**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ НАРКОМАНІЙ І ТОКСИКОМАНІЙ**

**Токсикоманії і наркоманії**, або зловживання психоактивними речовинами, – це хворобливий потяг до прийому певних речовин з метою досягнення стану ейфорії або отримання штучного збудження, внаслідок чого розвивається психофізичне узалежнення, своєрідна деградація особистості та нерідко настає передчасна смерть. Наркоманічними є ті середники, які наказом міністерства охорони здоров’я України (Наказ Комітету з контролю за наркотиками №7 від 23.03.1998 р. “Про затвердження Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України”), віднесені до наркотиків, а значить за їх незаконне виготовлення, зберігання та розповсюдження встановлено кримінальну відповідальність [8].
   Термін зловживання ліками використовується, щоб підкреслити соціальне осудження цього явища. Воно може включати: експериментальне застосування або вживання під час розваг (звичайно воно є нелегальним і супроводжується ризиком арешту); несанкціоноване лікарем використання психоактивних ліків для зменшення проблем і симптомів; ситуації, коли спочатку відіграють роль попередні причини, але згодом прийом проводиться внаслідок розвитку залежності і переслідує за мету попередження синдрому відміни. Зловживання медикаментами і нелегальними речовинами зустрічається в усіх соціоекономічних групах, в тому числі серед людей високого освітнього та професійного рівнів [5, 7, 39].
   Використання ліків під час або з метою розваг стало компонентою західної культури, хоча, в цілому, воно є явищем, яке не схвалюється суспільством і звичайно здійснюється нелегально. Частина таких споживачів ліків не завдає собі серйозної шкоди, якщо вживає їх епізодично у порівняно невеликих дозах, що дозволяє попередити прояви токсичності та розвиток толерантності й фізичної залежності. Багато ліків, що використовуються для розваг, мають природне, зокрема рослинне, походження. Це опій-сирець, алкогольні напої, продукти маріхуани, кава та інші кофеїн-вмісні напої, галюциногенні гриби, листя коки. Вони містять суміш відносно низьких концентрацій психоактивних компонентів і не являються окремими психоактивними хімічними сполуками. Такі ліки найчастіше застосовують всередину або інгаляційно. Вживання ліків для розваг часто супроводжується певними ритуалами, з низкою обрядових правил і, як правило, здійснюється в компанії. Більшість ліків, які застосовують таким чином, є психостимуляторами або галюциногенами. Їх вживання переслідує за мету отримання “польоту”, “висоти” або спотвореної свідомості, а не зменшення психічного стресу [7, 39].
   Підлітки здебільшого вживають токсикоманічні речовини (вдихають пари бензину, ацетону, органічних розчинників, клеїв), приймають снодійні препарати, протипаркінсонічні засоби тощо. Старші підлітки і юнаки переходять до прийому наркотиків (препарати опійного маку, коноплі, ефедрину, кокаїн, барбітурати, транквілізатори).
   П’ятницька І.М. у 1994 році запропонувала таку класифікацію наркотичних засобів:
   1. седативні препарати (опійні наркотики і снодійні барбітуратної групи та ін.);
   2. стимулюючі препарати – ефедрин, фенамін, кокаїн та ін.;
   3. психоделічні препарати (тобто ті, які змінюють свідомість) – діетиламід лізергинової кислоти (ЛСД), препарати коноплі та інші галюциногени.
   Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами проявляеться синдромами зміненої реактивності, психічної і фізичної залежності, а також своєрідним симптомокомплексом наслідків і ускладнень зловживання токсикоманічними та наркотичними сполуками.  **Синдром зміненої реактивності** складаеться із змін форми вживання токсикоманічної чи наркотичної речовини, сп’яніння, толерантності і втрати захисних реакцій**. Толерантність –** необхідність прогресивного збільшення дози для отримання ефекту, який спочатку досягався застосуванням менших доз. **Синдром психічної залежності** включає в себе нав’язливий (обсесивний) потяг до приймання звичної токсичної речовини, а також потребу досягти психічного комфорту в стані інтоксикації.
   Психічна залежність супроводжується почуттям задоволення і прагненням повторити дію ліків або уникнути розладів, що виникають при утриманні від них. Очікування цих ефектів є сильним фактором хронічного застосування психоактивних речовин. Для деяких речовин він є вирішальним. Нестримний потяг – універсальне визначення, яке підкреслює стиль життя і характеризується неконтрольованим застосуванням медикаменту і підпаданням під його владу. Нестримний потяг свідчить про можливість важких наслідків і потребує негайної відміни медикаменту, незалежно від того, чи цей стан усвідомлюється людиною і чи погоджується вона на це [9, 10, 13, 14].  **Синдром фізичної залежності** складається з комплексу неконтрольованого (компульсивного) потягу до інтоксикації звичним наркотиком і абстинентного синдрому. Фізична залежність **-** стан фізіологічної адаптації організму до медикаменту, який проявляється синдромом відміни (абстиненцією). При цьому синдромі небажані фізіологічні зміни виникають, якщо переривається прийом медикаменту або його дія нейтралізується специфічним антагоністом, що витісняє медикамент із зв’язку із специфічними клітинними рецепторами. Фізична залежність не обов’язково супроводжує всі форми медикаментозної залежності [39].
   Агенти, що викликають сильну фізичну залежність (наприклад, героїн, алкоголь), є небезпечними в плані розвитку зловживання, яке важко лікувати. Якщо агент не викликає фізичної залежності, припинення його застосування не супроводжується розвитком типового синдрому відміни.
   Речовини, що викликають залежність, є психоактивними, тобто впливають на психічні процеси і мають один або більше з перелічених нижче ефектів: усунення тривоги і напруження, ейфорія або інші зміни настрою, які приємні для суб’єкта. Відчуття зростання розумових і фізичних можливостей, зміни чуттєвого сприйняття, зміни поведінки. Психоактивні речовини відрізняються за своєю здатністю спричиняти різні типи залежності (табл. 1) [39].

Таблиця 1. **Види і ступінь медикаментозної залежності до психоактивних сполук.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Речовина | Фізична залежність | Психічна залежність | Толерантність |
| Речовини, які пригнічують ЦНС |   |
| – алкоголь | +++ | +++ | ++ |
| – барбітурати | +++ | +++ | ++ |
| – етхлорвинол | +++ | +++ | ++ |
| – глютетимід | +++ | +++ | ++ |
| – метаквалон | +++ | +++ | ++ |
| – метиприлон | +++ | +++ | ++ |
| – опіоїди | ++++ | ++++ | ++++ |
| – синтетичні опіоїди | ++++ | ++++ | ++++ |
| Анксіолітики (транквілізатори) |   |
| – короткої дії (альпразолам, оксазепам, темазепам) | ++ | +++ | + |
| – тривалої дії (хлордіазепоксид, діазепам) | + | +++ | + |
| Стимулятори ЦНС |   |
| – амфетамін (фенамін) | + | +++ | ++++ |
| – кокаїн | + | +++ | ++ |
| – метамфетамін | + | +++ | ++++ |
| – кофеїн | 0 | ++ | + |
| Галюциногени |   |
| – ЛСД | 0 | ++ | ++ |
| – маріхуана (низька доза ТГК) (висока доза ТГК) | 0 0 | ++ ++ | 0 + |
| – мескалін, пейотль | 0 | + | + |

   Примітка: ЛСД - диетиламід лизергінової кислоти;
   ТГК - тетрагідроканнабінол.
 **Наслідки хронічної інтоксикації** токсикоманічними і наркотичними речовинами характеризуються прогресуючим порушенням соматоневрологічної сфери (трофічні ураження шкіри, кахексія та ін.) та різноманітними проявами морально-етичної й інтелектуальної деградації.

Конец формы

**МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ МЕДИКОМЕНТОЗНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

   Механізми розвитку медикаментозної залежності є складними і до кінця не вивченими. На процес впливають властивості психоактивних ліків та сприятливі фізіологічні фактори особи (що, можливо, включає генетичну схильність), особливості її психіки, соціоекономічного стану, культурне і соціальне оточення. Психологія індивідуума і доступність ліків визначає вибір психоактивного агента і модель та частоту його вживання.
   Процес переходу від пробного до рідкого вживання а потім – до толерантності та фізичної залежності вивчено недостатньо. Фактори, що призводять до збільшення вживання та залежності і нестримного потягу, можуть включати: груповий або індивідуальний тиск, емоційний стрес, який симптоматично полегшується специфічними ліками, печаль, соціальну відчуженість, вплив оточуючого середовища, особливо якщо це супроводжується відчуттями безсилля щось змінити або чогось досягти. Лікарі можуть ненавмисно зробити внесок у шкідливе застосування психоактивних ліків шляхом надмірного прописування їх пацієнтам із стресовими проблемами або ж коли лікарі стають жертвами хитрощів пацієнтів. Багато соціальних факторів та мас-медіа можуть робити внесок у сподівання, що ліки здатні з успіхом зменшити стрес та задовольнити потреби. Якщо спрощувати, то поширеність вживання ліків залежить від взаємодії між ліками, споживачем і оточенням.
   Немає суттєвих відмінностей між біохімією, схильністю до ліків або фізіологічними процесами в осіб, які стають залежними до ліків, та тими, в кого не виникає така залежність, хоча такі відмінності ретельно шукали. Разом з тим, здорові родичі алкоголіків мають зменшену фізичну толерантність до алкоголю.
   Неврологічний субстрат залежності ідентифіковано на тваринах. Досліджено, що самозастосування таких агентів як опіоїди, кокаїн, амфетамін, нікотин та бензодіазепіни супроводжується зростанням дофамінергічних процесів передачі імпульсів у середньому мозку та корі півкуль. Ця знахідка передбачає існування у мозку ссавців шляху винагороди, що функціонує за участю дофаміну. Разом з тим, немає достатніх доказів того, що психоделічні агенти і каннабіноїди активують цю систему[18].
   Не дивлячись на те, що залежність всебічно описана багатьма вченими, немає справжнього наукового підтвердження існування певних рис характеру особистості, які сприяють розвитку цієї патології. Деякі описують наркоманів як таких, що не можуть подивитися в очі реальності і намагаються втекти від неї. Інші описують їх як шизоїдних осіб, боязких, самотніх і депресивних, що мають в анамнезі часті суіцидні спроби та численні випадки самопошкоджень. Вони також описуються залежними і скутими у своїх стосунках, часто мають прояви асоціальної поведінки, підсвідому жорстокість та незрілу сексуальність. Разом з тим, до початку наркотизації в таких осіб відмічають спотворену, ірраціональну поведінку, яка звичайно характеризує наркоманів. Іноді залежні особи пояснюють використання ліків кризою, службовим навантаженням або сімейною катастрофою, що призводить до постійної тривоги або депресії.
   Запідозрити можливу пристрасть до приймання токсикоманічних і наркоманічних речовин у підлітковому і юнацькому віці можна за низкою ознак: 1) втрата інтересу до навчання і часті пропуски занять без поважних причин; 2) немотивоване зниження успішності; 3) ухилення від суспільно корисної праці; 4) втрата приязних стосунків з друзями, які негативно ставляться до вживання наркотичних і токсикоманічних речовин; 5) контакти з особами асоціальної поведінки; 6) різка зміна спектру інтересів, спонукань до діяльності та звичного стилю поведінки; 7) поява в характері негативних рис, зокрема брехливості, цинізму, егоїзму; 8) уникання побутових обов’язків; 9) пізні повернення додому; 10) підвищений інтерес до відвідування розважальних закладів, зловживання стимулюючими напоями, паління; 11) намагання будь-якими способами здобути кошти для задоволення невідомих батькам потреб; 12) затримування правоохоронними органами у зв’язку з асоціальною поведінкою; 13) приймання з приводу різноманітних “недуг” якихось ліків, джерело отримання яких невідоме близьким; 14) зміни емоційного та життєвого тонусу: зранку – пригніченість, апатія чи дисфорія, а після повернення додому – ейфорія, жвавість, балакучість.
   Діагностує стан наркоманічного або токсикоманічного сп’яніння лікар-нарколог при визначенні наявності відповідних речовин у крові або сечі. Діагностувати приймання опіатів при другій стадії опіатної наркоманії можна за допомогою викликання штучного абстинентного синдрому після введення налорфіну або налоксону (антагоністів опіатів). В Україні прийнята класифікація узалежнень згідно МКХ – 10 (додаток 1).

**ДЖЕРЕЛА ОТРИМАННЯ НАРКОТИКІВ**

**Препарати коноплі**

   Зараз у Північно-Західному регіоні найбільш часто зустрічається зловживання препаратами конопель. До них належать, наприклад, такі:
   1. Висушена або свіжа зелена трав’яниста частина конопель, яку також називають “маріхуана”. Це подібні на тютюн, переважно світлі зеленувато-коричневі, дрібно нарізані сушені листя і стебла. Бувають щільно спресовані в грудки, тоді називається “анаша” або “план”.
   2. Спресована суміш смоли, пилку і дрібно покришених вершків конопель (“анаша”, “план” або “хеш” – жаргонні назви) – темно-коричнева щільна субстанція, яка за консистенцією нагадує пластилін (але менше пластична), на папері залишає жирні плями.
   Є й інші, не настільки поширені. Всі препарати конопель мають досить різкий специфічний запах і гіркий смак. Як правило, їх курять, закладаючи в цигарки разом з тютюном. Діючою активною речовиною конопель є група алкалоїдів під загальною назвою “тетрагідроканнабінол” (англійська абревіатура – ТНС).

**Опійні наркотики**

   Опійні наркотики (кустарного виготовлення і синтетичні) займають друге після похідних конопель місце за поширеністю в нашому регіоні.
   Можуть зустрічатися в необробленому вигляді, а саме:
   1. “Макова соломка”, “солома”, або “сіно” – дрібно розмелені (деколи до стану пороху) коричнувато-жовті сухі частинки рослини: листя, стебла і коробочки.
   2. “Ханка” – застиглий темно-коричневий сік макових коробочок (він же опій-сирець), сформований в коржики 1-1,5 см в діаметрі. <
   3. “Бинти”, або “марля”, - просякнута опієм-сирцем бавовняна тканина, стає коричневою, якщо до просякнення мала світлий колір. Щільна і хрустка на дотик.
   Всі необроблені опійні наркотики із рослинної сировини мають легкий в’яжучий ефект при попаданні на язик. Містять алкалоїди опійного ряду – морфін, кодеїн та інші. В обробленому вигляді виглядають як розчини:
   1. У випадку кустарного виготовлення з рослинної сировини – коричневий розчин, подібний на більш або менш міцно заварений чай, з явним, деколи різким запахом оцту. Коли відстоїться, стає світліший і прозоріший, дає осад у вигляді дрібних темних часточок. Це і є маючий погану славу “чорний розчин”, або “чорне”. Цей нестерильний розчин наркомани досить часто вводять собі прямо у вену.
   2. Прозорий розчин в ампулах, або у флакончиках, подібних на пеніцилінові. Флакончики можуть бути зроблені із темного скла і мати маркіровку типу “морфіну гідрохлорид”.
   Героїн – виготовлений в підпільних лабораторіях наркотик. Світлий сірувато-коричневий порошок у вигляді дрібних кристаликів з неприємним запахом, на вигляд і на дотик нагадує вітчизняний пральний порошок (наприклад, “Лотос”). Переважно гіркий, якщо розведений цукровою пудрою – з солодким присмаком.
   В Західній Європі, поряд з описаним вище героїном, який там називається “коричневий цукор”, розповсюджений “білий” героїн, який нагадує харчову соду. У нас він поки-що не появився.
   Кодеїн також є опійним наркотиком. Зустрічається у вигляді офіцинальних (виготовлених фабричним способом) таблеток від кашлю і головного болю, як правило, імпортного виробництва.
   Метадон – синтетичний наркотик опійної групи, виглядає як героїн, виробництво і будь-яке використання його в Україні заборонено законом. З клінічної точки зору залежність від метадону мало відрізняється від героїнової або опійної залежності. Метадон вперше синтезований як лікувальний антинаркотичний засіб [32, 33].
   Опіати здебільшого використовують в ін’єкціях (переважно внутрішньовенних). Рослинну сировину попередньо обробляють хімічними речовинами – органічними розчинниками і ангідридом оцтової кислоти, а порошкоподібні наркотики просто розводять. Деколи солому заварюють у вигляді чаю або ковтають “ханку” сухою. В даний час появилась можливість просто вдихати порошок героїну через ніс.

**Психостимулятори**

   Психостимулятори – група різноманітних речовин з однією об’єднуючою ознакою: в результаті їх вживання прискорюється темп мислення (при цьому міркування стає поверхневим, легким, менш обдуманим). Частина препаратів цієї групи має також властивість спотворювати сприйняття оточуючого, тому подібна до галюциногенів. Існують психостимулятори рослинного походження (кока, ефедра, кола), проте у нас вони зустрічаються в основному у вигляді хімічних субстанцій (порошків) або таблеток.
   1. Ефедрин – білий порошок з гірким смаком, кристалики якого мають видовжену форму. Може зустрічатися у вигляді розчину в ампулах з маркуванням “Ефедрин”. Також ефедрин міститься в препараті “Солутан” і в мазі “Сунореф”.
   2. Псевдоефедрин, меткатінон і ефедрон – похідні ефедрину. В чистому вигляді у нас не зустрічаються. Переважно виготовляються самими наркоманами безпосередньо перед вживанням з того, що перераховано вище (за допомогою марганцівки і оцтової кислоти). У цьому випадку мають вигляд прозорого розчину (жаргонні назви “біле”, “білий розчин”, “марцефаль”) із запахом оцту. Вводять внутрішньовенно.
   В наш час широко рекламуються різноманітні імпортні препарати, що містять псевдоефедрин, як засоби для зменшення катаральних явищ та інших симптомів при ГРВІ. При надмірному захопленні ними ці засоби також можуть становити небезпечність в плані розвитку лікарської залежності.
   1. Фенамін (амфетамін) – препарат, який зустрічається як у вигляді таблеток, так і у вигляді порошку, може бути розфасований в капсули. Застосовують його і внутрішньо і внутрішньовенно (що, звичайно, недопустимо). Вигляд і колір таблеток і капсул різноманітні. Амфетамін і подібні до нього речовини можуть входити до складу “чудодійних препаратів на травах для схуднення” – будьте обережні!
   2. “Екстазі”, “ХТС” – група похідних амфетаміну (метилен-диокси-метамфетамін МДМА, метокси-метилен-диоксиметамфетамін ММДА й інші), для яких з метою реклами винайдена приваблива назва “екстазі”, розрахована на молодих споживачів. Виробляються у вигляді різнокольорових таблеток різної форми, деколи з малюнками на поверхні. Вживають їх тільки внутрішньо.
   3. Кокаїн – білий кристалічний порошок, з вигляду подібний на харчову соду. Переважно розведений цукровою пудрою або тальком. Попавши на язик, викликає відчуття оніміння. Кокаїн переважно вдихають (“нюхають”), деколи вводять внутрішньовенно, попередньо розвівши водою. Деякі похідні кокаїну нагрівають на фользі і вдихають дим, який утворився [20].

**Галюциногени**

   Більш точний термін – “препарати, що змінюють свідомість”, так як часто вони не викликають галюцинацій, а спотворюють самопочуття наркомана. І він відчуває зміненим не тільки оточуючий світ, а й себе. В групу галюциногенів також входять дуже різні за хімічним складом продукти, деякі з них – натурального виробництва. У наркоманів більшість галюциногенів носить об’єднуючу назву “кислота” (англійською – ’’acid’’).
   1. Гриби роду Psilotsibum містять псилоцин і псилоцибин. В даний момент, мабуть, один з найбільш поширених галюциногенних препаратів у нашому регіоні. Доступний тільки в кінці літа. Виглядають як маленькі коричневі поганки на тонкій ніжці, шляпка має фіолетовий відтінок. Вживання їх - це найкращий із способів стати ідіотом.
   2. ЛСД (диетиламід лізергінової кислоти) – ’’еталонний’’ галюциноген. Дуже токсичний препарат. ЛСД існує у вигляді прозорого розчину, порошку і у вигляді різноколірних марок, які нагадують поштові (їх основа просякнута розчином наркотика). ЛСД звичайно приймають внутрішньо, а наші наркомани, буває, вводять внутрішньовенно [20].
   3. РСР (читається ’’пі-сі-пі’’), він же фенциклідін. Зустрічається рідко, як і подібні до нього препарати, переважно у вигляді порошку. Деколи вводиться внутрішньовенно. Якщо вживається з алкоголем – викликає ретроградну амнезію. Всі препарати групи галюциногенів надзвичайно згубні для психічного здоров’я.

**Снодійно-седативні засоби**

   Снодійні препарати зараз зустрічаються тільки у вигляді офіцинальних препаратів, переважно таблеток. Не всі снодійні препарати є наркотиками в прямому значенні цього слова, але всі снодійні ліки можуть викликати залежність (деякі з них дуже швидко).
   Найбільш небезпечними серед сучасних снодійних є похідні барбітурової кислоти (барбітурати) типу барбамілу, фенобарбіталу тощо. Інші снодійні, із групи транквілізаторів (феназепам, радедорм, реланіум, еленіум, імован, донорміл), при тривалому вживанні або перевищенні рекомендованих доз можуть викликати психічну і фізичну залежність.
   Найбільше поширення із снодійних препаратів серед наркоманів зараз має реладорм, до складу якого входить також циклобарбітал – препарат барбітурового ряду.
   Також в останній час в якості засобу для сп’яніння токсикомани почали використовувати медичний препарат – оксибутират натрію. Очевидно, цей засіб скоро буде прирівнений до наркотиків. Зустрічається у вигляді безбарвного розчину з неприємним солоно-гірким смаком.
   В даний час снодійне приймають переважно внутрішньо. На щастя, внутрішньовенне введення подрібнених таблеток втратило популярність серед наркоманів.
   Всі снодійні препарати виготовляються фабричним способом.

**ЛНДР – летючі наркотично діючі речовини**

   Летючі наркотично діючі токсикоманічні речовини характеризувати не потрібно. Бензин, ацетон і клей “Момент” бачили всі.

**ОЗНАКИ ІНТОКСИКАЦІЇ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ**

   Нижче описані основні ознаки хронічної інтоксикації наркотичними і токсикоманічними препаратами і засобами, наявність яких з достатнім ступенем ймовірності може свідчити про систематичне зловживання ними. Під час проведення масових профілактичних оглядів, а також при огляді хворих на амбулаторному прийомі або в стаціонарі медики повинні звертати увагу на можливу наявність характерних ознак, які часто зустрічаються в осіб, котрі зловживають наркоманічними і токсикоманічними речовинами.
   Так, для будь-якого виду наркоманії або токсикоманії є характерним наявність неспецифічних соматоневрологічних стигм: ознаки зниженого харчування, а в запущених випадках – кахексія ,одутлість обличчя, рідкий волосяний покрив, своєрідний вигляд очей, які характеризуються западінням очних яблук, “помутнінням” погляду без прийому наркотика і особливим блиском очей після його вживання, нездорова жовтушність або землисте забарвлення шкірних покривів, дистрофічні або запальні зміни шкіри слизових і внутрішніх органів, тьмяність і ламкість нігтів, патологія ротової порожнини (випадіння і ламкість зубів, карієс, стоматити і гінгивіти). Особливе діагностичне значення має наявність рубцевих змін вен, і рубців від порізів в ділянках передпліч. Деякі наркомани і токсикомани перед відвідуванням лікаря намагаються замаскувати сліди ін’єкцій шляхом інтенсивної обробки шкірних покривів пемзою під час приймання ванни. В цих випадках звертає на себе увагу наявність поверхневих подряпин на шкірі. В зв’язку з тим, що візуально визначити постін’єкційні зміни не завжди вдається, в підозрілих випадках необхідно дослідити стан поверхневих вен пальпаторно. Потрібно мати на увазі, що хворі наркоманіями і токсикоманіями нерідко стараються сховати сліди уколів і можуть робити ін’єкції в нетипових місцях (підпахвинні впадини, під грудну залозу тощо.
   Медичні працівники, які працюють в стаціонарах, повинні бути пильними в плані можливості зловживання наркотичними і токсикоманічними засобами деякими хворими. При цьому повинна насторожувати їх своєрідна поведінка. У відділенні наркомани і токсикомани швидко групуються разом і намагаються налагодити тісний контакт з середнім і молодшим медперсоналом, через який вони надіються дістати препарати з сп’яніючою дією. З цією ж метою вони заводять тимчасову “дружбу” з хворими, які отримують подібного роду середники.
   У хворих наркоманіями і токсикоманіями, як правило, відмічається порушення сну. Вони постійно скаржаться на безсоння і просять або настирливо вимагають призначити їм снодійні препарати (ноксирон, барбітурати, транквілізатори, димедрол, тощо). Нерідко хворі скаржаться на різноманітний гострий біль (частіше всього зубний, біль, який імітує невралгію трійничного нерва, приступи мігрені, печінкову або ниркову кольки, болі кишківника з метою отримання наркотиків, анальгетиків, транквілізаторів і снодійних препаратів. Найчастіше ці хворі демонструють приступи “непереносимого болю” в нічний час, коли є затруднення в плані забезпечення їх консультативною допомогою з боку вузьких спеціалістів (стоматолога, невропатолога, уролога тощо), а середній медперсонал не бажає “возитись” з хворим і надає йому відповідну “допомогу”. Хитрість, винахідливість, брехливість і підступність цих хворих не має меж. Якщо отримати бажані препарати неможливо, вони всілякими шляхами намагаються дістати їх за допомогою родичів, навідувачів та інших хворих. Важливо налагодити спостереження за особливостями прийому їжі хворими. Більшість наркоманів і токсикоманів мають поганий апетит і мало їдять м’ясних продуктів. Починаючи їсти, частина опіоманів відчувають “зводячі” болі жувальних м’язів, а тому роблять часті перерви. Після зникнення гострих проявів абстиненції анорексія нерідко змінюється на булімію. При цьому перевага надається солодощам і жирній страві (меду, варенню, тістечкам з вершками). Опіомани не переносять тютюновий дим в період гострих явищ абстиненції і відновлюють паління тоді, коли їм вдається прийняти наркотик. Зміна періоду завзятого паління періодом відрази до тютюнового диму поряд з непсиходіагістю і метушливістю, що характерно для опійного абстинентного синдрому, може бути ознакою наркоманії [20, 21, 31].
   Під час вимушеної депривації звичного засобу у хворих спостерігається своєрідна мозаїка в’ялості, гіпо- і анергізму, апатії і ажитації, іпохондричності і дисфоричності. Якщо хворий в такому стані виходить із відділення або ховається у ванній кімнаті, туалеті або іншому місці, а після цього з’являється в палату особливо зміненим (“оздоровленим”), ймовірно, що він прийняв потрібний йому середник. Це застереження стосується і подібного роду змін загального стану у старшокласників, молоді, яка навчається і працює, що повинні знати класні керівники, наставники груп, майстри виробничого навчання і бригадири. **Абстинентний синдром** при наркоманіях і токсикоманіях проявляється великою кількістю різноманітних симптомів. Більшість з них є неспецифічними: погіршення загального самопочуття і настрою, позіхання, знобіння, безсоння, анорексія з наступною булімією, неприємні відчуття і біль в м’язах з нерідкими судомами або м’язовою гіпертензією з посіпуванням м’язів. В неврологічному статусі спостерігаються явища вегетативної дисфункції (мідріаз, тахікардія, судинна дистонія зі схильністю до підвищення АТ), гіперрефлексія, тремор пальців витягнутих рук, а інколи і всього тіла, рухова активність з ажитацією, яка зумовлюється масою пропріоцептивних неприємних відчуттів.
   Важливою ознакою абстинентного синдрому є зміна психічного статусу з мозаїчністю емоційних порушень – явища психічного дискомфорту з переважанням явищ депресії, які змінюються злобою, дисфорією, тривожним настроєм, сльозливістю з частими істеричними реакціями і демонстративною поведінкою.
   Віддиференціювати конкретний вид наркоманічної чи токсикоманічної абстиненції можна за наявністю симптомів, відносно специфічних для кожного виду інтоксикації [20, 30, 34].

**СИМПТОМАТОЛОГІЯ РІЗНИХ ВИДІВ НАРКОТИЗМУ**

**Гостра інтоксикація гашишем.**

   Найбільш вживаними наркотиками у світі є маріхуана і гашиш. Активний компонент цих речовин 9-тетрагідроканнабінол знаходиться в коноплі. Він одночасно має галюциногенну, збудливу та ейфоризуючу дію. Ці наркотики майже завжди вживаються шляхом куріння у вигляді добавок до тютюну. Дія гашишу проявляється через 10-15 хвилин.
   Характерними особливостями сп’яніння одурманюючими речовинами з коноплі є: ейфорія, приступи немотивованого сміху, бажання співати, танцювати, руховий неспокій, прискорене непослідовне мислення, безладність мови, гіпертрофія чутливого компоненту всіх переживань, можливість розвитку яскравих, барвистих зорових ілюзій. Відмічається мінливість афективності - ейфорія раптово і немотивовано змінюється розгубленістю, страхом втратити розум, відчуттям спустошеності і сорому. З’являється відчуття нереальності і зміни навколишнього та відчуження власного тіла (дереалізація і деперсоналізація). Порушується сприймання характеру та інтенсивності звуків і шумів, розмірів предметів (часто збільшення, видовження їх). Сп’янілий відчуває сильну спрагу і голод, але вживає лише гарячу воду, тому що прийом холодної води і їжі викликає майже миттєве витверезіння. Досвідчений наркоман задовольняє відчуття голоду лише після всіх фаз сп’яніння або при нагальній необхідності швидкого витверезіння. Характерною ознакою колективного прийому препаратів коноплі є взаємоіндукція емоційних переживань всіх членів групи. Варто одному засміятись – миттєво безпричинно регоче вся група, у когось з’явилось відчуття страху – тут же у всіх розвивається паніка.
   Об’єктивно: гіперемія обличчя і, особливо, склер (характерний симптом “червоних очей”), очі блищать, зіниці розширені. Виникає непереносимість світла і відчуття різі в очах, внаслідок чого сп’янілий примружується. Відмічається сухість язика і губ, легке порушення координації рухів. Мова стає сплутаною, голос хрипким. Спостерігається тахікардія, тахіпноє, гіпертензія, латеральний ністагм, гіперрефлексія.
   При значному передозуванні наркотика, що частіше спостерігається у новачків або примітивних осіб, може розвинутись оглушення, яке інколи переходить в сопор або кому. Зіниці при цьому різко розширюються і не реагують на світло. Характерні тремор, лабільність артеріального тиску (підвищення при сопорі і падіння при глибокій комі). Феноменологічно клінічні прояви при гострому отруєнні гашишем нагадують отруєння атропіном.
   Абстинентний синдром при гашишизмі проявляється сенестопатіями, депресивно-іпохондричним відтінком настрою, а також схильністю до ажитації і дисфоричних реакцій на тлі загальної астенії. Психічний потяг досить виражений. Нами відмічений типовий симптом – відчуття “ломки” в поперековій ділянці хребта. Люмбальгія значно частіше виникає у наркоманів, які приймають препарати коноплі у вигляді ін’єкцій.
   Об’єктивними ознаками гашишної абстиненції є мідріаз, позіхання, знобіння, анорексія, тремор, м’язова гіпертензія, підвищення артеріального тиску і тахікардія.
   Інколи на 3-5 добу утримання від наркотика до депресивно-іпохондричного настрою приєднується зростаюче відчуття тривоги. В таких випадках можливий розвиток абстинентного психозу, частіше у вигляді делірійного синдрому, інколи паморочного потьмарення свідомості або галюцинаторно-параноїдного (шизоформного) синдрому. При цьому хворий блідий з сухим блиском очей, хриплим голосом внаслідок сухості в роті і горлі.
   У більшості хворих явища абстиненції проходять на протязі 2-4 діб, але інколи (особливо у осіб, які приймають наркотик у вигляді ін’єкцій) можуть затягнутись до 3-4 тижнів.
   Віддалені наслідки застосування препаратів конопель різноманітні.
   Через те, що препарати конопель переважно курять, насамперед ушкоджуються легені хворих. Існує думка, що курити коноплі менш шкідливо, ніж тютюн: менша вірогідність розвитку раку легень. Потрібно мати на увазі, що в коноплях більше смол і фенантренів, ніж в тютюні, а власне вони і викликають хронічний бронхіт і рак легень. Більшість людей, які регулярно вдихають дим конопель, рано чи пізно захворюють хронічним бронхітом не тільки через високий вміст смол, але і через порушення імунітету, що веде до послаблення захисту організму від інфекційних хвороб. В свою чергу, такий бронхіт може спричиняти пневмосклероз, емфізему легень із розвитком хронічної серцево-судинної недостатності.
   Крім того, при інтоксикації препаратами конопель збільшується частота серцевих скорочень. Це призводить до перевантаження міокарда. Перевантаження, в свою чергу, швидко виснажує ресурси міокарда і викликає його дегенерацію. Крім того, при інтоксикації коноплями порушується робота нервових вузлів, що відповідають за ритмічну роботу серця, і виникає серцева аритмія. Сам хворий її може і не відчувати, але коли у відділенні токсикологічної реанімації знімати електрокардіограму в хворого, який вживає коноплю, то майже в 100 % випадків знаходять патологію. Не дивлячись на те, що коноплю курять, її алкалоїди серйозно уражують печінку.
   Всі наркологи стверджують, що вживання коноплі призводить до важкого ураження головного мозку. Справа в тому, що куріння конопель, як і вживання інших наркотиків галюциногенної групи, порушує обмін медіаторів у центральній нервовій системі і мозок починає працювати приблизно так, як він працює у хворого на шизофренію. Коли інтоксикація проходить, функції головного мозку відновлюються, але не повністю. Залишаються спочатку мало помітні зміни, які психіатри називають “дефектом”.
   Залежно від інтенсивності зловживання ці зміни швидше або повільніше накопичуються (акумулюють), і в результаті раніше весела і енергійна людина перетворюється на сумну, апатичну, в’ялу, повільно тямущу, яка турбується через незначний привід. На жаль, цей стан незворотний. Конопля понижує вироблення гормону росту в молодих людей. Тому в них сповільнюється як фізичний, так і психічний розвиток. При цьому, чим молодший любитель коноплі, тим сильніше він відстає від своїх однолітків.
   Серед тих, хто регулярно курить коноплю, існує думка, що це – “нешкідливий” і “безпечний” наркотик. Дехто пропонує легалізувати її вживання.
   Але, як свідчить практика, немає безпечних наркотиків і вже після 2 років вживання конопель може розвиватись апатична депресія і шизофреноподібна симптоматика, яка важко піддається лікуванню.

**Гостра інтоксикація опіатами.**

   Дія опіуму після його введення проявляється через 10-15 секунд. Прийом оп’яняючої дози будь-яких опіатів, крім кодеїну, через 7-10 хвилин викликає своєрідний стан безтурботного приємного спокою і загального розслаблення, яке супроводжується швидкими змінами позитивно забарвлених візуалізованих уявлень (“маячноподібних фантазій”). Сп’янілий, в’ялий і малорухливий, в руках і ногах відчуває важкість і тепло. Якщо обставини дозволяють, то цей стан переходить у поверхневий сон. Досвідченим наркоманам у разі необхідності вдається приховати сп’яніння. (Дисимуляція сп’яніння затруднена лише у новачків). При вступі з ними в активний контакт блаженство може змінитись підвищеною говірливістю з ейфоричним відтінком настрою.
   Об’єктивні ознаки сп’яніння: звужені зіниці, сухість шкіри і слизових, гіпотонія, брадикардія, гіпотермія, гіперглікемія, гіперрефлексія, благодушний настрій, швидка або сповільнена мова і зміна асоціацій. Необхідно звернути увагу на те, що навіть при тривалому стажі наркотизації до таких ознак дії морфіну як міоз і закрепи толерантність не розвивається [19, 20, 34].  **Кодеїнове сп'яніння** викликає прискорення мислення і мови, а також рухове збудження. Мова сп’янілого стає голосною, швидкою, з постійною зміною теми. Підвищення рухової активності може носити елементи ажитації. Сп’яняюча доза кодеїну не викликає сну.
   Об’єктивні ознаки: гіперемія і набряк обличчя, гіперемія верхньої частини тулуба, свербіння шкіри обличчя, шиї, грудей, спини, рук.
   Якщо деталізувати, то ознаки сп’яніння наркотиками опіатної групи такі:
   1. Незвична сонливість у невідповідний час. Якщо залишити сп’янілого в спокої, він починає засинати в будь-якій позі і клювати носом (як говорять наркомати “вирубатися”), періодично пробуджуючись. Якщо його покликати, він одразу включається в розмову, ніби і не спав.
   2. При цьому в нього сповільнена мова. Слова він розтягує, починає говорити про те, що вже давно обговорили і забули, декілька разів може розповідати одне і те ж. Але може бути пожвавленим, дотепним, легким в спілкуванні.
   3. Дуже добродушний, лагідний, згідливий і люб’язний.
   4. Справляє враження вкрай неуважного або задуманого.
   5. Може забути про цигарку, яка горить у нього в руці, і випустить її або обпече руку.
   6. Прагне усамітнитись, краще в окремій кімнаті. При цьому включити там телевізор або відео і заснути. Деколи, навпаки, бажає бути в товаристві, навіть якщо його і не просять; нав’язливий і надокучливий.
   7. Зіниці (дуже важлива ознака) в цей час незвичайно вузькі (за рахунок активації ядер n. oculomotorii) і зовсім не розширюються в темряві, тому в сутінках гострота зору значно понижується. Шкіра бліда, суха і тепла.
   8. Больові відчуття знижені, і він може обпектися, не відчуваючи болю.
   9. Його важко вложити спати “по-нормальному” (тобто, в ліжко з вимкнутим в кімнаті світлом) до пізньої ночі (деколи до 2-4 години ночі).
   Такий стан не триває більше 12-18 годин. Коли він поступово проходить, починається абстиненція.
   Значне передозування опіатів може викликати глибоке виключення свідомості (до сопору і коми). Досить часто змінюється дихання (типу Чейн-Стокса), відмічається міоз (при глибокій комі може спостерігатись мідріаз), блідість шкіри, глюкозурія, альбумінурія.
   Особливості опіатної абстиненції. Першими ознаками опіатного абстинентного синдрому, який виникає через 12-18 годин після відміни опіатів, є мідріаз, позіхання, сльозотеча, ринорея, приступи чхання, анорексія, порушення сну. Ця фаза абстинентного синдрому може тривати від 3 діб до 2-3 тижнів і обмежуватись лише цими симптомами. У більш злісних наркоманів до цих явищ через 1-2 доби приєднуються переміжні стани жару і знобіння з “гусячою шкірою”, приступи пітливості і загальної слабкості. Чхання різко частішає, може ставати пароксизмальним (10-100 разів підряд), посилюється ринорея і сльозотеча. Внаслідок різкого розширення зіниць хворі погано переносять світло і мружаться. З’являється біль в міжщелепних суглобах і жувальних м’язах, який посилюється під час прийому їжі, або навіть думках про неї. З’являється слинотеча. Через кілька годин приєднуються найбільш тяжкі прояви абстиненції, так звана “ломка”. Великі м’язи спини і кінцівок “крутить”, “зводить”, інколи з’являється вкрай болюче відчуття відриву м’язів від кісток. Різко підвищується потреба в русі, хворі постійно безцільно ходять. Дещо пізніше (через 2-4 доби) з’являються часті проноси з тенезмами і приступами сильного болю в кишківнику. Явища опіатної абстиненції, як правило, протікають на тлі вираженої депресії із схильністю до дисфоричних та істероїдних реакцій з відповідною поведінкою.
   Після того, як гострі прояви абстиненції редукуються, у хворих розвивається стійка астенія. Явища вираженої астенізації перші 1-1,5 місяця супроводжуються стійким безсонням, але пізніше змінюються сонливістю, яка триває до 2-3 місяців. В цій фазі хворі не можуть працювати, вони засинають в будь-якому місці і в будь-якій позі.
   На відміну від інших явищ абстиненції, які проходять (в зворотному порядку) через декілька днів або тижнів, у багатьох злісних в минулому наркоманів м’язові болі можуть тривати місяці, навіть роки і періодично посилюватись, незважаючи на виключення прийому наркотику. Потрібно мати надзвичайно велику силу волі, щоб в умовах пролонгованої “ломки” втриматись від поновлення наркотизації.
   Клінічні прояви кодеїнової абстиненції є в принципі аналогічні, але протікають менш виражено, а тривають в 1,5-2 рази довше.
   Опіатні наркотики тепер є головною причиною і смертності і інвалідності серед наркоманів. Стан справ настільки катастрофічний, що зараз головні зусилля медиків по боротьбі з наркоманією зосереджені власне на профілактиці ускладнень опіатної наркоманії. Що ж чекає тих, хто вживає опіати?
   В першу чергу необхідно пам’ятати, що опіатні наркотики вводяться переважно внутрішньовенно. Отже, особи, які користуються ними, підлягають високому ризику зараження трьома небезпечними хворобами: СНІДом, сифілісом і гепатитом. Це дійсно реальний і дуже високий ризик. Гепатитом в даний час уражені, за приблизними оцінками, до 95 % опіатних наркоманів. Гепатит у наркоманів переважно викликається зразу двома вірусами (асоційований гепатит В і С). Він відрізняється агресивною течією і, як правило, хронізацією процесу. Результатом хронічного гепатиту ВС часто стає печінкова недостатність і рак печінки, і те і друге – смертельні ускладнення. Якщо ж наркоман використовує наркотичні речовини власного виробництва, то в комбінації з постійним токсичним навантаженням від розчинників і оцтового ангідриду гепатит легко призводить до дистрофії печінки, яка також може закінчуватись смертю хворого. До речі, можливо через бідність, наркомани часто самі виготовляють наркотики з природної сировини (маку). В технології виготовлення використовуються органічні розчинники (раніше це був ацетон, зараз переважно – “розчинники в пляшках” типу 646, 647, 649; деколи попадаються бензол і толуол) і оцтовий ангідрид. Оскільки методи очищення готового препарату вкрай примітивні, від 1 до 5 % розчинників і ангідриду залишаються в розчині. Власне тому “кустарний” наркотик явно пахне оцтом.
   Різко почастішали випадки захворювання наркоманів сифілісом. За підрахунками, один із 100-120 наркоманів, що використовують наркотики внутрішньовенно, інфікований сифілісом. Найгірше те, що часто сифіліс виявляється у запущеній стадії, коли вже, як і слід було сподіватися, розвиваються ускладнення з боку нервової системи - наприклад, прогресивний параліч.
   СНІД був рідкістю в країні в попередні роки. Але влітку 1996 року зафіксований спалах (більше 7 тисяч інфікованих). В наш час кількість заражених ВІЛ серед наркоманів прогресивно зростає в усіх країнах світу.
   Дещо сповільнює розповсюдження цієї інфекції використання наркоманами разових шприців. Але, на жаль, часто їм просто не до цього – коли хочеться якомога швидше вколотися.
   У наркоманів різко понижуються природній імунітет і опірність захворюванням. Хворий не може протистояти супутнім наркоманії захворюванням (сепсису, тромбофлебіту, флегмонам, запаленню легень і багатьом іншим). Ступінь пригнічення імунітету настільки високий, що можна порівняти його з ураженням імунітету при СНІДі.
   Розчинники і оцтовий ангідрид уражують не тільки печінку. Їх токсична дія на мозок проявляється не менше.
   В даний час наркологами стали спостерігатися хворі, які не вживають (і ніколи не вживали) кустарні наркотики, а лише героїн і метадон. Проте, в них наявні ознаки токсичного ураження печінки. Виявляється, справа не тільки в агресивних хімікатах, які використовуються для виготовлення саморобних наркотиків – самі опіати також можуть викликати токсичний гепатит. Непрямим підтвердженням цьому є побічна дія препарату “налтрексон”, хімічно подібного до героїну. Фірма-виробник налтрексону попереджує, що у випадку його передозування або приймання на протязі
   3-х місяців і більше є велика ймовірність ушкодження печінки.
   До того ж перед продажем на чорному ринку героїн і метадон нерідко розводять пральним порошком (рідше цукровою пудрою).
   Внутрішньовенне введення відносно “чистих” героїну і метадону все одно пов’язано з виключно високим ризиком розвитку і гепатиту, і сифілісу, і СНІДу, і гнійно-інфекційних ускладнень.
   Опіатні наркотики специфічно і необоротно ушкоджують структури головного мозку, формуючи рабське відношення до самого себе. Мало того, існують непрямі, опосередковані фактори, які впливають на стан мозку наркомана. Ось вони:
   1. Неспокійне життя. Внаслідок багатьох далеко не романтичних пригод (бійки, падіння, зустрічі з міліцією) наркомана неминуче чекають струси мозку або більш важкі травми голови.
   2. Будь-яке, навіть дуже незначне передозування опіатів призводить до погіршання функції дихання (опіати пригнічують дихальний центр), до недостатнього постачання киснем головного мозку, що викликає загибель певної кількості його клітин. Клітини мозку, як відомо, не відновлюються. 3. Чим більша тяжкість інтоксикації, тим більше клітин гине.
   Результатом кустарного виготовлення опіатних наркотиків і їх введення у нестерильних умовах є не тільки інфекційні ускладнення, в тому числі сепсис. Існує інше, чого не вдається уникнути майже нікому. Наркомани називають його словом “трясучка”. Це гіпертермічна реакція, яка розвивається внаслідок попадання в кров разом з наркотиком великої кількості живих і загиблих мікроорганізмів. “Трясучка” супроводжується різким підвищенням температури, наркомана кидає то в жар, то в холод, з’являється нудота, запаморочення, слабкість, деколи – біль у попереку і суглобах. Цей стан небезпечний, від нього хворий може загинути. Навіть в легких випадках від високої температури гинуть клітини головного мозку.
   Спільне вживання опіатів і снодійних барбітурового ряду істотніше ушкоджує головний мозок, із розвитком енцефалопатії.
   Опіати порушують обмін кальцію в організмі, що негативно позначається на стані зубів, кісткової тканини. Деколи вистачає 2-3 років постійної наркотизації, щоб від зубів залишились тільки чорні “пеньки”. До речі, ушкоджені “поламані” чорні зуби – точна ознака для визначення наркомана серед “друзів” вашої дитини.
   Середня тривалість життя осіб, які регулярно вживають наркотики опійної групи, в середньому становить 7-10 років з моменту початку наркотизації.

**Гостра інтоксикація кокаїном.**

    Кокаїн передусім викликає стан загального збудження в поєднанні з ейфорією. Під дією цього наркотику людина почуває себе сильною і діяльною, ясно бачить життєву перспективу, відчуває надлишок сил і впевненості в собі. Прийом кокаїну після короткочасного запаморочення і незначного головного болю призводить до розвитку приємного самопочуття з підвищенням інтелектуальної діяльності. При цьому відчувається надзвичайне піднесення працездатності. Потік думок і мова прискорюються. Характерним симптомом кокаїнізму є графоманія. Хворі пишуть об’ємні листи, заяви, спогади з частими однотипними роздумами і повтореннями.
   У більшості хворих спостерігається підвищена активність, потяг до діяльності. Вони постійно в русі. Прийом кокаїну пригнічує відчуття голоду і спраги. Цей період кокаїнового сп’яніння нагадує маніакальний синдром. Подібний стан триває 1,5–2,5 години і змінюється знесиленням, апатією і пригніченим настроєм. Інколи у наркоманів з’являються зорові і тактильні галюцинації, симптом Маньяна. При цьому виникає нестерпна шкірна сверблячка, хворому здається, що в нього під шкірою повзають маленькі кусаючі комахи або що йому спеціально під шкіру хтось “насипав піску”. Галюцинації часто бувають зорові (привиджуються дрібні темнозабарвлені об’єкти – “мухи”), ще частіше – слухові (чуються погрози, сварка, образи). Переважно виникнення галюцинацій супроводжується маяченням переслідування [23, 35, 36].
   При більш вираженому отруєнні кокаїном спостерігається мідріаз, блідість шкіри, нудота, дрижання, пітливість, загальна слабість, запаморочення, тахікардія, а потім зниження артеріального тиску, колаптоїдні стани або знепритомлення. В рідких випадках перед розвитком колапсу може спостерігатись психомоторне збудження з потьмаренням свідомості. При сильному отруєнні може настати смерть від паралічу дихання і, рідше, від зупинки серця. Інколи перед смертю спостерігається нетривалий епізод делірійного потьмарення свідомості з яскравими зоровими і тактильними галюцинаціями, маренням і різким руховим збудженням. Делірій супроводжується клонічними і тонічними конвульсіями. Якщо хворі виживають, вони певний час скаржаться на головний біль і сильну загальну слабість із запамороченням.
   Фізична залежність від кокаїну настає лише через тривалий час систематичного прийому його, проте виражена психічна залежність розвивається досить швидко.

**Гостра інтоксикація ефедрином.**

   З метою сп’яніння приймається ефедрину гідрохлорид і окислений ефедрин (ефедрон, жаргонні назви -“джеф”, “марцефаль”, “мулька”). Прийом цих речовин викликає стимулюючий ефект. Сп’яніння починається з відчуття легкості, “почуття польоту”, чіткості і яскравості сприймання навколишнього. Потім з’являється відчуття теплої хвилі в тілі, мислення стає прискореним з легкою зміною асоціацій.
   У токсикоманів-початківців виникає надмірна моторна активність, безглузда метушливість, настирлива багатомовність. Після декількох прийомів ефедрину метушливість змінюється на більш цілеспрямовану діяльність, яка частіше всього має риси “творчого” характеру. Сп’янілі починають римувати, намагаються писати вірші, листи, малюють. В період сп’яніння немає почуття голоду, спраги, потреби у сні. При сп’янінні у токсикомана-початківця спостерігаються: блідість обличчя, мідріаз, сухість губ, тахікардія, незначна гіпертензія, дрібний тремор пальців рук, легка дискоординація рухів, незначний латеральний ністагм. Ейфорична фаза сп’яніння у новачків триває біля шести годин, при повторних інтоксикаціях скорочується до 4-2 годин. Закінчується млявістю, знесиленням, серцебиттям, сухістю в роті, потягом до повторного прийому ефедрину.
   Ефедринова абстиненція. Явища абстиненції при ефедриновій токсикоманії мають стадійний розвиток. Після обриву прийому звичної речовини з’являється запаморочення, нудота, нездатність до фізичного і психічного навантаження. Відмічається блідість обличчя, міоз, сухість в роті, пітливість (особливо в нічний час), тахікардія і підвищення артеріального тиску. Характерним є яскраво-малиновий “лакований” язик з фібрилярними посіпуваннями. Мова хворих незрозуміла, “змазана”. Координація рухів порушується, хода стає атактичною. Відмічається світлофобія, ріжучий біль в очах. На протязі перших діб перебування в стаціонарі вони ні з ким не спілкуються, дрімають або сплять.
   Через 12-24 години з’являється головний біль і відчуття розбитості у всьому тілі, фібриляція окремих м’язів. Потім виникають біль у великих суглобах, болючі судомні зведення м’язів, біль в кишечнику і пронос.
   Емоційне тло нестійке з багаторазовими на протязі дня перепадами настрою від гіпоманіакального (нерідко гнівливого) до виражених дисфорій зі злобним і похмурим афектом, підозрілістю і незадоволенням всім, що оточує хворого. Сонливість змінюється безсонням, особливо утруднене засинання. Характерними є пароксизмальні загострення апетиту, перевага віддається солодкій їжі. Дисфоричний етап абстиненції триває до 2-х діб і змінюється явищами апатичної депресії. Хворому здається, що життя втратило перспективу і сенс, ніщо не викликає інтересу, все стає “бридким”. Розвивається різка фізична слабість. Незважаючи на компульсивний потяг до ефедрину, хворі внаслідок різкого зниження психоенергетичного потенціалу неспроможні в цей період на активні дії, направлені на добування наркотику. Через 1-2 тижні стан хворого покращується, але ще на протязі 2-3 тижнів зберігаються явища астенізації ЦНС. Обсесивний потяг зберігається до 3-х місяців [19, 20, 35, 38].

**Особливості кофеїнової залежності.**

   В одній чашці кави міститься приблизно 100-150 мг кофеїну, в склянці чаю – половина, а в склянці напою з колою (кока-кола, пепсі-кола) – третина цієї дози. Певна кількість кофеїну є в шоколаді, який споживається здебільшого дітьми (приблизно 25 мг в плитці). Прийом 50-100 мг кофеїну викликає почуття припливу фізичної і розумової енергії. Період його напіврозпаду - від 3 до 10 годин, а максимальна концентрація в плазмі крові визначається приблизно через півгодини після прийому середника. Прийом дози, яка перевищує 0,5 грами, може викликати початкові явища інтоксикації, хоча деякі особи можуть вживати 2-3 г кофеїну без якихось ускладнень.
   Ознаки кофеїнової інтоксикації включають тривожність з явищами психомоторної ажитації і загального неспокою, підвищену подразливість, безсоння і неприємні відчуття з боку внутрішніх органів. Відмічається не менше п’яти з перерахованих нижче симптомів: 1) неспокій; 2) нервовість; 3) збудження; 4) безсоння; 5) гіперемія шкіри обличчя; 6) посилений діурез; 7) шлунково-кишкові розлади; 8) посіпування м’язів; 9) прискорення мислення і мови (інколи хаотичне); 10) тахікардія (деколи - аритмія); 11) підвищена працездатність із зниженням відчуття втоми; 12) психомоторна ажитація; 13) підвищена чутливість до світла і звуків; 14) дихальна недостатність, конвульсії, пептична виразка і колаптоїдні стани при важкому отруєнні.
   Приблизно у 25 % осіб, які зловживають кофеїном, через 15-18 годин розвиваються явища абстиненції: тривалий головний біль з відчуттям пульсації, який зменшується після прийому кави або чифіру. Можливий розвиток летаргічної сонливості, подразливості, агедонії і депресії. Чим вища денна доза – тим більша ймовірність розвитку депресії. Явища абстиненції самостійно проходять через 4-5 днів. Хронічне вживання кави стимулює підвищену секрецію соляної кислоти в шлунку, що може провокувати розвиток виразкової хвороби. Досить часто спостерігається серцева аритмія. Нерідко постійне вживання напоїв, які містять кофеїн, покращує суб’єктивний стан жінок, котрі страждають фіброзно-кістозними захворюваннями статевих органів, тому кофеманкам необхідно пройти огляд у гінеколога. Часто хронічне зловживання кофеїном помилково розцінюється як прояв тривожного неврозу чи псевдоневротичних розладів і такого псевдохворого “лікують” антифобічними середниками, які, звичайно, неефективні, а лише провокують розвиток психофізичної залежності.
   Всі психостимулятори, незалежно від фармакологічної групи (ефедрин, кокаїн, кофеїн тощо) – це руйнуючий душу і тіло допінг. Вони мають дві спільні риси: 1) різко посилюють обмін речовин, в тому числі в головному мозку; 2) різко збільшують частоту серцевих скорочень і підвищують артеріальний тиск. При цьому енергія, що необхідна для активізації життєвих систем, черпається з резервних запасів організму. Самі ж резерви при використанні психостимуляторів не встигають відновлюватися.
   Для всіх психостимуляторів (особливо для тих, які вводять внутрішньовенно) характерний особливий режим наркотизації. Він нагадує алкогольні запої. Якщо наркотиків багато, або грошей для їх придбання достатньо і хворий не хоче – або не здатний – зменшити дози, то він починає приймати зілля в зростаючих кількостях через прогресивно менші проміжки часу. В кінці “запою” інтервали між ін’єкціями можуть складати всього 20 хвилин (а на шкірі хворого з’являється стільки слідів від уколів, що їх легко сплутати з висипкою кору. Такий “запій” продовжується декілька діб, весь цей час хворий не спить. Але ресурси організму неминуче виснажуються, і настає момент, коли чергова доза уже не може викликати стимулюючу дію. Наркоман засинає на добу-дві. Пробуджується розбитим, в’ялим, пригніченим і роздратованим. Наркотиків в цей час не хочеться – він повинен просто відновити сили. Декілька діб він приходить до себе, а після цього цикл повторюється спочатку.
   В результаті зловживання будь-якими психостимуляторами швидко настає дефіцит життєвих ресурсів організму, внаслідок різкого підвищення обміну речовин. Це проявляється схудненням, загальним виснаженням, старінням шкіри. Такі хворі нагадують в’язнів концтаборів.
   При регулярному використанні стимуляторів серйозно ушкоджується серцево-судинна система. В першу чергу виникають важкі аритмії. Досить часто спостерігається смерть від зупинки серця. Частий розвиток дистрофій міокарда, гострого інфаркту міокарда.
   Звичайно, людині, яка має загальне виснаження і дистрофію міокарда, важко не тільки жити в суспільстві, але й просто рухатись.
   Характерні зміни психічного стану тих, хто вживає стимулятори. У фазі наркотичного сп’яніння хворі надзвичайно енергійні. Наркомани називають цей стан “шустряк” – вони не можуть сидіти на місці, хоча рідко доводять до кінця розпочаті справи. У результаті тривалої наркотизації психостимуляторами розвиваються важкі депресії, психотичні стани (слайд 7), на грунті яких хворі роблять безглузді, незрозумілі і часто трагічні вчинки (наприклад, самогубства) через свій знижений і пригнічений настрій.

   Бувають психози й іншого типу. Хороший настрій фази сп’яніння може змінитися тривожністю, настороженістю і хворобливою підозрілістю. Виникають ці стани настільки часто, що в наркоманів існує для них спеціальна жаргонна назва – “зрада” (лікарі називають це “параноїдом”). Психози супроводжуються галюцинаціями і маяченням. Хворим здається, що за ними слідкують, збираються вбити, пограбувати або заарештувати. Внаслідок цього вони намагаються втекти, захиститися. Оскільки захищаються деколи з ножем, а втікають через вікно п’ятого поверху, нещасть через “зраду” буває дуже багато.
   Є ще один тип психозів, що призводять до смерті хворих. Деколи на висоті інтоксикації їм здається, що вони можуть літати, і вони дійсно намагаються полетіти – з верхніх поверхів будинків.
   Існують специфічні для окремих психостимуляторів ускладнення. До недавнього часу найбільш поширеним з цього типу наркотиків був ефедрон. Ефедрон виготовляють кустарно з ефедрину або ліків, які містять ефедрин. В технології його приготування наркомани використовують оцтову кислоту і калію перманганат.
   Для хронічної інтоксикації солями марганцю характерний розвиток недоумства та паралічів нижніх кінцівок, особливо стоп, прояви синдрому паркінсонізму.
   Препарат “екстазі”, який набув популярності недавно, одночасно з модною музикою стилів “Рейв”, “Хауз”, “Хард-Рок” і дискотеками (які на заході відповідно називаються “рейв-парті”), на протилежність поширеному помилковому погляду зовсім не є “легким” наркотиком. Ускладнення при вживанні екстазі вивчаються біля 10 років, але вже накопичено достатньо досвіду, щоб ставитись до них серйозно.
   Велика частина смертей, викликаних екстазі, пов’язана з перегріванням і тепловим нападом. Екстазі викликає потребу постійно рухатись. Настрій здебільшого ейфоричний, а внаслідок підвищеної взаємоіндукції може розвиватись стан масового екстазу із схильністю до неконтрольованих дій. Інтенсивне фізичне навантаження та стимуляція обмінних процесів призводить до підвищення температури тіла. Водночас екстазі порушує терморегуляцію, звужує судини шкіри і зменшує тепловіддачу. Наркомани потіють і змушені багато пити, а хто нехтує рідиною, ризикує з танців відправитись до лікарні. Це використовують ділки від наркобізнесу, які доставляють в місця масових танців різні напої, котрі реалізуються за високими цінами. Епізодичне вживання екстазі не викликає явищ абстиненції, але після закінчення дії цього препарату певний час утримується виражена астенія.
   Вживання екстазі, особливо коли воно супроводжується інтенсивним фізичним навантаженням, часто викликає підвищення артеріального тиску, іноді розвиток гіпертензивного кризу, що потребує невідкладної медичної допомоги.
   Разом з тим, екстазі, будучи наполовину галюциногеном, при регулярному вживанні або передозуванні викликає подібні на шизофренію рецидивуючі психози з галюцинаціями, страхом і агресією.
   Ще трохи зупинимось на кокаїні, який зараз в моді. Як і володіння радіотелефоном, вживання кокаїну у певних шарах суспільства виступає свідоцтвом життєвого рівня. Але ті, хто приймає кокаїн, не завжди знають, що його (особливо його похідне – “крек”) в Америці лікарі називають “швидкі вбивці”. Позбавитись кокаїнової залежності дуже важко – його наркогенність не поступається наркогенності героїну.
   Ускладнення з боку серця (аритмії і раптові зупинки серця) частіше всього розвиваються у тих, хто вживає кокаїн.
   Кокаїн має властивість звужувати судини. Оскільки його часто вдихають носом, він звужує судини слизової оболонки носа, що призводить до її виразкування, може настати перфорація носової перегородки [20, 39].

**Інтоксикація снодійними препаратами.**

   Сп’яніння від прийому снодійних препаратів у новачків може виникати від потрійної терапевтичної дози. Надалі, при розвитку наркоманії, внаслідок підвищення толерантності, наркомани для викликання сп’яніння змушені дозу підвищувати (здебільшого в 8-10 разів).
   Швидкість розвитку сп’яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному вживанні воно розвивається через 20-25 хв. Проте токсикомани здебільшого викликають стан наркотизації шляхом внутрішньовенного введення суспензії порошку товченого препарату – ефект настає відразу після ін’єкції.
   Сп’яніння снодійними препаратами здебільшого нагадує алкогольне. Розвивається виражена ейфорія з підвищенням моторної активності, яка носить хаотичний характер. Дії сп’янілого безладні і не зовсім цілеспрямовані, але хворий цього не помічає. Рухи стають розмашистими, некоординованими, їх завжди більше, ніж цього вимагає конкретна ситуація. Якість мислення і суджень різко знижується. Увага сп’янілого стає вкрай нестійкою, внаслідок чого тема розмови, як і предмет дії, постійно змінюється. Емоції стають лабільними: ейфорія легко переходить у гнів. Стан гніву, який розвивається з найменшого приводу, а часом, і без нього, може сягати ступеню оскаженіння. Сп’янілі стають агресивними, жорстокими і нестриманими у своїх вчинках з вираженою схильністю до немотивованих руйнівних дій. Вони трощать, розбивають і руйнують все, що попадає в поле їх зору і уваги.
   Об’єктивно: гіперемія обличчя і склер, сальність шкірних покривів, мідріаз, гіперсалівація, тахікардія з напруженим пульсом, зниженим артеріальним тиском, гіпергідроз з виділенням гарячого поту.
   Неврологічні розлади: порушення координації рухів, латеральний ністагм, диплопія і дизартрія. Характерною особливістю фенобарбіталового сп’яніння є те, що відразу після протверезіння можна викликати повторне сп’яніння шляхом випивання cклянки гарячої води.
   При інтоксикації аміталом натрію грубих неврологічних розладів не спостерігається. Сп’яніння, яке викликане цим препаратом, проявляється короткочасним гіпоманіакальним або маніакальним станом з логореєю, багатою на асоціації мовою, елементами гіперамнезії, яскравими, виразними рухами, мімікою і модуляцією голосу. Приховати сп’яніння зусиллям волі є практично неможливо. При гострому отруєнні снодійними препаратами розвивається тяжкий глибокий сон, який постійно поглиблюється. У отруєного відмічається блідість шкіри з сальним блиском, брадикардія і гіпотонія, “гра зіниць”. М’язи гіпотонічні, в’ялі, кінцівки важкі й розслаблені. При пасивному переміщенні хворого не відчувається природного опору. Нерідко відмічається гіперсалівація. Відтак, сон, який постійно поглиблюється, переходить в кому. На тлі повного згасання рефлексів можуть з’являтись пірамідні знаки. Дихання стає частим і поверхневим. При поглибленні коми дихання сповільнюється і може набувати типу Чейн-Стокса або Куссмауля. Може розвинутись бронхорея і підвищена слинотеча, що призводить до закупорки трахеобронхіального дерева і викликає гостру дихальну недостатність. Інколи на тлі загальної блідості коматозний стан супроводжується приливом крові до обличчя і значним потовиділенням. Смерть настає від паралічу дихального центру. Відношення летальної дози до тієї, яка викликає наркотичний ефект, коливається від 3-50 до 1. Половину спроб самогубств складають гострі отруєння барбітуратами, причому приблизно 10 % жертв помирають внаслідок отруєння.
   Барбітурова абстиненція відрізняється вкрай тяжкими, небезпечними для життя проявами. Суб’єктивно обрив снодійних препаратів супроводжується відчуттям незадоволення, неспокою і ознобу. Різко знижується апетит, розвивається безсоння. З’являються тривога і дисфоричні явища з надмірним компонентом “звірячої люті”. На тлі пітливості та характерного маскоподібного обличчя з землистим відтінком і сальним блиском, симптоми абстиненції виникають в такій послідовності: 1) мідріаз, блідість і озноб із “гусячою шкірою”, м’язова слабість, яка найбільш виражена при хронічній інтоксикації ноксироном; 2) через добу розвивається м’язова гіпертензія, судомні зведення литкових м’язів, тремор, гіперрефлексія. Хворий не може довго перебувати в одній позі, а при ході відмічається похитування. З’являється тахікардія і підвищується артеріальний тиск; 3) через дві доби приєднуються блювота і проноси на тлі “ломки” (сильні болі в великих суглобах) і болю в шлунку; 4) на 3-5 добу на тлі зростаючої депресії у значної частини хворих розвиваються великі судомні приступи, які можуть бути серійними, а інколи проявляються у вигляді статусу конвульсійних припадків. У частини хворих може розвинутись психоз, який нагадує алкогольний делірій. На відміну від білої гарячки, для цього психозу характерним є "звучання" психоорганічного компоненту – більш глибокий ступінь затьмарення і виключення свідомості з менш вираженим руховим збудженням і дисоціацією між яскравістю зорових галюцинацій і бляклим емоційним забарвленням галюцинаторних переживань. Розвиток цих станів (конвульсійного синдрому або психозу) на тлі інших симптомів абстиненції практично завжди підтверджує діагноз барбітуроманії.
   При тривалому (6 місяців і більше) зловживанні у барбітуроманів розвиваються психози – або такі, коли хворий бачить галюцинації і через них робить безглузді, а часто і небезпечні вчинки; або такі, що супроводжуються маяченням переслідування і ревнощів. В міру звичайної агресивності хворих на барбітуроманію наслідки психозів часто бувають трагічними.
   При барбітуровій залежності, як і при алкогольній, значно пошкоджується серцево-судинна система. Особливо під час абстиненції, коли артеріальний тиск різко підвищується. Власне, на цей період припадає основна кількість інфарктів у хворих барбітуровою наркоманією. Характерною для барбітуроманів є і дистрофія серцевого м’яза, печінки. Разом з тим, ці хворі переважно не доживають до цирозу, як алкоголіки. Барбітуромани гинуть через енцефалопатію і пов’язані з нею ускладнення (судомні припадки і нещасні випадки під час психозів). До того ж, за даними І.М.П’ятницької, кількість самогубств барбітурових наркоманів перевищує середню в популяції в 60-80 разів [24, 25, 26].

**Зловживання антипаркінсонічними препаратами.**

   Для абстинентного синдрому характерні відчуття ознобу з “гусячою шкірою”, біль в м’язах і великих суглобах, мимовільні рухи рук, непосидючість, гіпертонус м’язів з переважанням тонусу розгиначів. Останнє зумовлює характерну поставу і ходу хворого на ногах, що не згинаються, при випростаній спині і нерідко відставлених руках. Рухові порушення при циклодоловій абстиненції розвиваються в такій послідовності: тремор – скованість рухів – судомні посіпування окремих груп м’язів – мимовільні рухи (потирання рук, погладжування волосся голови, похитування тіла). Привертають увагу характерні для циклодолової токсикоманії своєрідна блідість і сальність шкіри обличчя з рожевим кольором щік у вигляді метелика і яскраво-червоний колір губ. В емоційній сфері переважає іпохондричний компонент. Триває гострий період абстиненції до 2 тижнів.

**Діетиламід лізергінової кислоти.**

   Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД) для маскування наносять на марки і перебивні картинки. Таку “марку” ссуть, викликаючи стан одурманення.
   Майже завжди виникають глибокі зміни сприймання, емоцій і мислення. Не дивлячись на це, критика частково збережена і наркоман усвідомлює, що порушення сприймання у нього зумовлене прийомом препарату. Інколи суб’єктам здається, що вони збожеволіли і в цей час бояться, що вже ніколи не стануть нормальними. Проте, нерідко, можливий розвиток справжнього маячного стану. Як правило, маячення пов’язано з галюцинаціями та іншими змінами сприймання.
   Саме сприймання стає надзвичайно яскравим і інтенсивним, кольори здаються більш багатими, контури різкішими, музика більш емоційною, глибокою, а запахи і смакові відчуття більш загостреними і витонченими. Досить часто відмічаються сінестезії - кольори можна чути, а звуки і запахи – бачити. Можуть також виникати розлади схеми тіла і порушення сприймання часу і простору.
   Частіше бувають зорові галюцинації, звичайно у вигляді геометричних форм (інколи цифр), проте часом мають місце також слухові і тактильні. Галюцинації виникають лише при вживанні надто великих доз. У цьому випадку людина може відчути, що вона перетворилась в іншу істоту (наприклад, пташку), що супроводжується відповідною поведінкою. Сприймання часу також значно змінюється в плані прискорення або сповільнення, що залежить від сюжету “мандрів”, який суб’єкт уявляє. Характерним для інтоксикації ЛСД є візуалізація уявлень, тобто людина може відчувати і переживати те, що хоче відчути чи пережити. Все це часто супроводжується ідеями величності або переслідування.
   Емоції стають надзвичайно інтенсивними і можуть мінятися раптово, різко і часто. В один і той же час суб’єкт може відчувати і переживати два протилежних один одному почуття з відповідним реагуванням (амбівалентність і амбітендентність). Надто підвищується навіюваність і чутливість до невербальних сигналів. Може спостерігатись підвищене почуття єднання і єдності з іншими людьми, або, навпаки, ізоляція від них.
   Пригадуються події раннього дитинства, які звичайно забуваються і знаходяться у сфері підсвідомого в символічній формі. Можуть оживлятись в пам’яті події далекого минулого, включаючи і акт народження.
   Типовими є інтроспективна рефлексія і схильність до пізнання філософських і релігійних ідей. Сильно змінюється відчуття самого себе, інколи ці зміни сягають ступеню деперсоналізації. Особа в стані одурманення переживає своєрідне відчуття, ніби вона злилась із зовнішнім світом, що супроводжується відокремленням свого “Я” (душі) від тіла і загальним розчиненням свого єства в містичному екстазі.
   Інколи суб’єкти вважають, що ці відчуття і переживання підвищують їх творчі здібності, дають і формують новий психологічний інсайт, викликають бажані зміни їх особистості.
   В більшості випадків психодизлептична дія триває від 8 до 12 годин. Проте, приблизно у кожному четвертому випадку серед наркоманів зустрічається так званий “зворотній спалах”, тобто спонтанне транзиторне повторення психічних розладів уже без прийому препарату. Зворотні ефекти можуть виникати при переході з темної кімнати в освітлену, при включенні світла, при вживанні препаратів коноплі.
   Інколи наркомани, які перенесли дію ЛСД, при бажанні можуть викликати ретроспективні сцени довільно, без прийому препарату. Зворотні спалахи звичайно тривають 1-2 доби. Ретроспективні сцени можуть виникати також після травми або в стресовій ситуації. Звичайно, цей стан швидко нормалізується після закінчення стресу, але інколи може затягнутись на місяці і навіть роки.
   У наркоманів з шизоїдним або тривожно-помисловим типом характеру внаслідок прийому дизлептиків можуть розвинутись стійкі невротичні і психічні зміни.
   При психозах не рекомендується прийом нейролептиків у зв’язку з можливим потенціюванням антихолінергічної і пригнічуючої дії на ЦНС. Найкращий метод допомоги хворому в цьому стані є тепле спілкування з ним і дбайливий догляд. При виражених розладах застосовують діазепам або хлоралгідрат для викликання сну. Лише в крайніх випадках допустиме призначення галоперидолу.
   Вживання ЛСД й інших галюциногенів практично не викликає фізичної залежності, але з часом толерантність до них підвищується. Серйозною небезпекою, зв’язаною з вживанням ЛСД, є ризик здійснити “небезпечні мандри”, які можуть викликати емоційні розлади, особливо в осіб з нестійкою психікою [20, 27, 36, 37].

**Гостра інтоксикація фенциклідином.**

   Ця речовина, яка випускається підпільно, знайшла широке розповсюдження, починаючи з 70-х років (вуличні назви: мирні таблетки, ангельська пилюка, кристал, мир, суперзерно, супертравка, мирне зерно, кабан, ракетне паливо). Цей наркотик найчастіше викурюється разом з препаратами коноплі, інколи приймається всередину, вводиться внутрішньовенно або вдихається. Спектр дії і тривалість її широко варіюють залежно від дози (0,1 г речовини може бути поміщений і в 4 цигарки і в декілька десятків цигарок). Припадки, кома і навіть смерть можливі при вживанні дози більше 20 мг. Звичайно вживаються 2-3 мг речовини, доза більше 10 мг рахується високою. Дія наркотику розпочинається через 5 хвилин і стійко утримується приблизно півгодини. Особливістю дії цього наркотику є те, що наркомани не можуть точно описати відчуття і переживання, які були в них безпосередньо перед і під час стану наркотичного одурманення. Спогади їх фрагментарні, часто вони повністю забувають стан сп’яніння, а “прогалини пам’яті” заповнюють псевдоремінісценціями і конфабуляціями. Такими цигарками злодії пригощають інших людей у випадкових компаніях з метою пограбування.
   Із спостереження за сп’янілими можна зрозуміти, що вони переживають відчуття, які швидко (калейдоскопічно) змінюються: ейфорію, тепло в тілі, дзвін у вухах, блаженство, інколи деперсоналізацію (розлади схеми тіла), порушення сприймання часу, ізольованість і відчуженість. Наркоман може виражати співчуття, проявляти знаки дружелюбного відношення і симпатії, які раптово і часто немотивовано змінюються негативізмом і ворожнечею зі схильністю до конфліктів. У деяких осіб спостерігаються стереотипні колові рухи голови, погладжування, гримаси, м’язова ригідність, блювота, постійна співуча мова. У деяких наркоманів розвиваються слухові і зорові галюцинації. Психосенсорні розлади і галюцинації, як правило, супроводжуються маячною інтерпретацією.
   Після редукції ознак сп’яніння розвивається субдепресія, під час якої хворий може бути дратівливим, в певній мірі параноїдно настороженим, войовничим з підвищеною здатністю зачіпати інших осіб, інколи з’являються суіцидні і гомоцидні тенденції.
   Стан сп’яніння супроводжується кількома об’єктивними ознаками, а саме: 1) вертикальним або горизонтальним ністагмом; 2) підвищенням артеріального тиску; 3) тахікардією; 4) больовою гіпестезією; 5) атаксією; 6) дизартрією; 7) м’язовою ригідністю; 8) епілептиформними судомними припадками; 9) гіперакузією; 10) виключенням свідомості (оглушеність, сопор, кома); 11) делірійним станом.
   При тривалому вживанні наркотику може розвинутись психоорганічний синдром зі зниженням контролю за своїми потягами або стан летаргії. Майже завжди має місце депресивний компонент. Інколи хворий відчуває тілесні галюцинації (відчуття повзання мурах під шкірою).

**Гостра інтоксикація метаквалоном.**

   Метаквалон – седативно- гіпнотичний препарат, який не належить до барбітуратів. Він вживається, в основному, молодими людьми з метою підвищення сексуальної активності.
   Жаргонні назви – “мандракер” і “сопор”. Поняття “лудингувати” означає прийом наркотику разом з алкогольним напоєм. Передозування проявляється неспокоєм, підвищенням артеріального тиску, делірієм, розвитком спазмів м’язів, які переходять в конвульсії, що може закінчитись смертю.

**Гостре отруєння транквілізаторами.**

   В більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори в якості замінника інших наркотичних речовин для пом’якшення явищ абстиненції. Інколи транквілізатори приймаються разом із спиртними напоями з метою потенціювання сп’яняючої дії алкоголю. Транквілізатори досить швидко суттєво знижують потенцію аж до розвитку стійкої імпотенції. Враховуючи цей фактор, більшість токсикоманів намагаються уникати прийому транквілізаторів упродовж тривалого часу, а переходять до прийому інших речовин, які стимулюють лібідо, потенцію або відчуття оргазму (наприклад, ефедрин або гашиш).
   Вираженість сп’яняючого ефекту в значній мірі залежить від типу транквілізаторів. Найбільш виражену ейфорію і збудження викликають транквілізатори снодійні (нітразепам, радедорм, еуноктин). При вживанні цих препаратів, як і при інтоксикації фенобарбіталом, сп’яніння нерідко супроводжується втратою кількісного контролю. Після згасання ейфорії наркомани (особливо починаючі або уже деградовані з інтелектуальним дефектом) часто схильні до прийому чергової дози препарату, що може призвести до передозування і вираженого отруєння. Отруєння транквілізаторами можуть розвиватись раптово, з різким порушенням координації рухів і можливим виключення свідомості до ступеню сопору, а інколи і коми. Цей стан може розвинутись як відразу після прийому транквілізатора, так і через певний проміжок часу, тому раптове погіршення стану може розвинутись в будь-якому місці – на вулиці, в транспорті тощо.
   Клінічна картина отруєння у нетоксикоманів залежить від прийнятої дози і проявляється комплексом міастенічних реакцій (птоз, дизартрія, утруднене дихання, міорелаксація зі зниженням тонусу м’язів кінцівок), розладами очної іннервації (мідріаз, диплопія, порушення акомодації), вегетативними розладами (артеріальна гіпотонія, колаптоїдні стани, атонія сечового міхура і зумовлена нею затримка сечі), а також зростаючою сонливістю.
   У хворих токсикоманією, навпаки, спостерігається гіпертонус скелетної мускулатури, артеріальна гіпертензія, потьмарення свідомості (паморочні стани, делірійні епізоди), продуктивна психосимптоматика (галюцинації, ілюзії, маячення) з афективними розладами (страх, тривога). Коматозні стани у токсикоманів розвиваються після прийому приблизно стократної дози транквілізаторів, тоді як для розвитку коматозного стану у нетоксикоманів достатньо прийняти 20-40 терапевтичних доз препарату. При цьому в 20 % випадків прекоматозні стани супроводжуються явищами неспокою. Збудження, як правило, обмежується межами ліжка. У багатьох хворих може різко знизитись артеріальний тиск і раптово розвинутись колапс. Пульс при цьому пришвидшується до 140-150 ударів на хвилину. Дихання стає глибоким, шумним, а при поглибленні коми – поверхневим, нерідко порушується його ритм. Відмічається сухість шкіри і слизових, почервоніння обличчя. Глибока кома супроводжується повною арефлексією. Зіниці в прекоматозному стані розширені, реакція на світло збережена; при глибокій комі - міоз, а в передагональній фазі знову розвивається мідріаз, але з втратою реакції на світло. У дуже тяжких випадках можливе різке пригнічення дихання.
   Крім описаних вище явищ, у хворих інколи мають місце конвульсії, набряки кінцівок, утруднений сечопуск, анурія, гіпотермія і атонічна непрохідність кишечника. Смертність при отруєні транквілізаторами, навіть при застосуванні сучасних методів інтенсивної терапії, сягає 2-3 %.

**Інтоксикація засобами, які належать до групи ароматичних вуглеводнів і органічних розчинників.**

   Останнім часом відмічається тенденція до поширення серед підлітків своєрідної токсикоманії, при якій сп’яніння викликається шляхом вдихання парів ароматичних вуглеводів та розчинників (бензин, нафта, бензол, ацетон, плямовивідники типу “Минутка”, “Домал”, клей, лаки на органічних розчинниках тощо), а також диму від спалення органічних речовин (гуми, целулоїда, пластмас). Інгаляція проводиться шляхом глибоких вдихів.
   Прийом цих засобів підлітками, особливо на початкових етапах токсикоманії, носить, як правило, груповий характер. При цьому поліетиленовий мішок з токсикоманічними засобами по черзі передається один одному для інгаляції. Керує цим процесом найбільш досвідчений токсикоман, який відіграє роль неформального лідера цієї своєрідної мікрогрупи.
   Тривалість сеансів інгаляції зумовлюється токсикологічною характеристикою засобу, який вживається. Більш токсична дія характерна для бензину (особливо етильованого), ацетону, лаків і плямовивідників. Період інгаляцій цих засобів відносно короткий (2-3 год.). Плямовивідники типу “Домал” і клеї на органічних розчинниках значно менше токсичні, що дозволяє токсикоманам вдихати пари цих засобів більш тривалий час (цілий день з короткими інтервалами).
   Клінічна картина сп’яніння і особливості перебігу цих токсикоманій схожі. Два-чотири глибоких вдихи парів бензину викликають відчуття “невагомості”, і “легкості”. При цьому можуть розвиватися психосенсорні розлади – дереалізація і порушення схеми тіла. Сп’янілі відчувають, що у них набрякли і стали як “ватні” руки і ноги, змінилася форма голови. Все навколишнє сприймається нереальним, зміненим, “як в казці”. Приблизно кожен третій при закритих очах бачить німі “мультики” з різноманітними тваринами, комахами, людьми, які перебувають в постійному русі. У сп’янілих покращується настрій, при цьому у одних настає тихе “блаженство” без бажання рухатися (яке нагадує опіатне сп’яніння), в інших – підвищується балакучість, бажання говорити і сміятися (що нагадує сп’яніння внаслідок вживання гашишу). Діагноз бензинового отруєння в значній мірі полегшується тим, що у видихуваному повітрі відчувається запах бензину.
   При сп’янінні внаслідок вживання плямовивідників типу “Домал” або клеїв на органічній основі зорові галюцинації відрізняються особливою яскравістю, живістю і правдоподібністю. Більшість хворих можуть викликати бажані цікаві або приємні для себе галюцинаторні переживання. Після виходу із стану сп’яніння відмічаються постінтоксикаційні явища (в’ялість, загальмованість, підвищена втомлюваність, байдужість, порушення сну). Деколи з’являються страх і тривога. Типовим абстинентним явищем є часті судоми м’язів нижніх кінцівок. Об’єктивні ознаки інтоксикації такі: 1) психомоторна загальмованість, 2) ністагм,
   3) порушення координації рухів, 4) нечітка мова, 5) сонливість,
   6) зниження рефлексів, 7) тремор, 8) генералізована м’язова слабкість,
   9) нечіткий зір або диплопія, 10) виключення свідомості (оглушення, сопор, кома),
   11) ейфорія,
   12) нудота і блювання. Летючі речовини важко визначити в крові, а знайти в сечі неможливо.
   Самі по собі, летючі наркотично діючі речовини (ЛНДР) до наркотиків не належать, так же, як і не належать власне до наркотиків алкоголь і нікотин. Сп’яняюча дія ЛНДР можлива лише в тому випадку, коли кількість токсичної речовини, яка поступила в організм дуже (в порівнянні з іншими типами наркотиків) велика. Адже кожен з нас багато разів у житті відчував запах ацетону і бензину, а сп’яніння не відчував. Але власне тому, що для сп’яніння необхідна велика кількість токсину, зловживання ЛНДР таке небезпечне.
   Найбільш небезпечне ускладнення, що може статися при вживанні ЛНДР, так звана “смерть в мішку”. Велика концентрація летючих речовин може викликати рефлекторну зупинку діяльності серця і дихання. Буває і по-іншому: малолітні експериментатори, почавши вдихати пари токсину, швидко п’яніють, втрачають свідомість і вже не можуть зняти з голови мішок або скинути з обличчя ганчірку з бензином. Важкість сп’яніння швидко наростає, і скоро дихання і серцева діяльність зупиняються. На жаль, про таку смерть ми чуємо регулярно.
   Крім того, все, що говорилось про дію розчинників, які входять до складу кустарно виготовленого “чорного розчину”, характерне для ЛНДР, тільки ускладнення розвиваються значно швидше.
   Основні ускладнення і приблизні терміни їх розвитку при регулярному вживанні ЛНДР один раз на тиждень такі:
   1. Загибель клітин печінки і токсичне ураження печінки. Строк формування біля 8-10 місяців. Результат – хронічна недостатність печінки, порушення згортання крові, зниження імунітету, набряки, в кінці – цироз.
   2. Загибель клітин головного мозку (енцефалопатія). Строк формування – 6 місяців – 2-3 роки. Характерні зміни в психічному розвитку (можливе – недоумство), а також різка зміна характеру в сторону роздратованості, запальності, нестриманості і некерованої агресивності.
   3. Загибель клітин легень і запалення легень (пневмонії). Особливо характерні для зловживання бензином. Пневмонія може наступати в перші місяці зловживання. Часто результатом пневмонії є пневмосклероз.
   Взагалі ЛНДР ушкоджують всі органи і тканини організму, просто перераховані страждають найбільше. За токсичністю, шкодою для організму з ЛНДР не може порівнятися ніякий наркотик, навіть снодійні препарати і горезвісний “крек”. Крім того, оскільки ЛНДР в основному вживають неповнолітні, дуже помітне відставання їх в розвитку в порівнянні з однолітками. На щастя, від вживання ЛНДР переважно легко відмовитись, і підлітки зараз не вживають ЛНДР довго. Ті, хто продовжує їх вживати, стають інвалідами або гинуть [20, 28, 29].

**УЗАГАЛЬНЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ**

   1. Токсикоманії і наркоманії поширюються темпами, які мають ознаки епідемії. Серед цього контингенту соматоневрологічні, венеричні, інфекційні хвороби, різноманітні травми зустрічаються набагато частіше, ніж у загальній популяції. Особи, які передозували психоактивний засіб, потребують невідкладної інтенсивної медичної допомоги. Медичні працівники можуть зустрічатись з цими хворими у будь-якому медичному закладі, а тому повинні в достатній мірі орієнтуватись у вузлових питаннях цієї соціально-медичної проблеми.
   2. Наркологічно хворі здебільшого психопатизовані і схильні до порушення лікувального режиму. Медичні працівники повинні проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче припиняти спроби асоціальної поведінки.
   3. Якщо біля наркомана групуються інші хворі, то вони або самі приймають одурманюючі препарати, або дістають їх для наркомана.
   4. Наркотики (в їх числі транквілізатори і снодійні препарати) повинні зберігатися в сейфі, обладнаному відповідно з діючими інструкціями.
   5. Наркомани в стані абстиненції здатні до будь-яких актів агресії. Проводити їм медичні маніпуляції потрібно в присутності іншого обслуговуючого медперсоналу, щоб попередити можливі нещасні випадки.
   6. Підступність, хитрість і брехливість наркоманів не має меж. Довіряти їм не можна. Недопустимо піти на проступок і допомогти їм дістати якийсь психотропний препарат. Як правило, це призводить до наступного шантажу з боку наркомана і до службових неприємностей.
   7. Після зникнення фізичних явищ наркоманічної абстиненції психічний потяг лишається. Наркомани схильні до агравації і симуляції, щоб отримати потрібний одурманюючий засіб. Якщо такий хворий “демонструє” свої муки, але почав приймати їжу і відновив куріння тютюну, це означає, що він агравує свій стан.
   8. Найбільш важкий і небезпечний для життя абстинентний синдром викликають барбітурати. Найбільш тривала абстиненція зумовлена опіатною наркоманією. Найбільш виражену психічну деградацію (психопатизація і отупіння) викликає барбітурова наркоманія. Найшвидше руйнує соматоневрологічний стан організму і викликає моральне спустошення ефедрон. Навіть у середовищі наркоманів барбітуромани і “ефедронщики” здебільшого зневажаються.
   9. Наркотики дорого коштують. Смертельні отруєння ними зустрічаються відносно рідко. А більшість токсикоманічних речовин є широкодоступними, тому важкі отруєння здійснюються переважно ними. Приблизно 10 % отруєнь барбітуратами закінчується летально, а у частини жертв несмертельні отруєння призводять до психоорганічного синдрому.
   10. Статистика свідчить, що серед людей які приймають спиртні напої, хронічний алкоголізм розвивається у 5-10 %, а серед тих, хто втягнувся у прийом наркотиків, наркоманія спостерігається у 85-90 %. Тому єдиним дієвим методом боротьби з наркоманією є її профілактика.
   11. Так звані “слабкі наркотики” (маріхуана і екстазі) практично не викликають абстиненції і зміни толерантності. Але значна частина людей, які почали приймати ці речовини, звикає до стану штучного одурманення починає прагнути переживати більш сильні відчуття і переходить до прийому більш активних наркотиків. Іншими словами, гашиш і екстазі є першою сходинкою, яка веде до важких наслідків.

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ НАРКОМАНІЙ**

   Вищенаведені дані вказують на тяжкість наркоманії як **з**ахворювання для конкретної людини і як соціального явища – для суспільства в цілому. Звідси витікає необхідність особливої уваги з боку суспільства до цієї проблеми, що включає такі головні моменти: 1) правові; 2) медичні;
   3) наукові.
   Правові питання регламентуються Законом “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів з урахуванням відповідних положень і вимог, що діють у рамках міжнародних конвенцій та протоколів ООН. У відповідності до цього Закону затверджено Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України.
   Медичні проблеми включають: медикаментозне лікування наркоманії, сугестивну і гіпнотерапію, фізіотерапію, фізичну, психічну і соціальну реабілітацію хворих.
   З наукових проблем найбільш актуальною є вивчення патогенезуабстинентного синдрому та психічної залежності від наркотичних речовин як основи цілеспрямованого пошуку засобів лікування наркоманії.
   При лікуванні наркоманії користуються декількома загальними принципами: 1) добровільність, яка є одним з найважливіших факторів лікування; 2) індивідуалізація лікування; 3) комплексність терапії, яка включає медикаментозні, психотерапевтичні та реабілітаційні методи.
   Медикаментозне лікування наркоманії [22, 23, 25]
   Загальні напрямки фармакотерапії при наркоманії: 1) лікування гострої інтоксикації при передозуванні наркотичних речовин; 2) терапія соматичних і неврологічних порушень, які виникають у хворих в результаті хронічної інтоксикації наркотичними сполуками; 3) купірування абстинентного синдрому, який викликається припиненням прийому наркотику; 4) медикаментозний вплив на мотиваційні та емоційні процеси, що визначають формування аддиктивної поведінки хворих.
   Терапія гострих отруєнь при передозуванні наркотику, а також захворювань певних органів і систем (ураження серця з ймовірним розвитком інфаркту міокарда, уражень печінки, розладів функції шлунково-кишкового тракту, парезів та паралічів периферичного походження, уражень різних структур центральної нервової системи) не має певної наркологічної специфіки. Вона грунтується на методах допомоги, які використовуються при будь-яких гострих отруєннях, також на методах, що використовуються для лікування терапевтичних, неврологічних хворих тощо.
   Найбільш грізним ускладненням наркологічного характеру, яке може спостерігатися у таких хворих, є розвиток абстиненції, яка переноситься надзвичайно важко і нерідко є загрозливою для життя пацієнтів. Відомо, що при опійній наркоманії виникнення основних клінічних симптомів у хворих в значній мірі обумовлене дисбалансом адренергічної, дофамінергічної, серотонінергічної та опіоїдної систем. При цьому в організмі накопичуються недоокислені продукти розпаду наркотичних речовин, токсичні метаболіти, гормони. Транссинаптичним і парасинаптичним шляхами спочатку в ліквор, а потім в кров поступають різні нейромедіатори. Вказані порушення суттєво впливають на клінічну картину та динаміку абстинентного синдрому. Зокрема при зростанні активності симпато-адреналової системи виникають гіпертензія, тремор, безсоння, розширення зіниць, при активації парасимптатичного відділу - чхання, ринорея, сльозотеча. Залежно від співвідношення цих порушень обирається різна тактика медикаментозного лікування.
   Тактика призначення лікарських препаратів при абстинентному синдромі залежить від стадії його розвитку, віку хворого, його психічного стану, тривалості хронічної інтоксикації, сомато-неврологічних ускладнень [21].
   Одним з перших питань, що потребує вирішення – **швидкість припинення наркотизації.** В Україні серед фахівців переважає точка зору, що найкраще припиняти наркотизацію одразу. За кордоном широко застосовують програми контрольованого літичного зниження доз призначеного лікарями наркотику. Хворі переконані, що поступове зниження дози робить остаточну відмову від наркотику більш легкою. Цей спосіб, справді, має свої переваги. При цьому встановлюються стосунки хворого і лікаря на основі більшої довіри, що сприяє підвищенню результатів лікування. Іноді літичне зниження наркотику необхідне у виснажених, ослаблених наркоманів, людей літнього віку у III стадії наркотизації, при зловживанні снодійними і транквілізаторами як в III, та і в II стадії залежності. Наприклад, відміна барбітуратів проводиться на 10-15 % дози щоденно. Разом з тим, наркотик не призначається при абстиненції в здорових і молодих хворих у I-II стадії, психопатичним особам, при агравації. Суб’єктивна важкість стану не є підставою для призначення наркотику. Навпаки, у багатьох випадках страх наркомана пережити тяжку абстиненцію в майбутньому втримує його від поновлення наркотизації. Літичне ж зниження підтримує потяг, після короткого полегшення стану явища абстиненції поновлюються, причому можуть бути ще інтенсивнішими, ніж до введення малої дози наркотику. Якщо все ж таки із вказаних вище причин лікар іде на поступове зниження дози наркотику, то його призначення розподіляється на 5-10 днів, залежно від величини дози, яка використовувалась для наркотизації, і важкості стану хворого. Паралельно із зниженням дози наркотику хворому призначають нейролептики у поступово наростаючій дозі. Якщо тривога, туга, явища дисфорії прогресують, дозу наркотику на 2-3 дні стабілізують. Збільшення термінів літичного зниження дози наркотику або поновлення його призначення після відміни, як правило, призводить до зриву в лікуванні.
   Принципи медикаментозного лікування є спільними для однієї стадії наркотизації при різних видах наркоманій [21, 22, 23]. Зокрема, терапія абстинентного синдрому II стадії опійної наркоманії аналогічна з абстиненцією II стадії барбітурової наркоманії або алкоголізму, але відрізняється від лікування абстиненції III стадії опіїзму. Методи забезпечення ремісії II стадії різних форм наркоманії також є спільними у більшій мірі, ніж методи підтримання ремісії II i III стадії при одній формі. Етапність патогенезу залежності є спільною для різних форм наркоманій. Це дозволяє розглядати методи терапії при будь-якій формі залежності з точки зору стадії захворювання. Основою, на якій розвиваються різноманітні клінічні симптоми залежності, є співвідношення активності адрен- і холінергічної систем (ерго- і трофотропної). Зокрема, в межах кожної форми мононаркоманії можна виділити три **етапи абстинентного синдрому:**
   1) холін- і адренергічне збудження проявляються в однаковій мірі; цей етап спостерігається на початку II стадії хвороби; 2) переважає адренергічне збудження, що відмічається в кінці II стадії захворювання;
   3) недостатність адренергічного збудження, відсутність холінергічного; проявляється симптоматика анергії; цей етап відмічається у III стадії мононаркоманії. Але, наприклад, при ефедриновій наркоманії адренергічна система виснажується вже в II стадії залежності. При полінаркотизмі, коли з’являється додаткова адренергічна стимуляція, симптоматика подібна до симптоматики мононаркотичної абстиненції II стадії.
   Терапевтичного ефекту можна досягнути шляхом пригнічення збудження, яке переважає, або вирівнюванням балансу між окремими системами. З цією метою використовують адреноблокатори, холіноміметики і холіноблокатори. Типовою у цьому відношенні є схема лікування опійного абстинентного синдрому.
   В якості адреноблокатора досить часто при цьому хворим призначають піроксан, який впливає на центральні і периферичні адренореактивні системи. Не дивлячись на те, що препарат не усуває парасимпатичний вплив, безпосередньо після його ін’єкції на короткий термін у хворих зникають сльозотеча, позіхання, чхання. Водночас піроксан позитивно впливає на психічне напруження, тривогу, безсоння в хворих, значно зменшує інтенсивність потягу до наркотику. Препарат вводять по 3 мл 1 % розчину під шкіру або в м’язи 1-3 рази на день протягом 5-7 днів. Як правило, явища абстиненції зникають на 3-5 день лікування. Тривале застосування піроксану (для попередження рецидиву абстиненції) може призвести до поновлення психічного напруження, неспокою, дискомфорту, болю в м’язах, гіпоманіакального стану. Можливе застосування препарату в таблетках. При цьому ефект розвивається повільніше, але пригнічення потягу до наркотику більш інтенсивне. Таким способом піроксан можна застосовувати амбулаторно, зокрема для лікування алкоголізму. Він показаний у II стадії залежності, у III стадії його доза знижується і контролюється рівень АТ. При його зростанні вище 130-140 мм рт. ст. в період абстиненції III стадії залежності піроксан необхідно відмінити.
   В лікуванні опійного абстинентного синдрому з успіхом використовують  2-адреноміметик центральної дії клофелін (клонідин, гемітон, катапресан). Під впливом препарату гальмується вихід норадреналіну в синаптичну щілину в адренергічних нейронах центральної нервової системи. Клофелін проявляє високу ефективність відносно соматовегетативних розладів періоду абстиненції [22]. Менший його вплив на психічні розлади і больовий синдром. На неврологічну симптоматику і патологічний потяг до наркотику клофелін не впливає. Лікування триває 5-7 днів, добові дози не перевищують 0,6-0,9 мг при триразовому прийомі препарату. Призначення клофеліну потребує контролю за артеріальним тиском. Його краще не призначати амбулаторно, тому що при поєднанні з алкоголем або опіатами можуть виникати небезпечні реакції. Піроксан і клофелін недостатньо ефективні при зловживанні снодійними та психоделічними препаратами, де більш ефективні нейролептики.
   Для купірування абстинентного синдрому при наркоманії, у тому числі опійній та алкоголізмі, використовують нейролептик тіаприд, який проявляє антидофамінергічний вплив. Препарат має седативну, антипсихотичну, протисудомну, анальгезуючу дію. Він ефективний при гіперкінетичних та дискінетичних порушеннях, істеричних проявах, вегетативних розладах і, особливо, при больовому синдромі. У перші дні абстиненції тіаприд вводять хворим внутрішньом’язово в середній добовій дозі 0,6 г (на три ін’єкції). При цьому зменшується біль, патологічний потяг до наркотику. Хворі стають спокійнішими, менш дратівливими, знижується емоційна лабільність. На сомато-вегетативні розлади (діарею, пітливість, сльозотечу, нежить тощо) тіаприд практично не впливає. Курс лікування становить 6-9 днів.
   Високо ефективним є поєднане застосування тіаприду з клофеліном. При цьому відбувається вплив на основні нейро-медіаторні механізми синдрому абстиненції – адренергічний (клофелін) і дофамінергічний (тіаприд).
   У комплексі лікувальних заходів використовують також геміневрин (хлорметіазол). За хімічною будовою він є частиною молекули вітаміну В1, але вітамінних властивостей не має, проявляє седативну, снодійну та протисудомну дію. Впливає також на стійку агрипнію, психоподібні порушення, тривогу. Діє через ГАМК-ергічну систему на дофамінову передачу, нормалізує стан катехоламінової системи, порушений при наркотизмі. Препарат призначають по 2-4 капсули (1-2 г геміневрину), при необхідності – через півгодини ще 2 капсули до заспокоєння і настання сну. Його можна також призначати по 3 капсули на день 2 дні, потім по 2 капсули на день 3 дні і потім по 1 капсулі 4 дні. Тривалість лікування становить 9 днів.
   У II стадії залежності для полегшення проявів абстиненції і компульсивного потягу показані також нейролептики. У гострій фазі використовують аміназин, потім переходять на призначення етаперазину, антидепресанту піразидолу, левомепромазину (тизерцину), тіоридазину (сонапаксу), периціазину (неулептилу), протисудомного препарату карбамазепіну, який ефективний при маніакальному синдромі, афективних розладах. В хворих, в яких короткочасне збудження виникло на грунті застосування наркотиків-депресантів, нейролептичні засоби не показані, тому що при взаємопотенціюванні ефектів цих груп ліків можуть розвиватися небезпечні соматичні ускладнення. При різкому пригніченні дихання, викликаному морфіном, показано введення налорфіну.
   Полегшити стан наркомана на висоті опійної абстиненції може введення 1 мл 5 % розчину ефедрину.
   При зловживанні снодійними препаратами показані левомепромазин, амітриптилін, карбамазепін. При зловживанні стимуляторами застосовують бромокриптин, сульпірид, піразидол, метофеназат (френолон), сиднокарб, глутамінову кислоту у великих дозах. При зловживанні психоделічними препаратами показані аміналон, який в цій ситуації проявляє транквілізуючу та снодійну дію, і ніаламід (нуредал), який особливо ефективний при сенестопатіях.
   Для лікування абстинентних проявів можуть бути застосовані також засоби, що безпосередньо впливають на опіатні системи: агоністи, антагоністи, агоністи-антагоністи опіатних рецепторів. До речовин змішаного впливу належить бупренорфін (норфін), який має здатність зменшувати явища гострої інтоксикації за рахунок часткової антагоністичної дії, а гострі прояви абстиненції – за рахунок часткового агоністичного впливу на мю-опіатні рецептори. Препарат вводять в м’язи по 0,3 мг 3 рази на добу протягом 5-7 днів. Через 10-15 хвилин розвивається знеболювальний ефект, покращується психічний стан хворих. Доцільною є комбінація бупренорфіну з тіапридом для попередження виникнення опійної ейфорії. Для скорочення тривалості абстиненції до 5-6 днів, замість 10-12, запропоновано вводити специфічний антагоніст опіатних рецепторів налоксон. При цьому його доцільно комбінувати з клофеліном для полегшення перебігу симптомів абстиненції, яка спровокована налоксоном. Лікування проводять за такою схемою: щодобово призначають клофелін у великих дозах (0,9-1,2 мг) і налоксон – у невеликих (0,2 мг); через декілька днів поступово починають знижувати дозу першого препарату і нарощувати – другого (до 1,8 мг на добу); в кінці лікування хворий отримує лише налоксон.
   При значних невротичних розладах (тривожність, страхи, підозрілість, безсоння), вегетативних порушеннях застосовують транквілізатори (хлордіазепоксид, сибазон, тріоксазин тощо), антидепресанти (амітриптилін, флуоксетин). Механізм дії останніх полягає в блокуванні оборотного захоплювання норадреналіну та серотоніну, тобто вони впливають на основні моменти патогенезу наркоманії. При явищах дисфорії показаний карбамазепін (фінлепсин), сульпірид (еглоніл), іноді – препарати літію.
   Для ліквідації безсоння перед сном хворому вводять суміш піпольфену (0,05 г), аміназину (0,025-0,05 г) і 1-2 мл кордіаміну – у хворих II стадії, та піпольфену, седуксену (1-2 мл) і кордіаміну – хворим у III стадії. Після виходу хворого з гострого стану снодійну дію проявляють сонапакс, тизерцин, хлорпротиксен, амітриптилін, які застосовують у малих дозах, димедрол, піпольфен тощо.
   Серйозною проблемою є пригнічення патологічного потягу до наркотику. Це досягається введенням 1 мл 1 % розчину апоморфіну, піроксану, клонідину, тизерцину. При опійній наркоманії можна додати дипіроксим (під шкіру по 2 мл 15 % розчину), при зловживанні снодійними – амітриптилін і бемегрид ( по 10 мл у вену щодня), який у цій ситуації діє як седативний препарат. Високу здатність ліквідувати фізичну залежність до наркотику встановлено у медициту (комплекс медихроналу і намациту), який пройшов клінічну апробацію [11]. Перспективним у цьому відношенні є вивчення лікувальних можливостей пептидів-модуляторів – окситоцину, вазопресину, холецистокініну тощо, антагоністів іонів кальцію, засобів, які модулюють ГАМК-ергічні процеси. Вказані речовини, як свідчать експериментальні дані, змінюють мотиваційно-емоційні ефекти наркотиків.
   У схему лікування абстинентного синдрому доцільно включати сірковмісні сполуки (натрію тіосульфат, унітіол, магнію сульфат), які проявляють седативну дію, дегідратуючі властивості, знижують судинний і м’язовий гіпертонус, відновлюють природну реактивність на інші лікарські засоби, здатні пригнічувати потяг до наркотиків. Натрію тіосульфат вводять у вену по 5-10 мл 30 % розчину із розчином глюкози; на курс – 10-15 ін’єкцій. Магнію сульфат використовують внутрішньом’язово по
   5-10 мл 25 % розчину протягом 5-10 днів. Унітіол вводять хворим у м’язи по 5-10 мл 5 % розчину протягом 5-6 днів. Частково патологічний потяг до наркотику здатен пригнічувати імуномодулятор пірогенал, який вводять хворим у м’язи від 50 до 1000 МПД (мінімальних пірогенних доз). Застосовують глутамінову кислоту, поступово підвищуючи добову дозу до 10-12 г, яка пом’якшує, а іноді навіть знімає абстинентний синдром і попереджує рецидиви.
   Хворим в стані абстиненції показані гепатопротектори, анальгетики, нестероїдні протизапальні засоби, спазмолітики та судиннорозширювальні препарати, ноотропні речовини (нейрометаболічні церебропротектори), комплекс вітамінів, особливо А, В1, В6, В12, С, РР, Е.
   Позитивний вплив на хворих у стані абстиненції проявляють методи неспецифічної дезінтоксикації, комплексне застосування лазерних, сорбційних та електрохімічних методів терапевтичного впливу тощо. Зокрема, лікування абстинентного синдрому розпочинають із внутрішньосудинної лазерної гемотерапії (1,5-2 мВт, двічі на день з інтервалом 6-8 годин, експозиція становить 30-40 хвилин). Якщо прояви абстиненції надзвичайно тяжкі, додатково підключають сорбційні (гемо- та ентеросорбція) та електрохімічні методи детоксикації в поєднанні з методами рефлексотерапії (акупунктура, мікрохвильова резонансна терапія). Внутрішньосудинну лазерну гемотерапію можна здійснювати під прикриттям натрію гіпохлориду (0,03-0,06 % розчин по 1500-2000 мл на добу, не більше 500 мл на 1 ін’єкцію, кожні 6-8 годин; швидкість внутрішньовенної інфузії – 20-40 крапель/хв.). При тяжких формах абстиненції, зумовлених тривалою і масивною наркогенною інтоксикацією, показана також екстракорпоральна лазерна гемокарбоперфузія (гемосорбція). Оптимальний режим її проведення: зі швидкістю
   60-120 мл/хв., об’єм - 2-4 ОЦК. Застосування цього методу найбільш оправдано при появі початкових ознак абстиненції, доцільно проводити його двічі, з інтервалом в 1-2 дні, на 1 і 3 добу інтенсивної терапії.

**ДОДАТОК**

**Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд)
Класифікація психічних і поведінкових розладів**

   F10-F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин
   F10.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю
   F11.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання опіатів
   F12.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання каннабіноїдів
   F13.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання седативних
   або снодійних середників
   F14.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання кокаїну
   F15.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання інших
   стимуляторів, у т.ч. кофеїну
   F16.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання
   галюциногенів
   F17.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання тютюну
   F18.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання летких
   розчинників
   F19.- Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання декількох
   середників та інших психоактивних речовин
   4., 5- і 6-значні категорії використовуються для уточнення клінічного стану; діагностичні критерії, спільні для всіх психоактивних речовин, наведено для гострої інтоксикації та стану відміни
   F Іх.О Гостра інтоксикація
   ОО Неускладнена
   О1 З травмою або іншими тілесними ушкодженнями
   О2 З іншими медичними ускладненнями
   О3 З делірієм
   О4 З розладами сприйняття
   О5 З комою
   О6 З судомами
   О7 Патологічне сп’яніння
   F Іх.1 Вживання з шкідливими наслідками
   F Іх.2 Синдром залежності
   20 На даний час утримання
   200 Початок ремісії
   201 Часткова ремісія
   202 Повна ремісія
   21 На даний час утримання, але в умовах, що виключають
   вживання
   22 На даний час під медичним наглядом або в режимі замісної
   терапії (контрольована залежність)
   23 На даний час утримання під час лікування препаратами, що
   спричиняють відразу або блокують потяг
   24 На даний час вживання речовин (активна залежність)
   240 З фізичними особливостями
   241 Без фізичних особливостей
   25 Постійне вживання
   26 Епізодичне вживання (дипсоманія)
   FІх.3 Стан відміни
   30 Без ускладнень
   31 З судомами
   FІх.4 Стан відміни з делірієм
   40 Без судом
   41 З судомами
   FІх.5 Психотичний розлад
   50 Шизофреноподібний
   51 Переважно маячний
   52 Переважно галюцинаторний
   53 Переважно поліморфний
   54 Переважно з депресивними симптомами
   55 Переважно з маніакальними симптомами
   56 Змішаний
   FІх.6 Амнестичний синдром
   FІх.7 Психотичний розлад
   70 Епізодичні появи стану, який виникав при вживанні
   наркотику
   71 Розлад особистості або поведінки
   72 Резидуальний афективний розлад
   73 Деменція
   74 Інший стійкий когнитивний розлад
   75 Пізній психотичний розлад
   FІх.8 Інші розлади та поведінки
   FІх.9 Неуточнений розлад психіки та поведінки.
   F10-F19
   Психічні і поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин
   Упровадження.
   Даний розділ включає найрізноманітнші розлади, важкість яких варіює (від неускладненого сп’яніння і застосування з шкідливими наслідками до виражених психотичних розладів і деменції), але при цьому всі вони можуть бути пояснені уживанням одного або декількох психоактивних речовин (які можуть бути або не бути назначені лікарем).
   Дана речовина вказується 2-м і 3-м знаками (тобто першими двома цифрами після букви F), а 4-й і 5-й знаки визначають клінічний стан. Для економії місця спочатку перераховуються всі психоактивні речовини, а за ними вказуються 4-і знаки; їх потрібно використовувати за потребою для кожної речовини, яка визначається, проте потрібно відмітити, що не всі 4-і знаки вживані для всіх речовин.
   Діагностичні вказівки:
   Ідентифікація вживаних психоактивних речовин може бути зроблена на основі заяви самого пацієнта, аналізу сечі, крові або інших даних (наявність у пацієнта наркотиків, клінічні ознаки і симптоми, повідомлення з інформаційних третіх джерел). Завжди бажано отримати подібні дані більше, ніж з одного джерела.
   Об’єктивні (лабораторні) аналізи дають найбільш очевидні докази вживання наркотиків в даний час або в недалекому минулому, хоча можливості цього методу обмежені відносно термінів минулого вживання або рівня вживання в теперішній час.
   Багато наркоманів вживають більше, ніж 1 тип психоактивних речовин, але діагноз розладів повинен бути встановлений по можливості відповідно до найбільш важливої з використовуваних речовин (або класу речовин). Це переважно може бути зроблено по відношенню до окремої психоактивної речовини або типу речовин, що привели до існуючого розладу. При виникненні сумнівів розлад кодується за речовиною або її типом, зловживання яким відбувалось дуже часто, а саме у випадках постійного або щоденного вживання.
   Тільки у випадках, коли система вживання наркотиків хаотична і невизначена або якщо наслідки вживання різних наркотиків тісно поєднані, потрібно використовувати код F-19.- (розлади внаслідок поєднаного вживання наркотиків). Зловживання непсихоактивними речовинами, наприклад проносними, аспіріном і ін., повинно кодуватись F55.- (зловживання речовинами, що не викликають залежності) з 4-м знаком, що вказує на тип речовини.
   Випадки, коли психотичні розлади (а саме делірій в осіб старечого віку) викликані психоактивними речовинами, але без ознак розладів, описаних в даному розділі (наприклад, вживання з шкідливими наслідками або синдром залежності), повинні кодуватись в F00-F09. Якщо делірій виникає на фоні одного з перерахованих розладів, він повинен кодуватись у F1х.3 або F1х.4.
   Ступінь зв’язку з алкоголем може визначатись шляхом додаткового коду з розділу ХХ МКХ-10: Y90 (доказ присутності алкоголю шляхом аналізу крові) або Y91 (доказ присутності алкоголю, визначений рівнем інтоксикації).
   F1х.0 Гостра інтоксикація.
   Скороминущий стан після вживання алкоголю або іншої психоактивної речовини, що приводить до розладів свідомості, когнітивних функцій, сприйняття, емоцій, поведінки або інших психофізіологічних функцій і реакцій.
   Діагноз повинен бути основним лише в тих випадках, коли інтоксикація не супроводжується більш стійкими розладами, пов’язаними із вживанням алкоголю або наркотиків. В останньому випадку перевагу потрібно віддавати діагнозу вживання з шкідливими наслідками (F1х.1), синдрому залежності (F1х.2) або психотичних розладів (F1х.5).
   Діагностичні вказівки:
   Гостра інтоксикація знаходиться в прямій залежності з рівнями доз (див. розділ ХХ МКХ-10). Винятками можуть бути пацієнти з якимись органічними захворюваннями (наприклад, нирковою або печінковою недостатністю), коли малі дози речовини можуть виявляти непропорційно гострий інтоксикаційний ефект. Повинна також братись до уваги розгальмованість, обумовлена соціальними обставинами (наприклад, поведінкова розгальмованість на святах, карнавалах та ін.). Гостра інтоксикація – перехідне явище. Її інтенсивність з часом зменшується, й при відсутності подальшого вживання речовини її дія припиняється. Одужання, тому, є повним, за винятком випадків, де наявне тканинне пошкодження або інше ускладнення.
   Симптоми інтоксикації не завжди відображають первинну дію речовини, наприклад, депресанти можуть викликати симптоми збудження або гіперактивності, а стимулятори – заглиблення в себе і інтровертну поведінку. Дія таких речовин, як каннабіс і галюциногени, практично непередбачена. Більше того, багато психоактивних речовин викликають різний вплив залежно від різних рівнів доз. Наприклад, алкоголь в малих дозах має стимулюючий ефект, зі збільшенням дози він викликає ажитацію і гіперактивність, а в дуже великих дозах виявляє седативний ефект.
   Включаються:
   - гостре сп’яніння при алкоголізмі;
   - при вживанні галюциногенів;
   - сп’яніння БІВ.
   Диференціальний діагноз:
   Потрібно мати на увазі наявність травм голови і гіпоглікемії, а також можливість інтоксикації в результаті вживання декількох речовин.
   Для визначення наявності ускладнень при гострій інтоксикації може вживатися наступний 5-значний код:
   F1х.00 без ускладнень
   Симптоми різної важкості, переважно залежні від дози, особливо при високих дозах вживаних речовин.
   F1х.01 з травмою або іншими тілесними пошкодженнями;
   F1х.02 з іншими медичними ускладненнями наприклад, з кровавою блювотою, вдиханням блювотних мас;
   F1х.03 з делірієм;
   F1х.04 з розладами сприйняття;
   F1х.05 з комою;
   F1х.06 з судомами;
   F1х.06 патологічне сп’яніння;
   Застосоване тільки для алкоголю. Раптова поява агресивності і спалахів насильства, не типових для суб’єкта в тверезому стані: даний стан виникає зразу ж після прийняття кількості алкоголю, яка не викликала б стану сп’яніння у більшості людей.
   F1х.1 Вживання з шкідливими наслідками
   Модель вживання психоактивної речовини, яка викликає шкоду для здоров’я. Шкода може бути фізичною (нприклад, у випадку виникнення гепатиту внаслідок самовведення ін’єкційних наркотиків) або психічною (випадки виникнення вторинних депресивних розладів після важкої алкоголізації).
   Діагностичні вказівки:
   При постановці даного діагнозу необхідна наявність безпосереднього дефіцитарного порушення психіки або фізичного стану споживача. Вживання речовини часто критикується оточуючими і пов’язане з різними негативними соціальними наслідками. Цей факт, що вживання певної речовини викликає несхвалення з боку іншої особи або суспільства в цілому, може призвести до соціально негативних наслідків, таких як арешт або розірвання шлюбу, якщо цей факт не являється доказом вживання з шкідливими наслідками.
   Гостра інтоксикація (див. F1х.0) або “похмілля” самі по собі також не являються достатніми доказами шкідливості для здоров”я, що вимагається для постановки подібного діагнозу. Вживання з шкідливими наслідками не повинно діагностуватись при наявності синдрому залежності (F1х.2), психотичного розладу (F1х.5) або іншою специфічною формою розладу, пов’язаного з алкоголем або наркотиками.
   F1х.2 Синдром залежності
   Синдром залежності – це поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, при яких вживання речовин або класу речовин починає займати перше місце в системі цінностей індивідуума. Основною характеристикою синдрому залежності є потреба (часто сильна, інколи непереборна) прийняти психоактивну речовину (яка може бути або не бути назначеною лікарем), алкоголь або тютюн. Наявні докази того, що повернення до вживання психоактивних засобів після періоду невживання приводить до більш швидкої появи ознак цього синдрому, ніж у осіб, які раніше не мали синдрому залежності.
   Діагностичні вказівки:
   Діагноз залежності може бути поставлений тільки при наявності трьох або більше нижче перерахованих ознак, які виникли на протязі певного часу в минулому році:
   а) Сильна потреба або необхідність прийняти речовину.
   б) Порушення здатності контролювати вживання речовини, тобто початок та кінець вживання, або дозування вживаних речовин.
   в) Фізіологічний стан відміни (див. F1х.3 і F1х.4), при якому вживання речовини припиняється або зменшується, про що свідчить: характерний для речовини синдром відміни або використання тієї ж або подібної речовини для полегшення або попередження симптомів відміни (при усвідомленні того, що це являється ефективним).
   г) Ознаки толерантності, такі як збільшення дози речовини, необхідної для досягнення ефекту, раніше викликаного більш низькими дозами. Яскравими прикладами можуть бути хворі алкоголізмом і особи з опіатною залежністю, які можуть на протязі дня прийняти дозу, достатню для летального результату або втрати свідомості в нетолерантного споживача.
   д) Прогресуюче забуття альтернативних інтересів на користь вживання речовини, збільшення часу, необхідного для її придбання, прийому або відновлення після дії речовини.
   е) Продовження вживання речовини, не дивлячись на очевидні шкідливі наслідки, такі як спричинення ушкодження печінки внаслідок зловживання алкоголем, депресивні стани після періодів інтенсивного вживання речовини, зниження когнітивних функцій внаслідок вживання наркотиків; потрібно визначати, чи усвідомлював або чи міг усвідомлювати індивідуум природу і ступінь шкідливих наслідків.
   Звуження репертуару вживання речовини також вважається характерною ознакою (наприклад, тенденція однаково вживати алкоголь як щодня, так і у вихідні дні, не дивлячись на соціально стримуючі фактори). Істотною характеристикою синдрому залежності є вживання певного виду речовини або наявність бажання її вживати. Суб’єктивне усвідомлення потягу до психоактивних речовин найчастіше має місце при спробах припинити або обмежити їх вживання. Така діагностична вимога виключає, наприклад, хірургічних пацієнтів, яким назначаються препарати опію з метою обезболення і які можуть проявляти ознаки синдрому відміни при припиненні вживання опіатів, проте бажання продовжити вживання наркотику не відчувають. Синдром залежності може проявлятися відносно певної речовини (наприклад, тютюну або діазепаму), класу речовин (наприклад, опіоїдні наркотики), або відносно більш широкого спектру різних речовин (наявність в деяких осіб потреби регулярно приймати будь-які доступні наркотики з появою неспокою, ажитації і/або фізичних ознак синдрому відміни при стримуванні).
   Включаються:
   - хронічний алкоголізм;
   - дипсоманія;
   - медикаментозна пристрасть.
   Діагноз синдрому залежності може бути уточнений
   наступними 5-значними кодами:
   F1х.20 в даний час невживання
   F1х.21 в даний час невживання, але в умовах, які виключають вживання (в шпиталі, в терапевтичній спілці, тюрмі і ін.)
   F1х.22 в даний час під клінічним спостереженням, на підтримуючій або замінній терапії (наприклад, метадоном, нікотиновою жувальною гумкою або наклейкою) (контролююча залежність)
   F1х.23 в даний час невживання, але на лікуванні, яке викликає відразу або блокуючими медикаментами (налтрексон або дисульфірам)
   F1х.24 в даний час вживання наркотику (активна залежність)
   F1х.25 постійне вживання
   F1х.26 епізодичне вживання (дипсоманія).
   F1х.3 Стан відміни
   Група симптомів різного поєднання і ступеня важкості, яка проявляється при повному або частковому припиненні вживання речовини після неодноразового, переважно тривалого і/або у високих дозах вживання даної речовини. Початок і перебіг синдрому відміни обмежені в часі і відповідають типу речовини і дозі, безпосередньо передуючій стримуванню. Синдром відміни може бути ускладнений судомами.
   Діагностичні вказівки:
   Синдром відміни є одним з проявів синдрому залежності (див F1х.2), і цей останній діагноз також потрібно мати на увазі.
   Діагноз синдрому залежності потрібно кодувати як основний, якщо він достатньо виражений і являється безпосередньою причиною звернення до лікаря-спеціаліста.
   Фізичні порушення можуть варіювати залежно від вживаної речовини. Також характерні для синдрому відміни психічні розлади (наприклад, неспокій, депресія, розлад сну). Переважно пацієнт вказує, що синдром відміни полегшується наступним вживанням речовини.
   Необхідно пам’ятати, що синдром відміни може викликатися умовно-закріпленим стимулом при відсутності безпосередньо передуючого вживання. В подібних випадках діагноз синдрому відміни ставиться, тільки якщо він виправданий важкістю проявів.
   Диференціальний діагноз:
   Багато симптомів, які присутні в структурі синдрому відміни, можуть також бути викликані іншими психічними порушеннями, наприклад, тривожними станами, депресивними розладами тощо. Просте “похмілля” або тремор, викликаний іншими причинами, не повинні змішуватись з симптомами синдрому відміни.
   Діагноз стану відміни може бути уточненим наступними 5-значними кодами:
   F1х.30 неускладнене
   F1х.31 з судомами.
   F1х.4 Стан відміни з делірієм
   Стан синдрому відміни (див. F1х.3), ускладенений делірієм (див. критерії для F05.-)
   Тут мається на увазі деліріум тременс – викликаний алкоголем короткочасний, але деколи небезпечний для життя стан сплутаності з супроводжуючими соматичними розладами. Він виникає переважно внаслідок повного або часткового припинення вживання алкоголю у сильно залежних осіб, які вживають його протягом тривалого часу. Починається переважно після припинення вживання алкоголю. В тих випадках, коли делірій виникає під час епізодів важкого пияцтва, він також кодується в даному пункті.
   Продромальні симптоми переважно включають безсоння, тремтіння і страх. Перед початком можуть виникати судоми. Класична тріада симптомів включає затьмарення і сплутаність свідомості, яскраві галюцинації і ілюзії, які зачіпають будь-яку сферу почуттів, і виражений тремор. Також переважно є присутнім маячення, ажитація, безсоння або інверсія циклу сну і підвищена активність вегетативної нервової системи.
   Виключається:
   - делірій, не викликаний наркотиками або алкоголем (F05.-).
   Діагноз синдрому відміни з делірієм може бути уточненим використанням наступних п’ятизначних кодів:
   F1х.40 без судом
   F1х.41 з судомами
   F1х.5 Психотичний розлад
   Розлад, який виникає під час або безпосередньо після вживання речовини, який характеризується яскравими галюцинаціями (переважно слуховими, але часто такими, що зачіпають більше однієї сфери почуттів), несправжніми пізнаваннями, маяченням і/або ідеями відношення (часто параноїдного або персеверативного характеру), психомоторними розладами (збудження або ступор), аномальним афектом, який варіює від сильного страху до екстазу. Свідомість переважно ясна, хоча можливе деяке її затьмарення, що не переходить у важку сплутаність. Розлад переважно проходить, у всякому разі частково, на протязі 1 місяця і повністю на протязі 6 місяців.
   Діагностичні вказівки:
   Психотичний розлад, який виник під час або безпосередньо після вживання наркотику (переважно на протязі 48 год.), повинен реєструватись тут, якщо він не є проявом стану відміни з делірієм (див. F1х.4) або психозів з пізнім початком. Можуть виникати психотичні розлади з пізнім дебютом (більше 2 тижнів після вживання речовини), але вони повинні кодуватись як F1х.75.
   Психотичні розлади, викликані вживанням психоактивних речовин, можуть відрізнятися за своїми симптомами. Це залежить від типу вживаної речовини і особи, яка вживає її. При вживанні наркотиків-стимуляторів, таких, як кокаїн і амфетаміни, психотичні розлади переважно викликаються їх високими дозами і/або тривалим вживанням.
   При вживанні речовин з первинним галюциногенним ефектом (LSD, мескалін, великі дози гашишу) діагноз психотичного розладу не повинен ставитись на основі тільки присутності розладу сприйняття або галюцинацій. В подібних випадках, а також при стані сплутаності, розгляньте можливість діагнозу гострої інтоксикації (F1х.0).
   Особливу увагу потрібно приділити виключенню можливості помилкової постановки діагнозу більш серйозного стану (наприклад, шизофренії), коли доречний діагноз психозу, викликаного психоактивними речовинами. В більшості випадків при припиненні приймання психоактивних речовин прояви психозу нетривалі (наприклад, психози, викликані амфетаміном і кокаїном). Невірні діагнози в подібних випадках приводять до негативних моральних і матеріальних наслідків як для пацієнта, так і для служби охорони здоров’я.
   Включаються:
   - алкогольний галюциноз;
   - алкогольне маячення ревнощів;
   - алкогольна паранойя;
   - алкогольні психози БІВ.
   Диференціальний діагноз:
   Розгляньте можливість інших психотичних розладів, утруднених або прискорених вживанням наркотиків: наприклад, шизофренія (F20.-), афективні розлади (F30-F39), параноїдний або шизоїдний розлад особистості (F60.0; F60.1). В подібних випадках діагноз психотичного розладу, викликаного вживанням психоактивних речовин, буде неправильним.
   Діагноз психотичного розладу може бути уточнений 5-значними кодами:
   F1х.50 шизофреноподібне
   F1х.51 переважно маячне
   F1х.52 переважно галюцинаторне (включає алкогольний галюциноз)
   F1х.53 переважно поліморфне
   F1х.54 переважно з депресивними симптомами
   F1х.55 переважно з маніакальними симптомами
   F1х.56 змішане.
   F1х.6 Амнестичний синдром
   Синдром, пов’язаний з хронічним вираженим порушенням пам’яті на недалекі події; пам’ять на віддалені події деколи порушується, водночас безпосереднє відтворення зберігається. Переважно присутнє порушення відчуття часу і порядку подій, а також здатності до засвоєння нового матеріалу. Конфабуляції можливі, але не обов’язкові. Інші пізнавальні функції переважно порівняно добре збережені, а дефекти пам’яті непропорційно великі відносно інших порушень.
   Діагностичні вказівки:
   Амнестичний синдром, викликаний вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин. Повинен відповідати загальним критеріям органічного амнестичного синдрому (див.F04). Первинні вимоги до діагнозу такі:
   а) порушення пам’яті на недалекі події (запам’ятовування нового матеріалу); порушення відчуття часу (перерозподіл хронологічної послідовності, змішування подій, які повторюються);
   б) відсутність порушення безпосереднього відтворення, порушення свідомості і загального порушення пізнавальних функцій:
   в) анамнез або об’єктивний доказ хронічного (особливо у великих дозах) вживання алкоголю або наркотиків.
   Можуть бути присутніми також зміни особистості, часто з проявом апатії і втрати ініціативи; тенденція не турбуватись про себе, але вони не повинні розглядатись як обов’язкові для встановлення діагнозу.
   Хоч конфабуляції можуть бути вираженими, вони не повинні розглядатись як необхідна передумова для діагнозу.
   Включається:
   - Корсаківський психоз або синдром, викликаний алкоголем або іншими психоактивними речовинами.
   Диференціальний діагноз:
   Потрібно враховувати можливість органічного (неалкогольного) амнестичного синдрому (див.F04); інших органічних синдромів, які включають виражені порушення пам’яті (наприклад, деменція або делірій) (F00-F03, F05.-), депресивний розлад (F31-F33).
   F1х.7 Резидуальний психотичний розлад і психотичний розлад з
   пізнім (відставленим) дебютом
   Розлади, викликані алкоголем або наркотиками, які характеризуються змінами пізнавальних функцій, особистості або поведінки, які продовжуються за межами періоду безпосредньої дії психоактивної речовини.
   Діагностичні вказівки:
   Виникнення розладу повинно прямо співвідноситись з вживанням речовини. Випадки, коли початок розладу відбувається пізніше, ніж епізод(и) вживання речовини, повинні кодуватись тут тільки при наявності яскравих і переконливих доказів їх взаємозв’язку. Розлад повинен бути зміною або значним підсиленням попереднього і нормального стану.
   Розлад повинен продовжуватись після закінчення періоду безпосередньої дії психоактивної речовини (див. F1х.0, гостра інтоксикація). Недоумство, викликане вживанням психоактивних речовин, не завжди необоротне, після довгого періоду повного утримання інтелектуальні функції і пам’ять можуть покращуватись.
   Розлад необхідно відрізняти від станів, пов’язаних з синдромом відміни (див.F1х.3 і F1х4). Необхідно пам’ятати, що при певних умовах і типах наркотику синдром відміни може проявлятися на протязі багатьох днів або тижнів після припинення вживання речовини.
   Стани, викликані психоактивними речовинами і які зберігаються після їх вживання, і відповідають критеріям діагностики психотичних розладів, повинні бути віднесені у F1х.5 (психотичний розлад). Пацієнти в хронічних кінцевих станах синдрому Корсакова повинні кодуватися у F1х.6.
   Диференціальний діагноз:
   Потрібно враховувати можливість наявності передуючих психічних розладів, які маскуються вживанням психоактивних речовин і відновлюються в період зникнення дії алкоголю або наркотиків (наприклад, тривога, пов’язана з фобіями, депресивний розлад або шизотипічний розлад). У випадку спонтанного рецидиву картини інтоксикації розгляньте можливість гострого транзиторного психотичного розладу F23). Розгляньте також органічні пошкодження і розумову відсталість легкого або помірного ступеню (F70-F71), яка може поєднуватись із зловживанням алкоголем або наркотиками.
   Дана діагностична рубрика може бути підрозбита наступними 5-значними кодами:
   F1х.70 Ремінісценції
   Можуть відрізнятися від психотичного розладу частково епізодичним характером, часто дуже короткою тривалістю (секунди або хвилини) і повторенням (деколи точним) переживань, пов’язаних з попереднім використанням психоактивних речовин.
   F1х.71 Розлад особистості або поведінки
   Відповідає критеріям органічного розладу особистості
   (F07.0)
   F1х.72 Резидуальний афективний розлад
   Відповідає критеріям органічного (афективного) розладу
   настрою (F06.3)
   F1х.73 Деменція
   Відповідає загальним критеріям деменції (див. вступ до розділу
   F00-F09).
   F1x.74 Інше стійке когнітивне порушення
   Не відповідає критеріям амнестичного синдрому,
   викликаного алкоголем і наркотиками (F1х.6) або деменції
   (F1х.73).
   F1х.75 Психотичний розлад, що пізно виникає з пізнім (відставленим) дебютом
   F1х.8. Інші психічні і поведінкові розлади
   Тут кодуються інші розлади, коли ідентифікується вживання речовини як безпосередньо впливаюче на стан пацієнта, і не відповідає критеріям вищеперерахованих розладів.
   F1х.9. Неуточнені психічні і поведінкові розлади.

Конец формы