IV. СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ

Стаціонарне лікування займає суттєве місце в системі наркологічної допомоги. Його переваги перед амбулаторним полягають у можливості використання більш активних методів, багато з яких є неможливими в інших умовах, більш поглибленого обстеження хворих, ширших можливостях психотерапевтичного впливу.

Як правило, кожен хворий на алкоголізм проходить курс стаціонарного лікування в середньому 1 раз на 3-4 роки.

Невідкладними показаннями до госпіталізації в наркологічний або загальнопсихіатричний стаціонар є гострі алкогольні або інтоксикаційні психози і преепсихотичні стани, загострення хронічних алкогольних або інтоксикаційних психозів, загострення супутніх психічних захворювань, важкі запійні стани, які не вдається тамувати амбулаторно. Показаннями до планової госпіталізації в наркологічний стаціонар слугують стани компульсивного потягу до наркотичної речовини або алкоголю, які не вдається коригувати амбулаторно, необхідність або бажання самого хворого щодо використання методів лікування неможливих без госпіталізації, а також сімейно-соціальні фактори.

Планова госпіталізація наркологічних хворих відбувається виключно за згодою самого пацієнта.

Примусове лікування хворих на наркозалежність та алкоголізм передусім спрямоване на попередження і запобігання найбільш соціально небезпечних наслідків залежності від психоактивних речовин, усунення анозогнозії та допомогу хворим, що втратили контроль за своїм станом.

Примусове лікування хворих наркологічного профілю можливе у 3 формах:

Перша форма - примусовий захід медичного характеру, який застосовується в судовому порядку щодо осіб із залежністю від психоактивних речовин, які скоїли правопорушення. При застосуванні до них покарання у вигляді позбавлення волі, примусове лікування проводять у спеціально організованих наркологічних підрозділах пенітенціарних закладів, при покаранні, що не передбачає ув'язнення - у загальнопсихіатричних закладах з посиленням наглядом та спеціальним лікувальним і трудовим режимом. Термін такого лікування встановлюється судом.

Друга форма - примусове лікування в лікувально-трудовах профілакторіях (ЛТП). Застосовується до осіб з хронічними формами алкоголізму, які злісно ухиляються від добровільного лікування і проявляють виразну соціальну декомпенсацію. Клопотання про направлення хворих на примусове лікування в даному випадку можуть надсилати також члени їх сімей. Строк примусового лікування в ЛТП складає від 1 до 2 років.

На сьогодні в Україні розглядається питання про скасування даної форми примусового лікування як малоефективної, та такої, що порушує демократичні засади ставлення держави до особистості. Примусове лікування осіб, хворих на хронічний алкоголізм, які страждають тяжкими супутніми захворюваннями, що перешкоджають їх перебуванню в ЛТП, інвалідів I-II груп, чоловіків у віці після 60 та жінок після 55 років, здійснюється у спеціальних наркологічних та загальнопсихіатричних відділеннях, за рішенням суду строком від 3 місяців до 1 року.

V. ПРОФІЛАКТИЧНІ НАРКОЛОГІЧНІ ОГЛЯДИ

Важливе місце в структурі наркологічної допомоги населенню займають профілактичні наркологічні огляди. Їх проведення регламентується наказом МОЗ України № 339 від 18.11.1997 р. Метою цих заходів є виявлення хворих на залежність від ПАР, а також визначення наявності чи відсутності наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків та провадження видів діяльності, перелік яких затверджений постановою Кабінету Міністрів України №1238 від 06.11.97 р.

До цього переліку занесено велику групу професій хімічної (у тому числі косметичної та фармацевтичної), нафтогазової та лікєро-горілчаної промисловості, а також професії пов'язані з використанням вибухонебезпечних речовин, роботою в умовах підвищеного тиску, висоти чи небезпеки електричного ураження. Обов'язковим є проходження такого огляду для громадян, що бажають отримати дозвіл на володіння зброєю, водіїв, авіаційного персоналу, працівників залізниці та плаваючого транспорту, осіб, що вступають на службу в органи МВС, Міноборони, СБУ Збройних Сил, пожежної охорони, митниці та податкової адміністрації. Анестезіологи та інші медичні працівники, які за специфікою роботи використовують фторотан та ефірпр також мають регулярно проходити наркологічні огляди.

Профілактичний наркологічний огляд громадян проводиться у наркологічному закладі за місцем їх проживання згідно обов'язкової програми, що включає: лікарський наркологічний огляд, психологічне тестування та медичне лабораторне обстеження.

Лабораторно визначається активність гама-глутамілтрансферази сироватки крові, а психологічне тестування полягає у застосуванні тесту "Аудит" та "Тесту клінічного скринінгу", які затверджені ВООЗ як методики, що дозволяють виявляти до 99% осіб хворих на алкоголізм. Дані профілактичного наркологічного огляду заносяться лікарем-наркологом до медичної картки форми № 145-0.

У разі виявлення ознак наркологічного захворювання чи незгоди обстежуваного з отриманими результатами громадянин має пройти додаткове обстеження в умовах стаціонару з винесенням остаточного рішення ЛКК. Про це громадянину видається сертифікат, у якому зазначається наявність чи відсутність у нього наркологічних протипоказань до виконання функціональних обов'язків та провадження видів діяльності згідно переліку. Термін дії сертифікату є різним для представників різних професій і складає від одного до трьох років. Заповнені медичні документи зберігаються в архіві медичного закладу протягом п'яти років.

Алкоголізм.

Питання для теоретичної підготовки:

1. Визначити етіологічні та патогенетичні фактори залежності при зловживанні алкогольними напоями.
2. Просте алкогольне сп'яніння, його ступені, індивідуальні особливості, діагностика, надання медичної допомоги при гострих алкогольних отруєннях.
3. Побутове пияцтво. Алкоголізм (залежність від алкоголю), його критерії, наркомані

Мета заняття: оволодіти знаннями з етіології, патогенезу, клінічної картини та стадій алкогольної залежності.

чний синдром при алкоголізмі.

4. Патологічне сп'яніння: діагностика, судово-психіатрична експертиза.
5. Стадії алкоголізму, особливості деградації особистості. Діагностика абстинентного стану, медична допомога.
6. Особливості алкоголізму підлітків та жінок.

Завдання:

1. Стадії розвитку алкоголізму.
2. Організація наркологічної допомоги, наркологічні диспансери, наркологічні кабінети, організація анонімного лікування хворих на алкоголізм.
3. Класифікація психічних розладів при алкоголізмі.
4. Стадії хронічного алкоголізму.
5. Алкогольна деградація особистості.
6. Соматичні та неврологічні ускладнення алкоголізму.

Література:

Рекомендована література для підготовки до заняття:

12. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К.: Здоров'я. 1989. - С. 180-198.
13. Сорокина Т.Т., Гайдук Д.М. Практическое пособие по психиатрии. - Минск: Вышэйша школа. 1991. - С. 88-92.
14. Коркина М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия. - М.: Медицина. 1995. - С. 192-224.
15. Менделевич И.К. Психиатрическая пропедевтика – М: Медицина -1997 – 290 с.
16. Психиатрия и психотерапия : справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. ; под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
17. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 708 с.
18. Бенджамин С., Голдберг Д., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике – Киев.: Сфера – 1999 –
19. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 1– 164 с.
20. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 2– 175 с.
21. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
22. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.

Методика виконання самостійної роботи.

В ході практичного заняття студенти оволодіють знаннями про етіопатогенезу алкоголізму. Ознайомляться з патоморфологічними змінами, що виникають в організмі хворого. Під час перерви викладач знайомить студентів з кафедрою, її історією, напрямками наукової діяльності, профільними науковими лабораторіями.

Далі викладач інформує студентів про порядок оформлення протоколів, а також порядок відробки пропущених занять. Оволодіють знаннями про морфологічні елементи шкіри при мікозах з метою вивчення її патологічних змін. Ознайомляться з методами лабораторної діагностики грибкових захворювань шкіри.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ ПО ТЕМІ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**ЕТИОПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛІЗМУ**

Етанол (C_2H_5OH) відноситься до групи депресантів, які пригнічують ЦНС. Він являє собою прозору, безбарвну рідину з характерним різким запахом і пекучим смаком. Етиловий спирт добре розчиняється у воді. В організмі міститься незначна кількість ендogenous етанолу, в крові його концентрація в нормі складає від 0,001 до 0,004%. В медицині його застосовують для отримання місцевого, резорбтивного і, частково, рефлекторного ефектів. Завдяки високій калорійності (при згорянні 100г етанолу виділяється 710 ккал) іноді, його вливають внутрішньовенно хворим, що перебувають на парентеральному харчуванні (50-70 г/добу). Прийом алкоголю з метою підвищення стійкості до холоду абсолютно не виправданий. Адже разом з підвищенням теплопродукції він, за рахунок розширення шкірних судин, створює оманливе відчуття тепла, у той час як насправді, інтенсифікується тепловіддача шляхом радіації та потовиділення. При пероральному прийомі виявляється резорбтивна дія алкоголю. Починається його всмоктування в порожнині рота і стравоході, близько 20% всмоктується у шлунку і 80% у дванадцятипалій кишці. Швидкість всмоктування залежить від міцності напою: слабкі 10% напої всмоктуються дуже швидко, а ось більш міцні (близько 40%) повільніше, через здублюючу дію етанолу на слизову, місцеве звуження судин та порушення евакуації.

Етанол володіє вираженою органотропністю: у мозку його концентрація значно перевищує вміст у крові, причому навіть у фазі елімінації. Також він концентрується у секреті простати, яєчках та спермі чинячи токсичний вплив на статеві клітини. Етанол легко проникає через плаценту і виводиться з молоком. Він володіє помірною анальгезуючою активністю, зменшує гостроту сприйняття стресових факторів, тривожність. Етанол пригнічує секрецію антидіуретичного гормону та оксітоцину, викликаючи збільшення діурезу та зменшення скорочень вагітної матки. При цьому у 80% жінок родова діяльність припиняється взагалі.

Елімінація алкоголю відбувається шляхом екскреції у незмінному вигляді та шляхом біотрансформації. У незмінному вигляді він виводиться нирками, легенями, молочними та потовими залозами, а також з калом. Біотрансформація етанолу відбувається переважно в печінці в три етапи. Проміжними продуктами цих реакцій є ацетальдегід та ацетат, а в результаті утворюється вуглекислий газ, вода та вивільняється енергія. Швидкість елімінації алкоголю пропорційна масі печінки та тіла і не залежить від його концентрації в крові. У людини з масою близько 70 кг за годину метаболізується близько 10 г абсолютного алкоголю.

СОЦІАЛЬНІ ТА ІСТОРИЧНО-КУЛЬТУРНІ АСПЕКТИ ВЖИВАННЯ СПИРТНИХ НАПОЇВ

Традиція вживання спиртних напоїв має глибоке історичне та культурне коріння. Ще з глибокої давнини деяким племенам були відомі рецепти добування алкоголю. На зорі існування людства прийом спиртного був колективним і присвячувався внутрішньо племінним чи астрономічним подіям виступаючи фактором, що сприяє духовній спорідненості, згуртованості, єдності крові. І вже тоді виникла проблема зловживання алкоголем.

Ще до нашої ери алкогольна хвороба, як явище з'явилась в Стародавньому Єгипті, Індії та Китаї. При цьому суспільство завжди нетерпимо ставилось до осіб, які зловживають спиртним. Так, у другому тисячолітті до н.е. в Китаї особи, захоплені під час пияцтва, карались на смерть. У стародавній Греції та Римі вживання виноградного вина було частиною багатьох культурних та релігійних традицій, але варто зауважити, що при цьому його розводили мінімум у 3 рази, а кожний римлянин, який заставав свою дружину сп'янілою, мав повне закріплене законом право скарати її на смерть. "Веселіє на Русі є пітіє", так казали наші предки за часів Володимира Великого. Але і тут використовували брагу з концентрацією алкоголю лише до 16%. Княжим указом вино заборонялось пити до обіду і під час роботи. Відомий лікар Гіпократ засуджував пияцтво і називав алкогольне сп'яніння "добровільним божевіллям". Для захисту суспільства в Афінах п'яних на перший раз штрафували, а при повторенні подібного страчували. У Спарті, аби всі громадяни знали про шкоду вина, поїли ним рабів і у напівпритомному вигляді водили тих вулицями. Однак навіть такі заходи не врятували стародавні цивілізації від стрімкого поширення алкоголю. Так, згідно однієї з версій, чи не головною причиною падіння Римської імперії була повна алкогольна деградація правлячої верхівки. Винний спирт вперше навчилися добувати арабські алхіміки у VI-VII сторіччях н.е., тут він отримав назву „аль кеголь”, тобто одурманюючий. Італійський алхімік середньовіччя Валентинус пізніше також виділив винний спирт і назвав його “aqua vitae” - вода життя. З середніх віків починається розповсюдження міцних спиртних напоїв, а з XVIII сторіччя з'являється відповідна галузь харчової промисловості. На добування горілки йдуть пшениця, картопля, виноград, цукровий буряк та тростина, яблука, рис, кактуси, мед тобто усе, що має великий вміст крохмалю, дисахаридів, моносахаридів. Державна монополія на горілку, як важливе джерело доходів, а особливо сухі закони у США, Росії, скандинавських країнах лише сприяли розвитку самогонваріння. По мірі розвитку людського суспільства, збільшення контактів між людьми та народами зростало і розповсюджувалось вживання спиртних напоїв, викликаючи негативні соціальні наслідки. За останні сторіччя споживання алкоголю у світі помітно зросло. З ускладненням соціальної структури суспільства пияцтво стає все більш індивідуальним, зростає і кількість випадків зловживання алкогольними напоями. Перші антиалкогольні організації, які з'явилися в Європі на початку XIX сторіччя, ставили собі за мету роз'яснення наслідків зловживання алкоголем. У подальшому в багатьох країнах були апробовані різноманітні заборони та обмеження на вживання спиртних напоїв, але їх ефективність була не високою. З 1918 по 1932 рік у США діяв "сухий закон". Спочатку він дозволив різко скоротити смертність від алкогольних захворювань та злочинність, але потім був відмінений через розповсюдження підпільного виробництва спиртного, масову контрабанду, зростання кількості випадків отруєнь сурогатами та ріст наркоманій. Подібні обмеження та заборони в різні роки вводились у Швеції, Норвегії, Фінляндії, Данії та СРСР (80-і роки), але були скасовані з тих же причин.

На сьогодні, за підрахунками Н.І. Kaplan, В.І. Sadock (1996) кількість хворих на алкоголізм становить у світі в середньому 6,2-14,8% дорослого населення. Велика розбіжність у даних про епідеміологію цього захворювання обумовлена широкою розповсюдженістю так званого „прихованого алкоголізму” („home drinkers”). Досить надійним критерієм поширеності алкогольної залежності слугує показник кількості вжитого абсолютного етанолу, що приходиться на душу населення на

рік. Так, зокрема у 1995 році з європейських країн цей показник був найвищим у Франції (18,6 л) та Росії (20 л). Саме у цих країнах, за даними ВООЗ, була зареєстрована і найбільша кількість хворих на алкоголізм у популяції. В Україні цей показник теж є досить високим і складає близько 11-12 літрів на душу населення за рік. Алкоголізм давно перестав бути індивідуальною проблемою хворих на цю недугу. Окрім величезних економічних збитків, варто враховувати його роль у підриві основних моральних засад суспільства і значну частку злочинності, яка є його прямим наслідком. За даними ВООЗ, одна з чотирьох смертей чоловіків у віці від 15 до 29 років у Європі спричинена алкоголем. В Україні 4 млн 500 тис. працездатного населення зловживає спиртними напоями і є потенційним резервом для поповнення рядів залежних від алкоголю. Доведено, що алкоголь більшою мірою, ніж інші психоактивні речовини, впливає на зростання кількості насильницьких дій і провокує агресію. Гостре та хронічне вживання алкоголю збільшує кількість нападів на людей, суїцидів та сексуальних домагань. Соціологічними та соціогенетичними дослідженнями доведений зв'язок між агресивною поведінкою, антисоціальними вчинками і ризиком схильності до алкоголізму. При цьому вплив етанолу на агресивну поведінку суттєво залежить від приводу до його прийому, загальної культури людини, статі, дози та способу вживання.

В пізніх стадіях алкоголізму хворі, як правило, втрачають сім'ю, довіру оточуючих, роботу і кваліфікацію. Часто такі люди перетворюються на так званих осіб без певного місця проживання (БОМЖі) і ведуть асоціальний спосіб життя.

ЕТИОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ АЛКОГОЛІЗМУ. Психологічні фактори. Під психологічними причинами пияцтва розуміють сукупність мотивів, що спонукають окремі особистості до вживання спиртного. Труднощі адаптації, конфлікт з оточуючим, самотність, втома і відчуття неповноцінності викликають стан психічного дискомфорту, який тимчасово нівелюється дією алкоголю.

Встановлені фактори неправильного виховання в дитинстві, як причини наступної алкоголізації:

- надмірна опіка, гіперпротекція;
- не доглянутість, байдужість батьків;
- конфлікти батьків;
- неврівноваженість батьків.

Припущення про схильність людей із певною структурою особистості до захворювання на алкоголізм, обумовили необхідність пошуку психологічних маркерів даного стану. На сьогодні, з упевненістю говорити про виділення такого типу структури особистості не можна, але все ж виокремлюють деякі ознаки змін темпераменту, які, згідно проведених досліджень, можна вважати факторами ризику захворювання на алкоголізм.

До таких відносяться:

- дитяча гіперактивність;

- емоційна лабільність;
- відсутність соціальних інтересів;
- труднощі концентрації уваги;
- зниження здатності до ослаблення тривоги при стресах;

Безумовно, враховуючи найпоширеніший вік початку наркотизації, величезне місце в етіології наркоманій займають особистісно-психологічні фактори специфічні для підліткового віку. Серед них найбільш значимими є незавершеність формування мотиваційної та морально-ціннісної сфер особистості, а також особлива чутливість підлітків до несприятливих впливів середовища. Помічено також, що алкоголізм виникає швидше у синтонних (ніж астенічних і стеничних) особистостей, осіб з істерозбудливими рисами характеру, демонстративністю поведінки, слабким контролем за емоційними реакціями та дратівливістю. Соціальні фактори. Доведено, що алкогольна залежність зустрічається серед усіх соціальних верств не залежно від їх суспільного та майнового статусу. Але при цьому причини формування такої залежності різняться. Давно помічено, що соціально-економічні фактори суттєво впливають на поширення алкоголізму серед незабезпечених прошарків населення. Тяжкі побутові умови, недостатнє харчування, відсутність культурних розваг, відчуття безвиході – причини широкого поширення побутової пиятики, як засобу забуття, відходу від реальності. При підвищенні добробуту на перший план виходять інші проблеми: напружений ритм життя, стреси, відірваність від природи та ін. Великий вплив на формування особистості і ставлення до алкоголю має, як правило, найближче оточення. Як правило, половина дітей у віці до 10 років і більше 90% до 15 років вже скуштували алкоголь під впливом найближчих родичів, знайомих та друзів. До соціальних факторів ризику формування алкогольної залежності в нашій країні на сучасному етапі можна віднести збільшення державного і приватного виробництва спиртного, залежність бюджету країни від його реалізації, масовану агресивну рекламу алкоголю у всіх засобах масової інформації, а також існування нав'язаної зовні і культурно чужорідної традиції алкоголізації.

Обмеження на пияцтво можуть бути формальними (законодавчими) та неформальними (моральними). Саме рішення про втечу від життєвих проблем за допомогою спиртного приймається або відкидається багато в чому залежно від ставлення людини до суспільних установок та суспільної моралі. Чим нижчою є здатність людини до цілеспрямованої поведінки та оволодіння складною ситуацією, тим швидше вона схиляється до алкоголізації і тим менше шансів на одужання.

Можна виділити наступні соціально-психологічні механізми алкоголізації:

- 1) пияцтво “за наслідуванням” обумовлене:
 - хибним уявленням про благотворну дію алкоголю на організм;
 - силою традицій;

- уявленням, що алкоголь є показником зрілості, самостійності та мужності;
- 2) опозиційне пияцтво – при єдиній антиалкогольній установці суспільства у особистостей, що:
- відторгають соціальний контроль;
 - живуть поза соціальними нормами;
- 3) гедоністичне пияцтво – обумовлене прагненням до задоволення позбавленого контролю моральних норм і розуміння можливих наслідків:
- у психічно незрілих індивідуумів (пияцтво молодих);
 - у неповноцінних особистостей, яким інші задоволення малодоступні.

Часто ці механізми комбіновано взаємодіють у різних співвідношеннях.

Біохімічні фактори. На ролі біохімічних маркерів ми детальніше зупинимось розглядаючи патогенетичні теорії, але особливу роль серед індивідуальних біохімічних параметрів відіграє співвідношення ферментів метаболізму алкоголю альдегіддегідрогенази (АДГ) та алкогольдегідрогенази (АлДГ). Їх співвідношення визначає чутливість до дії етанолу, його переносимість (толерантність) і, відповідно, швидкість розвитку залежності. При високому співвідношенні активності АДГ/АлДГ відбувається стрімке накопичення ацетальдегіду в організмі, що проявляється вираженими симптомами інтоксикації (нудотою, блювотою, відчуттям жару в тілі). Такий перебіг сп'яніння сприяє формуванню відрази до алкоголю за умовнорефлекторним механізмом.

Таке співвідношення властиве монголоїдним популяціям, де поширеність алкоголізму традиційно низька. Але якщо при цьому алкоголізм все ж розвивається, то перебіг його досить важкий і прогресивний. При низькому співвідношенні АДГ/АлДГ толерантність до етанолу висока. У такому випадку клінічні прояви алкоголізму розвиваються повільно, хоча у пацієнтів, як правило, виникають численні соціальні проблеми.

При цьому варто зазначити, що найголовнішим біологічним фактором схильності до наркотизації є природа тієї речовини, якою зловживають.

Спадкові фактори. Деякі дослідники звертають увагу на особистісну неповноцінність алкоголіків, спадкову схильність деяких людей до алкоголізму. Але ця схильність ніколи не є фатальною, вона може не проявитись за умови гармонійного виховання та достатнього соціального контролю. Захворювання розвивається не за суто генетичними законами, а лише має певну генетичну основу. Існують наступні дані, які говорять на користь спадкової теорії алкоголізму:

- чим більш виразна хвороба у людини, тим вищий ризик захворювання її родичів;
- із збільшенням кількості хворих у сім'ї ризик захворювання у родичів зростає;

- у випадку різної захворюваності представників різних статей, ризик захворювання буде вищим, якщо людина належить до менш ураженої статі.

Доведено також, що у хворих із сімейною обтяженістю захворювання настає у більш ранньому віці, хвороба розвивається більш гостро і протікає важче. Звичайно, у випадках так званого "сімейного алкоголізму" окрім суто генетичних аспектів варто також враховувати і роль мікросоціального середовища та виховання. Але соціально-генетичні дослідження показали, що при схожих соціальних умовах виховання дітей, які не знали своїх батьків, біологічні нащадки осіб, що страждали на алкоголізм, у 4 рази частіше ставали алкоголіками, ніж нащадки тих, хто алкоголізмом не страждав. Окрім того, деякі спостереження за прийомними дітьми свідчать, що наслідування батьків далеко не завжди є значимою причиною сімейного алкоголізму.

Таким чином можна констатувати, що до алкоголізму призводять багато факторів, серед яких найвагомим є низький духовний та культурний рівень, нездоровий спосіб життя та слабкість волевих якостей особистості на фоні спадкових алкогольних впливів і традицій найближчого оточення.

ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛІЗМУ. Центральним питанням дослідження патогенезу алкоголізму є з'ясування його нейробіологічних механізмів. В останні роки з'явилось чимало даних про зміни в ЦНС, зокрема дофамін- та серотонінергічних структур, під дією етанолу, що дають підстави для часткового перегляду традиційних підходів до розуміння патогенезу алкоголізму. Легко всмоктуючись із шлунково- кишкового тракту, етанол швидко потрапляє з кров'яного русла в мозок, де відбувається його взаємодія з нейронами. Міжклітинні мембрани не становлять значної перепони для етанолу, а ось його дія на клітинні мембрани досі остаточно не з'ясована.

Згідно так званої "мембранної теорії", алкоголь діє на мембрану нервових клітин дестабілізуюче, підвищуючи "рідинність" мембрани за рахунок зміни фізичних властивостей її ліпідних компонентів. Але така теорія дозволяє пояснити лише дію високих доз алкоголю, які чинять седативний та знеболюючий вплив на організм, але нез'ясованими залишаються ефекти малих доз, зокрема ейфорія та редукція фобічних переживань. Є дані, що ці ефекти обумовлені реакцією етанолу зі специфічними рецептивними полями клітинних мембран. Ці пов'язані з мембраною білки реагують виключно на малі концентрації етанолу.

Гостра інтоксикація етанолом є наслідком дії на організм не стільки самого алкоголю, а передовсім його основного метаболіту – ацетальдегіду. Він збільшує вивільнення з адренергічних закінчень катехоламінів, які підвищують тонус артерій м'язового типу і артеріол, викликають тахікардію, підвищують потребу міокарда та інших тканин у кисні. Взаємодіє він також з ГАМК-ергічною системою, впливає на функціонування кальцієвих каналів. Конденсуючись з дофаміном, ацетальдегід здатний утворювати речовину – сальсолінол, яка провокує явища абстиненції, а конденсація з серотоніном веде до утворення інгібітора MAO гармаліну, що є потужним галюціногеном. Ці речовини можуть накопичуватись у нейронах центральної нервової системи діючи по типу "лжемедіаторів", замінюючи катехоламіни. Вони сприяють вивільненню ендорфінів і

самі можуть активувати опіатні рецептори.

До інших токсичних ефектів етанолу (ацетальдегіду) належать:

- гальмування елімінації продуктів метаболізму етанолу через порушення функцій печінки;
- порушення обміну речовин через пригнічення окислювально-відновних процесів;
- накопичення в плазмі крові жирних кислот, гліцерину, піровиноградної кислоти і, як наслідок, розвиток метаболічного ацидозу, набряку легень;
- гіпокальціємія та гіпоглікемія, що можуть стати причиною судом;
- капіляротоксичний ефект;
- підвищення агрегації тромбоцитів.

Хронічне вживання алкоголю, як правило, характеризують двома основними процесами:

1. Розвитком толерантності до алкоголю.
2. Алкогольною залежністю.

Тобто, по суті ЦНС та інші органи ніби “навчаються” реагувати на присутність алкоголю в організмі таким чином, що кожного разу вимагається ще більша доза алкоголю, аби отримати очікуваний (звичний) ефект.

Толерантність до ефектів етанолу формують різні нейрональні механізми:

- вазопресин;
- іони кальцію через активацію аденілатциклазної системи;
- нейромедіатори ГАМК, глутамат, серотонін і норадреналін;
- зміни властивостей ліпідного бішару та регуляторних білків плазматичної мембрани;
- рецептори (NMDA).

Треба пам'ятати, що хоча механізм толерантності і здатен підтримувати високу концентрацію етанолу в крові без виражених ознак інтоксикації, але все ж організм розплачується значними ушкодженнями тканин та органів, передовсім мозку, печінки, підшлункової залози, серця, імунної системи. У розвитку алкогольної залежності велике значення мають підкріплючі властивості етанолу, які досліджуються в рамках біхевіоральних (поведінкових) терій. Знання цих механізмів досить важливе для розуміння дії етанолу на мозок і прагнення (часто нестримного) до повторного

вживання алкоголю. Про позитивне підкріплення говорять у випадку, якщо поведінка індивіда спрямована передовсім на отримання задоволення (нагороди). При негативному підкріпленні - домінуючим мотивом усіх зусиль є уникнення неприємних відчуттів, дискомфорту. Ейфоризуючий ефект безумовно відноситься до позитивного підкріплення, а стани зменшення тривожності (анксіолітичний ефект) – до негативних. Емоційне переживання у стані алкогольної ейфорії обумовлене активацією дienceфально-лімбічних структур мозку, де локалізовані зони позитивного підкріплення (нагороди). Однак ейфорія, очевидно, є не тільки наслідком активації зон позитивного підкріплення, але і гальмування зон негативного підкріплення. Саме тому до алкоголізації схильні особи, у яких алкоголь викликає або виражену ейфорію, або редукцію емоційної напруженості та тривоги. У цьому випадку пригнічується активність середньомозкової ретикулярної формації, яка проявляється страхом, тривожністю, відчуттям ворожості оточуючого.

Менш вивченими є нейрональні системи, що беруть участь у формуванні алкогольної залежності. Припускається роль обміну специфічних білків та механізму опосередкованого ГАМК току іонів хлору. При хронічному вживанні алкоголю зменшується обумовлене ГАМК гальмування нервових клітин, що може викликати судомні розряди в гіпокампі. Інші дослідники вважають причиною формування судомної активності підвищення чутливості та збільшення кількості NMDA-рецепторів під дією етанолу. Внаслідок цього підвищується чутливість до глутамату і зменшується ГАМК-ергічна активність, а отже підвищується нервова збудливість, що і характеризує стан абстиненції. Оскільки NMDA-рецептори пов'язані з кальцієвими каналами, то рівень внутрішньоклітинного кальцію може бути критичним елементом клітинного збудження і появи судом після відміни етанолу. Доведено, що хронічна алкогольна інтоксикація активує потенціал-чутливі кальцієві канали мозку. Причому гострий вплив етанолу зменшує поглинання кальцію, а хронічний навпаки – його збільшує внаслідок процесів адаптації клітин.

Згідно так званої психогенетичної концепції алкоголізму К. Блюма і М. Трахтенберга можна схематично виділити 3 типи алкогольної поведінки, проілюстровані у вигляді наступних формул:

1) з переважанням факторів генетичної схильності:

Прагнення до алкоголю (ПА) = генетично обумовлений дефіцит медіаторів, передовсім опійних пептидів + фактори оточуючого середовища (ФОС);

2) спровоковане стресовими ситуаціями:

ПА = генетично успадкований нормальний рівень нейромедіаторів + дефіцит нейромедіаторів та опійних пептидів обумовлений ФОС;

3) пов'язане з токсичними ефектами алкоголю:

ПА = генетично успадкований нормальний рівень нейромедіаторів + викликаний алкоголем дефіцит нейромедіаторів та опійних пептидів.

При нормальному фізіологічному стані, що характеризується станом “опіюдної достатності” існує

баланс між синтезом вивільненням, зв'язуванням з рецепторами і зворотнім захватом нейромедіатора, результатом чого є відчуття внутрішнього комфорту.

При стані опіоїдного дефіциту обумовленого вищеперерахованими факторами частина постсинаптичних рецепторів залишається некупованими. Це призводить до виникнення потягу до алкоголю, дратівливості, депресії, страху та дисфорії. Гостра дія алкоголю призводить до його посиленого метаболізму і утворення тетрагідроізохінолінів, так званих лжемедіаторів, які володіють властивостями агоністів і антагоністів постсинаптичних рецепторів і викликають оманливе почуття комфорту. У той же час природний синтез енкефалінів, шляхом зворотного зв'язку зменшується через активацію пресинаптичних рецепторів нервових закінчень. При припиненні вживання етанолу синтез енкефалінів відновлюється досить повільно, але може бути прискорений відповідною фармакотерапією.

Катехоламінова гіпотеза. Систематичне вживання алкоголю активізує як виділення, так і руйнування медіатора дофаміна, що є хімічним попередником в ланцюгові синтезу адреналіна та норадреналіна, а також самих гормонів симпатико адреналової системи – адреналіна та норадреналіна.

Клінічні прояви сп'яніння певним чином залежать від вмісту катехоламінів в організмі: саме надмірним вмістом вивільненого норадреналіну в гіпоталамусі та середньому мозку пояснюють фазу психічного та рухового збудження при сп'янінні, а психомоторну загальмованість після падіння його концентрації.

Систематичне пияцтво призводить до виснаження резервів дофаміну та норадреналіну, що викликає симптоми абстиненції, а оскільки вживання алкоголю дозволяє “нормалізувати” стан і приносить відчуття ейфорії, виникає первинний патологічний потяг до алкоголю. Підвищення толерантності до алкоголю також певною мірою пов'язане з компенсаторним посиленням синтезу катехоламінів, для руйнування яких потрібні все більші дози етанолу.

Помічено також, що у осіб зі стеничними рисами характеру в преморбіді, у яких активність дофамін- β -гидроксилази є високою, алкоголізм формується повільно, протягом 8-10 років. У осіб же з істерозбудливими рисами в преморбіді, при невисокій активності цього ферменту, алкоголізм, як правило формується швидко, за 1-2 роки.

Згідно цієї теорії виділення “психічної залежності від алкоголю” і протиставлення її “фізичній залежності” є необгрунтованим, оскільки в їх основі лежать ідентичні нейрохімічні процеси.

Серотонінова гіпотеза. Вплив етанолу на обмін серотоніну в організмі носить двофазний характер. Спочатку серотонінергічна активність підвищується, що супроводжується ейфоризуючим ефектом, а пізніше помітно пригнічується.

Таким чином можна пояснити формування зростаючої потреби в алкоголі та емоційних розладів абстинентного періоду. Помічено також, що у осіб, які зловживають етанолом, рівень серотоніну в крові нижчий за звичайний. Можливо, що певну групу хворих на алкоголізм складають люди з

генетичним дефектом серотонінергічної системи мозку.

Це підтверджується також тим фактом, що у тих, хто страждає на т.з. сімейні форми алкоголізму, рівень триптофану (амінокислоти – попередника серотоніну) помітно нижчий порівняно з пацієнтами, які захворіли на неспадковий, пізній алкоголізм. Вони починають зловживати алкоголем у досить ранньому віці і схильні до антисоціальних вчинків та насильницьких дій стосовно як себе, так і оточуючих.

Методи діагностики та первинне обстеження хворих на алкоголізм. Обов'язковий обсяг обстеження для обґрунтованої постановки діагнозу при алкоголізмі включає збір анамнезу, лікарський наркологічний огляд, психологічне тестування, лабораторне дослідження активності гама- глутамілтрансферази сироватки крові та комплекс клініко-лабораторних методів, необхідність застосування яких визначається у кожному випадку індивідуально.

I. ПЕРВИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

Первинне обстеження хворого на алкоголізм, встановлення діагнозу, подолання алкогольної анозогнозії має велике психотерапевтичне значення. Часто від першої зустрічі з пацієнтом залежить подальший успіх лікування.

Для первинного обстеження про кожного пацієнта потрібно мати об'єктивну інформацію. Вона є абсолютно обов'язковою для осіб, яких супроводжують родичі та тих, хто направлені міліцією. Ця інформація покликана не дозволити хворим спотворювати дані про характер вживання спиртних напоїв. В умовах стаціонару теж можна зібрати об'єктивний анамнез у родичів та інших осіб по ходу терапевтичного процесу. Збір необхідної інформації з уст пацієнта може бути ускладнений через проблеми щодо встановлення правильного контакту, якщо він не відчуватиме довіри до співрозмовника. У такому випадку хворий може замкнутись в собі і всякий контакт з ним припиниться. Абсолютно недопустимим у розмові з ним є моралізуючий, засуджуючий, а тим більше погрожуючий тон, яке б відразливе враження на лікаря він не справляв. Не слід також "підлаштовуватись" під манеру поведінки хворого, дозволяти "панібратство", реагувати на його алкогольний гумор. Переважно бесіда повинна проходити в патерналістському стилі з боку лікаря, не залишаючи у хворого найменших сумнівів щодо його компетентності і доброзичливості.

В амбулаторних умовах бесіду з хворим доцільно проводити в присутності родичів, які коригують інформацію, надану ним. Закінчивши опитування і починаючи огляд, лікар просить родичів залишити його наодинці з пацієнтом, що дає останньому можливість повідомити додаткову інформацію конфіденційно. Коли терапевт робить призначення, родичів потрібно знову запросити до приміщення, аби вони ознайомились з необхідними рекомендаціями. Для створення психотерапевтичного контакту з хворим і з'ясування його особистісних рис розмову краще розпочинати з питань про спадкову обтяженість, дитячий період життя, службу в армії, сімейно-побутові умови, професійну діяльність, захворювання, травми та інші відомості, які складають загальний анамнез життя. При цьому потрібно відобразити, які захворювання чи травми були безпосередньо пов'язані з алкоголізмом хворого. Анамнез захворювання (алкогольний анамнез)

варто починати із з'ясування алкогольних традицій в сім'ї та найближчому оточенні, віку та обставин дебютного вживання спиртних напоїв, їх переносимості. Цілеспрямовано з'ясовуються також етапи становлення алкогольної залежності починаючи з донологічних форм пияцтва. На кожному етапі виявляють частоту та кількість споживання спиртних напоїв, обставини, які сприяли чи, навпаки, перешкождали подальшому пияцтву. Частина хворих, у яких не відбулось грубого порушення критики, даючи об'єктивну інформацію про наростання толерантності, провали в пам'яті та інше, замовчують про епізоди збудження, скандали в сім'ї, порушення суспільного порядку тощо. Цю інформацію потрібно коригувати об'єктивними даними. Хворі, як правило, неохоче розкривають такі важливі симптоми алкоголізму, як хворобливий потяг до алкоголю і втрата кількісного контролю. В таких випадках ефективними бувають непрямі запитання, на зразок того, яка кількість спиртного викликає бажання пити ще, оскільки є недостатньою, або, чи з'являється дратівливість та тривога в періоди утримання від пияцтва і чи зникає цей стан після вживання алкоголю. Для діагностики стадії алкоголізму дуже важливою є наявність (чи відсутність) абстинентного синдрому з потребою в опохміленні. До з'ясування цього питання краще підходити поступово, детально розпитуючи у хворого про його самопочуття наступного дня після випивки і шляхи подолання неприємних відчуттів. При цьому варто пам'ятати, що в I та на початку II стадії алкоголізму потреба в опохміленні виникає лише після вживання великих кількостей алкоголю. Для збору інформації про наявність у хворого в анамнезі психотичних розладів потрібно детально розпитати його стосовно можливих розладів сну, обманів сприйняття, виразних психотичних станів, епілептиформних станів та інших психічних розладів, що могли б бути пов'язані з пияцтвом. Іноді доцільно проводити виявлення характерологічних особливостей (грубості, байдужості до сім'ї, безцеремонності, експлозивності та ін.) в присутності родичів чи інших осіб, які добре знають хворого. При цьому в жодному випадку лікар не повинен ставати на позицію "мораліста", який засуджує пацієнта, потрібно виявляти співчуття до долі як хворого, так і його сім'ї. Іноді дуже важливим є з'ясування того, чи не відбулось у пацієнта послаблення статевої функції. Це питання доцільно задавати в присутності дружини хворого (але не в присутності сторонніх), щоб можна було коригувати його відповідь. У ряді випадків викликане пияцтвом послаблення статевої функції може примусити хворого погодитись на протиалкогольне лікування і подальше повне утримання від пияцтва. Важливий розділ анамнезу складають дані про те, коли вперше хворий звернувся за допомогою з приводу алкоголізму (якщо не первинне звернення), про проведене раніше лікування, його ефективність, тривалість утримання від пияцтва і причини поновлення алкоголізації. Заключне питання, яке висвітлюється в анамнезі: коли і яку кількість спиртних напоїв хворий спожив останнього разу і які скарги на здоров'я він висловлює на поточний момент. Під час об'єктивного обстеження хворий повинен роздягнутись до поясу. Лікар звертає увагу на стан шкірних покривів (сліди травм, татувань та ін.) та слизових оболонок (гіперемія). Підраховується пульс, вимірюється артеріальний тиск, проводиться аускультация серця та легень. При обстеженні органів черевної порожнини особливу увагу звертають на стан печінки (болісність, консистенція, розміри). Детально з'ясовується стан нервової системи, виявляються статокінетичні та вегетативні порушення – тремор, адіадохокінез, атаксія, нестійкість в позі Ромберга, акроціаноз, гіпергідроз, стан дермографізму, реакцію зіниць, ністагм та інше. По закінченні первинного обстеження лікар запрошує в кабінет супроводжуючих пацієнта осіб і в їх

присутності проводить психотерапевтичну бесіду. В ній він робить акцент на виявлених ознаках алкоголізму, а також на порушеннях внутрішніх органів та нервової системи внаслідок зловживання спиртними напоями. При цьому важливо переконати самого хворого в тому, що наявні в нього розлади свідчать про алкоголізм і потребують активного лікування. Це важливо, адже навіть серед хворих, які добровільно звертаються за допомогою, велика частина має суто формальну установку щодо необхідності лікування і насправді має переконання щодо своєї здатності самостійно відмовитись від пияцтва або пити "помірно". У цій бесіді всі твердження лікаря повинні бути логічно обгрунтовані, а аргументи – вагомими і невідворотними. Ця розмова повинна приголомшити хворого, зачепити найпотаємніші куточки його душі. Він повинен проникнутись довірою до лікаря, усвідомити, що той може допомогти позбавитись від алкоголізму і реабілітуватись в суспільстві, але тільки за умови ретельного виконання всіх його призначень і рекомендацій. Після цієї розмови лікар призначає пацієнту додаткові обстеження та консультації і в той же день починає лікування в амбулаторних умовах або, за наявності показань, направляє його до стаціонару.

Практичне заняття №5.

Тема 5. Наркоманія.

Мета роботи: оволодіти знаннями з поняття психоактивні речовини. Аналізувати вплив психоактивних речовин на людину. Ознайомитись з поняттям наркоманія. Визначити діагностичні критерії наркологічних захворювань. Профілактика наркоманії.

Питання для теоретичної підготовки:

1. Міжнародна класифікація наркотичних речовин. Визначення поняття «наркоманія».
2. Клініка наркоманій та їх різновиди.
3. Класичне поняття великого наркоманічного синдрому.
4. Клініка та перебіг опійної наркоманії.
5. Клініка та перебіг гашишної наркоманії.
6. Клініка та перебіг кокаїнової наркоманії.
7. Клініка та перебіг наркоманій викликаних вживанням психостимуляторів.
8. Клініка та перебіг наркоманій викликаних галюциногенами.

Завдання:

1. Надати характеристику перебігу наркоманій у жінок та в підлітковому віці.
2. Надати характеристику психічних та поведінкових розладів внаслідок зловживання транквілізаторами, снодійними, холінолітиками.
3. Зловживання летючими розчинниками.
4. Методи профілактики наркоманії.

Література:

Рекомендована література для підготовки до заняття:

Основна

1. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К.: Здоров'я. 1989. - С. 180-198.
2. Сорокина Т.Т., Гайдук Д.М. Практическое пособие по психиатрии. - Минск: Вышэйша школа. 1991. - С. 88-92.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия. - М.: Медицина. 1995. - С. 192-224.
4. Менделевич И.К. Психиатрическая пропедевтика – М: Медицина -1997 – 290 с.
5. Психиатрия и психотерапия : справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. ; под. общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.

6. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 708 с.
7. Бенджамин С., Голдберг Д., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике – Киев.: Сфера – 1999 –
8. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 1– 164 с.
9. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 2– 175 с.
10. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
11. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.

Методика виконання самостійної роботи.

В ході практичного заняття студенти оволодіють знаннями про етіопатогенез наркоманії. Ознайомляться з поняттям про психоактивні речовини, фізичну та психічну залежність. Ознайомляться з класифікацією та дією психоактивних речовин на організм людини ознайомляться з ознаками Великого наркоманічного синдрому.

Оволодіють знаннями про морфологічні елементи шкіри при мікозах з метою вивчення її патологічних змін. Ознайомляться з методами лабораторної діагностики грибкових захворювань шкіри. Під час перерви викладач знайомить студентів з кафедрою, її історією, напрямками наукової діяльності.

Далі викладач інформує студентів про порядок оформлення протоколів, а також порядок відробки пропущених занять.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ ПО ТЕМІ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Здавна в різних європейських мовах використовують слова “наркоман”, “наркотик”, “наркоманія”. Зокрема, “наркоманією” називали стан сну, емоційного стресу, паралічу.

На сьогодні **НАРКОМАНІЄЮ** (грецьк. narke - заціпеніння, сон + mania - безумство) називають групу хвороб, що виникають внаслідок систематичного, у наростаючій кількості вживання речовин, які включені до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків. Проявами наркоманії є психічна та фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстиненції внаслідок припинення їх прийому.

Оскільки клінічна картина окремих форм наркоманій залежить від особливостей наркотичної речовини, яка є предметом зловживання, то даний термін часто використовують у множині – **“НАРКОМАНІЇ”**. До того ж, у кожному конкретному випадку для характеристики окремої форми наркоманії використовується прикметник, наприклад, морфінна наркоманія (морфінізм), кокаїнова, гашишна та інше.

Через деяке негативне значення, яке закріпилось за цим словом, у 1964 році ВООЗ запропонувала альтернативний термін **ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**, який на сьогодні рівноправно використовується в медичній літературі.

Випадки епізодичного чи помірного вживання ряду речовин наркотичної чи стимулюючої дії без розвитку залежності від них носять назву **НАРКОТИЗМУ**, або **ПЕРІОДИЧНОЇ НАРКОТИЗАЦІЇ**.

Поняття **ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ** часто використовується в двох повністю відмінних за суттю значеннях. По-перше, як діагностичний термін, що визначає періодичне послаблення контролю за вживанням наркотичних речовин, і є однією зі стадій в ряді порушень, пов'язаних з їх прийомом. По-друге, як термін, що має більш просте, загальноприйняте значення: вживання, яке являє собою порушення суспільних норм і шкодить здоров'ю людини. Звикання і розвиток залежності є складовими другого визначення.

НАРКОТИК – речовина, що при одноразовому вживанні здатна викликати приємний психічний стан, а при систематичному – психічну та фізичну залежність.

Офіційним визнанням речовини наркотичною в Україні є включення її до переліку наркотиків наказом міністра охорони здоров'я. Перелік цей складається на основі міжнародних конвенцій про наркотики та психотропні речовини.

Термін “наркотична речовина” включає три критерії:

- 1) медичний;
- 2) соціальний;
- 3) юридичний.

Вони пов'язані між собою і в правовому аспекті зобов'язують визнавати речовину наркотичною лише за умови, якщо вона відповідає всім трьом критеріям.

Медичний критерій полягає у тому, що речовина повинна справляти специфічну дію на ЦНС (стимулюючу, седативну, галюціногенну та ін.), яка і є безпосередньою причиною її немедикаментозного застосування.

Під *соціальним критерієм* мається на увазі, що немедикаментозне вживання даного засобу набуває таких масштабів, які становлять серйозну суспільну небезпеку.

Юридичний критерій базується на обох вищезгаданих і вимагає, аби відповідна речовина була законодавчо внесена до списку наркотиків.

Не зважаючи на велику кількість наркотиків, які використовують у всьому світі, проблему їх класифікації можна спростити, якщо врахувати, що існує відносно невелика кількість типів і сімейств, і що однорідні наркотики у рамках одного типу мають значний ступінь спорідненості.

Класифікація наркотичних речовин ВООЗ (1990 р.):

1. Опіати (опіоїди).
2. Депресанти:
 - седативні;
 - снодійні;
 - транквілізатори.
3. Стимулятори:
 - кокаїн;
 - амфетамін;
 - кофеїн;
 - кат - рослина, що містить ефедриноподібну речовину, поширена в Азії.
4. Галюціногени.
5. Інші речовини:
 - канабіс;
 - інгалянти;
 - фенциклідин;
 - кава і бетель – рослини поширені в Океанії.

ПСИХОАКТИВНА ТОКСИЧНА РЕЧОВИНА може мати ті ж властивості, що й наркотик, але соціальна небезпека її вживання дещо менша, і, відповідно, офіційно наркотиком вона не визнана. Деякі речовини за різних часів то вважали наркотиками, то не вважали такими, наприклад, барбаміл, ефедрин.

КЛАСИФІКАЦІЯ В НАРКОЛОГІЇ. На сьогодні в нашій країні офіційно (починаючи з 1999 року) впроваджено в дію міжнародну класифікацію хвороб десятого перегляду (МКХ-10), яка крім стандартизації даних всесвітньої медичної статистики має свої переваги та особливості в процесі клінічного застосування.

Згідно МКХ-10 всі види залежності від психоактивних речовин кодуються в рамках діагностичного модуля F10-F19, що об'єднує "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин".

Даний розділ включає досить різноманітні психічні розлади, тяжкість яких помітно варіює (від неускладненого сп'яніння та вживання із шкідливими наслідками до виражених психотичних розладів і деменції), але при цьому всі вони можуть бути пояснені вживанням однієї чи декількох психоактивних речовин (ПАР).

Перший знак (F) є загальним кодом психічних розладів у МКХ-10, а конкретна ПАР вказується другим чи третім знаками (першими двома цифрами після F). Клінічний стан кодується четвертим та п'ятим знаками.

Для раціонального використання місця ми наводимо спочатку весь перелік психоактивних речовин, а за ними вказуємо четверті знаки, які за необхідності використовуються для кожної конкретної ПАР.

Варто пам'ятати, що четверті знаки можуть бути застосовані не для всіх ПАР в силу їх клінічних та фармакологічних особливостей.

Таблиця. 2.1. Класифікація психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин. Діагностичний модуль F10 - F19.

Шифр за МКХ-10	Характеристика розладів
F 10	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (ППР-А)
F 11	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів (ППР-О)
F 12	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання канабіоїдів
F 13	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання седативних та снотворних засобів
F 14	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання кокаїну
F 15	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання інших стимуляторів, включно з кофеїном
F 16	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання галюціногенів
F 17	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну
F 18	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання легких розчинників
F 19	Психічні та поведінкові розлади внаслідок поєданого вживання наркотиків та інших психоактивних речовин – використовується у випадках, коли вживалось дві чи більше ПАР, і не можливо оцінити, яка з них більше вплинула на клінічну картину.

Для характеристики дії кожної з ПАР, виділяють наступні розлади.

F1x.0. Гостра інтоксикація - стан, що настає слідом за вживанням алкоголю чи іншої ПАР і призводить до чисельних психічних та соматичних порушень. При вживанні алкоголю даний діагноз виставляється за наявності загальних ознак гострої інтоксикації та хоча б по одному з нижченаведених психічних та сомато-неврологічних діагностичних критеріїв:

А.

- розгальмованість;
 - надмірна схильність до суперечок;
 - агресивність;
 - лабільність афектів;
 - порушення уваги;
 - зниження критичності;

Б.

- хитка хода;
- втрата рівноваги стоячи;
- змазана мова;
- ністагм;
- розлади свідомості (оглушення, ступор, кома);
- гіперемія обличчя;
- ін'єкованість склер.

F1x.00 - без ускладнень (звичайне сп'яніння);

введення наркотичної речовини, виникають явища десинхронозу - постійно підвищений життєвий тонус, короткий неспокійний сон, невиразність добових коливань активності.

I ст. Хвороби. Регулярний прийом психоактивної речовини. Зріст толерантності, слабшання захисних реакцій, зниження імовірності токсичних реакцій, зміна форми вживання (синдром зміненої реактивності). Спостерігається обесивний (нав'язливий) потяг до інтоксикації, здатність досягнення психічного комфорту тільки у стані сп'яніння.

II ст. Хвороби. Представлена трьома наркоманічними синдромами: 1) синдромом зміненої реактивності; 2) синдромом психічної залежності; 3) синдромом фізичної залежності (див. пояснення в тексті)

III ст. хвороби. Представлена більш розвиненими ніж у II стадії вищеперахованими синдромами залежності. Психоактивна речовина виконує тонізуючу роль, тільки за допомогою неї досягається підвищення активності організму.

Спонтанних ремісій при зловживанні психоактивними речовинами, як правило, не спостерігається, перерви в наркотизації зазвичай мають вимушений характер (відсутність наркотику, арешт, госпіталізація). При активному лікуванні ремісії тривалістю більше року вдається досягти у 10-15% хворих і її стійкість залежить від форми наркоманії, стадії розвитку, строків зловживання і доз наркотичної речовини.

Вирізняють два типи перебігу ремісії:

- 1) дисфоричний з ознаками депресивного синдрому;
- 2) органічний.

При першому типі в клінічній картині ремісії спостерігається млявість, слабкість, реакції роздратування, образи, плаксивості, вередування, депресивні розлади за астенічним або апатичним типом, неспроможність до активної діяльності, небажання навчатись або працювати, або, навпаки, надлишкова активність, ініціативність, рухова розгальмованість. Підйоми настрою, які викликають підозру оточуючих, веселість, яка чергується з нападами придириливої злоби складають дисфоричний синдром.

Другий тип перебігу ремісії характеризується виразнішими ознаками органічного, а не функціонального ураження центральної та вегетативної нервової системи. Органічний тип ремісії частіше виникає при зловживанні барбітуратами і опіатами.

Швидкість формування і ступінь прогресивності (високий або низький) наркоманії залежить від ряду факторів. Висока прогресивність спостерігається при ранньому початку зловживання, інтенсивному зловживанні. Вона може уповільнюватись при перервах у наркотизації.

ВЕЛИКИЙ НАРКОМАНІЧНИЙ СИНДРОМ. Великий наркоманічний синдром включає основні синдромальні прояви патологічних процесів, які розвиваються в організмі при зловживанні психоактивними речовинами. Він має наступну структуру:

I. Психічна залежність: II. Фізична залежність.

- а) абстинентні явища;
- б) компульсивний потяг до наркотику;
- в) пов'язування відчуття комфорту виключно зі станом сп'яніння.

III. Зміна первинної реактивності до психоактивних речовин. а) зміна форми вживання ПАР;

- б) зміна форми сп'яніння; в) зміна толерантності;
г) мітридатизм.

IV. Психотоксична дія.

V. Соматотоксична дія.

Психічна залежність – стан (умова), за якого ПАР викликає потужне бажання періодично чи постійно вживати її з метою викликати задоволення або уникнути дискомфорту.

Її ознаками є: незадоволення відсутністю наркотика, пожвавлення при згадці про нього, причину, яка стоїть на заваді його вживання, або свій наркотичний досвід (як правило, це єдина у хворого тема для розмови), ставлення до наркотизації некритичне, все пов'язане з нею набуває позитивного забарвлення. Поступово формується стійке переконання, що існуючий дискомфорт можна здолати тільки за допомогою чергової дози ПАР, і що її вживання і є найвищою в житті насолодою. Якщо звичайна людина здатна радіти з різних приводів у своєму житті, то наркоман - лише від вживання наркотику. Тільки у стані інтоксикації він відчуває прилив сил, підвищення працездатності, позбавляється тривоги та турбот. Стан інтоксикації стає для нього синтонічним (ною нормою).

На початку формування залежності нав'язливий потяг супроводжується спробами протистояти йому (обсесивний характер), але поступово набуває ознак компульсивності. Деякі автори роблять застереження щодо вживання терміну "обсесія" у даному випадку, адже нав'язливий потяг до ПАР не сприймається хворим як такий, що протирічить його особистості, тому постає питання щодо його відповідності визначенню обсесивних станів у клінічній

психопатології. Варто зазначити, що таке визначення відображає характер первинного патологічного потягу з притаманною йому боротьбою мотивів і важким відчуттям незавершеності, якщо прагнення реалізувати не вдається.

Фізична залежність – стан нездатності переносити значні відхилення у фізичному статусі (абстинентні розлади), які виникають за умови припинення надходження в організм речовини, що його викликала. Він має наступні компоненти:

1. Компульсивний потяг - (compulsion - примушування) нездоланне прагнення до наркотизації, яке сягає інтенсивності вітальних потягів (голоду, спраги). Він визначає настрій хворого, його поведінку, нівелює критику. Всі думки та прагнення хворого спрямовуються на пошук наркотику і здолання перешкод на цьому шляху. Компульсивний потяг, на відміну від психічного, супроводжується вегетативними знаками: розширенням зіниць, гіпергідрозом, сухістю у роті та тремором. Задовільнити його може лише вживання наркотику.
2. Абстиненція - (abstinence - позбавлення задоволення) це сукупність соматичних, нейро-вегетативних та психічних порушень, що виникають після припинення наркотизації за умови сформованої залежності від наркотику.

Існують різні патогенетичні концепції абстиненції. Наприклад, концепція "дзеркального відображення" (Е.Левенштейн) розглядає її як протилежність інтоксикації. Замість ейфорії виникає тривога, депресія, замість гіперактивності

- апатія та бездіяльність, релаксацію змінює неспокій та безсоння, а на зміну міозу приходять мідріаз.

І.Н. Пятницькая розглядала абстиненцію, як спробу організму власними ресурсами відновити гомеостаз. При цьому відбувається непропорційна компенсація: при недостатній активації психічної

діяльності - тривожність, при надлишковій - депресія, замість помірної тонізації судинної системи - гіпертензія. Враховуючи це, І.Н. Пятницькая рекомендувала не боротись з абстиненцією, а лише проводити її корекцію, адже її симптоми переважно компенсаторні і покликані відновлювати рівновагу в організмі. До того ж, суб'єктивно важкі переживання наркоманів у цьому стані, як правило, не несуть за собою серйозних соматичних наслідків. Потрібно лише пам'ятати про можливість загострення супутніх захворювань і вживати відповідних заходів.

Варто зазначити, що при тривалому лікуванні протизапальними чи гормональними препаратами, у разі їх відміни виникає погіршення стану хворого - синдром відміни, але за своїм механізмом це не абстиненція, а загострення основного захворювання.

Існує думка, що фізична та психічна залежність характеризують єдиний аддиктивний стан і не можуть бути розділені, адже, імовірно, мають спільні молекулярно-клітинні механізми.

3. Спроможність досягати стану фізичного комфорту тільки за умов інтоксикації. Цю ознаку фізичної залежності виділяють за аналогією із симптомом спроможності досягнення психічного комфорту тільки за умов інтоксикації при психічній залежності. Практично одночасно з розвитком компульсивного потягу поза інтоксикацією хворий переконується, що його самопочуття поліпшується тільки при вживанні психоактивної речовини, а без наркотику він не відчуває себе вдоволеним і здоровим. При вживанні індивідуальної дози наркоман відчуває і психічний, і фізичний комфорт, хоча вона може бути недостатньою для розвитку ейфорії. Таку кількість називають "дозою вдоволення потреб".

Зміна первинної реактивності щодо ПАР - компонентами цього синдрому являються:

1. Зміна форми вживання - систематичне вживання хворим ПАР, від якої у нього сформувалась залежність. Якщо здорова людина протягом декількох днів вживає, наприклад, спиртні напої, то вона швидко вимушена буде припинити це через погане самопочуття. А ось для алкоголіків щоденна алкоголізація є не тільки нормальною, а й бажаною, оскільки перерва у вживанні викликає погіршення соматичного стану.

2. Зміна форми сп'яніння - дія наркотику на організм за умов сформованої наркоманії суттєво відрізняється від звичної. Якщо на здорову людину морфін діє седативно, то хворого опійною наркоманією він стимулює, а барбітурати, основним ефектом яких є здатність викликати сон, на барбітуромана можуть діяти стимулююче.

Першою змінюється інтенсивність ейфорії без зміни її якості і фаз, потім поступово змінюється її якість, аж до розвитку лише тонізуючого ефекту замість ейфоричного. Сюди ж можна віднести і амнестичні форми сп'яніння, які зустрічаються при всіх (крім опійної) формах наркоманій, коли у хворого має місце випадіння з пам'яті подій, що відбувались під час сп'яніння.

3. Зміна толерантності клінічно проявляється зниженням біологічної або поведінкової реакції організму на повторне введення однієї і тієї ж кількості наркотичної речовини, або необхідності збільшення дози наркотику для досягнення бажаного ефекту.

Людині властива певна фізіологічна толерантність, яка в силу різних причин (віку, ваги, соматичного стану) може дещо змінюватись, але вона завжди значно нижча від толерантності у наркоманів.

Незважаючи на те, що механізми розвитку толерантності не повністю вивчені і не є однаковими для різних психоактивних речовин, очевидно, що толерантність відображає гомеостатичну адаптацію, в

результаті якої організм протидіє впливу, який мають наркотичні речовини. Вирізняють фармакокінетичну, фармакодинамічну та поведінкову толерантність.

Фармакокінетична толерантність стосується процесів розподілу і метаболізму психоактивних речовин. Наприклад, у відповідь на систематичне вживання алкоголю в печінці підвищується синтез алкогольдегідрогенази - ферменту, який ініціює метаболізм етанолу. Таким чином, з часом при вживанні певної дози спиртного максимальний рівень етанолу в крові виявиться нижчим через його більш швидкий розпад. Фармакодинамічна толерантність (адаптація) виникає на рівні біологічних або клітинних "цілей" наркотичної речовини. Поведінкова толерантність полягає в тому, що поведінка "наркомана зі стажем" у стані сп'яніння значно різниться від поведінки людини, що почала вживати ПАР недавно. Досвідчені наркомани, за бажанням, як правило, здатні приховувати свій стан, а новачка видно здалеку. На висоті хвороби, зміна первинної толерантності є різною для різних типів наркоманій. Так, для барбітурової наркоманії вона складає 5-10 разів, при алкоголізмі - 8-12 разів, при опійній наркоманії - 100-120 разів. Майже не спостерігається зміна первинної толерантності при вживанні галюциногенів, а також кокаїновій та гашишній наркоманіях. До того ж, при різних формах наркоманій темпи зростання толерантності різні: якщо протягом першого року алкоголізму вона підвищується у 3-4 рази, то при опійній наркоманії таке підвищення відбувається за 2-4 тижні.

4. Мітридатизм - зникнення захисної реакції на передозування. На початку наркотизації захисні вегетативні реакції присутні завжди. При алкоголізмі це блювотний рефлекс, при передозуванні опіатів - свербіж, снодійних та гашишу - нудота, блювота, профузний піт та гіперемія обличчя. А ось у наркоманів навіть при значному отруєнні клінічні прояви можуть бути відсутні. Зменшення, а потім і зникнення захисних реакцій свідчить про перехід організму на новий рівень реагування, на якому попередні високі дози тепер не мають токсичної дії і не вимагають додаткового захисту від них.

Психотоксична дія психоактивної речовини - під цим розуміють зміни психічної діяльності при одноразовому вживанні наркотику та зміни особистості при тривалому вживанні. В цьому сенсі найбільш страждає енергетична система організму. При будь-якій формі наркотизації спостерігається прогресуюче зниження енергетичного потенціалу, згасання потягів та потреб, як в біологічному, так і в соціальному аспекті, загальне виснаження організму.

Психічні розлади при алкоголізмі і наркоманіях досить різноманітні. Психічне спустошення розвивається у відповідності з закономірностями хронічних екзогенних процесів з кінцевим результатом у вигляді деменції: етап особистісних порушень, наступний етап психопатизації та кінцевий етап деменції. Ступінь розвитку органічних уражень залежить від властивостей

ПАР. Важкий психоорганічний синдром і органічне недоумство спостерігаються при зловживанні барбітуратами, леткими розчинниками, деякими сортами гашишу. При опійній наркоманії деменція має більш функціональний характер: зниження потреб, оліготимія, анергія, неспроможність до інтелектуальних зусиль.

Протягом перебігу будь-якої форми наркоманії, токсикоманії та алкоголізму обов'язково виникають афективні розлади. З тривалістю хвороби тривожність і депресії поступово змінюються на дисфорії, наростає їх органічність.

Також слід зазначити, що різним формам залежності від ПАР властиві гострі психози або на висоті сп'яніння (власне інтоксикаційні), або в період абстиненції. Вони мають всі риси характерні для гострих екзогенних психозів: розлади свідомості, динамічність розвитку із зміною одного синдрому на інший; гострий початок і перебіг; амнезія, ступінь якої корелює з глибиною потьмарення свідомості. Разом з тим, гострі психози при залежності від ПАР мають особливості, пов'язані з нейротоксичною дією цих речовин: емоційні розлади при підгострому початку (дисфоричний дебют делірію, параноїдного синдрому, рідше - галюцинозу) і при виході - етап надзвичайно глибокого сну. Соматотоксична дія психоактивної речовини - це поняття включає в себе усі різноманітні розлади соматоневрологічної сфери, які виникають внаслідок зловживання ПАР. Провідними порушеннями при цьому є трофічні зміни організму (втрата тургору шкіри, випадіння волосся, ламкість нігтів, кахексія). Важливу роль відіграє також загальний негативний вплив алкоголю та особливо наркотичних і токсичних речовин на механізми нейрорегуляції та імунного захисту організму, що призводить до цілої низки хронічних уражень різних органів і систем (див. главу "Медичні наслідки алкоголізму, наркоманій та токсикоманій").

Практичне заняття №6

Тема6. Тютюнопаління.

Мета роботи: оволодіти знаннями з етіопатогенезу нікотинової залежності та тютюнопаління. Надати медичні та соціально-психологічні проблеми вживання токсичних речовин. Вказати особливості психічних та поведінкових розладів при нікотиновій залежності.

Питання для теоретичної підготовки:

1. Визначення загальної характеристики нікотинової залежності.
2. Визначення поняття «токсикоманія».
3. Медичні та соціальні проблеми тютюну.
4. Етіопатогенетичні чинники залежності від токсичних речовин.
5. Психічні та поведінкові розлади при зловживанні нікотину.
6. Тютюнопаління як форма токсикоманії.

Завдання:

4. Надати характеристику токсичних речовин.
5. Надати характеристику видів токсикоманій.
6. Надати методи профілактики нікотинової залежності.

Література:

Рекомендована література для підготовки до заняття:

Основна

12. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К.: Здоров'я. 1989. - С. 180-198.
13. Сорокіна Т.Т., Гайдук Д.М. Практическое пособие по психиатрии. - Минск: Вышэйша школа. 1991. - С. 88-92.
14. Коркіна М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия. - М.: Медицина. 1995. - С. 192-224.

15. Менделевич И.К. Психиатрическая пропедевтика – М: Медицина -1997 – 290 с.
16. Психиатрия и психотерапия : справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. ; под. общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
17. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 708 с.
18. Бенджамин С., Голдберг Д., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике – Киев.: Сфера – 1999 –
19. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 1– 164 с.
20. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 2– 175 с.

Додаткова

3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
4. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.

Методика виконання самостійної роботи.

В ході практичного заняття студенти оволодіють знаннями про етіопатогенез токсикоманії та ніотинової залежності. Ознайомляться з патоморфологічними змінами, що виникають при токсикоманії та ніотинової залежності. Оволодіють знаннями про зміни, що відбуваються в організмі хворої людини. Під час перерви викладач знайомить студентів з кафедрою, її історією, напрямками наукової діяльності. Далі викладач інформує студентів про порядок оформлення протоколів, а також порядок відробки пропущених занять.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ ПО ТЕМІ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТОКСИКОМАНІЯ – хвороба, яка характеризується психічною, а іноді й фізичною залежністю від психоактивної токсичної речовини не віднесеної до списку наркотиків.

Такий поділ обумовлений передовсім правовими, а не медичними чинниками. Адаже з клінічних позицій наркоманії та токсикоманії патогенетично досить схожі.

Досить складною є чітка правова класифікація фармакологічних препаратів, які віднесені до стимуляторів. Частина з них віднесена до наркотичних, а частина до психотропних засобів. Ці препарати знаходяться під міжнародним контролем.

Ряд речовин, переважно стимулятори не віднесені до вищевказаних груп, стали предметом зловживання спортсменами з метою підвищення спортивних результатів. Такі препарати стали називати допінгами.

ДОПІНГИ – психоактивні, ендокринні та інші речовини чи методи, що здатні штучно підвищувати працездатність і нівелювати відчуття втоми, у зв'язку з чим уповноваженими на те органами були внесені до переліку заборонених для використання спортсменами.

На сьогоднішній день класифікація допінгів має наступний вигляд:

1. Заборонені класи фармакологічних препаратів:
 - а) стимулятори – аміфеназол, амінептіл, кокаїн, фенкамфамін, пентілететразол, амфетамін, кофеїн, ефедрин, мезокарб, піпрадол, тербуталін і схожі речовини;
 - б) наркотики – декстраморамід, декстрапроксифен, героїн, метадон, морфін, пентазоцин, петідін і схожі речовини;
 - в) анаболіки – андрогенні стероїди (кlostебол, метандіенон, нандролон, станозолон, флюоксиместерон, метенолон, оксандролон, тестостерон) та антагоністи бета-адренорецепторів (кленбутерол, сальбутамол, тербуталін, сальметерол, фенотерол);
 - г) діуретики – ацетазоламід, буметанід, хлорталідон, етакринова кислота, фуросемід, гідрохлортіазен, манітол, спіронолактон, тріамтерен та схожі речовини;
 - д) гормони – хоріонічний гонадотропін, соматотропний гормон, еритропоетин.
2. Заборонені методи:
 - а) кров'яний допінг – введення спортсмену перед стартом крові, еритроцитів або плазми;
 - б) фармакологічні, хімічні чи фізичні маніпуляції спрямовані на повну чи часткову зміну придатності зразка сечі для проведення аналізу, як то катетеризація, затримка утворення сечі та інше;
3. Речовини, що використовуються з обмеженнями: алкоголь, марихуана, місцеві анестетики, кортикостероїди, деякі бета-адреноблокатори.

Спеціальному контролю піддають спортсменів з підозрою на вживання алкоголю чи гашишу (марихуани). Але в даному випадку мова йде більше про етико-медичний підхід, ніж про юридичну класифікацію допінгу.

Через свою величезну соціальну значимість зловживання алкоголем виділяють як окрему нозологічну одиницю.

Психічні, поведінкові та соматоневрологічні розлади при вживанні різних токсичних речовин. Полінаркоманії та політоксикоманії.

Нами буде розглянута збірна група токсикоманій, які обумовлені зловживанням препаратами, що широко використовуються в медичній практиці. Зокрема, зловживання аналгетиками і антигістамінними засобами клінічно подібне до токсикоманій, що викликані заспокійливими препаратами, але зустрічаються ці токсикоманії рідше.

Протипаркінсонічні засоби, особливо циклодол і паркопан, мають певну розповсюдженість і їх зловживання також призводить до розвитку токсикоманій. За своїм впливом на психічну діяльність вони належать до речовин з галюциногенним ефектом.

I. ЗЛОВЖИВАННЯ НЕНАРКОТИЧНИМИ АНАЛГЕТИКАМИ

Аналгетики, як і інші розповсюджені групи препаратів, часто призначаються за медичними показаннями при різноманітних патологічних процесах, що супроводжуються больовим синдромом. Багато препаратів цієї групи, включаючи фенацетін, амідопірин, аналгін здатні викликати ейфоричний ефект. В аптечній мережі вони продаються без рецепту і тому є широко доступними для будь-яких верств населення. Аналгетики випускаються у вигляді розчинів і пігулок, а також часто входять до складу комбінованих препаратів, які призначають для тамування больового синдрому. Як приклад, розглянемо токсиманію, що виникає внаслідок зловживання фенацетином, що є найтоксичнішим препаратом даної фармакологічної групи, при зловживанні яким існує найбільша небезпека розвитку токсикоманії.

Стан фенацетинової інтоксикації характеризується підвищеним настроєм, дурашливістю, руховою активністю, багатомовністю. Клінічний досвід вказує на те, що щодобовий прийом даного препарату в дозі 1г має негативні сомато-психічні наслідки для організму. Психічні наслідки інтоксикації виражаються афективною лабільністю - від немотивованих радощів до злобно-тужливого афекту. Протягом декількох років зловживання формуються зміни особистості у вигляді душевної спустошеності, егоцентризму та схильності до асоціальних дій, які подібні до змін, що виникають і при інших формах токсикоманій.

Стан абстиненції характеризують тяжкі соматичні та психічні розлади: виразна тривожність, диссомнії, гіперестезії, сильний головний біль, шлунково- кишкові розлади. У значній частини хворих (до 20%) у стані абстиненції можуть розвиватись судоми.

У випадках тривалого зловживання фенацетином спостерігаються виразні зміни особистості з інтелектуально-мнестичною деградацією. Хворі стають повільними, неспроможними до зосередження на будь-якій діяльності, дратівливими і підозрілими до оточуючих. Іноді судоми, що виникають у стані абстиненції, набувають постійного характеру. Це дає можливість вважати зловживання аналгетиками однією з причин розвитку епілепсії.

Систематичне зловживання ненаркотичними аналгетиками викликає цілий ряд тяжких соматичних порушень. До найбільш частих і типових ускладнень відносять гіперхромну анемію, інтерстиційний нефрит, піелонефрит, "фенацетинову цирозну нирку", алергічні реакції. З неврологічних розладів слід відмітити тремор рук, атактичну ходу, порушення артикуляції мови. Хворі не переносять шум, стають роздратованими, часто скаржаться на головний біль (іноді це є наслідком уремії), схильні до колапсів, епілептиформних нападів. Причиною смерті часто є хронічна ниркова недостатність і уремія.

Зовнішній вигляд таких хворих досить характерний: сильна кахексія (наслідок анорексії і шлунково-кишкових розладів), зеленкувато-сірий відтінок шкіри, хлоазми на лобі, апатичний або тужливий вираз обличчя.

Перебіг даного виду токсикоманії надзвичайно несприятливий, особливо у випадках систематичного поєданого зловживання препаратами інших фармакологічних груп (снодійними, транквілізаторами, антигістамінними засобами).

II. ЗЛОВЖИВАННЯ АНТИГІСТАМІННИМИ ЗАСОБАМИ

Найпоширенішими препаратами даної фармакологічної групи є дімедрол і діпразін (піпольфен). Вони призначаються для лікування алергічних реакцій і в якості побічної дії мають слабкий седативний і снодійний ефекти, а у деяких випадках навпаки, ейфоризуючий і галюциногенний (у сполученні з алкогольними напоями). Саме з цими ефектами антигістамінних засобів пов'язані випадки зловживання ними та формування токсикоманії.

Зловживання дімедролом у сполученні з алкогольними напоями з метою посилення сп'яніння та отримання галюциногенного ефекту є досить поширеним у нашій країні в підліткових групах.

Враховуючи, що даний препарат має дуже добру розчинність в етанолі, який до того ж полегшує його всмоктуваність, вживання 5-10 пігулок одночасно з алкогольним напоєм з високою імовірністю викликає дімедроловий делірій.

Клінічна картина дімедролового делірію

В дебюті виникають переважно емоційні порушення - ейфорія або навпаки, дисфривність зі страхом, іноді радощі і тривога чергуються. Потім розвивається галюциноз, який характеризується калейдоскопічністю - швидкою зміною епізодів і картин, часто розважального, цікавого характеру. На зміст та афективний фон (від ейфорії до страху) галюцинацій впливає оточуюча ситуація, що передусе інтоксикації.

На висоті розвитку деліріозного синдрому критичне ставлення до галюцинацій може втрачатись. При цьому хворий може ставати небезпечним для оточуючих. Про це свідчить наступний клінічний приклад:

Підліток Х, 16 років, учень середньої школи. Перед тим як піти ввечері на дискотеку, випив 9 пігулок дімедролу, запивши їх пляшкою пива. Пам'ятав, що прийшов до клубу, а потім "відключився". Через декілька годин прибіг додому наляканим і в одній білизні. Озирався, перевіряв замки на дверях, злякано виглядав у вікно, чув чиїсь голоси з вулиці, які йому погрожували вбивством. Потім з'ясувалося, що перебуваючи на дискотеці він вступив у сварку і бійку з товаришами, сам був побитий, втік на річку, де роздягнувся, мабуть збираючись лізти у воду, але потім залишивши на землі одяг, побіг додому.

При перевищенні дози і дімедролу, і алкоголю, за умови їх поєданого вживання, перебіг психозу ускладнюється потьмаренням свідомості та втратою критики до власного психічного стану. До речі, властивість дімедролу викликати у великих дозах сплутаність свідомості помічена також дерматологами при застосуванні дімедролової мазі на великих ділянках тіла.

Тамування делірію здійснюється шляхом ін'єкцій аміназіну (50-100 мг внутрішньом'язово) або сібазону (реланіуму, седуксену) також внутрішньом'язово - 2-4 мл 0,5% розчину (10-20 мг). Після ін'єкції настає тривалий сон. При пробудженні спостерігається астеничний синдром.

При тривалому зловживанні антигістамінними засобами розвивається психоорганічний синдром з афективними порушеннями у вигляді частих дисфоричних станів. При зловживанні піпільфеном специфічним наслідком є важке подразнення слизових оболонок (цим він подібний до аміназіну, оскільки обидва препарати є похідними фенотіазінового ряду).

ІІІ. ЗЛОВЖИВАННЯ АНТИПАРКІНСОНІЧНИМИ ЗАСОБАМИ

Противіпаркінсонічні засоби (циклодол, артан, ромпаркін, паркопан) в психіатрії призначаються для запобігання побічної дії нейролептиків. Токсикоманія внаслідок зловживання препаратами даної фармакологічної групи пов'язана з їх ейфоризуючим та галюциногенним ефектами, які виникають навіть при невеликому перевищенні дози і, особливо, при вживанні разом з алкогольними напоями. У науковій літературі циклодолова токсикоманія була описана у 1960-х роках минулого сторіччя серед осіб, які проходили лікування у психіатричних клініках. На сьогодні даний вид токсикоманії не обмежується психіатричними закладами, він поширений серед молоді, особливо в підліткових групах. Циклодолова і паркопанова токсикоманії часто пов'язані із зловживанням іншими ПАР (гашишем, барбітуратами, антигістамінними засобами, транквілізаторами) і в багатьох випадках спостерігається у межах політоксикоманії.

Застосування та вплив на організм

Бажаний ейфоричний ефект на початкових стадіях розвитку наркоманії настає від прийому 10-12 мг циклодоло (5-6 пігулок). Через 20-30 хвилин після вживання настає відчуття емоційного підйому, фізичної легкості, невагомості тіла, зреченості оточуючого середовища. На цьому фоні розвиваються ілюзорне сприйняття та зорові галюцинації приємного, незвичайного змісту, привабливі шкірні і тілесні відчуття.

Гостре сп'яніння

Вирізняють чотири фази циклодолового сп'яніння: ейфоричну, оглушення або звуженої свідомості, галюцинаторну і фазу виходу зі стану інтоксикації.

Таблиця 11.1. Фазність інтоксикації циклодолом

Основні прояви. Перша фаза Ейфорична. Розвивається через 20-25 хвилин після вживання препарату. Проявляється відчуттям тепла, особливо в кінцівках, загальним приємним самопочуттям, моментами екстатичного переживання. Звуки стають чіткими, кольори яскравими. Побутові неприємності відступають на задній план, настрої підвищується, спостерігається ейфорія з руховим компонентом. Хворий багатоговорить, сміється. Фаза триває 30-40 хвилин.

Друга фаза. Фаза оглушення. З'являється м'яка загальмованість, бажання зайняти напівлежачу позу і спокійно відчувати приємне тепло і одночасно холод, польот, невагомість. У цей час токсикоман спостерігає себе немовби з боку, в незвичайному оточенні, предмети навколишнього

світу змінюють форму і риси. Виникає відчуття, що оточуюче постійно змінюється. Думки плывуть мляво, слова підбираються з труднощами, іноді спостерігаються обриви мислення.

Тривалість цієї фази може складати 2-3 години.

Третя фаза. Галюцинаторна. Виникає при вживанні достатньо високої дози препарату. Відбуваються більш глибокі зміни свідомості. Спостерігається дезорієнтація у часі, оточуючому середовищі, власній особистості. Спочатку токсикоман відчуває елементарні обмани сприйняття - дзвінки, лускіт, окремі звуки, потім з'являються галюцинаторні образи. Вони динамічні, бувають зоровими і слуховими. При виході з цього стану запам'ятовуються всі переживання, які вважаються найбільш значущими в картині сп'яніння. Описуючи галюцинаторні переживання, токсикоман добре диференціює їх від реальної ситуації. Тривалість фази складає 2-3 години.

Четверта фаза Фаза виходу із стану сп'яніння. Характеризується виразною загальною астеною. Наявність ілюзорних і галюцинаторних переживань не викликає грубої дезорієнтації в оточуючому середовищі. Пережитий стан сп'яніння залишає у токсикоманів приємні спогади і бажання повторити інтоксикацію.

Розвиток залежності.

Епізодичне вживання циклодолу поступово змінюється його систематичним прийомом до 1-3 разів на тиждень. Через 3-6 місяців розвивається синдром психічної залежності.

Виникають періодичні коливання настрою, які співпадають з ритмом наркотизації, відчуття психічного дискомфорту, невдоволеності, роздратованість, зниження настрою при відсутності препарату і неможливості його негайного вживання. Думки про необхідність інтоксикації стають домінуючими і мають нав'язливий характер. Хворі припиняють корисну діяльність, залишають роботу або навчання, вдаються до різних хитрощів, з метою придбати циклодол.

Поступово підвищується толерантність, ейфоричний ефект досягається за допомогою все більш великих доз препарату, які можуть сягати 60 мг на прийом. Через рік і більше після початку зловживання антипаркінсонічними засобами розвивається фізична залежність. Вегетативні розлади набувають постійного характеру. Типовим є яскравий рум'янець щік на фоні загальної блідості шкіри обличчя, яскраво червоні губи, окремі м'язові посмикування, диспептичні розлади.

Абстинентний синдром. При утриманні від вживання препарату протягом двох діб спостерігаються різноманітні психічні і соматоневрологічні розлади. Розвиваються тривожність, неспокій, непосидючість, неспроможність контролювати рухи, метушливість. З'являються загальна слабкість, зниження настрою, працездатності, виразний інтенційний тремор спочатку рук, а потім усіх кінцівок, судомні посмикування окремих груп м'язів, підвищення м'язового тону. Наприкінці другої доби приєднуються диспептичні розлади, нудота, пітливість, хворобливі відчуття у м'язах і суглобах. Психічний і фізичний дискомфорт супроводжується підвищеною збудливістю, роздратуванням, компульсивним потягом до циклодолу.

Тривалість абстинентного синдрому складає 1-2 тижні, нормалізація вегетоневрологічних функцій може затягуватися до 1,5-2 місяців.

При систематичному зловживанні циклодолом у частини токсикоманів виникає бажання за допомогою невеликих доз досягнути виключно ейфоричного ефекту з передделіріозним станом ("кайф"). Прагнення до ейфорії клінічно відрізняється від намірів пережити галюциноз ("спіймати глюк"), що свідчить про існування двох форм циклодолової токсикоманії - ейфоричної і галюцинаторної.

Зловживання циклодолом, особливо в молодому і підлітковому віці, призводить до швидкого формування психоорганічної недостатності. Через рік регулярного прийому препарату в дозах 30-50 мг спостерігаються виразні порушення пам'яті, неспроможність запам'ятовувати навіть найпростіші тексти. Мислення стає непродуктивним, поверхневим, конкретним, знижується його критичність. У деяких випадках розвиваються ознаки виразної органічної деменції.

Психічні порушення при зловживанні антипаркінсонічними препаратами

В період гострої інтоксикації при передозуванні, як у токсикоманів, так і в осіб без сформованої психічної і фізичної залежності можуть розвиватись гострі психотичні стани, серед яких найбільш типовим є циклодоловий делірій.

Розвиток деліріозного синдрому може відбуватись за двома варіантами. При першому типі при передозуванні препарату, особливо у сполученні з алкоголем, одразу після нетривалої ейфорії настає стадія наркотичного сну. Сон неспокійний: токсикомани щось бурмочуть, рухаються у ліжку, викрикують. Після пробудження про зміст своїх сновидінь вони нічого не пам'ятають. Розбудити під час такого стану майже неможливо. Тривалість його складає іноді до 8-12 годин, після пробудження розгортається клініка делірію.

При другому типі початку циклодолового делірію клінічна картина розгортається одразу - через 1-2 години після вживання великих доз препарату без періоду наркотичного сну.

У клінічній картині делірію переважають яскраві кольорові галюцинації. Їх зміст, як і афективний фон на якому вони виникають, залежить від ситуації, що передуює інтоксикації, та

емоційної реакції особи на оточуюче. Якщо вживання циклододу відбувалось у компанії приятелів, під час веселощів і безтурботних розмов, то і обмани сприйняття являють собою райдужні картини, смішні випадки, розважальні сцени. Якщо ж інтоксикації передували неприємні події, сварки, бійки то і в картині делірію переважають страх, маячення переслідування, вбачаються загрози для життя, сцени насильства, тощо.

При цьому в усіх випадках галюцинації відрізняються калейдоскопічністю, швидкою зміною різноманітних епізодів і картин. Разом з тим, одні й ті ж сцени можуть повторюватись у свідомості токсикомана по кілька разів. Галюцинації також пов'язані з окуломоторними розладами: оточуючі хворого предмети подвоюються; здається що у співрозмовника дві голови, чотири руки, форми фігур перекручуються, подовжуються, вигинаються. Слухові галюцинації при даному стані зустрічаються рідше і завжди виступають у єдиному комплексі з оптичними, маючи з останніми тематичний зв'язок.

Циклододовий делірій часто може перериватись світлими проміжками, які тривають від декількох хвилин до п'яти годин. У цей період спостерігається припинення галюцинозу, прояснення свідомості, але галюцинаторні переживання (на відміну, наприклад, від інтоксикації астматолом), токсикомани добре пам'ятають. Вони охоче діляться ними з оточуючими, критично їх оцінюють. Маячних ідей на основі перенесеного галюцинозу не розвивається. При значному перевищенні дози циклододовий делірій може перейти в сопор або кому, але такі випадки рідкісні.

При неврологічному огляді під час психозу відмічається гіперемія шкіри обличчя, розширення зіниць, інтенційний тремор, помірна тахікардія та підвищення АТ.

Тривалість психозу, як і при делірії викликаному вживанням інших галюциногенів, відносно невелика - близько 1-1,5 доби. На виході з психотичного стану протягом декількох днів спостерігаються астения, млявість, сонливість вдень і безсоння вночі. Іноді через декілька днів можуть виникати рецидиви делірію (галюцинації, потьмарення свідомості) - тривалістю 2-3 години. Це не свідчить про повторну інтоксикацію. Резидуальних маячних ідей не спостерігається.

Перша допомога при циклододовому делірії подібна до такої при дімедроловому психозі (введення нейролептиків або транквілізаторів та дезінтоксикаційні заходи).

IV. ІНШІ ВИДИ ТОКСИКОМАНІЙ

Астматолова токсикоманія (зловживання атропіновими алкалоїдами) Зловживання безпосередньо атропіном майже не зустрічається, але є окремі клінічні випадки розвитку токсикоманій при вживанні його рослинних аналогів - скополаміну, гіосциаміну, які зокрема, входять до складу такого медичного препарату, як астматол. До складу астматолу входять 20% листя красавки (беладонни), 10% листя белени, 60% листя дурману і 10% натрію нітрату. Даний препарат випускається у формі цигарок, паління яких рекомендується для тамування нападів бронхіальної астми.

При зловживанні з метою одурманювання, астматол не палять, як це офіційно рекомендовано, а п'ють приготувану з нього настоянку. При цьому виникає своєрідна ейфорія, що сполучається з передделіріозним станом - відчуттям незвичної яскравості кольорів оточуючого, тощо. При передозуванні розвивається делірій.

Його характерними клінічними ознаками є дезорієнтація у часі (токсикомани не можуть визначити ранок зараз чи вечір) та місці. Труднощі викликає і орієнтування у власній особистості. Токсикомани озираються, придивляються до оточуючого, шукають щось на підлозі, намагаються запалити неіснуючу цигарку, тощо. Контакт з ними вкрай утруднений, вони майже не відповідають на поставлені запитання. Деякі репліки хворих

підтверджують наявність у них зорових галюцинацій, які сприймаються як реальність. Вони бачать бандитів у масках, терористів або міліціонерів, своїх друзів, дрібних тварин, комах та інше. Іноді заявляють, що оточуюче здається їм надзвичайно красивим - "все блищить, переливається різними кольорами". Серед вегетативних симптомів звертають на себе увагу гіперемія шкіри, розширені зіниці, підвищення артеріального тиску та тахікардія.

При ін'єкції аміназіну настає тривалий сон. Після пробудження психотичних явищ не спостерігається, але в наступні дні можуть виникати нетривалі вечірні деліріозні епізоди.

Відмінною рисою астматолового делірію є повна або майже цілковита амнезія на період галюцинаторних переживань. Про галюцинації зберігаються лише окремі уривчасті спогади. Реальні події, що відбувались у цей час, також амнезуються. У зв'язку з цим (зокрема, через неможливість поділитися власними переживаннями в компанії) широкого розповсюдження даний тип токсикоманії не має.

Постделіріозний стан відрізняється адинамічністю, малорухливістю, млявою реакцією на оточуюче. Це зумовлене тривалою дією скополаміну. Швидка втомлюваність проявляється при найменшому розумовому напруженні при виконанні простих розрахунків, необхідності щось пригадати, сконцентрувати увагу.

З метою тамування астматолового делірію, як правило, застосовують ін'єкції аміназіну (50-100 мг, внутрішньом'язово), після чого настає заспокоєння і сон. У цей час хворі потребують ретельного спостереження через небезпеку розвитку колапсу.

Зловживання ненаркотичними стимуляторами (сиднокарб, сиднофен) Даний вид токсикоманії є досить розповсюдженим. Токсикоманії, викликані препаратами фенілалкілсиднонімінового ряду (сиднокарб і сиднофен), мають деяку подібність до наркоманій амфетамінового ряду та ефедренової наркоманії, але протікають м'якше і не призводять до вкрай тяжких наслідків.

Гостре сп'яніння. Характеризується ейфорією, відчуттям бадьорості, приливу сил, ясності мислення, прагненням активної діяльності.

Розвиток токсикоманії. Для розвитку токсикоманії при зловживанні сиднокарбом і сиднофеном вирішальне значення мають особистісні якості хворого. При постійному вживанні даних препаратів для отримання бажаного ефекту потрібні щоразу більші дози препарату, різко зростає толерантність. Тривалий щодобовий прийом стимуляторів викликає швидке виснаження організму і їх вживання вже не призводить до ейфоричного ефекту, а тільки підтримує відносно задовільне самопочуття. Через деякий час токсикоман змушений хоч на декілька днів припинити вживання стимуляторів і на цей період стає повністю непрацездатним.

Провідною ознакою абстинентного синдрому при даній формі токсикоманії є загальне виснаження: почуття розбитості, втоми, сонливості, млявості. Іноді спостерігається стійке безсоння, що змушує токсикомана вживати снодійні засоби. Фон настрою знижується, часто виникають суїцидальні думки і наміри.

Хронічна багаторічна інтоксикація стимуляторами призводить до стійких порушень сну, відсутності апетиту, значного зниження маси тіла. Часто спостерігається метушливість, непродуктивна діяльність, наростає конфліктність, трапляються спалахи немотивованої агресії. В окремих випадках розвиваються стани тривоги, страху, ознаки астеничної сплутаності. Часто хронічна інтоксикація ненаркотичними стимуляторами супроводжується судомними посмикуваннями литкових м'язів, тремтінням язика, губ, пальців, перебоями в роботі серця. Мислення стає торпідним, застиглим. У чоловіків знижується потенція.

Зловживання ерготаміном

Випадки зловживання ерготаміном трапляються переважно серед осіб жіночої статі, переважно підліткового віку, з метою отримання сексуального задоволення (А.Є.Лічко, 1991).

Даний препарат має медичне значення в акушерстві і гінекології, як засіб для скорочення мускулатури матки при кровотечах. Ампульований аптечний препарат, призначений для внутрішньом'язових ін'єкцій, токсикоманки вводять внутрішньовенно. Через деякий час після ін'єкції виникають скорочення м'язів матки і суб'єктивні відчуття, що нагадують оргазм, але мають набагато довшу тривалість (до декількох годин). Дівчатка-підлітки, які до цього мали сексуальний досвід, після таких ін'єкцій часто припиняють статеве життя. Даний вид токсикоманії на сьогодні спостерігається досить рідко.

Зловживання анаболічними стероїдами. Словом "допінг" колись в Англії називали речовини, які давали скаковим коням на іподромах для їх стимуляції. Пізніше ця назва розповсюдилась на різні засоби, вживання яких приносить відчуття бадьорості, приливу сил, підвищує фізичні можливості організму, запобігає перевтомі і сонливості.

У сучасному спорті цей термін має юридичне значення. Існують затверджені міжнародними і національними спортивними організаціями списки, які містять перелік заборонених для вживання спортсменами стимуляторів, наркотичних і психотропних засобів, а також ендокринних і інших препаратів, що знімають відчуття втоми, підвищують фізичну силу і працездатність або (при тривалому вживанні) сприяють фізичному розвитку.

У підліткових групах, які захоплюються спортивними тренуваннями, часто спостерігаються випадки зловживання анаболічними стероїдами або препаратами деяких чоловічих гормонів. Частіше за все проводяться ін'єкції ретаболілу або метандростенолону внутрішньом'язово (1 ампула 5% розчину, тобто 50 мг). Також використовується нероболіл (феноболін) в ампулах по 10 і

25 мг. Дозування бувають індивідуальними, але переважно перевищують рекомендовані терапевтичні дози, а препарати пролонгованої дії застосовуються набагато частіше, ніж потрібно з лікувальною метою.

На відміну від професійного спорту, де під час відповідальних заходів відбувається біохімічний контроль за використанням допінгів, зловживання ними у підліткових групах часто залишається нерозпізнаним.

Тривале зловживання анаболічними стероїдами призводить до атрофії яєчок, пригнічує статевий потяг і викликає патологічні зміни печінки та серцево-судинної системи.

Інші засоби, випадки зловживання якими зареєстровано

Різноманітні препарати, випадки зловживання якими спостерігались, відомі із публікацій у США та інших країнах. Згадуються такі речовини, як зелений перець, запечена шкірка бананів, сік із замороженого листя салату-латуку, зерна проса та інше. Останні використовують у якості додатку до тютюну під час паління. Загалом, у пошуках ейфоричної дії застосовується дуже багато різних видів лікарських і рослинних речовин.

У нашій країні деякий час у підліткових групах отримали розповсюдження тривале переживання одного з сортів зубної пасти і вдихання аромату певного сорту пудри.

Всі ці засоби не надто поширені і самі по собі не складають соціальної небезпеки. Але подібні випадки зловживання наочно свідчать про те, що навіть вилучення певних небезпечних з точки зору розвитку наркоманії або токсикоманії речовин, суворі закони і переслідування самі по собі не можуть вирішити проблему аддиктивної поведінки. Вилучення однієї речовини тягне за собою пошук інших, що підкреслює дуже важливу роль профілактики, яка повинна проводитися в усіх учбових закладах і підліткових групах.

Нікотинова залежність — розлад поведінки, що полягає в залежності від нікотину. Найпоширенішим способом вживання нікотину є тютюнопаління.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб X перегляду, 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. У нікотиновій залежності виділяють елементи психологічної та фізичної залежності. Відкриття Христофором Колумбом в 1492 році Америки пов'язано з відкриттям європейцями багатьох нових для них рослин, серед яких був і тютюн. Незважаючи на заборону великого мореплавця, деякі з його моряків таємно привезли листя та насіння тютюну в Європу. Особливо популярним тютюн став в XVII –XVIII столітті. Вони сідали навколо дерева, кидали у розкладене багаття якісь плоди і сп'яняли димом цих плодів, як елліни сп'яняються вином. Основною причиною швидкого розповсюдження популярності тютюну стали його неправдиві лікувальні властивості. В 1560 році французький посол в Португалії Жан Ніко відправив тютюнове сім'я королеві Франції та рекомендував їх як засіб від мігрені. Згодом його нюхальна мода поширилася по всій Франції. Жодна церемонія не проходила без вживання тютюну у дуже великих кількостях. Тютюн заважає розумовому розвитку та одурює народ Оноре де Бальзак. Нікотин — нітрогеновмісна органічна сполука гетероциклічної будови. У чистому вигляді нікотин — гігроскопічна масляниста пекуча рідина легко розчинна у воді. Це одна з найнебезпечніших отрут рослинного походження. Для людини смертельна доза нікотину складає від 50 до 100 міліграм, або 2-3 краплі. Протягом 30 років курець викурює приблизно 20000 сигарет, або 160 кг тютюну, поглинаючи в середньому 800 г нікотину.

Паління добре лише для бездіяльних людей.

Й.В.Гете

Покуримо люльки та й забудемо думки.

Народна мудрість

Дія на організм. Проникнувши в організм, нікотин через кров легко і швидко проникає майже у всі органи і тканини. Через 2-3 хвилини після вдихання тютюнового диму він вже досягає головного мозку, проявляючи на ньому специфічну дурманну дію, яка особлива помітна у людини, яка не курить.

Після закінчення куріння вміст нікотину в мозку починає падати приблизно через 30 хвилин, зате він починає накопичуватися в інших тканинах, зберігаючись там досить довго (до 2 тижнів його ще можна виявити в організмі сучасними методами). Згодом нікотин виводиться через печінку, легені, нирки, отруюючи все на своєму шляху. МОЗ попереджає!

На думку медиків:

Одна сигарета зменшує тривалість життя на 15 хвилин;

Одна пачка сигарет – на 5 годин;

Ті, хто курять 1 рік втрачають 3 місяці життя;

Ті, хто курять 20 років – 5 років;

Ті, хто курять 40 років втрачають 10 років життя!

Немає нічого легшого, ніж кинути палити, - я вже тридцять разів кидав

Марк Твен.

Тютюнова епідемія щодня вбиває 750 осіб.

Статистика. В середньому, у світі палять більше 50% чоловіків і більше 25% жінок

Більше половини (53,2%) нинішніх курців викурює 16 або більше сигарет на день

Більше 80% усіх регулярних курців почали курити до свого 18-річчя

Україна займає друге місце в світі за часткою курців серед населення

Зі 100 випадків туберкульозу легенів 95 - доводиться на курців

Активне куріння віднімає до 10 років життя, та до того ж робить людей інвалідами

Фахівці Всесвітньої Організації Охорони здоров'я вважають, що, якщо не прийняти дійових заходів, то через 25 років щороку від паління будуть вмирати 10 мільйонів осіб.

Відповідно МКХ-10, розлади, пов'язані із вживанням тютюну, відносять до психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (F17). За даними ВООЗ у світі нараховується більше 1 мільярда паліїв. У західних державах палять половина чоловіків і більше 1/3 жінок. Найбільша поширеність паління серед чоловіків спостерігається у Південній Кореї (68%), а серед жінок – у Данії (37%). Переважна більшість паліїв живе у країнах, що розвиваються. Серед розвинутих країн найбільше споживання одним палієм – 24 цигарки в день. Більшість паліїв знають про шкідливість паління, але продовжують палити. Звичка палити стійко ввійшла у життя і побут багатьох людей, стала життєвою потребою. Нікотин легко всмоктується в кров. Через 2-3 хвилини після вдихання тютюнового диму нікотин та інші його складові діють на головний мозок, що проявляється у короткочасному підвищенні активності людини і суб'єктивно сприймається палієм, як приплив нових сил, своєрідне почуття заспокоєння. Ця дія нетривала і через деякий час настрій і активність знижується і палій потребує наступної цигарки. Всі початківці (підлітковий вік) переносять легкий ступінь отруєння. Однак, так званий негативний ефект першої цигарки швидко зникає і толерантність до нікотину значно зростає.

Нікотин має високий ступінь наркогенності, тому 85% людей, які викурили першу цигарку, в подальшому стають злісними паліями. Наркогенність проявляється психічною та фізичною залежністю, яка викликається ніотином. Вище абстиненції виникає через 2 години після останньої викуреної цигарки. Переважна більшість паліїв відчувають наслідки психічної залежності, а саме: нестерпне бажання закурити, напругу, підвищену подразливість з незначного приводу, в'ялість, апатію, пригнічений настрій, незадоволеність усім, підвищену сонливість чи дисомію. На фоні астенії палії часто допускають помилки при виконанні роботи, яка потребує уваги, у них знижується слух, виникають значні розлади внутрішніх органів. У паліїв частіше виникають інсульти, внаслідок яких розвиваються дефектно-органічні психічні порушення, нерідко до деменції. Експерти Всесвітнього Банку засвідчили, що якщо рівень паління не зменшиться, через три десятиліття зумовлені тютюном передчасні смерті у світі перевищать число очікуваних смертей від СНІДу, туберкульозу та ушкоджень при народженні дітей разом взятих. У доповіді зазначено: у всесвітньому масштабі існують дві головні причини передчасної смерті, що зростають – Віл-інфекція та тютюн, тому 200 мільярдів доларів щорічно витрачається на медичну допомогу, обумовлену хворобами, викликаними палінням. Тютюн – цей помірний наркотик – залишився на рідкість живучим за рахунок людських слабкостей.

П.Хоменко

Тютюнопаління і закон

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.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра клінічної лабораторної діагностики

**ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ З ОЦІНКОЮ РЕЗУЛЬТАТІВ
ДОСЛІДЖЕНЬ**

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

рівень підготовки

перший (бакалаврський)

галузі знань 22 Охорона
здоров'я

спеціальності 224 Технології медичної діагностики і
лікування

семестр 3 к. (2,10) 6
семестр _____

освітньої програми Лабораторна
діагностика

спеціалізації
(й) _____

2020 рік

Методичні розробки для самостійної роботи з дисципліни «Психіатрія та наркологія з оцінкою результатів досліджень» спеціальності **224 Технології медичної діагностики та лікування** освітньої програми «**Лабораторна діагностика**» для здобувачів вищої освіти Зк. (2,10)

Розробники:

Карабут Л.В. – доц. каф. клінічної лабораторної діагностики,
к.м.н.

Методичні розробки для самостійної роботи з дисципліни «Психіатрія та наркологія з оцінкою результатів досліджень» розглянуті та затверджені на засіданні кафедри клінічної лабораторної діагностики

ЗМІСТ

№ з/п	Назва теми
1	Поняття про психіатрію як медичну науку. Методи дослідження в психіатрії.
2	Шизофренія.
3	Біполярний афективний розлад.
4	Поняття про наркологію. Загальні основи наркології. Алкоголізм.
5	Наркоманія.
6	Тютюнопаління.

ВСТУП

Згідно з Положенням "Про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах", самостійна робота студента є основним засобом оволодіння навчальним матеріалом у час, вільний від обов'язкових навчальних завдань. СРС — це форма організації індивідуального вивчення студентами навчального матеріалу в аудиторний та позааудиторний час. Самостійна робота студентів є обов'язковою формою роботи, яка забезпечує глибоке засвоєння навчального матеріалу.

Мета СРС — сприяти формуванню самостійності як особистісної риси та важливої професійної якості молодшої людини, суть якої полягає в уміннях самостійно систематизувати, планувати, контролювати й регулювати свою діяльність. Завданнями СРС є засвоєння певних знань, умінь, навичок, закріплення та систематизація набутих знань, їхнє застосування за вирішення практичних завдань та виконання творчих робіт, виявлення прогалин у системі знань із предмета. Самостійна робота дає можливість студенту обирати оптимальний темп роботи та умови її виконання.

Завдання СРС

1. Закріплення знань теоретичного курсу. Поглиблене вивчення матеріалу: підготовка до контрольних, практичних, лабораторних робіт, виконання типових задач; інші види занять.
2. Напрацювання вміннь щодо проведення клініко-лабораторних досліджень. Вдосконалення теоретичних знань і практичних навичок: навчальні практикуми, усвіди практик; дипломне проектування; інші види занять.
3. Формування професійного світогляду студента в області клінічної лабораторної діагностики.

Алгоритм самостійного вивчення навчального матеріалу:

1. Завдання для самостійної роботи:
 - перелік питань, що підлягають самостійному вивченню,
 - перелік практичних навичок, якими необхідно оволодіти на практичних та лабораторних заняттях самостійно;
 - письмова підготовка відповідей до кожного теоретичного контрольного питання теми, що вивчається, контрольних питань з практичної роботи, ситуаційних задач з використанням лекційного матеріалу, основної та додаткової літератури.
2. Підготовка по тестам, включеним до інтегративного іспиту "Крок-1" проводиться за даними сайтів:
 - НФаУ – <http://krok.nuph.edu.ua/moodle30/>
 - Центру тестування - <http://www.testcentr.org.ua>
3. Індивідуальна самостійна робота студентів виконується у вигляді реферату чи презентацією за планом:
 - Назва
 - План роботи
 - Відповіді на питання за планом
 - Список використаної літератури

Вимоги до виконання та перевірки самостійної роботи студентів (СРС)

1. Протокол алгоритму СРС, яка проводиться в рамках практичної чи лабораторної роботи, оформляється у робочих зошитах для ПЗ.
2. Питання самостійної роботи включені у підсумковий модульний контроль.

3. Наявність та якість виконання самостійної роботи, підготовки реферату чи презентації за темами СРС перевіряється викладачами на практичних заняттях з клінічної хімії.

4. В кінці роботи викладач вносить зауваження, ставить дату перевірки і підпис в робочому журналі студента.

Критерії оцінки СРС:

1. СРС оцінюється за наявністю заповненого зошита за темами СРС та реферату або презентації. Оцінюється критерієм зараховано/незараховано.

2. За підготовлений реферат чи презентацію в залежності від розкриття теми викладач може додати від 1 до 5 балів до загального оцінювання після складання ПМК.

Теми для СРС:

1. Організація психіатричної допомоги в Україні.
2. Розвиток основних напрямлень в психіатрії.
3. Клінічне направлення в психіатрії. Видатні вчені психіатри.
4. Психологічне направлення в психіатрії.
5. Біологічне направлення в психіатрії.
6. Внесок видатних вчених в психіатрію: С.С. Корсаков, Е. Крепелін, В.А. Гиляровський, І.М. Сеченов та І.П. Павлов.
7. Поняття психопрофілактики та її види.
8. Групи населення з підвищеним ризиком психічних розладів.
9. Стматичні хворі як контингент підвищеного ризику прояв психічних розладів.
10. Підвищення ризику психічних порушень у пізньому віці.
11. Методи визначення функціонального стану психічних хворих.
12. Клініко – лабораторні методи в психіатрії.
13. Медико – генетичне консультування в системі профілактики психічних захворювань.
14. Шизофренія. Етіологія, патогенез, клінічна картина захворювання, методи діагностики.
15. Біполярний афективний розлад. Етіологія, патогенез, клінічна картина захворювання, методи діагностики.
16. Поняття про наркологію. Загальні основи наркології.
17. Види залежної поведінки: алкогольна залежність. Сучасні методи діагностики та лікування.
18. Наркоманія: симптоматика, стадії та механізми виникнення.
19. Наркоманія. Сучасні методи діагностики та лікування.
20. Психоактивні речовини. Загальна характеристика.
21. Поняття реабілітації хворих з психічними порушеннями.
22. Профілактика та реабілітація в психіатрії.

Рекомендована література

Основна

1. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К.: Здоров'я. 1989. - С. 180-198.
2. Сорокина Т.Т., Гайдук Д.М. Практическое пособие по психиатрии. - Минск: Вышэйша школа. 1991. - С. 88-92.

3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия. - М.: Медицина. 1995. - С. 192-224.
4. Менделевич И.К. Психиатрическая пропедевтика – М: Медицина -1997 – 290 с.
5. Психиатрия и психотерапия : справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. ; под. общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
6. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 708 с.
7. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордскоеруководство по психиатрии – Киев: Сфера – 1997 – т. 1– 164 с.
8. Жмуров В.А. Психопатология – М: Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2002. – 668 с.
9. Каплан Г.И., Седок Б., Дж. Клиническая психиатрия // Москва, Медицина - 1994 - Т. 1, С. - 587 – 630
10. Крыжановский А.В. Циклотимические депрессии. – К: Сфера – 1995 – 271 с.
11. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія.- К.:Здоров'я, 1993. – 344 с.
12. Шейдер Р. Психиатрия – М: Практика – 1998- 485 с.
13. Эй А. Шизофрениа. Нариси клініки та психопатології: Пер. з фр. / Передмова Ж. Гаррабе. – К.: Сфера, 1998. – 388 с.
14. Жариков Н.М. Психиатрия. Учебник. Москва, «Медицина» - 2004. –496 с.
15. Renk K, White R, Lauer BA, McSwiggan M, Puff J, Lowell A (February 2014). «Bipolar Disorder in Children». Psychiatry J 2014 (928685): 1–19.
16. Yatham, Lakshmi (2010). Bipolar Disorder. New York: Wile. ISBN 978-0-470-72198-8.
17. А. А. Александров Биполярное аффективное расстройство: диагностика, клиника, течение, бремя болезни // Журнал «Медицинские новости». — № 12, 2007. — С. 7-12.

Допоміжна

1. Вартамян Г.А., Петров Е.С. Эмоции и поведение // Ленинград: Наука, 2000. - 145 с
2. Дзюб Г. К., Кузнецов В. М., Нестерчук Н. В. Ургентна психіатрія (клініка, психодіагностика, терапія невідкладних станів) / К., 2010. — 190 с
3. Шейдер Р. Психиатрия – М: Практика – 1998- 485 с.
4. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. –М.:Медицина,1999. – 712 с.
5. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.2/А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. –М.:Медицина,1999. – 784 с.

Інформаційні ресурси, у т.ч. у мережі Інтернет

1. Електронна бібліотека України <http://www.elibukr.org/>
2. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>
3. Наукова бібліотека національного університету "Києво-Могилянська академія".
<http://www.library.ukma.edu.ua/>
4. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua/>

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра клінічної лабораторної діагностики



**ПЕРЕЛІК ТЕОРЕТИЧНИХ ПИТАНЬ
З ДИСЦИПЛІНИ
«ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ З ОЦІНКОЮ
РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ»
СПЕЦІАЛЬНОСТІ 224 ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»
ДЛЯ СТУДЕНТІВ 3 КУРСУ (2,10)**

Харків 2020

1. Загальні принципи психіатрії.
2. Принципи проведення клінічних, інструментальних та функціональних методів дослідження в психіатрії.
3. Принципи комп'ютерного пошуку сучасної наукової інформації в електронних базах світу.
4. Вміти проводити комп'ютерний пошуку сучасної наукової інформації в електронних базах світу.
5. Основні клінічні критерії діагностики шизофренії.
6. Алгоритми та стандарти діагностики шизофренії.
7. Основні клінічні критерії діагностики біполярного афективного розладу.
8. Алгоритми та стандарти діагностики біполярного афективного розладу.
9. Надати студентам актуальність та необхідність стандартизації діагностики та лікування різних психічних захворювань для досяжного довготривалого клінічного ефекту та збереження працездатності хворих.
10. Надати локальні протоколи діагностики та лікування хворих на шизофренію та біполярний афективний розлад.
11. Загальні принципи наркології.
12. Принципи проведення клінічних, інструментальних та функціональних методів дослідження в наркології.
13. Основні клінічні критерії діагностики алкогольної залежності.
14. Алгоритми та стандарти діагностики алкоголізму.
15. Основні клінічні критерії діагностики наркоманії.
16. Поняття про психоактивні речовини, їх класифікація.
18. Алгоритми та стандарти діагностики наркотичної залежності.
19. Основні клінічні критерії діагностикитютюнопаління.
20. Алгоритми та стандарти діагностики нікотинової залежності.
21. Профілактичні заходи в боротьбі з алкоголізмом.
22. Проблеми підліткового та дитячого алкоголізму.
23. Профілактичні заходи в боротьбі з наркотичною залежністю.

24. Профілактичні заходи в боротьбі з ніотиною залежністю.

Тестові завдання до теми №4(Поняття про наркологію).

1. Який синонім визначення «наркоманія»:
 - А. Супор
 - Б. Запаморочення
 - В. Ступор
 - Г. Пристрасть
 - Д. Кома
2. Психоактивна речовина вважається наркотичною, якщо відповідає наступним критеріям:
 - А. Психічному, фізичному, емоційному
 - Б. Медичному, соціальному, юридичному
 - В. Медичному, юридичному, психологічному, соціальному
 - Г. Біологічному, психологічному, соціальному
 - Д. Усі відповіді вірні
3. В клініці якої наркологічної залежності виникає виражена ейфорія та покращення психоемоційного стану:
 - А. Барбітуризмі
 - Б. Циклодоловій залежності
 - В. Опізмі
 - Г. Алкоголізмі
 - Д. Кофеїнізмі
4. Розділ медицини, який вивчає вияви хронічного алкоголізму, наркоманії і токсикоманії, та розробляє методи їх лікування та профілактики – це:
 - А. Психіатрія
 - Б. Неврологія
 - В. Наркологія
 - Г. Усі відповіді вірні
 - Д. Терапія
5. Патологічно підвищений настрій, який не має під собою причин – це:
 - А. Невроз
 - Б. Ейфорія
 - В. Депресія
 - Г. Кома
 - Д. Ступор
6. Стан, що виникає в результаті раптового припинення прийому (введення) речовин, що викликали залежність – це:
 - А. Астенічний синдром
 - Б. Нефротичний синдром
 - В. Синдром вегето – судинної дистонії
 - Г. Синдром відміни
 - Д. Усі відповіді вірні
7. Стан постійної необхідності уживання речовини для підтримки нормального функціонування організму – це:
 - А. Фізична залежність
 - Б. Психічна залежність
 - В. Часткова залежність
 - Г. Постійна залежність
 - Д. Усі відповіді вірні
8. Підвищений добросердий настрій, що поєднується з безтурботністю і недостатньою критичною оцінкою свого стану – це:
 - А. Депресія
 - Б. Невроз
 - В. Астенія

Г. Ейфорія

Д. Маніакальний стан

9. Соціальне явище, що проявляється адиктивною поведінкою, яка спричинює формування особливих соціальних груп, виникнення особливої субкультури та специфічних соціальних відносин – це:

А. Популізм

Б. Наркотизм

В. Агравація

Г. Усі відповіді вірні

Д. Прекурсор

10. Суб'єктом контролю наркотизму є держава в особі спеціалізованих інститутів, до яких можна віднести

А. Органи охорони здоров'я, юстиції, правоохоронні органи, виховні організації

Б. Батьки хворих

В. Друзі хворих

Г. Органіохорониздоров'я

Д. Усі відповіді вірні

Тестові завдання до теми № 4 (Алкоголізм).

1. Психоактивна речовина вважається наркотичною, якщо відповідає наступним критеріям:

А. Психічному, фізичному, емоційному

Б. Медичному, соціальному, юридичному

В. Медичному, юридичному, психологічному, соціальному

Г. Біологічному, психологічному, соціальному

Д. Усі відповіді вірні

2. Наркотизм - це негативне соціальне явище, сутність якого полягає в залученні до немедичного вживання наркотиків окремих груп населення

А. Наркоманія

Б. Наркотизм

В. Психіатрія

Г. Психологія

Д. Наркотики

3. Який синонім визначення «наркоманія»:

А. Супор

Б. Запаморочення

В. Ступор

Г. Пристрасть

Д. Кома

4. Яка подальша тактика у хворого на опійну наркоманію, коли він висловлює думки про небажання жити, та з суїцидальною метою приймають препарати седативної дії:

А. Госпіталізація в психіатричне відділення

Б. Госпіталізація в наркологічний стаціонар

В. Госпіталізація в реанімаційне (токсикологічне) відділення

Г. Догляд на дому

Д. Усі відповіді вірні

5. Після вживання наркотичної речовини у підлітка розвився гострий, короточасний психотичний епізод (сутінкова свідомість, марення, галюцинації, збудження, неадекватні дії), що завершився сном. Про який стан йде мова?

А. Вживання трамадолу

Б. Вживання препаратів седативної дії

В. Вживання каннабіоїдів

Г. Усі відповіді вірні

Д. Вживання амфетаміну

6. В приймальне відділення центральної районної лікарні в стані інтоксикації доставлені 2 підлітки, один з яких повідомив що разом зі своїм другом випив 10 таблеток сібазону.

Черговий лікар в ургентному порядку призначив :

- А. Промивання шлунку, симптоматична терапія
 - Б. Строфантин
 - В. Унітіол
 - Г. Немає вірної відповіді
 - Д. Усі відповіді вірні
7. В поліклінічне відділення ЦРЛ батьки привезли свою доньку, з підозрою на вживання наркотиків. При огляді і зборі анамнестичних даних лікар нарколог поставив діагноз: гостра гашишна інтоксикація – на основі комплексаследуючих симптомів:
- А. Усі відповіді вірні
 - Б. Гіпотензія, тахікардія, блідність шкіри, нудота, ейфорія
 - В. Зуд шкіри лица, болі в суглобах, депресія, безсоння
 - Г. Головокружіння, зуд кінчика носа, нудота, нежить
 - Д. Кома
8. В клініці якої наркологічної залежності виникає виражена ейфорія та покращення психоемоційного стану:
- А. Барбітуризмі
 - Б. Циклодоловійзалежності
 - В. Опіїзмі
 - Г. Алкоголізмі
 - Д. Кофеїнізмі
9. Розділ медицини, який вивчає вияви алкоголізму, наркоманії і токсикоманії– це:
- А. Психіатрія
 - Б. Неврологія
 - В. Наркологія
 - Г. Усі відповіді вірні
 - Д. Терапія
10. Патологічно підвищений настрій, який не має під собою причин – це:
- А. Невроз
 - Б. Ейфорія
 - В. Депресія
 - Г. Кома
 - Д. Ступор

Тестові завдання до теми № 5.

1. Наркоманія - це:
- А. Немає вірної відповіді
 - Б. Тимчасове захоплення
 - В. Наркоз під час операції
 - Г. Невротичний розлад
 - Д. Хвороба
2. Що в організмі людини найвразливіше до наркотичних засобів:
- А. Шкіра
 - Б. Кров
 - В. Печінка
 - Г. Селезінка
 - Д. Центральна нервова система
3. За якого способу приймання наркотику найшвидше досягається стан ейфорії:
- А. Перорально
 - Б. Ін'єкцією
 - В. Вдихання (нюхання)
 - Г. Транскутанно
 - Д. Усі відповіді вірні
4. Найдієвіший захід щодо лікування наркоманів:
- А. Виявлення і встановлення на облік
 - Б. Лікування в ізоляції
 - В. Індивідуальна бесіда

- Г. Соціальна адаптація
 Д. Праця
5. Хто надає наркоманам професійнішу допомогу:
 А. Наркологічна служба
 Б. Навчальний заклад
 В. Коло друзів
 Г. Сім'я
 Д. Суспільство
6. У наш час спостерігається:
 А. Тенденція до поширення наркоманії
 Б. Зменшення випадків наркоманії
 В. Неконтрольована ситуація
 Г. Зменшення випадків наркоманії серед підлітків
 Д. Зменшення випадків наркоманії серед жінок
7. Люди якого віку найчастіше стають наркоманами:
 А. Похилого віку
 Б. Підлітки і молодь
 В. Середнього віку
 Г. Усі відповіді вірні
 Д. Немає вірної відповіді
8. Що таке «абстинентний синдром»?
 А. Стан фізичного комфорту
 Б. Хворобливий стан організму, який супроводжується сильними болями через відсутність наркотику
 В. Зупинка наркотику
 Г. Стан психічного комфорту
 Д. Стан морального комфорту
9. Найчастіше схильні вживати наркотики люди:
 А. Схильні до агресивної поведінки
 Б. З меланхолічним темпераментом
 В. З яскравими рисами талановитості, особливих здібностей
 Г. Схильні до депресії
 Д. Схильні до суїциду
10. Як правило, наркоманія призводить до:
 А. Розширення кола друзів
 Б. Протизаконних дій, пов'язаних з кримінальною відповідальністю
 В. Втрати стосунків з рідними
 Г. Втрати стосунків з батьками
 Д. Втрати стосунків з колективом

Тестові завдання до теми № 6.

1. Токсикоманічна речовина у встановленому законом порядку може бути визнана наркотичною, якщо має:
 А. Соціальні наслідки
 Б. Медичні наслідки
 В. Психічні прояви
 Г. Біологічні критерії
 Д. Юридичні наслідки
2. Хронічне захворювання, що виникає внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями з патологічним потягом до них, обумовленим психічною, а потім і фізичною залежністю від алкоголю - це:
 А. Терапевтичні розлади

- Б. Педіатричні розлади
 - В. Нефрологічні синдроми
 - Г. Немає вірної відповіді
 - Д. Алкоголізм
3. Зловживання однією чи декількома хімічними речовинами, що часто супроводжується зміною стану свідомості – це:
- А. Фізична залежність
 - Б. Психічна залежність
 - В. Адиктивна поведінка
 - Г. Асоціальна поведінка
 - Д. Дивна поведінка
4. Прагнення постійно приймати наркотичний чи інший препарат для того, щоб знову пережити бажані відчуття або усунути явища психологічного дискомфорту – це:
- А. Фізична залежність
 - Б. Психічна залежність
 - В. Адиктивна поведінка
 - Г. Асоціальна поведінка
 - Д. Дивна поведінка
5. Речовина, яка використовується для виготовлення наркотичних, психотропних речовин – це:
- А. Сироп
 - Б. Відвар
 - В. Препаратор
 - Г. Немає вірної відповіді
 - Д. Усі відповіді вірні
6. Стан, що виникає в результаті раптового припинення прийому (введення) речовин, що викликали залежність – це:
- А. Астенічний синдром
 - Б. Нефротичний синдром
 - В. Синдром вегето – судинної дистонії
 - Г. Синдром відміни
 - Д. Усі відповіді вірні
7. Стан постійної необхідності уживання речовини для підтримки нормального функціонування організму – це:
- А. Фізична залежність
 - Б. Психічна залежність
 - В. Часткова залежність
 - Г. Постійна залежність
 - Д. Усі відповіді вірні
8. Підвищений добросердий настрій, що поєднується з безтурботністю і недостатньою критичною оцінкою свого стану – це:
- А. Депресія
 - Б. Невроз
 - В. Астенія
 - Г. Ейфорія
 - Д. Маніакальний стан
9. Соціальне явище, що проявляється адиктивною поведінкою, яка спричинює формування особливих соціальних груп, виникнення особливої субкультури та специфічних соціальних відносин – це:
- А. Популізм
 - Б. Наркотизм
 - В. Агресія
 - Г. Усі відповіді вірні
 - Д. Препаратор
10. Суб'єктом контролю наркотизму є держава в особі спеціалізованих інститутів, до яких можна віднести

- А. Органи охорони здоров'я, юстиції, правоохоронні органи, виховні організації
- Б. Батьки хворих
- В. Друзі хворих
- Г. Органіохорониздоров'я
- Д. Усі відповіді вірні