

Эпидемиология наркоманий и токсикоманий. Соматические нарушения при болезнях зависимости.

Выполнила : Кожагул.Г.С

Группа:507

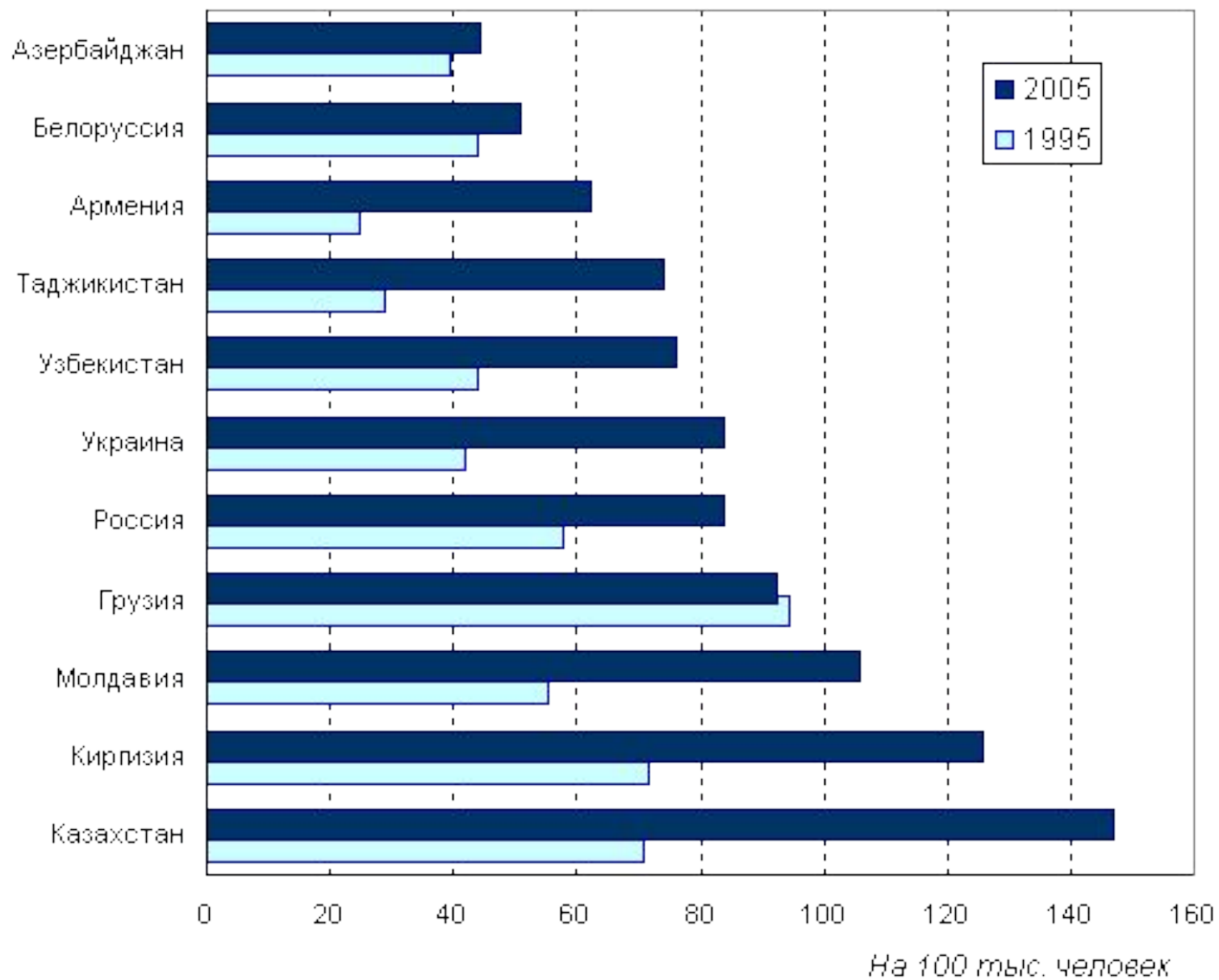
Факультет: Общая медицина.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

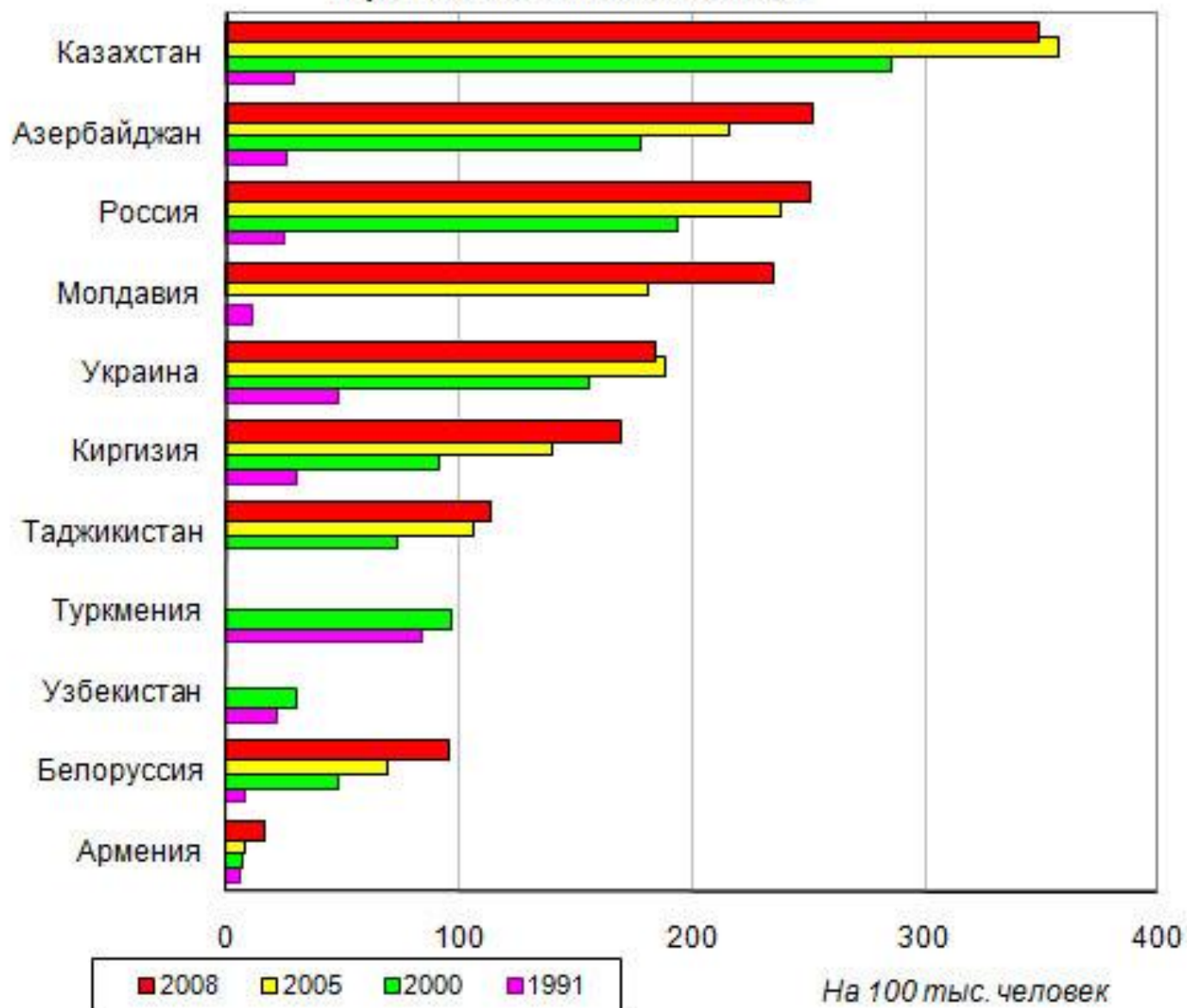
ГОВОРЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И НАРКОМАНИИ, СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ МОГУТ СУЩЕСТВЕННЫМ ОБРАЗОМ ОТЛИЧАТЬСЯ ОТ ТОГО ЧИСЛА НАРКОМАНОВ, КОТОРОЕ ИМЕЕТСЯ В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ. ПРОВЕДЕННОЕ В 1991 Г. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАЛО, ЧТО 12% НАСЕЛЕНИЯ НАШЕЙ СТРАНЫ В ВОЗРАСТЕ 16 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОБОВАЛИ НАРКОТИКИ ХОТЯ БЫ РАЗ В ЖИЗНИ, А 0,9% ПРИНИМАЛИ ИХ ПОСТОЯННО. ТАКИМ ОБРАЗОМ, РЕАЛЬНОЕ ЧИСЛО НАРКОМАНОВ СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО 1 МЛН ЧЕЛОВЕК. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТЕМПАХ РОСТА НАРКОМАНИИ ДАЕТ СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ 1988 Г. И 1995—1997 ГГ. В 1988 Г. ЧИСЛО БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ, СОСТОЯВШИХ НА УЧЕТЕ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРАХ, СОСТАВЛЯЛО 50 ТЫС. ЧЕЛОВЕК. ПОДАНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЙ 1995—1997 ГГ., ЧИСЛО ЛИЦ, ДОПУСКАВШИХ НЕМЕДИЦИНСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ, ДОСТИГЛО 1,5 МЛН ЧЕЛОВЕК (ШАБАНО В П.Д., 1998). ПРИВЕДЕННЫЕ ЦИФРЫ ТАКЖЕ ДЕМОНСТРИРУЮТ СУЩЕСТВЕННОЕ РАЗЛИЧИЕ ИСТИННОЙ

ПОДАНЫ М ВО 3 (2001), «РЕГИСТРИРУЕМАЯ» ЧАСТОТА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ И ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИХ СОСТАВЛЯЕТ ОТ 0,4 ДО 4% (С ОЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ МИРА). В ДОКЛАДЕ УПРАВЛЕНИЯ ООН ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ ГОВОРИТСЯ, ЧТО ЧИСЛО НАРКОМАНОВ В МИРЕ ВЫРОСЛО В 2004Г. НА 8%. В ТОМ ЧИСЛЕ 16 МЛН ЧЕЛОВЕК (2004) ИСПЫТЫВАЛИ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИЯ , МОРФИНА И ГЕРОИНА , 13,7 МЛН УПОТРЕБЛЯЛИ КОКАИН. ПРОДОЛЖАЕТ РАСШИРЯТЬСЯ МИРОВОЙ РЫНОК КОНОПЛИ , И «ЕСТЬ ВСЕ ОСНОВАНИЯ ПОЛАГАТЬ, ЧТО ЭТА ЭКСПАНСИЯ БУДЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ». СТАТИСТИКА ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО УЧЕТУ В НАРКОДИСПАНСЕРАХ СТРАНЫ СЛЕДУЮЩАЯ: 235 416 ЧЕЛОВЕК ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ КАК СТРАДАЮЩИЕ АЛКОГОЛИЗМОМ, ИЗ НИХ 29 248 ЖЕНЩИН, 1 670 ДЕТЕЙ; 49 984 ЧЕЛОВЕК ЧИСЛЯТСЯ КАК НАРКОЗАВИСИМЫЕ, ИЗ НИХ ЖЕНЩИН - 4 696, ДЕТЕЙ - 3 071.

С впервые установленным диагнозом за год

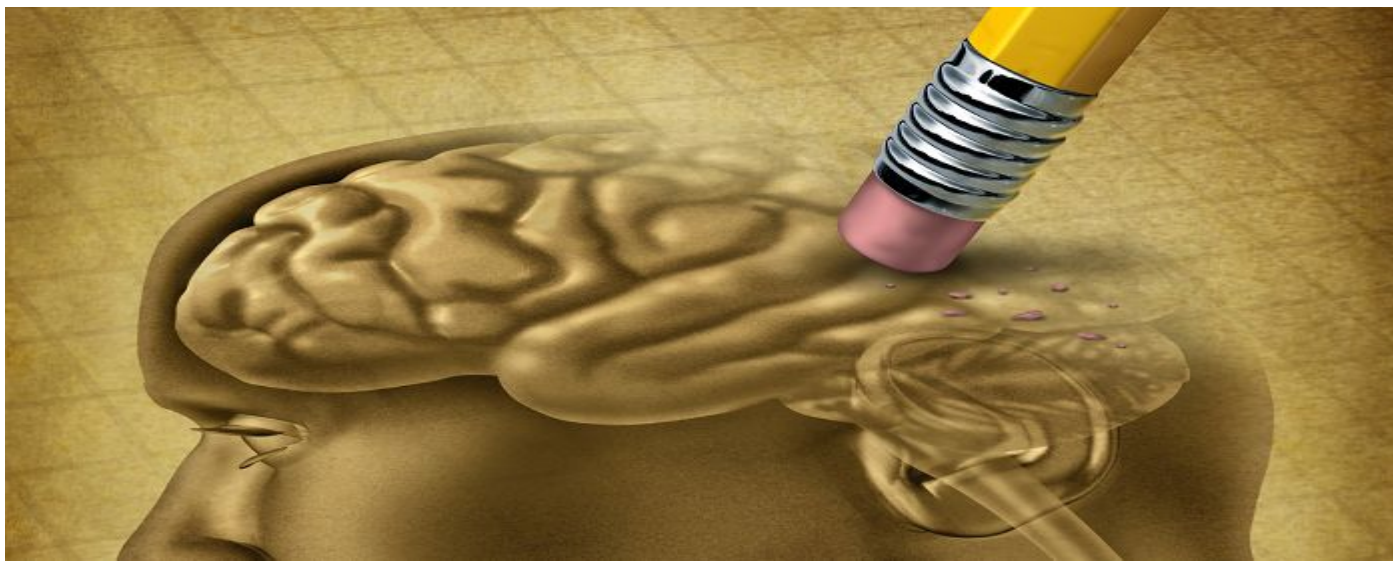


Наркомания и токсикомания



Хроническая интоксикация наркотическими веществами приводит к формированию различных неврологических и соматических осложнений. Наиболее частыми проявлениями токсичности кокаина у пациентов являются неврологические осложнения: головные боли, судороги, церебральные кровоизлияния, мозговые инсульты, церебральные атрофия и васкулиты.

Неврологические нарушения, связанные с продолжительным использованием кокаина, демонстрируют лобно-височную дисфункцию. Злоупотребление опиоидными препаратами само по себе редко сопровождается развитием тяжелой неврологической патологии. Последняя может быть следствием нарушений дыхания на фоне передозировки опиатов (постаноксическая энцефалопатия, выраженной артериальной гипотензии (ишемические острые нарушения мозгового кровообращения), крайне редко - аллергических или токсических васкулитов.



Достаточно часто на фоне наркотического сна имеют место компрессионные травмы периферических нервов (особенно характерно повреждение лучевого нерва), в некоторых случаях сопровождающиеся развитием синдрома рефлекторной симпатической дистрофии.

Описаны случаи инфекционных поражений ЦНС у лиц, использовавших внутривенный путь введения опиоидных наркотиков (абсцессы головного и спинного мозга, менингиты, эмболические инфаркты, ботулизм, неврологические осложнения ВИЧ. Частые инъекции в вены стоп приводят к снижению ахилловых рефлексов и легким явлениям гипестезии по типу "носок", свидетельствующим о полинейропатических изменениях. Тяжесть опиоидного абстинентного синдрома коррелирует с выраженностью неврологической микросимптоматики.



В то же время ряд неврологических симптомов наблюдается и по прошествии острого абстинентного периода, что может указывать на наличие стойких неврологических изменений при хроническом злоупотреблении ПАВ. Наиболее часто такие микросимптомы сохраняются в неврологическом статусе пациентов с длительным стажем наркотизации и высокими дозировками наркотиков, а также при наличии в анамнезе злоупотребления алкоголем. Это могут быть асимметрия зрачков, вялость зрачковых фотореакций и реакций на конвергенцию, горизонтальный или вертикальный нистагм в крайних отведениях, слабость конвергенции, хоботковый рефлекс, асимметрия сухожильных рефлексов, легкий интенционный тремор, чаще асимметричный.

При анализе выраженности неврологических изменений в зависимости от вида наркотического вещества отмечается, что у больных гашишизмом преобладают функциональные изменения нервной системы; среди больных опио-манией значительный процент составляют больные с органическим поражением нервной системы. Наибольшая частота органических изменений нервной системы выявляется у больных барбитуроманией. При увеличении длительности заболевания, на более выраженных его стадиях наблюдаются более тяжелые изменения нервной системы. Хроническое злоупотребление героином нарушает функционирование префронтальных отделов коры головного мозга; в основе этого процесса, предполагается, лежит как первичное повреждение нейронов лобной коры вследствие хронической героиновой интоксикации, так и вторичный дефицит в связи с расстройствами дофаминергической иннервации. Г.В.Морозов, Н.Н.Боголепов (1984), изучая роль различных образований мозга в реализации действия морфина на центральную нервную систему, обнаружили изменения ультраструктуры тел нервных клеток, адренергических и холинергических синапсов, дендритов как при острой, так и при хронической морфинной интоксикации.

Деструктивные изменения ультраструктуры нейронов и межнейрональных связей нарастают и продолжают прогрессировать по мере увеличения срока наркотизации.

Имеются исследования, свидетельствующие о наличии достаточно выраженной вегетативной дисфункции у опиоманов, что выражается в повышении вегетативного тонуса и снижении реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Наиболее частыми соматическими заболеваниями у больных наркоманиями являются инфекции, развивающиеся вследствие нарушения правил асептики при введении наркотиков, а также на фоне нарушения иммунитета.

С конца 80-х годов во многих странах отмечается рост числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом среди лиц, употребляющих психоактивные вещества внутривенно. Наркоманы, вводящие наркотики внутривенно, считаются наиболее пораженной СПИДом частью населения. Непрерывно растет число ВИЧ-инфицированных наркоманов и в России; только за 2000 г. оно увеличилось в 6 раз, достигнув 83 тысяч. При этом около 90% случаев заражения связано с внутривенным введением наркотиков. Среди инфекционных осложнений наркоманий наиболее распространенными являются вирусные гепатиты (В, С, D и G), СПИД и септицимии. До 90% наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, болеют преимущественно вирусными гепатитом группы В. Почти у всех больных, употребляющих химически обработанную маковую соломку, печень увеличена в размерах, болезненна при пальпации; интернистами диагностируется гепатит, гепатохолецистит, токсическая гепатопатия, гепатоз. Эти болезни встречаются у больных разными формами наркоманий. В отдельных случаях имеет место туберкулез.

У больных опийной, кокаиновой наркоманиями и полинаркоманией очень часто встречаются заболевания, передающиеся половым путем - такие, как гонорея, сифилис, хламидиоз, что, по-видимому, свидетельствует о сексуальной распущенности этих больных. Частыми осложнениями, возникающими со стороны сердечно-сосудистой системы при употреблении кокаина, являются артериальная гипертония, ишемия, инфаркт миокарда. У этих больных появляется склонность к развитию кардиомиопатии, гипертрофии левого желудочка, нередко наблюдается индуцированный катехоламинами токсический миокардит. Вторично возникают поверхностные и глубокие тромбофлебиты, имеет место особый риск развития тромбоза глубоких вен верхних конечностей (синдром Педжета-Шреттера). Потребление кокаина может привести также к различным сердечным аритмиям. Вероятность их развития возрастает еще больше за счет кардиомегалии. В зарубежной литературе имеется обширный материал, свидетельствующий о высокой летальности больных, злоупотребляющих психо-стимуляторами, в том числе кокаином, от инфаркта миокарда, фибрилляции желудочков, нарушений мозгового кровообращения.

Желудочно-кишечные осложнения у кокаинистов проявляются кишечной ишемией, гастродуоденальными перфорациями, колитами. Кокаин вызывает множество осложнений со стороны органов головы и шеи: синуситы, перфорированная носовая перегородка, эрозии эмали зубов, язвы на деснах, кератиты, дефекты роговичного эпителия (наличие которых помогает идентифицировать кокаинистов). Отмечаются специфические кожные осложнения: "крэковый палец" - мозоль на большом пальце, возникающая вследствие многократных контактов с колесиком зажигалки; "крэковая рука" - почерневшие, гиперкератозные и ожоговые повреждения на внутренней стороне ладони, образующиеся из-за постоянного обращения с горячими крэковыми трубками. У курильщиков кокаина со стороны легких довольно часто встречаются облитерирующий бронхит, обострения астмы, "крэковое легкое", повреждения сосудов легких.

Больные опийной и другими видами наркоманий достаточно часто страдают следующими соматическими расстройствами: дряблость кожных покровов, множественный кариес, парадонтоз, хронический стоматит (вплоть до гангренозно-некротических форм, с выпадением зубов), истонченность мышц, частые респираторные заболевания, бронхиты, пневмонии, выявляются нарушения сердечного ритма. Нередки различные варианты хронического эзофагита, гастрита, геморрагий, эрозий, острых язв и нарушения функции печени.

Печеночный амилоидоз встречается в основном у кокаиновых и героиновых наркоманов с хроническими гнойными язвами кожи. Заболевания почек у больных опийной наркоманией чаще всего проявляются в форме интерстициального нефрита, нефротического синдрома или острой почечной недостаточности. Имеются данные, что длительное злоупотребление опиатами может привести к амилоидозу почек. Почечный амилоидоз часто отмечается и у больных с кокаиновой и героиновой зависимостью. Данные осложнения объясняются иммунодепрессивным действием кокаина и героина.

Имеются наблюдения развития острого и хронического панкреатитов у наркоманов, использующих героин, под воздействием которого происходит увеличение выработки амилазы слюнной железой.

Н.Г.Осташевская и А.А.Надточий (1987), изучив висцеральную патологию у опийных наркоманов, установили, что в 70% секционных наблюдений непосредственной причиной смерти является острое отравление опиатами, танотогенез которого определяется мозговой комой, параличом дыхательного центра. Смерть от острой недостаточности наступает при морфологических признаках токсической кардиомиопатии гипертрофически-дилатационного типа, выраженного отека и полнокровия легких. Острая сосудистая недостаточность как причина смерти отмечается при длительной интоксикации опиатами, обусловившей морфофункциональное ослабление коркового и мозгового слоя надпочечников.

При хронической гашишной интоксикации наиболее часто возникают осложнения, связанные с поражением дыхательной системы, приводящие к развитию хронических бронхитов, синуситов, пневмоний, рака легких. Доказан токсический эффект хронического употребления препаратов конопли на эндокринную систему. Среди токсических последствий употребления гашиша можно отметить его способность вызывать генетические повреждения, хромосомные aberrации.

Гашиш, марихуана вызывают расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы - такие, как тахикардия, обусловленная понижением ваготонуса; на ЭКГ находят изменения со стороны сегмента ST, инверсию зубца T.

Прием опиатов и других психоактивных веществ часто приводит к эндокринопатиям, что проявляется в нарушениях менструального цикла и, соответственно, репродуктивной функции: аменорее, дисфункции лютеиновой фазы (резко сниженный уровень прогестерона), ановуляции, нарушениям регуляции пролактина (гиперпролактинемии), галакторее (часто ассоциируемой с гиперпролактинемией), спонтанным выкидышам. У большинства женщин выявляются нарушения регуляции гонадотропина: высвобождение циклического гонадотропина, ведущее к увеличению прогестерона лютеиновой фазы, а также пролонгированная фолликулярная фаза менструального цикла. У женщин, принимающих героин, нарушения менструального цикла и аменорея связаны с депрессивным действием опиатов на гипоталамо-гипофизарные гормоны. Нарушение синтеза лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона вследствие употребления героина видоизменяет их гормональное действие на либидо, ослабляя его. Помимо непосредственного действия на эндокринную систему, вызванные употреблением наркотиков психические нарушения, в частности депрессия, также приводят к снижению либидо.

В результате употребления героина также часто встречаются и гинекологические воспалительные заболевания: кольпиты, сальпингоофориты.

Наркотики отрицательно влияют на генеративную функцию женщин: беременность, плод, развитие потомства - и, следовательно, на будущее поколение. Употребляя наркотики во время беременности, женщина наносит двойной вред - как собственному здоровью, так и здоровью будущего ребенка. Среди употребляющих героин часто отмечаются преждевременные роды, отставание в росте и весе у детей, микроцефалия.

Одним из важных показателей, указывающих на тяжесть последствий злоупотребления наркотиками, является преждевременная смертность. Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, самоубийства, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, а также различные болезни внутренних органов. Высока смертность вследствие СПИДа. Эти данные свидетельствуют о том, что употребление наркотиков связано с большим риском для жизни и может привести к внезапному смертельному исходу, в том числе - либо в результате суицидальной попытки в период острой депрессивной реакции при абстинентном синдроме, либо в результате наркотического отравления по неопытности. Показатель смертности среди больных наркоманиями значительно превышает смертность населения в целом. По данным В.Ф. Егорова (1995) причиной смерти в 50,9% случаев являются соматические заболевания, в 38,5% - несчастные случаи, отравления и травмы. Риск преждевременной смерти для мужчин, употребляющих наркотики внутривенно, превосходит риск смерти для мужского населения в 5 раз, а для женщин - почти в 11 раз, причем смерть наркоманов наступает в основном в молодом возрасте; средний возраст умерших - 36 лет.

Литература

1. "Россия в цифрах": Краткий статистический сборник. - М.: Гос. Ком. Стат., 1999.- С. 145-148.
2. Бузина Т.С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицированных больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1998.
3. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. - М.: Изд-во АПН РСФСР. - 1958.
4. Зурабашвили А.Д., Габиани А.А., Лежава Г.Г., Нанейшвили Б.Р. От вредной привычки к тяжелому заболеванию. - Тбилиси, 1986. - 99 с.
5. Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. - М., 1984. - 174 с.
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: "Экспертное бюро-М". - 1997. - 496 с.
7. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. - Л.: Медицина. - 1975. - 333 с.
8. Чистякова Л.А. Социальные последствия при героиновой наркомании.
9. Алыпшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. - М., 1994. - 216 с.
10. Воронин К.Э. Особенности проявлений первичного патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом (клиника и лечение) // Клинические и организационные вопросы общей и судебной психиатрии. - М., 1986.
11. Иванец Н.Н., Абрамова Г.И. Клинические особенности лечения и профилактики хронического алкоголизма, осложненного барбитуратовой интоксикацией. Методические рекомендации. - М., 1976.
12. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). - М.: Медицина, 1983. - 263 с.