

Лекція №6

Загальні питання наркології. Основні наркологічні синдроми та стадії перебігу наркологічних захворювань. Організація наркологічної служби.

Широке поширення різних видів залежностей у країнах СНД та в Україні протягом останніх десятиліть робить проблему вивчення залежностей актуальною. За короткий проміжок часу наркоманія в Україні досягла рівня країн Європи. Зростання частоти захворювання на важкі хімічні види залежностей призводить до медичних, соціальних (поширення СНІДу, втрата працездатності особами молодого та середнього віку, їхня деградація) та юридичних (крадіжки, асоціальна поведінка наркоманів) наслідків.

Наркологія – це наука, що вивчає хвороби, викликані зловживанням наркотичними речовинами. Термін «наркологія» походить від двох грецьких слів: «наркос» - сон та «логія» - наука.

Виділення наркології як окремої дисципліни відбулось досить недавно внаслідок високої соціальної значимості цієї проблеми. Частка хворих на наркозалежність серед загальної кількості молодих людей, що вживають наркотичні засоби, складає 10%.

Надзвичайно важливим аспектом проблеми є високі темпи поширення ВІЛ-інфекції, гепатиту, венеричних інфекцій серед споживачів наркотиків. Це зумовлене переважанням ін'єкційного способу вживання наркотиків у нашій країні. Зокрема, на даний час констатується так звана «друга хвиля» інфікування ВІЛ, яка охоплює сексуальних партнерів наркозалежних (перша хвиля стосувалась безпосередньо споживачів наркотиків).

Наркоманія (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.

Через деяке негативне значення, яке закріпилось за цим словом, у 1964 році ВООЗ запропонувала альтернативний термін *залежність від психоактивних речовин (ПАР)*, який сьогодні рівноправно використовується в медичній літературі.

Випадки епізодичного чи помірного вживання ПАР без розвитку залежності від них носять назву *наркотизму* або *періодичної наркотизації*.

Наркотик – речовина, що при одноразовому вживанні здатна викликати прismsний 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. Цей перелік складається на основі міжнародних конвенцій про наркотики та психотропні речовини.

Термін «наркотична речовина» включає три критерії:

- медичний;
- соціальний;
- юридичний.

Вони пов'язані між собою і в правовому аспекті зобов'язують визнавати речовину наркотичною лише за умови, якщо вона відповідає всім 3 критеріям.

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

Соціальний критерій полягає в тому, що немедикаментозне вживання даного засобу набуває таких масштабів, які становлять серйозну суспільну небезпеку.

Юридичний критерій базується на обох вищезгаданих і вимагає законодавчого внесення відповідної речовини до списку наркотиків.

Класифікація наркотичних речовин ВООЗ (1990р.):

1. Опіати.
2. Депресанти (седативні, снодійні, транквілізатори).
3. Стимулятори (кокаїн, амфетамін, кофеїн, кат – рослина, що містить ефедриноподібну речовину, поширена в Азії).
4. Галюциногени.
5. Інші речовини (канабіс, інгалянти, фенциклідін, кава і бетель).

Психоактивна токсична речовина може мати ті ж самі властивості, що й наркотики, але соціальна небезпека її вживання дещо менша, і офіційно наркотиком вона не визнана. Деякі речовини за різних часів то вважали наркотиками, то не вважали такими, наприклад, барбаміл, ефедрин.

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

Для характеристики дії кожної з ПАР виділяють наступні розлади:

- **Гостра інтоксикація** – стан, що настає слідом за вживанням алкоголю чи іншої ПАР і призводить до чисельних психічних та соматичних порушень.
- **Хронічна інтоксикація** ПАР, що проявляється синдромами зміненої реактивності, психічної та фізичної залежності.

Синдром психічної залежності включає в себе нав'язливий (обсесивний) потяг до приймання ПАР з метою викликати задоволення або уникнути дискомфорту.

Ознаки синдрому: незадоволення відсутністю наркотика, пожвавлення при згадці про нього, некритичне ставлення до наркотизації. Поступово формується стійке переконання, що існуючий дискомфорт можна здолати лише за допомогою чергової дози ПАР, і що її вживання є найвищою насолодою в житті. 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 від тривоги та турбот. Стан інтоксикації стає для нього новою нормою.

Синдром фізичної залежності складається з імперативного (компульсивного) потягу до інтоксикації звичним наркотиком та абстинентного синдрому.

Компульсивний потяг (compulsion – примушування) – нездоланне прагнення до наркотизації, яке сягає інтенсивності вітальних потягів (голоду, спраги). Він визначає настрої хворого, його поведінку, рівень критики. Всі думки та прагнення хворого спрямовуються на пошук наркотику і здолання перешкод на своєму шляху. Комппульсивний потяг, на відміну від психічного, супроводжується вегетативними знаками: розширенням зіниць, гіпергідрозом, сухістю у роті та тремором. Задовольнити його може лише вживання наркотику.

Абстиненція (abstinence – позбавлення задоволення) – це сукупність соматичних, нейровегетативних та психічних порушень, що виникають після припинення наркотизації за умови сформованої залежності від наркотика.

Синдром зміненої реактивності складається із змін форми вживання, змін форми сп'яніння, змін толерантності і втрати захисних реакцій.

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 для алкоголіків щоденна алкоголізація є не тільки нормальною, а й бажаною, оскільки перерва у вживанні викликає погіршення соматичного стану.

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; барбітурати у здорових людей викликають сон, а у барбітуромана – стимулюючий ефект.

Першою змінюється інтенсивність ейфорії, потім поступово змінюється її якість аж до розвитку лише тонізуючого ефекту замість ейфоричного.

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.

Втрата захисних реакцій на передозування. На початку наркотизації захисні вегетативні реакції присутні завжди (при алкоголізмі – це блотовний рефлекс). Зменшення, а потім 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.

Аддиктивна поведінка (addictive behavior – шкідлива звичка) – це зловживання різноманітними ПАР, у тому числі спиртними напоями та тютюном, до того, як від них сформувалась фізична залежність.

Цей термін створений для тих випадків, коли мова йде не про хворобу, а лише про порушення поведінки. Термін «аддикція» часто використовується як синонім залежності.

З'явилась нова наука — **аддиктологія**, або наука про залежності.

Сьогодні аддиктологія вивчає такі види залежностей:

- *хімічні* — наркотична аддикція (включаючи токсикоманію), алкогольна і тютюнова адикції;
- *нехімічні* — комп'ютерні, ігрові (включаючи й комп'ютерні ігри), трудові залежності;
- *маловіомі харчові, любовні та сексуальні залежності, залежності від людей, предметів та подій* тощо.

Аддиктивна поведінка в цілому пов'язана з бажанням людини відійти від реального життя шляхом штучної зміни стану своєї свідомості. Фармакологічні (хімічні) залежності, такі як різні види наркоманій, алкоголізм, тютюнопаління, токсикоманія, передбачають регулювання свідомості та емоцій за допомогою хімічних речовин.

При нехімічних видах залежностей універсальним фактором, що регулює стан свідомості та емоцій, є певні дії, поведінка. Проте і хімічні, і нехімічні види залежностей мають певні спільні риси та механізми формування.

Ризик переходу аддиктивної поведінки у хворобу неоднаковий для різних наркотиків. Наприклад, для опіатів він складає 19-38%, а для алкоголю 12%. Внутрішньовенне введення наркотиків значно підвищує ризик захворювання.

Мотиви аддиктивної поведінки:

1. Соціально-психологічні (традиції, особливості культури, особистісна нестійкість).
2. Ті, що відображають бажання змінити самопочуття (бажання отримати задоволення, бажання зняти тривожність, бажання підвищити працездатність).
3. «Патологічна мотивація» (фіксація патологічного потягу у свідомості, прагнення уникнути абстиненції, само руйнівна поведінка).

Часто домінуючим мотивом аддиктивної поведінки у молоді визнають так звану конфронтацію поколінь – протест проти духовних цінностей батьків або домінуючий в нашу епоху культ споживання, бажання споживати щастя як товар.

Близько 20% підлітків вірять у те, що наркотики стимулюють творчі здібності, і багато з них переконані у цілющій силі алкоголю в малих дозах.

Мотивація залежить від акцентуації характеру. Особи нестійкого типу шукають можливість розважитись. Шизоїду важливо заглушити внутрішні переживання, полегшити контакт з однолітками та стимулювати аутистичні фантазії.

Коли формується психічна залежність, то основною мотивацією є потяг – потреба змінити свій психічний стан. А при фізичній залежності головним мотивом зловживання є страх перед абстиненцією.

Організація наркологічної допомоги в Україні

Основні принципи організації наркологічної допомоги:

- профілактична спрямованість;
- раннє виявлення та диспансерний облік хворих;

- поетапне лікування;
- реабілітація хворих.

Структура наркологічної допомоги

1. *Позалікарняна наркологічна допомога* (наркологічні диспансери, наркологічні кабінети).
2. *Лікарняна наркологічна допомога* (наркологічні лікарні, наркологічні відділення при психіатричних лікарнях).
3. *Лікувально-реабілітаційні установи* (лікувально-трудова профілакторія, лікувально-трудова майстерня).
4. *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.

Амбулаторна наркологічна допомога є основним видом допомоги хворим даного профілю. Не менше 70% хворих, що перебувають на диспансерному обліку можуть успішно лікуватись амбулаторно і не мають потреби в госпіталізації.

Стаціонарне лікування.

Невідкладними показаннями до госпіталізації в наркологічний або загально психіатричний стаціонар є:

- гострі алкогольні або інтоксикаційні психози і пренсихотичні стани;
- загострення хронічних алкогольних або інтоксикаційних психозів;
- загострення супутніх психічних захворювань;
- важкі запійні стани, які не вдалося зняти амбулаторно.

Показаннями до планової госпіталізації в наркологічний стаціонар є:

- стани компульсивного потягу до наркотичної речовини або алкоголю, які не вдається коригувати амбулаторно;
- використання методів лікування, не можливих без госпіталізації;
- сімейно-соціальні фактори.

Планова госпіталізація наркологічних хворих відбувається виключно за згодою самого пацієнта.

Примусове лікування хворих на наркозалежність та алкоголізм спрямоване на попередження соціально небезпечних наслідків залежності, усунення анозогнозії та допомогу хворим, що втратили контроль за своїм станом.

Примусове лікування наркологічних хворих можливе у 3 формах:

Перша форма – примусовий захід медичного порядку, який застосовується за рішенням суду щодо наркозалежних осіб, що скоїли правопорушення (спеціальні наркологічні відділення в місцях позбавлення волі або психіатричні заклади з посиленням режимом). Термін такого лікування встановлюється судом.

Друга форма – примусове лікування в лікувально-трудова профілакторія (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 можуть надсилати також члени їх сімей. Строк примусового лікування в ЛТП складає 1-2 роки.

На сьогодні в Україні оглядається питання про скасування даної форми примусового лікування як малоефективної та такої, що порушує демократичні засади.

Третя форма – примусове лікування осіб, хворих на хронічний алкоголізм, які страждають тяжкими супутніми захворюваннями, що перешкоджають їх перебуванню в ЛТП, інвалідів I-II груп, чоловіків старших 60 років, жінок старших 55 років.

Профілактичні наркологічні огляди

Їх проведення регламентується наказом МОЗ України № 339 від 18.11.1997р. метою цих заходів є виявлення хворих на залежність від ПАР, а також визначення наявності чи відсутності протипоказань до виконання функціональних обов'язків.

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, МО, СБУ, ЗС, пожежної охорони, митниці та податкової адміністрації. До цього переліку включено велику групу професій, у тому числі і медпрацівники.

Профілактичний наркологічний огляд громадян проводиться у наркологічному закладі за місцем їх проживання і включає лікарський наркологічний огляд, психологічне тестування та медичне лабораторне обстеження.

Лабораторно визначається активність гама-глутамілтрансферази сироватки крові, а психологічне тестування полягає в застосуванні тесту «Аудит» та «Тесту клінічного скринінгу», які затверджені ВООЗ як методики, що дозволяють виявляти до 99% осіб, хворих на алкоголізм.

Основні методи лікування наркологічних хворих

Повний курс лікування від наркоманії проходить звичайно в чотири етапи, з яких перші два носять специфічно медичний характер, а у двох наступних переважають виховні міри.

Перший етап - нейтралізації отрути в організмі (детоксикація). Ціль лікувальних заходів полягає в ліквідації отруєння організму наркотичними речовинами або проявів абстинентного синдрому.

Нейтралізація передбачає:

- видалення ще не засвоєної організмом отрути;
- підтримка основних життєво важливих функцій організму;
- виведення отрути, уже засвоєної тканинами організму;
- застосування спеціальних мір - залежно від виду наркотичних речовин, що вживалися пацієнтом.

На цьому етапі принциповим є питання про позбавлення хворого можливості приймати наркотики. Але раптова й повна заборона наркотичних речовин недоцільна, оскільки в процесі розвитку абстинентного синдрому можуть наступити небезпечні для життя ускладнення.

Повна заборона наркотиків безпечна лише в тому випадку, якщо вони ще не викликали фізичної залежності. В інших випадках доцільніше знижувати дози наркотику поступово.

Другий етап - усунення наслідків отруєння. Це насамперед всі порушення функцій внутрішніх органів (печінки, нирок, легенів і ін.), патологічні зміни нервової системи й інші розлади.

Медичні міри на цьому етапі спрямовані на лікування хворого з метою нормалізації виниклих в організмі змін і на загальне зміцнення організму.

Третій етап - відповідні заходи щодо подолання звички. У цій фазі лікування переважає виховний вплив. Ціль - викликати у хворого негативне відношення до наркотичної пристрасті.

Четвертий етап - ресоціалізація (соціальна реабілітація) наркомана. Ціль цих заходів - повернення людини до нормального суспільного життя.

Як бачимо, представлені етапи терапевтичного курсу утворюють єдине ціле і їх не можна відокремлювати один від іншого. Медичні заходи повинні виступати поряд із впливами виховними, психотерапевтичними.

Лікування хворого наркоманією - завдання досить складне з ряду причин.

Одна з них - ворожість більшості наркоманів до лікування, тому що вони або не хочуть порвати з пороком, або не довіряють методам, що застосовуються лікарями.

Інша причина - порушення абстиненції, найчастіше під впливом середовища, коли виникає своєрідний ефект «обертювих дверей». Про це свідчать самі наркомани. «...Зустрічаю старих друзів, і, немов за звичаєм, «востаннє» приймаємо наркотик. «Востаннє» повторюється при наступній зустрічі. І так - по колу».

І, нарешті, варто визнати, що досить істотні труднощі - недостатня ефективність застосовуваних методів лікування. Практикуючі фахівці з боротьби з наркоманією відзначають: поки що результати не дають приводу для особливого оптимізму, тому що позитивних зрушень можна домогтися тільки в спеціалізованих відділеннях або центрах, що мають колектив співробітників різних спеціальностей: терапевтів різних профілів, психологів, психотерапевтів, психіатрів і педагогів.

Ідеальним успіхом курсу спеціальної терапії була б добровільна стійка відмова хворого від наркотиків, але такий підхід у закоренілих наркоманів зустрічається дуже рідко:

Примусове ж або вимушене утримання від наркотиків не вирішує суті проблеми. Більшим досягненням у лікуванні є здатність довести наркомана до стану по можливості найбільш тривалого обмеження у вживанні одурманюючих речовин і зосередження його уваги на необхідності рішення власних психічних і соціальних проблем, причому навіть при незначному спочатку обмеженні прийому наркотиків.

Варто сказати, що навіть у тому випадку, коли наркоман сам звертається із проханням про допомогу, це далеко не завжди можна ототожнювати з бажанням вилікуватися. У більшості осіб, що звертаються в спеціальні установи, подібне рішення вимушене й обумовлено конкретною життєвою ситуацією. З одного боку, стан здоров'я в результаті тривалого споживання наркотиків настільки погіршується, що наркоман починає шукати допомоги, а з іншого боку - його суспільний і родинний стан стає настільки нестійким, що виникає нагальна потреба в лікуванні. Нерідко можна зустрітися й зі спробою сховатись в лікарні від правоохоронних органів.

Програму «12 кроків» було сформульовано 1935 року в Америці. Філософія її дуже проста. Людина визнає власне безсилля перед наркотиками, алкоголем або певною іншою залежністю. Це - перший крок до одужання. Далі вона з нею не бореться, а не допускає в своє життя. Не ходить у місця, де продається згубне зілля, не бере в руки чарку. Не спілкується з тими, хто колеться або п'є. Вона визнає, що не в змозі подолати свою залежність самотужки, а лише спільно, з такими ж людьми, як і вона сама. Збираючись разом, групами, і розповідаючи одне одному про свою біду, можна позбутися важкої недуги, якою є наркотики, алкоголь або інша залежність. Це закриті групи. Анонімність - основа існування таких співтовариств. А збори таких груп - найефективніший шлях до одужання.

У середині тридцятих років алкоголізм у США прийняв характер національного лиха. Люди, що страждали і вмирили від нього, переконалися, що традиційні звертання до лікарів, психіатрів, психологів не ведуть до успіху. І тоді ці люди вирішили об'єднатися в організацію, у якій вони допомагали б собі самі. Організацію назвали «Анонімні алкоголіки».

З 1935 року в США, а потім і в усьому світі з'явилися групи АА. Члени АА знайшли метод, що дозволив їм кинути пагубні пристрасті і повернутися до нормального життя.

Вихідна теза АА - алкоголізм є хвороба, більш того, хвороба невиліковна. Цей факт необхідно визнати. Його треба зрозуміти, і, як і при багатьох інших хворобах, ввести внутрішню заборону на вживання визначеного набору продуктів (наприклад, при діабеті - вуглеводи, при подагрі - щавель, при захворюваннях нирок - гостру їжу і т.п.).

Член АА розуміє, що саме в його власній владі рішення гамлетівського питання « чи бути, чи не бути » у його граничному формулюванні - жити, чи не жити. Він хворий, і щоб не умерти від хвороби, треба зажадати від самого себе виконання ряду умов-обмежень, але результатів він досягне, лише послідовно пройшовши ті дванадцять кроків, що складають Програму. От ці кроки, та концентрована Програма, що має бути прийнята і виконана хворим.

ДВНАДЦЯТЬ КРОКІВ ВИДУЖАННЯ

1. Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що втратили контроль над собою.
2. Прийшли до переконання, що тільки Сила, більш могутня чим ми, може повернути нам розсудливість.
3. Прийняли рішення передоручити нашу волю і наше життя Богоу, як ми Його розуміли.
4. Глибоко і безстрашно оцінили себе і своє життя з моральної точки зору.
5. Визнали перед Богом, собою і якою-небудь іншою людиною щирю природу наших оман.
6. Цілком підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас від наших недоліків.
7. Смирено просили Його виправити наші вади.
8. Склали список усіх тих людей, кому ми заподіяли зло, і сповнилися бажання загладити свою провину перед ними.
9. Особисто відшкодовували заподіяний цим людям збиток де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм.
10. Продовжували самоаналіз і, коли допускалися помилки, відразу визнавали це.
11. Прагнули шляхом молитви і міркування поглибити зіткнення з Богом, як ми розуміли Його, молячи лише про знання Його волі, що нам слід виконати, і про дарування сили для цього.
12. Досягши духовного пробудження, до якого привели ці кроки, ми намагалися донести зміст наших ідей до інших алкоголіків, і застосовувати ці принципи у всіх наших справах.