

Лекція №7

Алкоголізм. Алкогольні психози. Лікування алкоголізму. Експертиза. Прогноз.

Алкоголізм є найпоширенішим видом токсикоманій. Алкоголь – речовина, що токсично діє на організм людини, передусім на ЦНС.

Просте алкогольне сп'яніння. Стан гострої інтоксикації без явищ психозу, викликаний прийманням спиртних напоїв, називають простим алкогольним сп'янінням.

Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені сп'яніння.

Легкий ступінь проявляється ейфорією, гіперемією обличчя, загальним збудженням, тахікардією та підвищенням АТ до 130-150/80-95 мм рт. ст. Порушень мовної артикуляції та координації рухів не спостерігають. Концентрація алкоголю в крові становить 0,5 – 1,5 ‰.

При **середній тяжкості** сп'яніння ейфоричний настрій змінюється на депресивний або дратівливий. Можливі імпульсивні вчинки. Мова стає уривчастою, порушується координація рухів. З'являється тахікардія, АТ сягає 140-180/90-110 мм рт. ст. Концентрація алкоголю в крові дорівнює 1,5 – 3 ‰.

Тяжкий ступінь простого алкогольного сп'яніння супроводжується виключенням свідомості (від оглушення до сопору і коми). Концентрація алкоголю в крові становить 3 – 5 ‰. Смертельним є приймання такої кількості алкоголю, при якій його рівень в крові перевищує 5 ‰.

Лікування проводять при тяжкому ступені сп'яніння. Для припинення всмоктування алкоголю промивають шлунок 1,0-1,5л слабого розчину калію перманганату, при необхідності через зонд. Можна викликати блювання шляхом п/ш введення 0,25-0,50мл 1% розчину апоморфіну. Одночасно вводять 1мл кордіаміну або 1мл 20% розчину кофеїну. Слід дати прийняти 5-8 крапель нашатирного спирту на півсклянки води. При алкогольній комі хворого необхідно негайно госпіталізувати в стаціонар для проведення інтенсивної терапії.

Від простого алкогольного сп'яніння істотно відрізняється **патологічне сп'яніння** – короткочасний гострий психоз, що виникає раптово після вживання невеликих доз алкоголю особами, які не страждають на алкоголізм.

Цей стан зустрічається досить рідко (у літературі не описано випадків повторного патологічного сп'яніння у однієї й тієї ж людини) і може тривати від півгодини до доби.

В клінічній картині домінуючим є сутінкове затьмарення свідомості з вираженими афективними розладами (страх, тривога, гнів), маячнею, галюцинаціями загрозливого змісту та руховим збудженням часто з руйнівними, суспільно небезпечними та протиправними тенденціями.

Зовні дії хворих здаються доцільними і цілеспрямованими, у них відсутні фізичні симптоми сп'яніння (хитка хода, плутана голосна мова).

Після патологічного сп'яніння спостерігається амнезія. Осіб, що скоїли злочин у стані патологічного сп'яніння, судово-психіатрична експертиза визнає неосудними.

Патологічне сп'яніння розвивається у осіб з захворюваннями ЦНС або після ЧМТ, особливо при наявності додаткових астенизуючих факторів (перевтома, безсоння, недоїдання, супутні соматичні захворювання); у хворих на епілепсію чи при епілептоїдній психопатії.

Пацієнт К., 42 лет, известный хирург. На протяжении почти недели много оперировал, мало спал. Был вызван по санитарной авиации в районную больницу. Ночью провел сложную операцию, которая завершилась лишь к четырем часам утра. Коллега предложил, «чтобы уснуть», выпить немного коньяка. Выпил 150 г, лег спать в кабинете заведующего отделением. Последующие события амнезировал, хотя они и были предметом разбирательства судебных экспертов. Через 20 минут встал и, по свидетельству персонала, вошел в палату, где находилась только что оперированная пациентка, пытался ее изнасиловать. Агрессивно противодействовал персоналу, разбил окно палаты. После фиксации уснул, события опьянения амнезировал.

Хронічний алкоголізм є одним із різновидів токсикоманії і складається з таких синдромів:

- патологічного потягу до приймання спиртних напоїв;
- зміни толерантності (стійкості) до алкоголю;
- синдрому фізичної залежності;
- комплексу соматоневрологічних порушень алкогольного генезу, психічних розладів.

Серед популяції населення, яка приймає спиртні напої, в 5-10% розвивається хронічний алкоголізм.

Розрізняють **три стадії хронічного алкоголізму**.

Перша (початкова) стадія – псевдонебрастенічна.

У цій стадії формується патологічний потяг до приймання спиртних напоїв у формі *психічної залежності* (хворого постійно «тягне» до спиртного), толерантність до алкоголю зростає в 3-5 разів, але абстинентного синдрому немає.

Соматоневрологічні порушення мають функціональний характер. Характерним є симптом анозогнозії, тобто заперечення факту хвороби. Соціально-трудовий статус здебільшого не змінений.

У другій (наркоманічній) стадії формується *алкогольний абстинентний синдром (ААС)* як прояв *фізичної залежності*.

Основними його симптомами є: загальний тремор, тахікардія, підвищення АТ, пітливість, спрага, нудота, втрата апетиту, пронос, зниження настрою, тривога, фізична слабкість, порушення уваги, розлади сну. Щоб позбутися цих неприємних проявів, хворий змушений прийняти відповідну дозу алкоголю, тобто похмелитись.

Толерантність до спиртних напоїв зростає в 5-10 разів. Змінюється характер алкогольного сп'яніння: замість ейфорії виникає знижений настрій із дратівливістю та настирливістю.

У другій стадії алкоголізму суттєво змінюється характер хворого. На фоні егоїзму і брехливості розвивається **психопатизація** за такими варіантами:

- **Експлозивний.** Хворі стають дуже дратівливими, брутальними, озлобленими. З найменшого приводу вони починають конфліктувати, найчастіше з членами сім'ї.
- **Істеричний.** Для поведінки хворих характерні хвалькуватість, істероїдні реакції (показний плач, гнів, погрози закінчити життя самогубством).
- **Астенічний.** Хворі знесилені, не можуть упоратися з незначним фізичним чи розумовим навантаженням, стають нерішучими.
- **Апатичний.** Розвивається байдужість до родичів, близьких, самого себе, роботи, свого соціального стану, наростають емоційне спустошення і прояви апатико-абулічного синдрому.

У цей період хвороби функціональні соматоневрологічні порушення переростають в органічні. Розвиваються гепатит, панкреатит, гастрит, ентероколіт, алкогольна міокардіопатія, нефрит, гостра та хронічна енцефалопатія, поліневрит. У першій половині другої стадії ці порушення перебігають без вираженого больового синдрому. Пізніше з'являється біль, який практично не знімається безпечними чи протиспазматичними засобами і минає або зменшується після приймання невеликої дози алкоголю.

У 10% хворих виникають алкогольні психози.

У третій (*енцефалопатичній*) стадії хвороби пияцтво набуває сталого характеру, але *толерантність до алкоголю різко знижується*.

Соматоневрологічні зміни стають незворотними. У деяких хворих розвивається хронічний психоз на фоні алкогольної енцефалопатії. Як правило, розпадається сім'я, хворий втрачає роботу і житло. Розвивається повна моральна і фізична деградація.

Лікування алкоголізму ефективне в першій і на початку другої стадії алкоголізму. Основними передумовами ефективності такого лікування є:

- безперервність і тривалість;
- повна відмова від вживання алкоголю на період лікування;
- комплексність використання різних методів терапії;
- максимальна індивідуалізація;
- поетапність та спадковість терапевтичних заходів.

У лікуванні алкоголізму виділяють 4 етапи.

На першому етапі необхідно обірвати запій і зняти ААС.

На другому етапі основною задачею є проведення активної антиалкогольної терапії з метою вироблення відрази до спиртних напоїв та стійкого пригнічення потягу до алкоголю.

Застосовують специфічну протиалкогольну терапію. *Умовно-рефлекторне лікування (УРЛ)* спрямоване на вироблення негативного рефлексу на запах і смак алкоголю. Застосовують речовини, що викликають блювання (апоморфін, еметин, відвар баранців). Введення їх поєднують з прийманням невеликої кількості алкоголю, що викликає блювотний рефлекс. Алкоголь дають понюхати в момент настання нудоти, а випити – при позивах на блювання. Для вироблення умовного рефлексу слід провести 20-25 таких сеансів.

Метод сенсibilізації полягає у створенні підвищеної чутливості організму до алкоголю. З цією метою застосовують тетурам (антабус) по 0,5г вранці.

Перед початком лікування тетурамом хворого необхідно попередити щодо можливих ускладнень при вживанні цього препарату і отримати його письмову згоду на такий вид терапії. Окрім суто юридичного аспекту, така розписка має і психотерапевтичне значення, її підшивають до історії хвороби.

У осіб, що приймали антабус, поновлення приймання алкоголю викликає порушення функції внутрішніх органів і вегетативні розлади. У тому, що його організм погано переносить алкоголь, хворий переконується за допомогою спеціальних алкогольно-антабусних проб.

Ефективною є *психотерапія (кодування)* за методом О.Довженка і п/ш імплантація препарату «Еспераль» (тетурам пролонгованої дії).

Третій етап лікування – запобігання рецидивів, тобто вторинна профілактика. Продовжують психотерапевтичне лікування, призначають додаткові курси УРЛ або сенсibilізуючої терапії.

Тривалість підтримуючої терапії складає до 5 років, але це ще не означає, що по її завершенні можна говорити про повне одужання. Ремісія може тривати 10-15 років. До цього часу варто говорити про тривалу ремісію.

Четвертий етап – реабілітація хворих, повернення їх до нормальної професійної діяльності, відновлення соціальних зв'язків та ліквідація медичних наслідків зловживання алкоголем.

На жаль реальна ефективність антиалкогольної терапії доволі низька. Ремісії більше 1 року досягають не більше ніж 20% хворих на алкоголізм. Знімаються з обліку близько 5 % пацієнтів.

У більшості хворих відбуваються рецидиви. Така ситуація пов'язана з низьким рівнем організації підтримуючого та реабілітаційного етапів лікування, значення яких часто недооцінюють.

Алкогольні психози

Приблизно в 10% хворих на хронічний алкоголізм розвиваються гострі й хронічні алкогольні психози.

До **гострих алкогольних психозів** відносять:

- білу гарячку (алкогольний делірій);
- гострий алкогольний галюциноз;
- гострий алкогольний параноїду.

До **хронічних алкогольних психозів** відносять:

- хронічний алкогольний галюциноз;
- алкогольне маячення ревнощів;
- Корсаковський психоз;
- Алкогольний псевдопараліч.

Серед психозів найчастіше виникає **алкогольний делірій** (біла гарячка). Клінічна картина характеризується в основному наявністю деліріозного синдрому. **Деліріозний синдром** проявляється дезорієнтацією в часі й просторі із збереженням орієнтації у власній особистості. При цьому з'являються зорові, тактильні та слухові галюцинації.

Переважають зорові галюцинації: мухи, жуки, таргани, миші, пацюки. Рідше хворі бачать людей. Зорові галюцинації можуть мати фантастичний характер (чорти, чудовиська). Стан делірію звичайно короткочасний, навіть без лікування він минає через 3-5 днів. Інколи психоз затягується на 1-1,5 тижні.

Біла гарячка супроводжується соматоневрологічними розладами: виражена пітливість, гіперемія шкіри, тахікардія, коливання АТ, збільшення печінки, тремор рук, голови, тремтіння всього тіла (звідси назва хвороби *delirium tremens*, що означає тремтячий делірій), субфебрильна температура. Інколи психоз може набувати форми фебрильного делірію, при якому температура тіла підвищується до 39°C, і протягом доби після різкого погіршення загального стану хворий раптово помирає при явищах гострої серцево-судинної недостатності.

Хворі, що перенесли алкогольний делірій, як правило, здатні пригадати більшу частину своїх галюцинаторних переживань.

Пацієнт Д., 38 лет. Запой отмечаются на протяжении года и продолжаются до недели, светлый промежуток 1—2 месяца. После очередного запоя через 2 дня вечером стал испытывать нарастающую тревогу и неопределенный страх, пить уже не мог, так как «постоянно тошнило», был выраженный тремор. Увидел перед окном повешенных, тела которых раскачивал ветер. Выбежал полуобнаженным на улицу. Улица показалась особенно мрачной и странной. Заметил, что это ощущение связано с тем, что вдоль обочины находятся закопанные по пояс тела умерших, которые, пытаясь выбраться из земли, направляются к нему. Заперся дома, приготовил топор. Сотрудников скорой помощи принял за «живых мертвецов». В отделении просил его не мучить и поскорее убить, видел падающий потолок, за которым на него «кто-то смотрел».

Невідкладна долікарська допомога. Хворим, у яких психоз розвинувся при яскравих проявах ААС, показана *суміш С.А. Попова*: 0,4г фенобарбіталу (або будь-який інший снодійний препарат у чотирикратній одноразовій дозі) подрібнюють, змішують із 30-50мл 96% етилового спирту, додають 70-80мл води і дають хворому випити. Спирт можна замінити горілкою (120-150мл). Приймання цієї суміші усуває або значно зменшує прояви абстиненції, а інколи викликає сон. З метою дезінтоксикації вводять натрію тіосульфат і унітіол.

Необхідно якнайшвидше госпіталізувати хворого в найближчий наркологічний, психіатричний чи соматичний стаціонар. При вираженому психомоторному збудженні слід ввести аміназин і реланіум (седуксен, сибазон). Під час транспортування хворого вживають заходи безпеки, щоб хворий не вистрибнув з автомобіля і не завдав травм особам, які його супроводжують.

Гострий алкогольний галюциноз – це психоз, який характеризується наявністю слухових галюцинацій, але перебігає при ясній свідомості із збереженням орієнтації у часі, просторі та власній особистості.

Гострий галюциноз виникає в період ААС або під час запою. Клінічна картина визначається слуховими галюцинаціями, що мають характер монологу, діалогу з тематикою звинувачення

хворого в пияцтві, спогадами про його минулі вчинки, загрозою жорстокої розправи, яку він заслужив. Зорові та тактильні галюцинації зустрічаються рідко.

Пациент С., 45 лет. Алкогольный стаж 10 лет, запои последний год продолжительностью 2 недели, толерантность до 1 литра водки в сутки. Прекратил пить вынужденно, так как попал в хирургическое, а затем в реанимационное отделение после язвенной перфорации желудка. Через два дня в отделении стал слышать, как персонал договаривается ночью распустить ему швы и провести эксперимент по оживлению «какого организма». Этим намерениям противодействовал некий позитивный врач, который строго приказал ему спрятаться, как только в палату кто-нибудь зайдет. Это он и осуществил. При переводе в психиатрический стационар уверял, что судя по всему эти эксперименты продолжаются и здесь, так как в коридоре вечером постоянно перешептываются, «это, вероятно, масштабная программа, в которой участвует разведка». Таинственно сообщил, что голос позитивного врача становится сильнее, и он приказывает ему не рассказывать о деталях плана. Суть плана заключается в противодействии «получения внутренних органов, которые переправляются за границу». Продолжительность психотического периода 1 месяц.

Іноді у хворих формується своєрідна система «стосунків з голосами», вони вилітаються в повсякденну життєдіяльність і формується ряд захисних прийомів щодо них. *Наприклад, один хворий, якому голоси наказували повіситись, довго намагався уникнути цього, але врешті зрозумів, що «нікуди не дінеться», взяв крюк і мотузку, але вбив крюк у найгнилишу балку, наперед знаючи, що вона не витримає ваги його тіла. В результаті балка дійсно надламалась і пацієнта відвезли до лікарні, де він з гордістю повідомив, що він «їх перехитрив».*

Внаслідок галюцинацій домінують афекти напруженої тривоги, страху, відчаю, які посилюються ввечері й вночі. Свідомість збережена. Алкогольний галюциноз триває 2-4 тижні. Критичне ставлення до свого хворобливого стану під час гострого психозу відсутнє. Симптоми хвороби мають тенденцію до посилення у вечірній та нічний час. Якщо симптоми психозу не зникають протягом місяця і більше, психоз вважають затяжним.

Гострий алкогольний параноїд – це психоз алкогольної етіології, який проявляється маяченням стосунків, переслідування або ревнощів.

Зустрічається рідко – 3% алкогольних психозів.

Хворий впевнений, що йому загрожує фізична розправа або отруєння. Багатьох людей, які його оточують, він вважає переслідувачами, в їх міміці, словах і діях він вбачає загрозу для свого життя. Вчинки таких хворих стають імпульсивними: вони раптово починають тікати, на ходу вистрибують із транспорту, звертаються до міліції з вимогою захистити їх від злочинців. При маяченні отруєння відмовляються споживати їжу або готують її самі в окремому посуді. Здебільшого гострий алкогольний параноїд минає через декілька днів або тижнів, інколи затягується на кілька місяців.

Алкогольне маячення ревнощів найчастіше виникає в осіб понад 40 років при спричиненій алкоголізмом значній зміні особистості та імпотенції. При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини.

При гострому алкогольному галюцинозі хворий, який боїться розправи або виконує наказові галюцинації, може здійснити небезпечні дії (самогубство).

Невідкладна долікарська допомога полягає у в/м введенні аміназину або галоперидолу і діазепаму (седуксену, реланіуму, сибазону). Хворий на гострий психоз підлягає негайній госпіталізації в психіатричну лікарню.

Хронічний алкогольний галюциноз триває місяці й роки, клінічно нагадує шизофренію. Дефекту особистості за шизофренічним типом немає. Але на відміну від неї, поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій.

Хворий звикає до них і намагається не звертати уваги. Голоси нагадують йому про минулі невдачі, промахи, розбирають «помилки життя», докоряють за пияцтво. У перші місяці хворі обороняються несправедливими, на їх думку, звинуваченнями, вступають в суперечки з голосами, вимагають залишити їх у спокої, але потім поступово звикають до них і перестають звертати увагу на них.

При хронічному галюцинозі відсутні афекти страху та тривоги, які властиві гострим формам.

Алкогольне маячення ревнощів – це досить розповсюджений психоз, проявляється у формі маячення ревнощів з немотивованими, безглуздими ідеями подружньої зради. Маячення має переважно паранояльну структуру.

Хворий вибудовує цілу систему доказів подружньої невірності: дружина стала байдужою до нього як жінка, не дбає про нього, відмовляє у близькості (насправді, як правило, це зумовлене алкогольною імпотенцією та соціальною деградацією хворих на алкоголізм).

Беззаперечними доказами зради вважається те, що дружина подивилає на випадкового перехожого, довго говорила по телефону, багато уваги надає своїй зовнішності тощо. Хворі починають шпигувати за своїми дружинами, ведуть з ними довгі «викривальні» бесіди, вимагаючи зізнання.

Ідеї ревнощів домінують у свідомості хворого і впливають на оцінку минулих подій.

Корсаковський поліневритичний психоз характеризується наявністю Корсаковського синдрому (посадання фіксаційної, ретроградної чи антероградної амнезії з псевдоремінісценціями, рідше конфабуляціями при зниженій психічній активності) та поліневриту.

Початок психозу переважно гострий. Першим проявом психічних розладів буває фіксаційна, а інколи ретроградна амнезія тривалістю від кількох днів до декількох років. Деякі хворі прогалини в пам'яті заповнюють конфабуляціями. При вираженій фіксаційній амнезії і конфабуляціях може розвинути амнестичне дезорієнтування в місці, часі й особах, які оточують їх. Виникають млявість, пасивність, зниження спонукань, підвищена втомлюваність. Неврологічний стан характеризується симптомами невритів з атрофією м'язів кінцівок та послабленням або відсутністю сухожильних рефлексів.

Алкогольна енцефалопатія Гайє-Верріке розвивається здебільшого в третій стадії алкоголізму і є найбільш характерним проявом масивної й тривалої дії алкоголю на головний мозок.

Це ураження головного мозку найчастіше розвивається при органічній недостатності мозку в умовах масивної інтоксикації сурогатами, при супровідних соматичних захворюваннях, неповноцінному харчуванні, авітамінозі й дії інших факторів, які ослаблюють організм. Досить часто ці стани розвиваються в осіб, які лікувались тетурамом, але продовжували зловживати спиртними напоями, особливо сурогатами.

Клінічно алкогольна енцефалопатія починається з деліріозного синдрому, розвиваються судомні пароксизми, хворі знаходяться в стані оглушення, наростають явища гострої інтоксикації та неврологічні розлади, загально соматичний стан дуже важкий (порушення серцево-судинної та дихальної діяльності, наростає зневоднення).

Прогноз несприятливий.

Алкогольний псевдопараліч – це хронічна енцефалопатія з прогресивним перебігом і глобальним порушенням пам'яті, почуттів та мислення, клініка якої нагадує прогресивний параліч (звідси назва «псевдопараліч»).

У хворих виявляють виражене зниження рівня суджень, некритичне ставлення до себе і людей. Вони безцільно блукають у парках, на вокзалах, у місцях громадського харчування, мандрують у приміських поїздах. Настирливо чіпляються до людей, «впізнають знайомих», які цих хворих ніколи не бачили, пригадують їм свої заслуги, жебрають на виживку.

Хворі з хронічними алкогольними енцефалопатіями здебільшого повністю непрацездатні, а інколи навіть потребують постійного стороннього нагляду. Лікування є відносно ефективним лише на початкових стадіях енцефалопатії (кращий прогноз при Корсаківському психозі). Воно передбачає введення великих доз вітамінів групи В і ноотропних засобів на фоні загально зміцнювальної терапії і належного харчування.

Практичні поради:

- Зловживання спиртними напоями є досить поширеним явищем. Серед хворих на алкоголізм соматоневрологічні, венеричні й інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають частіше, ніж у загальній популяції. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медична сестра повинна достатньою мірою орієнтуватися у вузлових проблемах цієї соціально-медичної проблеми.
- Хворі на алкоголізм здебільшого психопатизовані й схильні до порушення лікувального режиму. Медична сестра повинна проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче попереджувати спроби асоціальної поведінки.
- У більшості випадків розвитку алкогольного делірію йому передують передделірійний період. Спочатку у хворого наростають явища алкогольного абстинентного синдрому. Сон стає переривистим, нерідко розвивається безсоння. Хворий стає тривожним, з'являються елементи невмотивованої метушливості. Прогресують вегетативні порушення (гіперемія шкіри, підвищена пітливість, тахікардія, підвищення АТ). Якщо чергова медсестра помітила у хворого з алкогольними стигмами наростання явищ абстиненції і порушення сну, вона повинна доповісти про це лікарю-куратору. Запобігти розвитку алкогольного делірію набагато легше і безпечніше, ніж лікувати психоз.
- Якщо хворий знаходиться в соматоневрологічному стаціонарі з приводу хвороби, яка потребує спеціалізованої допомоги (наприклад, оперативного втручання), а в нього розвинувся гострий алкогольний психоз, біля пацієнта необхідно встановити індивідуальний пост.

Наркоманія, характеристика окремих її видів, етапи лікування. Експертиза. Прогноз. Наркоманія та СНІД.

Опіати

Використання опіуму в медицині та з метою отримання задоволення найбільшого розповсюдження набуло на Близькому Сході серед мусульман, адже сувора заборона Кораном вживання алкоголю не стосується опіатів.

Арабські торговці привезли опіум до Китаю. Залежність від препаратів опіуму в цій країні вперше була визнана соціальною проблемою. На той час в Китаї чисельність опіумних наркоманів сягнула 15-20 % населення.

Розвиток фармакології лише сприяв поглибленню проблеми. У 1803р. Німецький фармаколог Сертурнер навчився виділяти морфін – основний активний елемент опіуму, який вдесятеро сильніший за своєю дією за опіум-сирець.

Винахід шприца зробив морфін головним знеболюючим засобом при тяжких пораненнях. Через це в США залежність від морфіну мала назву «солдатська хвороба». Лише потім з'ясувалося, що позбутись залежності часто є складнішим, ніж вилікувати рани.

Наприкінці XIX ст був синтезований героїн, сильніший за опіум в десятки разів. Його використовували в медицині, а вже через декілька років стало зрозумілим, що він викликає чи не найтяжчу з відомих людству залежностей.

У сучасному суспільстві відомо багато різних видів опіатів, які отримують з різних сортів маку – морфін, кодеїн, тебаїн, синтетичні опіати – промедол, трамадол, омнопон, героїн, фентаніл.

Основний спосіб вживання – внутрішньовенні ін'єкції.

У США та Європі опіатом вибору залишається героїн та його похідні (фентаніл – «білий китасць», синтетичний препарат, який в 20 разів переважає героїн, використовується спецслужбами як бойова отруйна речовина).

В Україні через високу ціну на героїн та жорстокі обмеження до офіційних наркотичних речовин використовують частіше опіати домашнього приготування – екстракт із висушених головок опійного маку (макової соломки). Він носить назву «ширка», «чорний розчин». «Ширка» за силою дії значно перевищує офіційні опіати: 1мл її відповідає 10-60мл 1% розчину морфіну, але поступається сучасному героїну. Окрім того, макову соломку жують, палять, роблять з неї відвари.

Гостре сп'яніння складається з 4 фаз:

I фаза – проявляється через 10-30 сек після ін'єкції відчуттям тепла в кінцівках, шії, животі, яке супроводжується враженням легкого погладження шкіри. Обличчя червоніє, зіниці звужуються, з'являється сухість у роті. Голова здається легкою, в грудях «розпирає від радості», з'являється відчуття «просвітлення». Свідомість при цьому звужена, людина зосереджена виключно на тілесних відчуттях, може застигати в незручних позах.

Цей стан на жаргоні наркоманів називається «приходом» і триває до 5 хв. з часом він поступово скорочується. При прийомі таблеток кодеїну ця фаза змазана, супроводжується різкою гіперемією та свербінням шкіри обличчя, набряками різних частин тіла.

II фаза характеризується благодушною легкістю, лінивим задоволенням, тихим спокоєм. Сп'янілі в цій фазі мляві, малорухливі, в кінцівках відчувають обважільність та тепло. Характерне присмне свербіння шкіри, мрієподібні фантазії, візуалізація уявлень. Мрії змінюють одна одну, зовнішні подразники сприймаються в перекрученому вигляді. Іноді може спостерігатись рухова активність, жестикуляція. Тривалість фази – 3-4 год.

III фаза являє собою поверхневий сон тривалістю 2-3 год.

IV фаза – фаза післядії, характеризується поганим самопочуттям, головним болем, неспокоєм, тривожністю. Може спостерігатись нудота, запаморочення, дрібний тремор рук, язика, повік.

Зловживання без залежності. Перші ін'єкції, як правило, роблять в компанії наркозалежних та з їх допомогою. Враховуючи сильний ейфоризуючий ефект, який настає у 60% вживаючих з першого разу, майже одразу виникає психологічна потреба у повторенні відчуттів. Через це зловживання без фізичної та психічної залежності триває дуже короткий проміжок часу. Швидко наркотизація стає регулярною, що означає розвиток першої стадії опійної наркоманії.

Опійна наркоманія.

Виділяють три клінічні стадії формування опійної залежності.

I стадія. Головні ознаки:

- систематичне вживання наркотика не рідше 1 разу на тиждень;

Іноколи наркомани, які перенесли дію ЛСД, при бажанні можуть викликати ретроспективні сцени без приймання препарату. Зворотні спалахи тривають 1- 2 доби. Вони можуть виникати після травми або стресової ситуації.

Делірій є одним з найчастіших ускладнень зловживання галюциногенами, особливо при їх вживанні з алкогольними напоями.

Для делірію, що викликаний холінолітиками характерним є «симптом зникаючої цигарки», коли хворий не бачить власної руки і йому здається, що між пальцями знаходиться цигарка, а при спробі піднести її до рота вона «зникає». Хворий розгублено роздивляється власну кінцівку, шукає «загублену» цигарку на підлозі, перебирає одяг тощо.

Епізодичне приймання ЛСД та інших галюциногенів практично не викликає фізичної залежності, але з часом толерантність до них підвищується.

Зловживання галюциногенами призводить до швидкого розвитку психоорганічного синдрому.

Лікування і профілактика. Для невідкладної терапії галюцинозу або делірію застосовують в/в сибазон (реланіум, седуксен) або аміназин. Показана індивідуальна раціональна психотерапія (страх «назавжди збожеволіти»).

Профілактичні лекції та бесіди про шкідливість галюциногенів доцільні лише у середовищі слухачів, серед яких вже відмічались зловживання даними речовинами або інформація про це до них вже потрапила і викликала живий інтерес. У загальній популяції вони можуть призвести до виникнення бажання поекспериментувати, пережити незвичні відчуття.