

Спосіб життя і психічне здоров'я. Психоактивні речовини (алкоголь, наркотики, токсикоманічні речовини) поведінкові та психосоматичні розлади.



Спосіб життя – це біосоціальна категорія, яка інтегрує уявлення про певний тип життя людини і характеризується її трудовою діяльністю, побутом, формою задоволення матеріальних і духовних потреб, правилами індивідуальної і соціальної поведінки.



Здоровий спосіб життя – це такий стиль існування, при якому через застосування певних методів впливу на організм і його оточення рівень життєдіяльності організму стає оптимальним, знаходить прояв постійне вдосконалення і використання потенціалу організму без завдання йому шкоди, причому активність організму і його можливості зберігаються до самої старості.



Психічне здоров'я – це є стан психічної сфери, основу якого складає відчуття душевного комфорту, що забезпечує адекватну поведінкову реакцію.



Вплив психоактивних речовин на психічні, психосоматичні та поведінкові розлади і якість життя

Психоактивна речовина – хімічна речовина, яка в разі її одноразового вживання здатна викликати ейфорію, або інші бажані психотропні ефекти, а при систематичному вживанні – психічну і фізичну залежність.

До них належать наркотики, алкоголь, тютюн та психотропні препарати.

Систематичне вживання їх зумовлює розвиток наркозалежності, психічних і поведінкових розладів, що проявляються упродовж життя комплексом складних інтегративних, духовних, церебральних, регуляторних, обмінних і інших порушень та знижують якість життя і генетичний потенціал нації.



Поділ на токсикоманічні засоби і наркотики зумовлений юридичною кваліфікацією операцій з цими речовинами. Незаконне виготовлення сировини для наркотиків, їх зберігання, транспортування і розповсюдження переслідується Карним кодексом України. Аналогічні дії з токсикоманічними речовинами не заборонені. Серед токсикоманічних речовин у нашій країні, як і у більшості країн, найбільш поширеними є алкогольні напої.



Алкоголізм (алкогольна залежність, алкогольна хвороба) – прогресуюче захворювання, що виникає в разі систематичного вживання спиртних напоїв, специфічно діє на центральну нервову систему і організм в цілому і супроводжується психічною та фізичною залежністю від них.

Інтоксикація – комплекс емоційних, когнітивних, поведінкових та сомато-неврологічних змін, які виникають у разі вживання психоактивної речовини і зникають після виведення її з організму.

Пияцтво – надмірне вживання алкогольних напоїв, що призводить до специфічних психічних реакцій і станів (сп'яніння), супроводжується порушенням соціально прийнятих норм, але ще немає ознак залежності.

Толерантність – це знижена біологічна чи психологічна захисна реакція на повторний прийом однієї і тієї ж кількості речовини, що зумовлює необхідність збільшення наступних доз.



Психічна залежність – це постійне або періодичне усвідомлене або неусвідомлене бажання вживати алкогольні напої для зняття психічного напруження і досягнення психічного комфорту.

Фізична залежність – психофізичний стан, при якому у відповідь на відміну алкоголю розвивається абстинентний синдром.

Абстинентний синдром – (синдром відміни) – комплекс психо-нейрофізичних симптомів, що виникають у разі припинення вживання алкоголю або фармакологічного блокування його дії.



Просте алкогольне сп'яніння
Просте алкогольне сп'яніння – це стан гострої інтоксикації без явищ психозу, викликаний прийманням спиртних напоїв. Розрізняють легкий, середній і тяжкий ступені сп'яніння.



Легкий ступінь проявляється ейфорією, гіперемією обличчя, загальним збудженням, тахікардією та підвищенням артеріального тиску до 130-150/80-95 мм рт.ст. Концентрація алкоголю в крові становить 0,5-1,5 ‰.

Середній ступінь сп'яніння – ейфоричний настрій змінюється на депресивний або дратівливий. Можливі імпульсивні вчинки. Мова стає уривчастою, змазаною. З'являється тахікардія. Артеріальний тиск сягає 140-180/90-110 мм рт.ст. Порушується координація рухів. Концентрація алкоголю в крові дорівнює 1,5-2,5 ‰.

Тяжкий ступінь простого алкогольного сп'яніння супроводжується виключенням свідомості (від оглушення до сопору і коми). Концентрація алкоголю в крові становить 2,5-3 ‰. Смертельним є рівень його в крові, що перевищує 5-6 ‰.



Діагностику проводять за допомогою клінічного та параклінічного обстежень. До останнього належать виявлення парів спирту у видихуваному повітрі (за допомогою апарата ППС-1) і біохімічні методи визначення вмісту алкоголю в крові та сечі (газохроматичний та спектрографічний), реакції Рапопорта, Мохова-Шинкаренка. Застосування будь-яких діагностичних проб не виключає клінічного аналізу стану особи.



Лікування проводять при тяжкому ступені сп'яніння. Для припинення всмоктування алкоголю промивають шлунок 1,0-1,5 л слабого розчину калію перманганату, при необхідності – через зонд. Можна викликати блювання шляхом підшкірного введення 0,25-0,5 мл 1 % свіжоприготовленого розчину апоморфіну. Одночасно вводять 1 мл кордіаміну або 1 мл 20 % розчину кофеїну. Слід дати прийняти 5-8 крапель 10 % розчину аміаку (нашатирного спирту) на півсклянки води. При алкогольній комі хворого необхідно негайно госпіталізувати в стаціонар для проведення інтенсивної терапії або реанімаційних заходів.



Пияцтво характеризується частим, систематичним і надмірним уживанням алкоголю, за межами соціально прийнятих норм із сп'янінням різного ступеня тяжкості, але без хворобливої залежності. Хоча офіційно прийнятих норм не існує, а індивідуальні надзвичайно різноманітні, все ж таки є загально прийняті норми, які диктують дозу і частоту вживання алкоголю для певних груп населення (чоловіки, жінки, вікові обмеження і заборони), соціальних прошарків (робітники, інтелігенція, військові), культуральних особливостей соціально прийнятих видів алкогольних напоїв та норм тощо.



Своєрідність способу життя підлітків і юнаків, які зловживають алкогольними напоями, зумовлена наявністю комплексу сприятливих соціальних, психологічних і біологічних чинників, серед яких найвагомішими є наступні:

- * ранній початок вживання алкогольних напоїв;
- * тривале, беззмістовне проведення вільного часу;
- * конфліктні взаєностосунки в сім'ї;
- * зловживання алкогольними напоями одного або обох батьків;
- * байдуже ставлення батьків до виховання дітей;
- * неправильне уявлення підлітків про наслідки зловживання алкогольними напоями;
- * спотворений алкоголізацією спосіб життя.



Клінічні ознаки розвитку алкоголізму в підлітковому та юнацькому віці мають певну етапність:

1-й, початковий – відбувається пристосування до алкогольних напоїв. Позитивний і негативний вплив в цьому періоді відіграють мікросоціальне середовище (сім'я, школа і т.п.). Тривалість цього періоду – до 3-5 місяців;

2-й етап формує регулярність, зростання толерантності та стиль зловживання. Тривалість - до 1-го року, можливе припинення;

3-й етап - розвитку психічної залежності – втрачається контроль над мірою випитого, пияцтво набуває систематичного характеру -до 3-5 років;

4-й етап – хронічна стадія алкоголізму, сформований абстинентний синдром з перевагою психічного компонента.



Алкогoльнi психoзи

Приблизно у 10 % хворих, якi страждають хронiчним алкогoлiзмом, розвиваються гострi й хронiчнi алкогoльнi психoзи. Серед психoзiв найчастiше виникає:

- 1) алкогoльнiй делiрiй (бiла гарячка);
- 2) гострий та хронiчний алкогoльнiй галюциноз;
- 3) алкогoльнiй параноїд (маячення ревностiв);
- 4) Корсакiвський полiневротичний психоз;
- 5) алкогoльнi енцефалопатiї (Гайє-Вернiке, алкогoльнiй псевдопаралiч, алкогoльна деменцiя). Клінічні ознаки цих розладiв описанi в пiдручниках психiатрiї.



Узагальнення та практичні поради

1. Зловживання спиртними напоями є досить поширеним явищем. Серед хворих на алкоголізм соматоневрологічні, венеричні й інфекційні хвороби, різноманітні травми виникають частіше, ніж у загальній популяції. Такі хворі можуть лікуватись у будь-якому медичному закладі, тому медики повинні достатньою мірою орієнтуватись у вузлових питання цієї соціально-медичної проблеми.

2. Хворі на алкоголізм здебільшого психопатизовані й схильні до порушення лікувального режиму. Медичний персонал повинен проявляти щодо них твердість та принциповість і, не порушуючи принципів медичної етики та деонтології, рішуче попереджувати спроби асоціальної поведінки.



3. У більшості випадків розвитку алкогольного делірію йому передує передделірійний період. Спочатку у хворого нарастають явища алкогольного абстинентного синдрому. Сон стає переривчастим, нерідко розвивається безсоння. Хворий стає тривожним, з'являються елементи немотивованої метушливості. Прогресують вегетативні порушення (гіперемія шкіри, підвищена пітливість, тахікардія, підвищення АТ). Якщо у хворого з алкогольними стигмами помічені наростання явищ абстиненції і порушення сну, необхідно доповісти про це лікарю-куратору. Запобігти розвитку алкогольного делірію набагато легше і безпечніше, ніж лікувати психоз.

4. Якщо хворий знаходиться в соматоневрологічному стаціонарі з приводу хвороби, яка потребує обов'язкової спеціалізованої допомоги (наприклад, оперативного втручання), а в нього розвинувся гострий алкогольний психоз, біля пацієнта необхідно встановити індивідуальний пост.



Наркоманії та токсикоманії

Наркотичні речовини – це хімічні сполуки, які входять до складу спиртних напоїв, лікувальних препаратів чи харчових продуктів, які специфічно діють на ЦНС і організм в цілому.



Психоактивні речовини – хімічні речовини, які здатні викликати при одноразовому прийомі ейфорію, або інші бажані, з точки зору споживача, психотропні ефекти, а при систематичному вживанні – психічну і фізичну залежність.

Наркоманія (від грецьких слів *narke* – сон і *mania* – божевілля, пристрасть) - хвороба, яка виникає внаслідок систематичного вживання наркотиків і проявляється синдромами зміненої реактивності, психічною та фізичною залежністю.

Психічна залежність – це усвідомлена або неусвідомлена потреба у вживанні психоактивної речовини для зняття психічного напруження і досягнення психічного комфорту.

Фізична залежність – стан, при якому у відповідь на відміну наркотику розвивається абстинентний синдром.



Абстинентний синдром (синдром відміни) – соматичні, неврологічні та психічні порушення, які розвиваються після різкого припинення вживання наркотику або фармакологічного блокування його дії.

Толерантність – це знижена біологічна чи поведінкова захисна реакція на повторне введення однієї і тієї ж кількості наркотику, або необхідне збільшення дози.

Токсикоманія – систематичне вживання психоактивних препаратів, що не занесені до списків наркотиків.

Полінаркоманія (політоксикоманія) – систематичне вживання двох або більше психоактивних речовин.

Наркотизм (наркотизація) – вживання наркотиків і психоактивних речовин без формування наркоманії і токсикоманії.



Сучасна класифікація наркотичних засобів:

Седативні препарати (опійні наркотики) і їх похідні.

Стимулювальні препарати (ефедрин, фенамін, кокаїн, кофеїн, екстазі тощо).

Психоделічні препарати, тобто ті, які змінюють свідомість (діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД), препарати коноплі, мескалін та інші галюциногени).

Всі вони спричиняють психічну та фізичну залежність,

характеризуються прогресуючим порушенням соматоневрологічної сфери та різноманітними проявами морально-етичної й інтелектуальної деградації.



Будь-якому виду наркоманії або токсикоманії властиві неспецифічні соматоневрологічні стигми: ознаки зниженого живлення, одутлість обличчя, рідкий волосяний покрив, своєрідний вигляд очей, який характеризується западанням очних яблук, помутнінням погляду без приймання наркотику й особливим блиском очей після його вживання, нездорове жовтяничне або землисте забарвлення шкірних покривів, дистрофічні або запальні зміни шкіри, слизових і внутрішніх органів, тьмяність і ламкість нігтів, патологія ротової порожнини (випадання і ламкість зубів, карієс, стоматити і гінгівіти). Особливе діагностичне значення мають наявність рубцевих змін вен, сліди від ін'єкцій (особливо внутрішньовенних) і рубців від порізів у ділянках передпліч. Потрібно мати на увазі, що хворі з наркоманіями і токсикоманіями нерідко стараються приховати сліди уколів і можуть робити ін'єкції в нетипових місцях (підпахові впадини, пахвинні складки, під грудну залозу тощо).



У хворих із наркоманіями і токсикоманіями, як правило, порушується сон. Вони постійно скаржаться на безсоння і просять або настирливо вимагають призначити їм снодійні препарати (ноксирон, барбітурати, транквілізатори, димедрол тощо). Нерідко хворі скаржаться на гострий біль (найчастіше зубний, біль, який імітує невралгію трійчастого нерва, напади мігрені, печінкові або ниркові коліки) з метою отримання наркотиків, анальгетиків, транквілізаторів і снодійних препаратів. Хитрість, винахідливість, брехливість і підступність цих хворих не має меж. Якщо отримати бажані препарати неможливо, вони всілякими шляхами намагаються дістати їх за допомогою родичів, відвідувачів та інших хворих.



Токсикоманії

Седативно-снодійні і антиксіолітичні засоби

Седативно-снодійні засоби є депресантами центральної нервової системи, мають антифобічні і заспокійливі властивості в малих дозах і спричиняють седативно-снодійний ефект в більших дозах.



Снодійні препарати

Сп'яніння від приймання снодійних препаратів (барбітуратів) у початківців може виникати від потрійної терапевтичної дози. У подальшому, при розвитку токсикоманії або наркоманії, внаслідок підвищення толерантності, наркомани для викликання сп'яніння дозу збільшують (переважно у 8-10 разів).

Швидкість розвитку сп'яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному застосуванні сп'яніння розвивається через 20-25 хв. Проте токсикомани здебільшого викликають стан наркотизації шляхом внутрішньовенного введення суспензії порошку товченого препарату – сп'яніння настає відразу після ін'єкції.



Транквілізатори

Введення в медичну практику бензодіазепінів стало початком їх широкого використання та переваги перед барбітуратами. У більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори-замінники для послаблення явищ абстиненції. Інколи їх приймають разом із спиртними напоями з метою потенціювання дії алкоголю. Зросла частота вживання цих препаратів при суїцидних спробах і суїцидній поведінці хворого.



Долікарська допомога при передозуванні транквілізаторів

Ослаблення дії седативно-снодійних препаратів: флумазеніл – специфічний антагоніст бензодіазепінів за схемою: протягом хвилини внутрішньовенно – 0,2 мг (30 с.) – 0,3 мг, 0,6 мг з дозовим кроком в 1 хв до кумулятивної дози 3,0 мг

2. Попередження подальшого всмоктування препарату (викликати блювання, дати активоване вугілля).

3. Попередження розвитку ускладнень (забезпечення прохідності дихання, вентиляція легень).

Подальше лікування в реанімації (діаліз, гемоперфузія).



Дякую за вагу!!!

