

ЛЕКЦИЯ № 3

ТЕМА: Наркомании и токсикомании.

- ЦЕЛЬ: Ознакомиться с определением понятием наркоманий и токсикоманий; иметь представление об эпидемиологии, этиопатогенезе и клинической картине наркоманий и токсикоманий.

ПЛАН

I. Наркомания и токсикомания: понятие.

II. Опи́йная наркомания.

1. Классификация наркотических веществ опи́йной группы.
2. История развития опиомании.
3. Патогенез опиомании.
4. Клиническая картина острого опьянения.
5. Клиническая картина 1-ой, 2-ой стадий опи́йной наркомании.
6. Клиническая картина абстинентного синдрома при опи́йной наркомании.
7. Диагностика опи́йной наркомании.

АКТУАЛЬНОСТЬ данной темы определяется тем, что опи́йная наркомания является наиболее распространенной формой наркоманий. В последнее время этот вид наркомании распространен среди молодых людей и сопровождается повышением уровня преступлений. Отличительной особенностью данного вида наркомании является то, что зависимость может возникать даже при использовании малых доз наркотиков.

Наркомании (токсикомании) – сборная группа хронических заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным психоактивным веществам (ПАВ), изменением толерантности и развитием зависимости к ним, а также выраженными медико-социальными последствиями.

Большое значение, которое придается выявлению, лечению и профилактике наркоманий (токсикоманий), определяется следующими причинами:

- I. Высокая смертность больных наркоманиями (токсикоманиями), обусловленная передозировками ПАВ, несчастными случаями в состоянии наркотического (токсического) опьянения, различными соматическими заболеваниями, являющимися результатом наркотизации, частыми самоубийствами.

- II. Выраженные медицинские последствия злоупотребления наркотическими средствами или другими ПАВ: соматические и неврологические осложнения, изменения личности.
- III. Социальная «заразность» наркоманий, которые могут распространяться подобно эпидемиям и поражать широкие слои населения.
- IV. Высокая криминогенность больных наркоманиями, что связано, в первую очередь с изменениями их личности и морально-этическим снижением. Наряду с криминогенными действиями, совершаемыми с целью приобретения наркотиков, часто наркоманы совершают общественно-опасные действия в связи с психотическими состояниями, развившимися в результате употребления наркотических средств.

В отечественной наркологии принято разделять **наркомании и токсикомании.**

К наркотикам относят психоактивные вещества, которые,

во-первых, оказывают специфическое действие на центральную нервную систему (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и др.), что является причиной их повторного немедицинского применения,

во-вторых, немедицинское применение этих веществ приобретает масштабы, имеющие социальную значимость, и,

в-третьих, они включены в специальный законодательно регламентированный список наркотиков, т.е. законом признаны наркотическими.

Таким образом, **термин «наркотическое средство»** содержит в себе **три критерия:**

- медицинский,
- социальный,
- юридический.

Отсутствие одного из этих критериев не дает основания считать то или иное ПАВ наркотическим средством, если даже это вещество может стать предметом злоупотребления и вызвать развитие зависимости.

Диагноз: «наркомания» применим только к злоупотреблению теми или иными ПАВ, которые официально признаны наркотическими.

Токсикомания – это болезнь, вызванная злоупотреблением психоактивным веществом, не внесенным в список наркотиков, т.е. не признанным государством наркотическим.

С точки зрения юридической – больные наркоманиями и токсикоманиями являются разным контингентом.

С точки зрения клинической, медицинской - подход к больным наркоманиями и токсикоманиями одинаков, принципы лечения являются идентичными.

**Диагноз «наркомания» и,
соответственно, «токсикомания»
устанавливается только в том случае:**

- если есть клинические признаки болезни,
- если болезнь еще не сформировалась,
- выявляется единичное или нерегулярное употребление наркотических или других психоактивных средств,
- речь идет о злоупотреблении без синдрома зависимости.

НАРКОТИЗМ - употребление наркотиков и психоактивных веществ без формирования наркомании и токсикомании.

ПОЛИНАРКОМАНИЯ - это наркомания с одновременным или попеременным употреблением двух и более наркотических веществ.

ОСЛОЖНЕННАЯ НАРКОМАНИЯ - прием наркотического средства в сочетании с другими веществами и лекарственными средствами, не признанными наркотическими или алкоголем.

ПОЛИТОКСИКОМАНИЯ - употребление комбинации ряда препаратов или веществ, не отнесенных к наркотическим средствам, или сочетания этих веществ и лекарственных средств в определенной комбинации или чередовании.

ОСЛОЖНЕННАЯ ТОКСИКОМАНИЯ - сочетание токсикомании с приемом алкоголя.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10), нет деления на наркомании и токсикомании. Все средства, являющиеся предметом злоупотребления, обозначаются как «психоактивные вещества».

При этом выделяется **10 групп психоактивных веществ**, которые вызывают «психические и поведенческие расстройства»:

- алкоголь;
- опиоиды;
- каннабиоиды;
- седативные и гипнотические средства;
- кокаин;
- другие стимуляторы, включая кофеин;
- галлюциногены;
- табак;
- летучие растворители;
- сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ.

Каждый из видов злоупотребления имеет дополнительные характеристики, свидетельствующие о состоянии больных.

Таким образом, эта классификация базируется только на особенностях действия различных психоактивных веществ, т.е. на медицинских, клинических критериях. Юридический критерий здесь не учитывается.

Опиаты относятся к классу наркотических анальгетиков, включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из различных разновидностей снотворного мака (*Papaver somniferum*) и других сортов мака, а также синтетическим путем.

Наркотическим действием обладает фенантреновая группа алкалоидов, от количества которых зависят наркогенные свойства разных сортов мака.

**Классификация
наркотических веществ
опийной группы**

К наркотикам опийной (марфинной), группы относятся следующие препараты:

I. Натуральные:

- опий-сырец, подсушенный млечный сок снотворного мака; в пересчете на абсолютно сухое вещество содержит 10-11% морфина и 1% кодеина
- омнопон (пантопон) – смесь гидрохлоридов алкалоидов опия, из которых 50% - морфин
- чистые алкалоиды опия: морфин, кодеин, другие алкалоиды фенантреновой группы
- маковая соломка (зрелые, высушенные, освобожденные от семян, разломанные коробочки с остатком плодоножек). Используются в сухом виде, в виде отваров или после специальной химической обработки

II. Синтетические:

- промедол (тримеперидин);
- метадон;
- лидол.

III. Полусинтетические:

- героин (диацетилморфин)

История развития опиомании

Опий известен человечеству с древнейших времен – об этом свидетельствуют упоминания о его целебных (снотворных, успокаивающих, обезболивающих) свойствах. Гиппократ употреблял опий в качестве лечебного средства. Письменные свидетельства использования опия в медицине датируются примерно 350 годами до нашей эры и принадлежат Теофрасту. Родиной опия считают Малую Азию. Оттуда культура и применение опия распространилось в Грецию. В 6-7 веках нашей эры стал известен египетский опий. В 7-8 веках, благодаря арабам, применение опия распространилось в Иране, Индии, Китае. В Европе введение опия в медицину приписывают Парацельсу (XVI век), который приготовил из опия настойку, названную им «лауданум» и применял ее при самых различных расстройствах.

Первые алкалоиды опия были получены и введены в практику в начале XIX столетия. Это были морфин и кодеин. Сначала в Европе и США препараты опия были легко доступны и абсолютно законны, применялись в основном, в медицинских целях: при кашле, болевом шоке, состояниях нервозности, при психическом возбуждении, бессоннице. Что особенно интересно, и морфин, и кодеин пытались применять при лечении алкоголизма. В психиатрических лечебницах Европы и России препараты опия применялись как седативные и снотворные средства при лечении психических заболеваний. Эффекты, вызываемые данной группой препаратов, стали известны широкой публике, популярность морфина заметно росла, а открытие шприца послужило сильным толчком в распространении и развитии наркотической зависимости.

Уже в середине девятнадцатого столетия появились первые морфинисты. К концу XIX – началу XX века относятся первые работы, подробно описывающие клинику морфинной наркомании (А. Лэр, 1871; Фидлер, 1873; Левинштейн, 1875; Эрленмейер, 1883; Крепелин, 1891). Крепелин (1891) достаточно полно и точно описал синдром измененной реактивности (рост толерантности, исчезновение защитных реакций) и абстинентный синдром, но не привел четких разграничений хронических проявлений морфинной интоксикации и симптомов абстинентного синдрома.

В России проблемами опийной наркомании стали заниматься несколько позже. Первые работы относятся к началу двадцатого века.

В 1928 году отечественный психиатр В.А. Горовой – Шалтан писал о распространении морфинизма среди широких слоев населения, связывал это с катаклизмами мировой и гражданских войн.

И.В. Стрельчук в 1956 году впервые привел классификацию морфинизма, которая включала в себя привычный морфинизм, морфиноманию, морфинодисоманию, морфинизм в сочетании с другими психическими заболеваниями, морфинный делирий. Он выделил три стадии течения заболевания, описал прогрессивность, клинические особенности, представил данные о дальнейшем прогнозе.

С начала 60-х годов в России среди наркотиков опийной группы по частоте употребления начал преобладать собственно опий. К числу первых работ по изучению проявлений опийной наркомании относятся исследования Бориневича В.В. (1961).

Героин был синтезирован в конце прошлого столетия. Новое соединение было настолько мощным, что данный опиный дериват начал становиться панацеей в медицине. Он применялся в медицинской практике как сильный анальгетик и противокашлевый препарат. Этот синтетический аналог морфина использовался для лечения туберкулеза, алкоголизма, при болях. Однако довольно быстро данный препарат вошел в число наркотических из опиатов, появились первые героинисты. Уже к началу нашего столетия данная форма опиной наркомании начала приобретать поистине глобальные масштабы. Распространение героиновой наркомании началось с Северной Америки, в дальнейшем охватив практически всю Европу.

Патогенез опиомании

Нейрохимический механизм действия морфина сводится к угнетающему действию его на гидролиз ацетилхолина и выделение его из нервных окончаний. Установлено, что морфин обладает антисеротониновой активностью.

Нейрофизиологические исследования свидетельствуют об угнетении морфином и другими препаратами опиатами таламических центров болевой чувствительности и блокировании передачи болевых импульсов к коре головного мозга. Установлено наличие в мозге специфических опиатных рецепторов, максимальное количество которых ассоциируется с областями лимбической системы. Были выделены также эндогенные лиганды опиатных рецепторов – эндорфины, энкефалины, которые связываясь с этими рецепторами, оказывают анальгетическое действие. Связывание морфина с рецепторами обеспечивается тем, что определенная часть его молекулы имеет структурное сходство с частью молекул эндорфинов и энкефалинов. Таким образом, морфин, так же, как и другие опиаты, при введении в организм взаимодействует с теми же рецепторами, которые предназначены для связывания эндогенных соединений – эндорфинов и энкефалинов

Первая фаза начинается сразу же после введения препарата, когда больные ощущают как бы теплую волну, которая поднимается вверх от живота к голове. В голове ощущается легкий толчок или удар. Отсюда жаргонное название этой фазы эйфории – «удар» или «приход». У большинства больных «приход» сопровождается зудом кончика носа, подбородка, лба. Они испытывают состояние радости, веселого настроения, легкости течения мыслей. Все плохое мгновенно улетучивается, отступает на второй план. Первая фаза эйфории длится от 40 секунд до 1-3 минут.

Вторая фаза (на жаргоне наркоманов-«волокуша», «кайф») – в структуре этой фазы основными переживаниями являются радость, легкость и другие ощущения, которые больные с трудом передают словами. Мысли о неприятном уходят, теряя свою актуальность, все плохое отодвигается. Имеющиеся проблемы перестают существовать. Течение мыслей ускоряется. Возникает покой, расслабленность, быстрая смена представлений, грезоподобных переживаний. Грезы быстро сменяют одна другую. Состояние сознания сноповидное. Внешне больные выглядят вялыми, заторможенными, малоподвижными. В дальнейшем наступает сон, который длится 2-3 часа. Сон поверхностный, легко прерывается внешними раздражителями. При пробуждении – сниженное настроение с дисфорией и общим психическим дискомфортом. При использовании самодельных препаратов, приготовленных путем химической обработки опия-сырца, во второй фазе грезоподобных переживаний обычно не наблюдается. Отмечается в основном стимулирующий эффект. Больные становятся возбужденными, оживленными, громко смеются, жестикулируют, не сидят на одном месте.

**Клиническая картина
абстинентного синдрома при
опийной наркомании**

Проявляется соматовегетативными и психопатологическими расстройствами, в том числе аффективными нарушениями.

Явления абстиненции начинают развиваться в пределах нескольких часов после принятия последней дозы, в период, когда должна быть принята очередная доза по установленной у больного схеме; они достигают своего пика через 36-72 часа; наиболее острые проявления абстинентного синдрома исчезают обычно в течение 10 дней, однако резидуальные явления сохраняются намного дольше.

Уже через 6-8 часов после отнятия наркотика у больных появляется напряженность, общая неудовлетворенность, тревога, раздражительность, дисфория, недомогание, физическая слабость. Ранними признаками опиинного абстинентного синдрома являются зевота, слезотечение, насморк с чиханием, зуд в носу и носоглотке, ощущение закладывания носа, а также повышенная перистальтика кишечника. Если абстинентный синдром возникает у больных впервые, они нередко принимают это состояние за респираторное заболевание. К ранним признакам опиинной абстиненции относятся также расширение зрачков, тахикардия, тремор, «горячие приливы», снижение аппетита до анорексии, отвращение к табачному дыму, нарушение сна, чувство усталости, слабость. Сон становится поверхностным, прерывистым, с частыми пробуждениями, сновидениями «наркотического содержания».

Затем к вышеописанным явлениям присоединяются озноб, гусиная кожа, повышенная потливость, ощущение неудобства в мышцах шеи, ног, рук. Появляются боли в межчелюстных суставах и жевательных мышцах, усиливающиеся при еде или мыслях о еде. Боли в межчелюстных суставах- являются одним из характерных ранних признаков опиийного абстинентного синдрома. К концу вторых суток лишения наркотика все симптомы усиливаются и появляется симптоматика, которая обусловила название абстиненции на жаргоне наркоманов «ломка». Появляются боли в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больные характеризуют эти боли такими словами, как «крутит», «сводит», «выкручивает» и т.д. Эти боли очень мучительны для больных и определяют их общее состояние. В этот период усиливается тревога, беспокойство, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией, чувством безнадежности, бесперспективности, непреодолимым влечением к наркотику. Мысли сосредоточены только вокруг наркотиков, «только бы уколоться». Больные очень беспокойны, мечутся, стонут, не могут найти себе место.

На 3-4 сутки появляются диспепсические расстройства, тоже крайне мучительные. Наблюдаются боли в животе, преимущественно в кишечнике, частый жидкий стул- до 10-15 раз в сутки с тенезмами, иногда с примесью крови, нередко рвота, субфебрильная температура умеренная гипертензия, тахикардия. На протяжении всего острого периода абстиненции выражены нарушения сна, вплоть до полной агрипнии. Состояние может значительно ухудшаться в связи с присоединением соматических заболеваний. Психопатологическая симптоматика проявляется в своеобразных аффективных расстройствах. Настроение дисфорично-угрюмое, с раздражительностью, гневливостью, тревогой. Часты аутоагрессивные действия. Чаще всего больные наносят себе на высоте абстиненции самопорезы в области предплечий.

Диагностика опийной наркомании

- наиболее достоверный клинический признак опийного опьянения – резкое сужение зрачка- **миоз** («симптом булавочной головки»). химически обработанной маковой соломки.
- внешний вид больных, при длительном периоде наркотизации он достаточно характерен. Больные выглядят старше своего возраста. Кожные покровы сухие, бледные, с характерным желтушным оттенком, какой бывает у больных с заболеваниями печени. Многочисленные морщины на лице. Раннее полысение. Волосы становятся тусклыми, ломкими, теряют свой блеск. Ногти также становятся ломкими. Очень характерно разрушение зубов: кариес и выпадение зубов. Через 5-7 лет наркотизации у больных, находящихся еще во II стадии заболевания, практически нет зубов. Типичны изменения вен после многочисленных инъекций. Вены утолщены в виде толстых жгутов, по ходу которых отмечается снижение чувствительности. Происходит заращение русла вен. Наблюдается постепенное падение веса, а при длительной наркотизации – выраженное истощение больных. В литературе, как в научной, так и в художественной, имеются яркие описания кахексии морфинистов. Дефицит веса может достигать 7-10 кг и более.

- **изменения со стороны внутренних органов** – сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, нервной системы. Со стороны органов дыхания в качестве стойких последствий хронической интоксикации опиум следует отметить эмфизему легких, главным образом у курильщиков. В абстиненции часто наблюдаются нарушения ритма дыхания, внезапно наступающие состояния одышки, неравномерность в глубине дыхательных движений. У больных наблюдаются также частые пневмонии, гепатиты, гломерулонефриты, пиелонефриты.
- **характерны изменения психики** - на начальных этапах заболевания наблюдаются астенические расстройства. Больные трудоспособны только после введения наркотиков. На поздних этапах они становятся не трудоспособными, у них отмечаются вялость, слабость, падение энергетического потенциала, астения, анергия.

- **изменения личности** - снижается уровень интересов. Все интересы сосредоточены только на наркотиках, направлены на их добывание. Наблюдается общее эмоциональное огрубление, лживость, отсутствие чувства стыда. Больные становятся равнодушными к близким людям и даже к своему собственному благополучию. Их не волнует ни потеря работы, семьи, ни забота о собственном теле. Одновременно с этим заметнее становятся указанные выше нарушения в интеллектуальной сфере.

Благодарю за внимание.