

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И
ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Мирзаев Абдурахмон Алишерович

**ЭКЗОГЕННЫЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА**

(АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ)

Учебное пособие

Андижан, 2023 г.

УДК 616.89/616.052

ББК 56.14

М63

Автор:

Мирзаев Абдурахмон Алишерович – кандидат медицинских наук, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии АДТИ, доцент курса психотерапии.

Рецензенты:

Ганиханов А.А – кандидат медицинских наук, Ташкентский педиатрический медицинский институт психиатрии, наркологии и детской психиатрии, доцент кафедры медицинской психологии и психотерапии

Абдукодиров У.Т. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии АДТИ.

Мирзаев А.А.

ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (Алкоголизм, Наркомания И Токсикомания): Учебное пособие ..:–Андижан:
Издательство «JAHONA NASHR» 2023 – 136с

ISBN 978-9943-7518-8-0

Хронический алкоголизм – заболевание, характеризующееся возникновением психической и физической зависимости от алкоголя и непреодолимым желанием употреблять спиртные напитки в результате чрезмерного употребления алкоголя, а в результате возникают соматические и нервно-психические расстройства и социальные проблемы.

Публикация разрешена на основании приказа Министерства высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан, ректора Андижанского государственного медицинского института от 01.06.2023 года № 357-Sh.

УДК 616.89/616.052

ББК 56.14

ISBN 978-9943-7518-8-0



© Мирзаев А.А., 2023
© Издательство « JAHONA NASHR », 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Глава-1 Этиология, патогенез алкоголизма и систематика	6
1. Современные представления об этиологии и патогенезе:	6
2. Патологическое пьяние	25
3. Клиника абстинентного синдрома.	26
4. Алкогольные психозы	28
5. Делирий (белый катастроф delirium tremens)	30
6. Острый алкогольный галлюциноз.	35
7. Острые алкогольные параноиды.	37
8. Энцефалопатия гая-вернике.	39
9. Хронические алкогольные психозы	40
10. Женский алкоголизм.	48
11. Лечение и последствия алкогольного психоза.	63
12. Лечение алкоголизма.	68
13. Определение степени алкогольного опьянения	71
Глава-2 Наркотика и токсикомания. 1. Токсикомания	82
2. Наркотическая зависимость.	87
3. Клиника абстинции.	96
4. Другие клинические виды зависимости.	101
5. Изменение поведения и психология пациентов с наркозависимостью.	106
6. Гашишная зависимость.	112
7. Сумеречное расстройство сознания.	119
8. Депрессия у детей – ведущий фактор к наркомании.	122
9. Влияние психотерапии на наркозависимых.	125
10. Наркомания и спид.	127
11. Курение табака.	129
12. Хроническое отравление никотином.	134
Литература.	136

ГЛАВА-1

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА И СИСТЕМАТИКА

Хронический алкоголизм – заболевание, характеризующееся возникновением психической и физической зависимости от алкоголя и непреодолимым желанием употреблять спиртные напитки в результате чрезмерного употребления алкоголя, а в результате возникают соматические и нервно-психические расстройства и социальные проблемы.

1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ:

В развитии алкоголизма играют роль следующие факторы:

1. Социальные факторы - алкогольные традиции, картины, алкогольное воспитание, высокая толерантность населения;
2. Психологические факторы - психологические основы человека. Алкоголизм чаще развивается у людей, имеющих тревожно-страшные установки, постоянно колеблющихся, неверующих, привыкших к депрессивным состояниям, чтобы снять дискомфорт.
3. Физиологические факторы - врожденная недостаточность ферментов.
4. Наследственный фактор
5. Факторы организма:
 - Метаболические нарушения;
 - Нарушения витаминного баланса;
 - Травмы внутренних органов;
 - Нарушения ферментативных систем;

Есть три различных набора синдромов, которые вызывают заболевание.

- 1) Синдром изменения реактивности
- 2) Синдром эмоциональной привязанности.
- 3) Синдром физической привязанности

Хронический алкоголизм возникает как заболевание в результате длительного употребления алкоголя.

В течении развития и ремиссии алкоголизма выделяют 3 стадии.

1. Начальная стадия (нейростеническая).
2. Этап прошивки или раздачи.
3. Конечная или энцефалопатическая стадия.

Заболевание развивается в 5-10 лет:

Этиологическим фактором алкоголизма является алкоголь. Его потребляют миллионы людей. Заболеваемость алкоголизмом составляет всего 36%. Итак, одного алкоголя недостаточно для возникновения заболевания, для развития алкоголизма необходимы какие-то дополнительные факторы. Большинство из этих факторов включают социальные, психологические и физиологические факторы. Социальные факторы представляют собой целый комплекс, где следует учитывать образование, семейное положение, материальное обеспечение, место человека в обществе, отношение государства к алкоголизму и т. д. Раньше считалось, что пьют в основном неграмотные люди. Однако недавние исследования показали, что высокообразованные люди также употребляют алкоголь. Условия для этого создают ставшие привычкой традиции, согласно которым встречи друзей, праздники и вечеринки обычно проходят за распитием спиртных напитков. Доказано, что большинство алкоголиков – это одинокие, пьяные и разведенные люди. Также известно, что часто мужья втягивают своих жен и мужей в алкоголизм. Представляется, что на ранних стадиях алкоголизма определенную роль играет материальное положение, а в

дальнейшем, с развитием алкоголизма, меняется место личности в обществе, происходит социальный упадок, снижается или полностью исчезает заработная плата, и только вид и цена потребляемого алкоголя изменится. Государственная политика в отношении потребления алкоголя имеет особое значение; чем она строже и бескомпромисснее, тем сложнее некоторым людям потянуться к алкоголю. Политика страны часто зависит от ее общенаучных традиций (например, японцы, китайцы или азиаты пьют меньше других народов), религиозных убеждений. Например, мусульманам, протестантам и некоторым другим религиозным сектам употребление алкоголя запрещено, а христианам к употреблению алкоголя призывает сама церковь, ее служители и ритуалы. Рассмотрим значение психологических факторов в развитии алкоголизма. Алкоголь вызывает бодрое настроение, состояние бодрости, а также ощущение легкости и расслабленности. Его первая особенность – проводить свободное время для определенной группы людей, скука побуждает пить ради удовольствия. К ним относятся обычные люди, которые ничем не интересуются, не могут найти для себя никакого занятия или привыкли находиться в настроении, в которое легко попасть. Такие люди не могут справиться с жизненными трудностями, не могут найти способов их преодоления, пьют с намерением уйти от горя, достичь мира и спокойствия, покинуть окружение хотя бы на определенный период времени. Большое значение имеет становление личности, воспитание, полученное в школе, в семье, время достижения совершеннолетия проходит легко для человека, который научился жить легкой жизнью, вырос склонным к жизни, человеку, не умеющему справиться с трудностями, которые могут встретиться в его жизни, приводит к привыканию.

Люди пытаются объяснить, что их ложное восприятие реальности является частью их алкоголизма по профессиональным причинам, таким как приготовление, хранение или продажа алкоголя. Во многих случаях алкоголизм у детей и подростков проявляется критикой взрослых, взятием с

них примера, а иногда и бунтом против их бедственного положения. Определенная часть лиц, злоупотребляющих алкоголем, — психотики или психопаты, наконец, психически больные. В древности считалось, что от родителей-алкоголиков рождаются дети с различными физическими недостатками, умственной отсталостью, судорогами, и такие дети со временем становились алкоголиками. По мнению некоторых ученых, под влиянием алкоголя метаболизм плода в утробе матери претерпевает изменение, что впоследствии приводит к особой реакции на этанол. Таким образом, генетические факторы предрасполагают к развитию алкоголизма. Обмен веществ играет важную роль в возникновении алкоголизма. В особенности это касается патологии баланса витаминов группы V и витамина С. Признано, что он играет важную роль в нарушении соотношения хлора и натрия в крови. У алкоголиков бывают перепады настроения, вот почему кроме того, в этиологии алкоголизма необходимо придавать большое значение балансу между адреналином и адренохромом. Тех, кто признает важность биохимических нарушений как этиологического фактора, очень мало. По некоторым факторам эти изменения возникают при формировании алкоголизма и считаются не причиной заболевания, а следствием, то есть могут быть факторами патогенетического характера. Особое значение имеют высшая нервная деятельность и темперамент человека. Одни легко уживаются с людьми, любят общение, другие, наоборот, любят уединение, прогулки в одиночестве, одни стремятся быть в обществе, а другие ищут уединения. В настоящее время ведутся работы по изучению патогенеза алкоголизма. Его механизм пока неясен, но можно представить несколько основных направлений изучения этого вопроса. Желание ментальной связи или эйфории и желание физической связи или физического комфорта являются одними из основных симптомов алкоголизма. Погоня за эйфорией прямо указывает на то, что погоня за настроением — это разочарование. При хроническом алкоголизме снижается способность алкоголя давать эйфорию,

и это приводит к увеличению дозы алкоголя, иными словами, больной уже не в состоянии контролировать количество алкоголя, компенсирующего экстази. Согласно последним исследованиям, почти весь выпитый алкоголь расщепляется с помощью особых ферментов, присутствующих в организме человека и частично вырабатываемых печенью. При алкоголизме этот процесс, как и обмен биогенных аминов, нарушается. Такие вещества, как норадреналин, претерпевают серьезные изменения, особенно со стороны головного мозга и гипоталамуса. Из патогенеза алкоголизма большое значение имеет витаминный (витамин В1) обмен, иногда повышение, а иногда снижение сахара в крови (гипер- и гипогликемия), что вызывает «голод» по отношению к этанолу и побуждает к повторному алкоголизму. Особое внимание уделено функциям вегетативной нервной системы, преобладанию в ней симпатического и парасимпатического отделов. В последнее время большое место в изучении отводится естественным и искусственным иммунным факторам патогенеза алкоголизма, в которых также увеличивается продукция морфиноподобных веществ, приводящих к возникновению физического истощения. Основным признаком физической привязанности является абстинентный синдром. Начинается после алкогольной интоксикации или периода непрерывного пьянства и часто бывает депрессивным. Такое положение дает нам право думать, что в основе синдрома депрессии лежит фармакогенная депрессия, маскируемая множеством различных соматических и реактивных расстройств. Попытки избавиться от паники, депрессии, бессонницы, суицидальных мыслей, соматических симптомов, например, общего дискомфорта, неприятных ощущений, болей, ощущений и т. д., нередко приводят к повторному употреблению алкоголя. Суть этой ситуации заключается в следующем. По-видимому, при депрессии накапливается ацетальдегид (известно, что ацетальдегид в 5–10 раз сильнее этанола) или снижается количество биогенных аминов. Прием алкоголя принимает действие ацетальдегида по

механизму антагонизма, улучшает настроение больного и создает физический комфорт.

В настоящее время алкоголизм разделяют на три стадии (классификаций много, наиболее распространены и отражены во всех отчетах следующие): I стадия - начальная, легкая, неврастеническая

II стадия средняя

III стадия, первичная, тяжелая, энцефалопатия.



На всех этих трех стадиях в организме человека происходят значительные изменения, и каждая из них имеет свои закономерности и последствия и связана с определенными системами, тканями и органами. Формирование и развитие духовного обучения алкоголю, состав и динамика физической связи, реакция на прием алкоголя изменение, нарушение психической сферы, патологические изменения в соматической и неврологической сферах — такие общие динамические признаки алкоголизма.

С учетом общих динамических характеристик первой ступени ее можно представить следующим образом. Его начальный период совпадает с исчезновением рвотного рефлекса.

Алкоголизм в I стадии (начальная, легкая, неврастеническая стадия)

1. Психическая привязанность к алкоголю фиксируется в виде синдрома навязчивых (бытовых чувств), вследствие чего ослабляется контроль за количеством выпитого алкоголя.
2. Не будет физического влечения к алкоголю.
3. Изменения реактивности к алкоголю, это состояние выражается в повышении толерантности, изменении формы интоксикации, что отмечается в виде полипов и переходит от эпизодического приема алкоголя к систематическому.
4. Формируется неврастенический синдром с появлением нарушений настроения.
5. С соматической точки зрения - потеря аппетита, временные желудочно-кишечные расстройства, неприятные ощущения и боли в некоторых органах.



Отмечаются вегетативно-нефритические расстройства нервной системы в виде бессонницы, местных (локальных) невритов ЦНС. Пристрастие к алкоголю проявляется синдромом навязчивых (бытовых чувств). Это означает, что у человека возникает ненасытное желание выпить. Такие желания часто вызваны семейными ситуациями (ссоры в семье, разногласия на работе, неприятные события и т. д.) или перепадами настроения. На этой стадии заболевания отсутствует физическое влечение к алкоголю. Полимиозия приема алкоголя носит закономерный характер, количество принимаемого алкоголя увеличивается (в 35 раз), но случаев чрезмерной интоксикации нет. При этом снижается контроль над количеством выпитого при этом алкоголя, то есть повышается толерантность к алкоголю. Это указывает на изменение чувствительности организма, свидетельствующее об ускоряющемся палимпсесте.

Неврастенический синдром выражается в признаках вегетативных вен, неврастенических, астенических симптомах, некоторых резких изменениях черт характера, которые впоследствии приводят к возникновению психопатоподобных симптомов. На данный момент изменяются только отдельные аспекты персонажа.

Люди, страдающие алкоголизмом первой стадии, жалуются на неприятные ощущения, боли, желудочные расстройства в различных частях тела: неврологически отмечается повышение сухожильных и надкостничных рефлексов, потливость, местные невриты.

Вторая стадия алкоголизма – злоупотребление алкоголем
Образуется через 68 лет после начала ла.

Алкоголизм второй стадии

1. Человек психически привязан к алкоголю навязчиво, человек не может контролировать количество выпитого алкоголя и старается быть физически спокойным. 2. Компульсивная (явная) склонность к физическому влечению к

алкоголю в основном обусловлена синдромом аутовегетативного доминирования и повышенной потребностью в физическом комфорте.

3. Изменения воздействия алкоголя в виде определения максимальной толерантности, возникновения амнезии и изменения физиологических эффектов алкоголя, алкоголя

это выражается в эксцессах регулярного потребления гола (фальшивое непрерывное пьянство).

4. Неврастенический синдром может сохраняться с постепенным возникновением синдрома распада личности, обострением психопатического поведения или появлением новых форм (астенического, истерического, эксплозивного и апатического типов).5. К соматическим заболеваниям относятся заболевания различных внутренних органов и систем (гастриты, гепатиты, сердечно-сосудистые, респираторные, мочеполовые заболевания). К неврологическим заболеваниям относятся нарушения вегетативных функций, полиневриты, общемозговые и другие мозговые синдромы. По мере перехода болезни из одной стадии в другую прежние симптомы усиливаются, приобретают более острый тон и постепенно приобретают новое качество. Например, наряду с навязчивым (бытовым) влечением к алкоголю появляется навязчивое влечение, стремление к удовлетворению на первом этапе чередуется с потребностью ощущать физический комфорт. В результате полностью утрачивается контроль за качеством потребляемого алкоголя, и теперь потребление алкоголя переходит в систему. При этом толерантность к этанолу повышается, и через определенный промежуток времени (23 года) определяется специфический низкий уровень толерантности. Она варьируется в зависимости от уникальных индивидуальных особенностей человека. На этой стадии изменяется физиологическое действие алкоголя, что приводит к медленному гипотензивному состоянию. В это время человек еще может принимать алкоголь, но выпивает немного утром, еще немного днем и еще немного

вечером. Одноразовые полиместры чередуются с гораздо более глубокими и длительными амнезиями. Одним из основных критериев второго этапа советский ученый С.Г. Появляется синдром физического экстаза и воздержания (юмора), описанный Джислином в 1934 г. Суть этого в том, что в результате интоксикации у алкоголика необходимо постоянно снабжать организм алкоголем (получать физический комфорт), иначе начинается своего рода «голод», который проявляется по-разному, иногда сердечно-сосудистыми и сложно с нарушениями в вегетативных системах, желудочно-кишечном тракте. С.Г. Алкогольный абстинентный синдром считается «легким алкогольным психозом». Со слов больных, после употребления большого количества алкоголя утром у них замедляется или учащается сердцебиение, появляется рвота, понос, головная боль, беспокойство, дрожание рук и ног, иногда обильно потеет, иногда появляется сильный тремор. Это состояние называется аутовегетативным компонентом абстинентного (гуморального) синдрома. С конца второго этапа до начала третьего добавляется психический компонент. При формировании аффективного синдрома можно помочь неспецифическими веществами, например, кефиром, томатным соком, подсоленной огуречной водой или такими процедурами, как душ и ванны, повышающие тонус. Однако через какое-то время это уже не помогает. Его ждет только алкоголь. Аффективный синдром очень стойкий, лечение может его полностью устранить или подавить, но как только выпито спиртное, он появляется снова, даже если вы давно не пили. До определенного времени сохраняется неврастенический синдром, постепенно меняется личность, и в это время можно говорить о психопатических (истерических, астенических, эксплозивных, апатических) изменениях. Для больных характерна беспричинная смена настроения, нахождение в иступлении. Им нравится хвастаться перед другими в школе и ночью. Его настроение поднимается и падает. У алкоголиков, поведение которых характеризуется крайней

вялостью, аффективностью и расслабленностью, часто преобладает снижение настроения. Они плохо спят, становятся очень беспокойными. что это астенические личности

называются Есть и такие, чье поведение легко меняется, то есть от праздности и радости без причины до злобы и гнева. Это «трудные люди», они по своей природе живут коллективами, создают своим присутствием сложную ситуацию, изматывают окружающих. Некоторые больные не заботятся о других, становятся безразличными к своей семье и к себе. Это аппаратная форма патологического развития личности. Соматические заболевания становятся все более серьезными, отчетливее проявляются неврологические симптомы полиневрита, мозжечкового и других мозговых синдромов. Она может появиться на этой стадии заболевания.

Наиболее тяжелой стадией алкоголизма является III. Он образовался через 810 лет после начала злоупотребления алкоголем.

III стадия алкоголизма (конечная, тяжелая, энцефалопатическая стадия)

1. Духовное желание алкоголя выходит на поверхность вместе с желанием душевного комфорта. В этом случае теряется контроль над количеством алкоголя, тяга к алкоголю становится навязчивой.

2. Тяга к алкоголю выражается потребностью ожидать физического дискомфорта (с удовлетворением потребности), которая особенно усиливается при присоединении психически компонентов в дополнение к соматовегетативным компонентам при синдроме интоксикации.

3. Реактивность организма продолжает изменяться, толерантность снижается, истинные запои (фиктивные запои) или регулярное пьянство с низкой толерантностью и потерей контроля над ситуацией (неспособность контролировать свое состояние, самоконтроль).

4. Интеллектуальные функции изменяются по мере роста личности. Деменция влияет на психическое состояние человека. В большинстве случаев возникают психозы.

5. Соматически однозначно повреждаются определенные органы и системы, в ряде случаев возникают необратимые изменения (цирроз печени, сердечная недостаточность). Усиливается неврологическая симптоматика, могут возникать системные расстройства, мозговые синдромы (болезнь Гая-Вернике и др.). Осложнения выражаются в психозах.

Синдром духовной тяги к алкоголю изменяется за счет углубления и укрепления физической связи. Юмор-синдром расширяется за счет появления психического компонента. Потребление алкоголя является полноценным пьянством: 34 дня непрерывного пьянства принимают форму промежуточного периода в 1015 дней, называемого легкими днями. Это может быть наоборот. Алкоголизм всегда начинается с компульсивной тенденции, а толерантность, особенно ежедневная, снижается. Алкоголик пьет спиртное, чтобы вновь ощутить физический комфорт или, по крайней мере, облегчить свою общую отягчающую лень, избавиться от своей неприятности и вины, и он быстро опьянеет и дойдет до состояния сильного опьянения. Его употребляют в пищу большинство сууроготов, потому что даже в небольших количествах он быстро опьяняет. Почти непрерывные, глубокие и стойкие амнезии.

Все чаще возникают интеллектуально-мнестические расстройства. больной теряет интерес к общественной жизни, вначале он отрывается от работы, начинает вступать на путь тщеславия и убожества, обычно его семья распадается. Меняется личность больных, исчезают психопатические случаи, действительно впадающие в падение, алкоголики III стадии становятся похожими друг на друга, они становятся равнодушными, беспечными, равнодушными, равнодушно смотрят по сторонам; у них нет других интересов, кроме как попытаться удовлетворить свою тягу к алкоголю, и их настоящий ум снижается.

Выделяют два типа умственной отсталости. В начале первого типа злятся на мелочи, раздражительны, раздражительны, напоминают взрывные

формы психопатии. Все они выходят с небрежностью, праздноностью, ленью и легким юмором.

Второй – торпидный тип, для которого характерна вялость, равнодушие, равнодушие, а иногда и равнодушие к окружающим.

На II стадии у больного начинают ощущаться органические симптомы умственной отсталости: снижение памяти, критицизма, общие изменения в структуре личности человека. Психозы отмечаются в 13% случаев. Соматически снижается общая сопротивляемость организма, вследствие чего такие лица поражаются различными интеркуррентными заболеваниями (грипп, простуда и др.). Заболевания внутренних органов и систем (язвенная болезнь желудка, цирроз печени, инфаркт миокарда и др.) носят хронический характер и редко обратимы. Со стороны нервной системы, наряду со слабовыраженными симптомами, отмечают выраженные болевые расстройства в виде двигательной дисбаланса, инсультов, приводящих к параличам и парезам, тромбозам мозговых сосудов, сосудистым кризам.

Таким образом, алкоголизм, как и всякое другое заболевание, динамичен и имеет свой закон смены синдромов, так как наличие какого-либо синдрома, например, психического и физического влечения к алкоголю, не может формироваться отдельно. Для постановки диагноза достаточно нескольких симптомов.

И.В. Стрельчук выделяет несколько видов алкоголизма. Первый тип характеризуется постоянным, регулярным употреблением алкоголя. Второй тип характеризуется периодическим циклическим употреблением алкоголя с днями без питья между ними. Третий тип — псевдосоматический — сопровождается непрекращающимся пьянством. Непрерывный и периодический типы встречаются на всех стадиях алкоголизма. Третий тип отмечается только на второй и третьей стадиях алкоголизма.

Свойства этилового спирта

Этиловый спирт (этаналь, этиловый спирт, винный спирт) химическая формула C_2H_5OH представляет собой прозрачную жидкость со специфическим резким запахом, хорошо смешивается с водой и органическими растворителями. Относительная плотность 95% спирта равна 0,8080,812. Он кипит при температуре 78 градусов и горит голубым пламенем. Этанол применяют наружно как антисептическое и активное вещество в медицине. Этанол воздействует на слизистые оболочки, кожу и всасывается через них, одновременно оказывая анестезирующее действие. Краснеет полость рта (геперемия), усиливается слюноотделение. Немного повышенная концентрация оказывает подкручивающее действие, а большая доза – жгучее.

Острая алкогольная интоксикация и варианты опьянения.

Важно отметить, что преходящие характеристики уровней опьянения часто зависят от индивидуальных особенностей пьяного человека.

Алкогольное опьянение может быть трех степеней:

1. легкая степень первой простой интоксикации.
2. второй средний уровень или степень спутанности высших отделов высшей нервной деятельности;
3. 3-я тяжелая степень, при этом вегетативные центры могут быть парализованы.

При легкой степени опьянения после приема алкоголя начинается возбуждение, когда настроение улучшается, становится бодрым, чувствуется, что все будет хорошо. Неадекватно оцениваются реальные события, взаимодействия между людьми. Разочарования и заботы игнорируются. Подавляются паника и страхи, особенно чувства возбуждения и энтузиазма, что свидетельствует об транквилизирующем действии алкоголя. Обычно алкогольное опьянение напоминает гипоманиакальное состояние. Кроме

того, кроме приподнятого настроения, действия не заторможены, в то же время нарушена сбалансированность движений, плавность движений, ускорена скорость мышления, поведение зависит от доминирующего аффекта. В связи с этим пьяный человек в хорошем настроении не может отказать собеседнику в просьбе, он становится открытым, великодушным, дает много обещаний. Он быстро знакомится. Пьяный человек отличается бдительностью, раскрывая всю свою жизнь, рассказывая о своих похождениях, а во многих случаях и вслух. Чувства Орномуса исчезают, он не знает границ. Пьяный человек переоценивает свои возможности, хвастается, бывает поспешным, недальновидным. Нередко, когда отмечается аффективная неустойчивость, эйфория сменяется гневом, агрессией, плачем, реверсируются чувства симпатии принимает окраску и усиливается до враждебных чувств.

На этой стадии ослабевает внутреннее дифференцированное (сортированное) торможение, поэтому возбуждаются жизненные органы чувств, развивается аппетит, усиливается половое влечение, возникают примитивные эмоции. Картина пьянства в целом.

Раси можно назвать эйфорической формой опьянения. Пьянству также свойственна дисфория, для которой характерно плохое настроение, сварливость, агрессия, обвинение (шилким), суицидальные мысли и различные попытки. Широкий спектр различных проявлений нормального алкогольного опьянения обусловлен многими причинами. Важнейшим из них является характеристика человека. Алкоголь снижает способность к активному торможению, раскрывает скрытые стороны характера. Большое значение имеют также различные экзогенные заболевания, перенесенные в прошлом. Они могут привести к тому, что вы не напьетесь нормально и быстро опьянеете. Очень важно, в каком настроении и настроении принимается алкоголь. Если речь идет о выпивке для удовольствия, то

опьянение наступит быстро. Если вы хотите контролировать себя и оставаться трезвым, вы можете продлить время опьянения.

При хроническом алкоголизме часто встречаются смешанные или дистрофические варианты интоксикации. Всем известно, что на быстроту наступления опьянения и его уровень (глубину) влияет вид и количество выпитого.

Наконец, большую роль в достижении истинного уровня алкогольного опьянения играет физическое и психическое состояние человека перед употреблением алкоголя.

2-я степень алкогольного опьянения средней степени определяется преимущественно угнетением верхних отделов центральной нервной системы. При этом отмечаются случаи общей лени, медлительности мышления, пошатывания без правильной ходьбы. Речь пьяного человека становится дизартричной, он может многократно повторять одну и ту же фразу. Его отношение к окружающим меняется, и он не может контролировать свое поведение. По этой причине имеют место случаи непристойной брани, откровенно сексуального непристойного поведения, потери чести, бессовестного удовлетворения физиологических потребностей.

Тяжелая степень опьянения – это состояние, при котором наблюдаются различные туманные, но очень глубокие формы расстройств сознания. В этих случаях могут возникать непроизвольные понос и мочеиспускание, эпилептические припадки.

Во многих случаях расслабляется мышечный тонус, снижается температура тела, прекращаются рефлекторные реакции; наблюдаются расширение зрачка (мадриаз) и маятникообразные движения глазных яблок, гипестезии, доходящие до полного исчезновения болей. Кожа бледная и холодная. Могут быть пирамидальные знаки, оральные автоматизмы. Для алкогольной комы характерны следующие признаки. Паралич бульбарных центров может привести к летальному исходу.

Существует ряд тестов для диагностики острой алкогольной интоксикации.

Люди, пережившие состояние сильного опьянения, ничего не помнят о прошедших событиях, длительное время находятся в астеническом, адинамическом состоянии, появляются атаксия, дизартрия, вегетативные расстройства.

Алкоголь разрушает интеллектуальные амнестические функции. Экспериментально доказано, что 1015 г чистого спирта нарушают выполнение различных психологических тестов, затрудняют понимание инструкций, запоминание и расчеты. В состоянии алкогольного опьянения наблюдается ухудшение способности к вычислениям, замедление комбинаторно-ассоциативных процессов, зрения, слуховых ощущений, скорость реакций.

После употребления большого количества алкоголя нормальная интоксикация длится в среднем от 6 до 12 часов. После интоксикации, в зависимости от ее уровня, появляется амнезия «алкогольные палимсесты», «память об одежде». Кроме того, будет астения, головная боль, депрессия и другие состояния. Естественно, уровень интоксикации зависит от физического и психического состояния человека, его темперамента, толерантности и других условий.

При алкоголизме отмечают ряд соматоневрологических нарушений, важнейшее из которых - координационные акты, а при углублении интоксикации исчезают и автоматические действия. Меняется подпись, речь становится непонятной, дизартричной, опускаются последние буквы слов. Объективные признаки, такие как опьянение, невозможность прямо ходить, головокружение, особенно в зрелом состоянии, нарастают прямо пропорционально степени опьянения. снижается чувствительность роговицы и реакции зрачков на свет. Возможны гепестезия и анальгезия. В зависимости от состояния опьянения значительно изменяется уровень

воздействия, снижаются обоняние, вкус, ощущение тепла или холода, а также восприятие зрительных и слуховых эффектов. Замедляется период адаптации, нарушается цветовосприятие, ухудшается зрительное восприятие в вечернее время, когда световые и цветовые контрасты тусклые, что нередко приводит к автомобильным авариям.

Сосудисто-вегетативные изменения выражаются в преобладании симпатической или парасимпатической систем в соответствии с конституцией, гиперемии (покраснения) лица, температурной чувствительности, расширении периферических сосудов, учащении дыхания, а затем и его замедлении. Увеличивается секреция слюнных и пищеварительных желез, усиливаются перистальтика кишечника и диурез. Апитические варианты опьянения или осложненное опьянение появляются у психопатов, у лиц с органической недостаточностью, а также при формировании реальной степени хронического алкоголизма. При осложненном опьянении жизненные импульсы поднимаются до очень высокого уровня и сочетаются с изменением сознания (онемением). Основной аффективный фон составляют длительная впечатлительность (раздражительность) и озорство, агрессивность, склонность к членовредительству. Также истерическое поведение может проявляться при функциональном припадке. Иногда наблюдаются стригущий лишай и галлюцинации. Патологическая интоксикация – редкое кратковременное острое психотическое состояние. Эппеленс описывается как мгновенное состояние, напоминающее присутствие сознания. Патологическое опьянение возникает после употребления небольшого количества алкоголя, иногда при средней степени опьянения. При этом объективные признаки опьянения исчезают (походка и речь не изменяются), действия связаны с внутренними психотическими, импульсивными переживаниями, чувством паники, беспокойства, страха, которые могут чередоваться с ужасом и гневными истериками. Эти реакции вызваны искушениями и галлюцинаторными

чувствами. При патологическом опьянении поведение больных иногда неадекватно и проявляется в иррациональных нападениях, защитах или побегах, что приводит к выраженному асоциальному поведению. Свои действия они совершают либо повторяя слово тихим голосом, либо молча концентрируясь на одном месте. Различны формы головокружения, бреда, галлюцинаторно-параноидной мании. В ряде случаев наблюдаются асоциальные действия, не свойственные трезвому человеку.

Алкоголизм представляет собой динамический процесс, имеющий начальное, переходное и конечное состояния. Алкоголизм как болезнь развивается постепенно, медленно, часто незаметно для окружающих и для будущего алкоголика. Этот период называют бытовым и привычным алкоголизмом.

В этот период, даже если он много пьет, в большинстве случаев общая сумма довольно большая. Человек пытается получать удовольствие от выпивки, потребление алкоголя ускоряется, но теперь он выпивает время от времени, хотя бывают случаи, когда он теряет способность контролировать количество выпитого в это время.

При интоксикации часто наблюдается рвота, но со временем рвотный рефлекс угасает, что является одним из признаков возникновения тошноты. Продолжительность бытового алкоголизма различна у разных людей, в среднем она продолжается от 5 до 10 лет, у мужчин обычно начинается с 20–30 лет, у женщин – с 20–35 лет. Доказано, что первая стадия алкоголизма начинается гораздо раньше и становится опасной, если она начинается до 20 лет или при употреблении крепкого алкоголя. по данным ряда авторов, 36% из тех, кто начал употреблять алкоголь до 20 лет, станут алкоголиками.

В зависимости от количества выпитого алкоголя и личности человека выделяют разные варианты острой алкогольной интоксикации.

1. Взрывной вариант – неуживчивый, агрессивный, взволнованный.
2. Дисфорический вариант – ломает вещи, трясет их.

3. Истерический вариант - плачет, бьет себя везде.
4. Депрессивный вариант - молчаливый, подавленный.
5. Маниакальный вариант – веселый, много говорит, танцует.
6. При импульсивных действиях – действует бесцельно.
7. Эпилептоидный вариант – наблюдаются судороги.
8. Параноидный вариант – наблюдается навязчивая ревность.

2. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПЬЯНИЕ

Это замечательная форма, которая встречается у больных эпилепсией, ВМЖ, психопатией, олигофренией и у лиц с органической церебральной недостаточностью. Это состояние характеризуется развитием острых преходящих психозов при приеме 50-100 г алкоголя. Патологическое опьянение начинается внезапно после нормального опьянения, резко нарушается внешний вид и поведение человека.

1. Внезапная непроизвольная потеря сознания (от нескольких минут до нескольких часов).
2. Лицо белеет.
3. Отключен от окружения.
4. Нарушено восприятие окружающего.
5. Ориентация нарушена.

Покраснение лица сменяется бледностью, речь становится беглой, исчезает атаксия ходьбы, нарушается осознание окружающего, появляются аффект, страх, паника. Больные начинают неправильно воспринимать окружающее, воспринимают людей как своих врагов, думают, что их место — тюрьма. У них наблюдаются иллюзии и зрительные галлюцинации. Они видят вторгшихся людей, призраков, тени. В этом случае больные становятся возбужденными, больной пытается убежать или становится агрессивным и опасным для окружающих, вплоть до смертоносного. Патологическое

опьянение продолжается от 50-40 минут до 1-2 часов и они засыпают. После сна его сознание ясное, и он не помнит острого психоза. Будет полная амнезия.

Варианты патологического опьянения.

1. Эпилептоидный вариант.
2. Параноидальный вариант.
3. Галлюцинаторно-параноидный вариант.

Различают 3 степени алкогольного опьянения. Степень алкогольного опьянения зависит от крепости алкоголя, возраста человека, пола, холода и перегрева.

3. КЛИНИКА АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА.

Абстинентный синдром является одним из основных показателей синдрома физической зависимости от алкоголя и указывает на пиковую стадию алкоголизма.

Алкогольный абстинентный синдром (синдром юмора) включает психоневрологические и соматовегетативные расстройства на фоне алкогольной интоксикации в результате прекращения или уменьшения количества принимаемого алкоголя.

Абстинентный синдром выбирается в результате злоупотребления алкоголем в сроки от 1 до 5-10 лет.

Клиника абстинентного синдрома, соматовегетативные расстройства: обильное потоотделение, головная боль, боли в сердце, тахикардия, повышение артериального давления, снижение аппетита, жажда, желудочно-кишечные расстройства, тошнота, рвота, астения, характеризуется обострением соматических заболеваний. Кроме того, наблюдаются психические расстройства: тревога (страх) за свое здоровье и жизнь, депрессия, иногда с суицидальными состояниями, подавленность,

бессонница, гипологизм, галлюцинации, сомнения в общении. Продолжительность абстинентного синдрома от 1 до 5 дней, в среднем 2-3 дня и более.

Изменения личности при хроническом алкоголизме.

Изменения личности при хроническом алкоголизме определяются как «алкогольная деградация».

Алкогольная деградация означает духовную, интеллектуальную и социальную деградацию. На начальных стадиях диапазон изменений личности очень велик. В 1-й стадии заболевания можно выделить два различных типа изменений личности даже в случаях, отличных от интоксикации. У одних больных наблюдаются повышенная возбудимость, импотенция, нетерпение, снижение работоспособности и быстрая утомляемость, у других - легкие депрессивные расстройства, иногда дистрофические состояния. Вышеперечисленные нарушения могут не исчезать в течение нескольких недель. На начальных стадиях больные скрывают свое пьянство от окружающих, об этом знают только их близкие родственники.

На 2-й стадии личностные изменения приостанавливаются, формируются все признаки, алкоголь приобретает характер, усиливается аффективная окраска всех переживаний (радость, грусть, доброта, впечатлительность, радость).

Аффективные изменения сильно влияют на настроение. У больных наблюдается типичная изобретательность, лицемерие и лживость. На 2-й стадии выражены невротические и психопатические расстройства, тесно связанные с преморбидными чертами и реактивными состояниями на алкоголь.

Различают 4 типа психопатических изменений личности:

1. Астенический.
2. Истеричный.

3. Взрывчатка.

4. Апатичный

На 2-й стадии отмечаются признаки снижения уровня личности наряду с психопатическими и личностными сдвигами. Критическое отношение к своему положению, обстоятельствам, поведенческому будущему и влиянию окружающей среды значительно снижается или исчезает. На 2-й стадии алкоголизма обычно ослабевают семейные и профессиональные отношения, становится очевидным опьянение. На 3-й стадии алкоголизма наряду с прежними признаками изменения личности появляются новые признаки.

Аффективно-волевые расстройства проявляются в более грубой форме (грубость, токсичность, агрессивность и цинизм), а также слабостью, апатией, пониженным настроением, плаксивостью и др. Во-первых, наблюдается постоянное увеличение склонности к выпивке. Пьянство может случиться в любой ситуации. По словам Е. Кремень, тяжелым осложнением алкоголизма является этот коллапс. Все проявления приводят к органическим изменениям личности и ухудшению памяти. Позже критическое отношение спадает. Больной быстро теряет свои профессиональные навыки. Вышеуказанные общие психические изменения, выделенные как деградация Аокогола, в основном развиваются у лиц старше 40 лет.

4. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

В последнее время увеличение распространенности алкогольных психозов у алкоголиков, нарастающая тяжесть и атипичное течение заболевания, резкое увеличение различной соматической и неврологической патологии, а также то, что именно они являются причиной увеличения в этой области, являются причиной повышенного интереса к поиску решений конкретных проблем и борьбе с алкоголизмом.



Металлоалкогольные психозы — это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, для которых характерно наличие экзогенных, эндоформных и психоорганических нарушений у больных алкоголизмом. Эти психозы формируются на 2-й и 3-й стадиях алкоголизма. Клинически острые металкоголические психозы подразделяются на: Делирий, галицинозы, навязчивые психозы и энцефалопатии. В то же время уникальным является тот факт, что психозы структурно чередуются с разными синдромальными состояниями и множественностью встречаемости этого состояния. В этом случае психозы представляют собой не отдельное заболевание, а отдельную стадию патологического процесса.

Формирование алкогольных психозов сопровождается нарушениями в различных системах организма, выраженными соматическими и вегетативными расстройствами при обострении злоупотребления алкоголем,

следующими важными биохимическими изменениями: кислотно-щелочное равновесие в виде декомпенсированного метаболического ацидоза и плазменной гипокальциемии диспротеинемии. встречаюсь с гипернатриемией и гиповолемией, наблюдалось гиперхолестеринемия, снижение активности холинэстеразы.

Острые сосудистые расстройства: поражение головного мозга и внутренних органов, выраженное нарушение проницаемости стенок сосудов в результате периваскулярного отека, кровоизлияния (большие внутримозговые субарахноидальные и субдуральные, малые внутримозговые и субарахноидальные диапедезы, большие и малые внутренние диапедезы органов, кровоизлияния - висцеральная плевра, эндокард, перикард, слизистая желудка, поджелудочная железа, почки, клетки перикарда и надпочечники, хронические сосудистые заболевания: фиброз сосудов головного мозга - резидуальное осложнение стенок мелких и крупных сосудов.

Н.Т. По данным Хохрина (1983), при оценке изменений в головном мозге алкогольный делирий подчеркивает, что хроническая алкогольная токсико-дисциркуляторная энцефалопатия сходна с острыми типичными и дисгенетическими изменениями на уровне клеточных элементов, возникают хронические изменения.

5. ДЕЛИРИЙ (БЕЛЫЙ КАТАСТРОФ DELIRIUM TREMENS)

Делирий (Белый бред, белая горячка) — наиболее распространенный вид металкоголического психоза. На его долю приходится $\frac{1}{4}$ всех металкоголических психозов. В типичных случаях и на распространенных стадиях Белого психоза характеризуется тем, что ориентировка во времени искажена и сохраняется у человека. Кроме того, преимущественно на фоне

зрительных галлюцинаций возникают расстройства восприятия и воображения, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые галлюцинации, температурные, тепловые галлюцинации. Появляются и соблазны. Острый алкогольный делирий возникает через 2-4 дня после прекращения употребления алкоголя более чем в 89% случаев. Возникают тяжелые похмельные расстройства или рецидивы.

Делирий появляется или усиливается чаще к вечеру. В этом случае яркие представления и воспоминания становятся сильнее. В редких случаях проявляется в виде зрительных иллюзий и галлюцинаций. Сохраняются галлюцинации «кино на стене» и критическое отношение к его ситуации с утратой способности фиксации во времени и пространстве. Мимика и движения у него живые, внимание несколько ослаблено, настроение меняется, быстро переходит в антикарамный аффект.

В распространенном периоде делирия для него характерна тотальная бессонница, нарастание парейдоидных иллюзий, появление истинных зрительных галлюцинаций. Большое количество движущихся микроскопических галлюцинаций - насекомые, мелкие животные, змеи, а затем воплощается огромный паук в своем гнезде. Видны крупные и величественного вида люди и человекоподобные существа, а иногда и трупы. Он может быть одиночным или множественным. Иногда они являются постановочными и могут представлять конкретную ситуацию. Иногда показывают эротические сцены. Все эти проявления могут быть взаимозаменяемы.

По нашим исследованиям алкогольный делирий чаще встречается у мужчин (92%), а у женщин - 8%. Возраст больных алкогольным делирием 45-50 лет.

Даже без лечения делирий его симптомы могут исчезнуть через 3-5 дней, иногда психоз длится 1-1,5 недели. Белые пятна сохраняются до 3 дней в 75% случаев и более 1 недели в 5% случаев. Выход из делирия наблюдается

после глубокого и продолжительного сна. В редких случаях симптомы делирия нечеткие. Это может выражаться в ощущении общей слабости или возобновления сил. В 90% случаев делирий носит непрерывный характер, а в 10% случаев проявляется 2-3 приступами делирия. Между этими приступами бывает промежуточное состояние «йоркина» продолжительностью до 1 суток.

Основные проявления делирия. Гипногический делирий характеризуется многочисленными ярко инсценированными сновидениями или зрительными галлюцинациями. Эти состояния появляются во время сна или когда вы засыпаете, не засыпая. Эти случаи сопровождаются страхом, который развивается постепенно, а в редких случаях проявляется чувством радости, счастья и соматовегетативными симптомами. Кроме того, при возникновении галлюцинаций больные реагируют на этот психоз специфическим состоянием. Больные выходят из этого состояния при пробуждении или пробуждении. Затем его болезнь и его окружение медленно приходят к нему. В этом случае поведение больного адекватно. Гипногический бред длится 1-2 дня. Иногда он чередуется с другими бредовыми симптомами или переходит в острый метакогнитивный психоз.

Делирий без делирия, по результатам многократных обследований, наблюдается с тремором, появляется остро, обильное потоотделение, сильный тремор проходит с двигательным возбуждением, чувствительными и навязчивыми расстройствами, либо возникает нагрузка или менее выраженная (рудиментарная) дезориентация в окружающем длится 1-3 дня, затем распространяется (может впасть в состояние разлитого бреда).

Абортивный делирий характеризуется большим количеством зрительных иллюзий и микропсихически галлюцинаций, он неоднозначного типа. Наоборот, он острый, как распространенный тип бреда. Образуются фонемы и эхо. Будет постоянное двигательное возбуждение. Ориентация искажена во времени. Его продолжительность не превышает 1 дня.

Систематический делирий характеризуется большим количеством постановочных (с развивающимся сюжетом или дискретно) зрительных галлюцинаций. Его структура состоит в том, что соблазн различных постановочных преследований заключается в том, чтобы иногда убежать, когда вам приходит в голову плохая идея, когда вы куда-то едете, если вы находитесь в машине, вы останавливаетесь и едете в другом направлении на другой машине. У них появляется паника с сильно выраженным чувством страха.

Глотательный делирий с сильными слуховыми галлюцинациями. Это может быть столь же пугающим и опасным для жизни, как зрительные галлюцинации. Искушения носят физический характер, и все больше больных говорят о том, что сводят счеты с жизнью. Вопреки приведенным выше мнениям, соблазны не привязаны к конкретным доказательствам. Кроме того, встречаются аналогичные случаи, признаки образного обольщения (отверженность, постановочное обольщение), симптомы иллюзии близнецов. В начале психоза наблюдается чередование чувства страха или состояния паники. Продолжительность психоза составляет от нескольких дней до нескольких недель.

Клинические признаки атипичного бреда сходны с бредом и носят фантастический характер. Онероидное затуманивание сознания проявляется психическим автоматизмом. Абсорбционный делирий с фантастическими переживаниями (фантастический бред, алкогольный онероид) проявляется рецидивирующим проявлением алкогольных психозов.

Бред фантастического содержания (фантастический бред, алкогольный онероид). Похоже на рецидив алкогольного психоза. Чередование расстройств наблюдается при обострении психоза. В начальный период отмечаются многочисленные фотопсии или зрительные галлюцинации (пыль, дым, шрифты, спирали, нити, преимущественно блестящие предметы). Затем образуются акоазмы. Измененные состояния сознания сходны с типичным

бредом, при этом изменения аффекта возникают на фоне сильных галлюцинаций. Кроме того, двигательное возбуждение проявляется периодическими промежуточными состояниями йоркина. Через 2-3 дня будет отчетливое изменение клинических признаков: инсценированные слуховые и зрительные галлюцинации, образные элементы искушения, навязчивое созерцание и иллюзия близнецов (воспринимает окружающих как близких родственников, сотрудников или знакомых). Возникают интенсивные движения, сложные координационные ситуации. Через 1-2 дня такого состояния на фоне нерегулярного поведения появляются сонливость и малоподвижность, возникающие периодически и начинающиеся внезапно.

Для этих больных характерна следующая мимика: выражение лица тупое, бессмысленное, затем характерно для аффекта счастья, радости, больные ходят туда-сюда. Обычно события и слова в окружающей среде воспринимаются до конца. Во многих случаях психоз чередуется с глубоким сном в течение нескольких дней. В редких случаях такой сон может длиться неделю и более. Его содержание будет носить сдержанный характер. Каждый пациент выздоравливает от этого состояния в разное время.

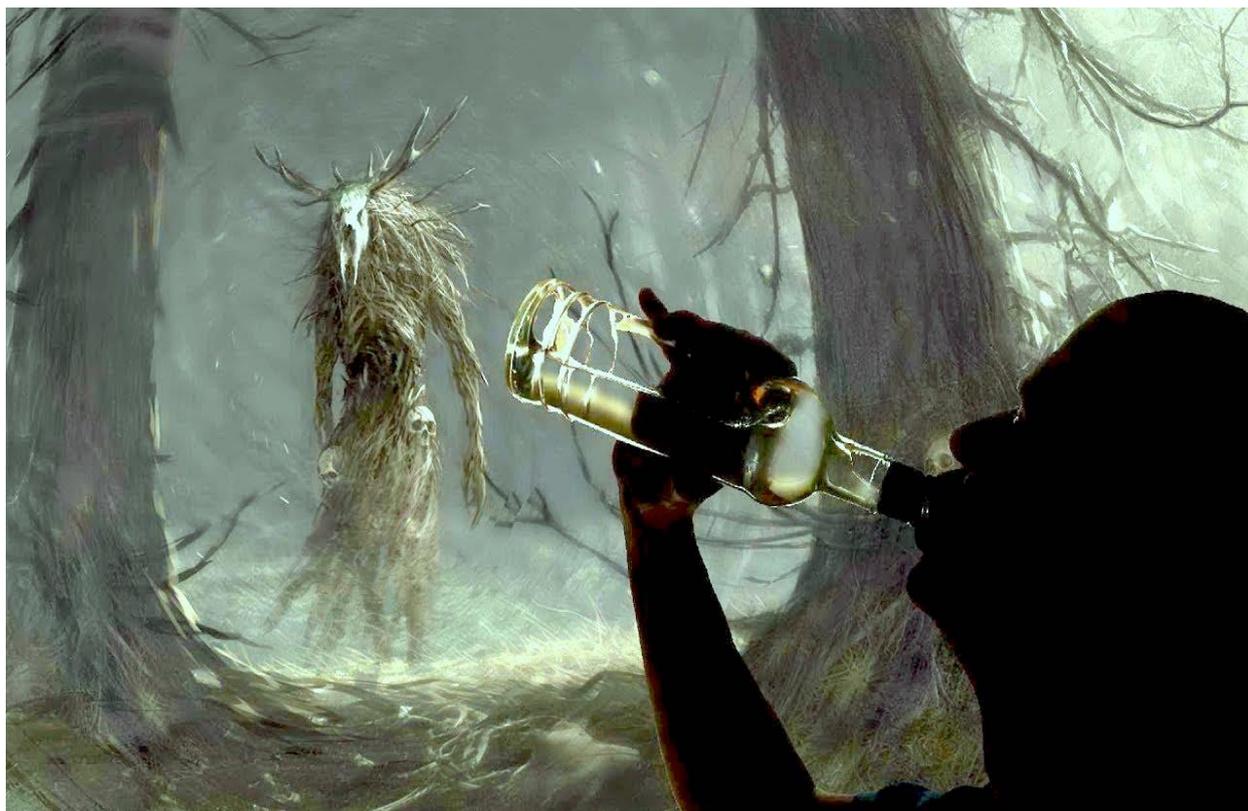
Глотательный делирий с онейроидными расстройствами (алкогольный онейризм). В отличие от фантастического бреда, сам он продолжается легкими галлюцинациями. Наблюдается при симптомах ступора и субступора. Существенным для данного психоза является также наличие компонентов бредового навязчивого психоза и постановочных сильно выраженных ложных зрительных галлюцинаций.

Навязчивый делирий, связанный с занятием (профессиональный делирий, делирий озабоченности чем-либо). Этот психоз начинается как типичный делирий. Клинические признаки те же. Галлюцинаторно-иллюзорные и аффективные расстройства менее выражены. Соблазн образно преследовать выражен слабо. В начальном периоде делирия отмечается большое количество и измененный тип осознания окружающего. Сравнивая

окружающих с близкими родственниками и знакомыми, со своим товарищем по стеклу, иногда два вышеуказанных симптома наблюдаются одновременно. Его сознание Атмана всегда сохраняется. Когнитивные процессы исчезают при ухудшении состояния. Поведение автоматическое или простое, больной вообще не вступает в общение. Об ухудшении состояния можно узнать по тому, что у больных появляются симптомы дневной сонливости и наблюдается амнезия. Иногда бывают частичные воспоминания. При обострении профессионального бреда он иногда переходит в делирий. По данным разных авторов, смертность от алкогольного бреда составляет 2-5%. В результате активного лечения алкогольного бреда смертность снизилась до 8% в 20-х годах 20 века, и до 2% в 50-х годах. Процент делирия с тяжелым анамнезом или смертность объясняют связью с высокой переносимостью. В конце психоза формируется тяжелое глотание и длительное глотание. Другие авторы не согласны с вышеприведенным мнением, и у 30% больных с делирием формируется запой. В том числе, он очень тяжело побеждал. Этот тяжелый бред продолжается диспепсическими расстройствами. Наблюдается преимущественно частая рвота.

6. ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ.

Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% всех алкогольных психозов. Алкоголизм является вторым по распространенности заболеванием после алкогольного бреда. Алкогольный галлюциноз чаще встречается у женщин. Это заболевание, возникающее при хроническом алкоголизме, похожее на деменцию. Это вызвано длительным употреблением алкоголя.



В отличие от алкогольного бреда алкогольный галлюциноз чаще встречается у женщин. 75% встречаются у женщин и 25% у мужчин. Средний возраст происхождения 30-40 лет. Алкогольный галлюциноз характеризуется сохранением ориентировок при ясности сознания. В клинике появляются слуховые галлюцинации. Иногда наблюдаются нарушения восприятия в виде иллюзорных образов проституток, например при белом бреде. В отличие от алкогольного бреда сознание не затуманено. Они правильно воспринимают окружающую среду по отношению ко времени и пространству. Он заводит разговор, рассказывает о своих переживаниях и поддерживает отношение к своему поведению. Различают 8 форм алкогольного галлюциноза. один острый, четыре полуострых, три хронических.

Острый алкогольный галлюциноз возникает на фоне похмельного синдрома. Его преемником являются психопатологические расстройства. В редких случаях галлюциноз формируется во время алкогольного бреда.

Его основным признаком являются слуховые галлюцинации. Вначале он в виде отдельных голосов, потом голос зовет к себе. Голоса могут быть множественными или одиночными.

Голоса могут быть разными в виде мужских, женских и детских голосов. Голос имеет разные тембры. Громко, высоко, низко и т. Голоса иногда ругают больного. Он дразнит, критикует, отдает приказы, ругает его, мол "ты тупой", "глупый", "глупый", а иногда голоса зовут его "ты не один", "ты здоров", "не грусти о жизнь". Зрительные галлюцинации, тактильные и обонятельные галлюцинации встречаются редко. В результате слуховых галлюцинаций быстро возникает искушение выслеживать. Иногда у вас может возникнуть соблазн завязать отношения. Больному кажется, что окружающие люди издеваются над ним, как будто за ним наблюдает агент, присланный кем-то другим.

Эмоциональный фон снижается. Больные становятся эмоционально равнодушными и вялыми. Иногда добавляется страх. Искушения, галлюцинации, перепады настроения соответствуют поведению больных. Они считают окружающую среду опасной для себя и защищаются разными вещами. Бывали случаи, когда больные первыми бросались на людей, считая их своими соблазнами. Он агрессивен по отношению к окружающим. Алкогольный галлюциноз длится от 2-3 дней до нескольких недель. Это также может привести к абортивному психозу.

При остром алкогольном психозе иногда на короткое время обращают на себя внимание, иногда вообще не обращают внимания. Характерны эротические галлюцинации. Пациенты часто говорят, что они очень талантливы и способны. Наблюдаются духовные автоматизмы с элементами искушения физического воздействия в виде мощной интерпретации и света. Полуострый алкогольный галлюциноз — тип психоза, характеризующийся стойким возбуждением, длящимся несколько месяцев. В этих случаях аффект выражен слабо и скудно. Главное не страх, а тревога и паника. Больные

большую часть времени проводят в постели, практически не двигаясь. Соблазн stalking у мальчиков характеризуется крайней остротой и тем, что он переходит в искушение отношений. Кроме того, будут мысли о самоубийстве. Эти пациенты должны находиться под пристальным наблюдением, поскольку они могут покончить жизнь самоубийством.

7. ОСТРЫЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПАРАНОИДЫ.

Алкоголизм — это параноидальный острый психоз, который продолжается с систематическими навязчивыми идеями. В клинике преобладают преследования, ревность, отравления, при этом не выявляются многоформные переживания искушения, как при шизофрении. При шизофрении на первом месте стоит соблазн ревности, за которым следует преследование. В клинике хронического алкоголизма возникает навязчивое отношение к окружающим и навязчивая оценка всех происшествий и событий.

Существуют различные клинические формы этой навязчивой оценки. Великолепие, сверхважность, одержимость, отношение и токсичность. Характерной особенностью алкогольного параноика является то, что он начинается быстро, без зависимости от галлюцинаций (аналогично первичной obsesии), а в дальнейшем переходит по структуре развития к параноидному типу. Однако дело в том, что выявленная в клинике параноидная структура сильно зависит от галлюцинаторных переживаний, вследствие чего формирование навязчивых мыслей в дальнейшем (в той или иной форме) будет четким и осмысленным.

Искушение ревности характеризуется последующей одержимостью искушением. С того момента, как алкоголик становится параноиком, отношение и ревность к болезни становятся публичными. Если аддиктивное состояние у руля, всегда будут аддиктивные переживания. Для того чтобы

говорить о завершении параноидного синдрома, должны быть воплощены вышеперечисленные условия (преследование, отношение, отравление, ревность).

Алкогольный параноид встречается в 100% случаев у женщин. Что касается алкогольного параноика, то в исследованных нами группах алкогольного параноика не было.

Существует несколько типов алкогольных параноидных эпизодов. У него четыре типа острого алкогольного навязчивого психоза и два хронических затяжных типа. Во всех случаях запускается не сразу. Если внимательно рассмотреть, если собрать анамнез, то мы увидим, что он имеет несколько уровней. В начальном периоде наблюдаются невротические симптомы, наблюдается клиническая структурная астения. Сосудистые вегетативно-вестибулярные расстройства. Резкий подъем и падение АД, повышение температуры тела, нарушения сна, частые пробуждения, ночные кошмары, больные истощены. Кроме того, сильно выражены головокружение, пароксизмальные расстройства, психическое и физическое расслабление.

Позднее возникают расстройства эмоциональной воли и психической сферы при сохранении невротических симптомов. Некоторые пациенты злы, взрывоопасны, беспокойны и не могут контролировать свое настроение. Другие, в отличие от них, заторможены. Появляются симптомы астено-депрессивного, ипохондрического состояний, навязчивых мыслей. Нарушается чувство расстояния. Утрачивается психический и этический контроль над своим поведением, снижается критическое отношение к своему положению. Возрастает эгоцентризм. не может оценить его личность. Нарастают подозрения, тревога, паника.

Формируется при хроническом течении острой алкогольной параноидной болезни. Развивается через 5-8 лет после систематического приема алкоголя. Острое алкогольное параноидальное похмелье длится

недолго. Другая форма имеет широко распространенное параноидальное содержание и сопровождается психическими автоматизмами.

8. ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГАЯ-ВЕРНИКЕ.

Энцефалопатия Гая-Вернике является наиболее частым типом общей алкогольной энцефалопатии. Начинается с медленно нарастающей астении и прогрессирует до потери аппетита и даже полной потери. Вечером нарушается сон, наблюдаются головные боли и головокружение. Вестибулярные расстройства — это грубые расстройства памяти. Наблюдаются рецидивы диареи. Это называется психотической оккупацией или бредом. В некоторых случаях искушение сопровождается расстройствами. Неврологические расстройства включают повышение мышечного тонуса, гиперкинезы, полиневропатию с различной локализацией гиперестезии кожи, параличи мышц, движущихся при падении на пике заболевания. Наблюдаются нистагм и боязнь света. Вегетативные расстройства: нарушения сердечного ритма, лихорадки центрального генеза, недержание стула и мочи, через несколько дней от первых симптомов заболевания наблюдают онемение, достигающее до комы. Хроническая энцефалопатия может иметь медленное или острое начало, обычно она начинается после алкогольного бреда.

9. ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗ

Хронические алкогольные психозы у хронических алкоголиков составляют 10% по БЮССТ.

Изучение отдельных форм алкогольных психозов началось в начале 18 в., среди них С. С. Корсаков, один из крупных ученых; С. Г. Джислин; Были

И. В. Стрельчук и другие. Они проливают свет на систематическую традицию этих психозов. Современными крупными и зарубежными учеными описаны хроническое течение алкогольных психозов, хронические формы алкогольной энцефалопатии, хронические формы корсаковского психоза, алкогольные псевдопаралитические и токсические энцефалопатии, энцефалопатии Гей-Вернике.

Распределение хронических алкогольных психозов по полу представлено в табл. 9. Согласно полученным результатам, в 40% случаев у мужчин возникают хронические алкогольные параноидальные и алкогольные влечения ревности. У женщин хронический алкогольный галлюциноз встречается в 50% случаев и корсаковский психоз в 50%.

Хронический алкогольный галлюциноз.

Хронические алкогольные психозы обусловлены длительными и повторяющимися психическими расстройствами. К хроническим алкогольным психозам относятся преимущественно вербальные галлюцинации, длящиеся более полугодом. В начале этого психоза наблюдается острый галлюциноз, за которым следуют депрессивно-параноидные симптомы. Его повторение уникально. В большинстве случаев хронический алкогольный галлюциноз проходит без соблазна. У них постоянные речевые и слуховые галлюцинации. Они в виде «голосов». Эти «голоса» обсуждают все пожелания и пожелания пациентов. Иногда их жизни угрожает опасность. Иногда голоса угрожают жизни пациентов, а другие защищают их. В редких случаях между двумя сторонами может возникнуть ожесточенная дискуссия. На начальных стадиях возникают заикленность и навязчивость слуха, слуховые галлюцинации, преследующие больного в течение всего дня. Вечером чаще слышны мужские и женские голоса, говорящие громко или тихо. Больные привыкают

к этим звукам. Это триггер для пациента. Больной говорит голосом. В остальное время он следует его приказам. Настроение переменчивое или пониженное. Критика его положения то появляется, то исчезает.

Из таблицы 10 видно, что хронический алкогольный галлюциноз в обследованных группах составил 63% у мужчин и 33% у женщин. В результате прекращения и лечения употребления алкоголя у больных исчезают галлюцинации и восстанавливается критическое отношение к своему состоянию. В случаях «инкапсуляции» вербальные галлюцинации расцениваются больными не только как состояние их болезни, но иногда становятся их обычным образом жизни и даже мешают их жизнедеятельности. Хронический вербальный галлюциноз, сменяемый искушением, переходит в галлюцинаторные переживания больного. Проявляется в виде галлюцинаторных навязчивых идей и искушений. При хроническом вербальном галлюцинозе сосуществование психического автоматизма и парафренических синдромов усиливает симптомы истинного вербального галлюциноза, а также сопровождается психическим автоматизмом, глотательным галлюцинозом и ложными слуховыми галлюцинациями, фантастическим манией величия и в нестойкой систематической форме.

Компульсивные алкогольные психозы. На фоне алкогольного опьянения массово формируются навязчивые алкогольные психики. В том числе в тяжелых случаях эти психозы усугубляются. Галлюцинации, сопровождаемые навязчивыми идеями, являются основным симптомом алкогольного навязчивого психоза. Искушение больше связано с преследованием. Больные прощают такие переживания, что женятся на каждом встречном, как будто вся семья пытается их убить, наряжая по-разному. В итоге, чтобы избежать этой напасти, которую несут больные, семья, боясь навредить своему ребенку, открыто нападает на людей, которых считает своими врагами. Некоторые бумеры могут покончить жизнь

самоубийством. Ряд других больных чувствуют себя подавленными, чувство страха охватывает все тело. У них тревога переходит в состояние паники, беспокойства и заставляет их выходить из себя. Они не принимают прописанные лекарства и делают вид, что подмешивают в них яд, чтобы убить меня нарочно. Они заняты только своими внутренними переживаниями и не могут воспринимать окружающих людей.

Хроническая алкогольная паранойя носит длительный характер и возникает через 10-15 дней от начала заболевания. Психоз возникает чаще на фоне тяжелого и длительного похмельного синдрома, но может возникать и на фоне эпизода острого бреда и галлюциноза. Некоторые из них повторяются, а некоторые носят долгосрочный характер. Другие характеризуются медленным развитием и ухудшением симптомов с течением времени. В возникновении этих случаев играет роль не только алкоголь, но и эндогенные и экзогенные факторы. Чаще всего эти психозы возникают в позднем возрасте, то есть в 50-55 лет. В начале медленно развивающейся формы нарастание психопатических состояний характеризуется психопатизацией поведения. Потом есть сверхценные гои, а есть параноидальные, систематические ревнивые и отравленные гои и так далее.

Искушение алкогольной ревности.

Алкогольная ревность составляет 10% всех алкогольных психозов. Он больше, чем параноидальный синдром алкоголиков, характеризуется наличием различных переживаний, которые сливаются друг с другом. Подозрения в искушении обычно сопровождаются бездоказательной ревностью к жене. его дети и жена окажутся в необъяснимой ситуации. Простуда обрушивается на семью больного. с другой стороны, у пациентов возникают ложные представления о том, что его жена играет.

Искушение алкогольной ревности может появиться и в состоянии опьянения или похмелья. В основном формируется в результате длительного употребления алкоголя у лиц среднего возраста. Иногда оно возникает на фоне изменения личности, а главное, развивается на фоне снижения потенции. В некоторых случаях искушение ревностью возникает из-за бреда-эпизода недоверия к жене. Вначале оно состоит из сомнения и недоверия. В состоянии похмелья и опьянения эти мысли приобретают резкий тон и возникает постоянное искушение ревности. Больные постоянно наблюдают за своими женами, они точно могут поверить, что им есть чем поиграть. Каждое движение жены вызывает у него подозрения. Если житель Нью-Йорка носит осеннюю одежду, общается с другими людьми или смеется над ними, мысли и сомнения пациента становятся для него реальностью. Больные начинают внимательно осматривать своих жен, личные вещи и самих себя. Пятно на теле жены усиливает его подозрения. По сути, конечный результат заканчивается тем, что он убивает свою жену, поверив его лжи.

После прекращения питья искушение ревностью пропадает на определенный период времени, но когда начинается следующий запой, оно вспыхивает снова. Соблазн ревности алкоголем проходит как лиса. пациенты к нему не обращаются. Выявляется только при внезапном сборе анамнеза или столкновении с преступлением. У больных алкоголизмом быстро наступает импотенция. Это также усиливает чувство ревности. В результате его неспособности критически взглянуть на свою ситуацию усиливается его склонность обвинять жену. Иногда эти гойи могут формироваться при простом алкогольном опьянении. Встречается и при таких психозах, как белый бред и галлюциноз, вследствие чего в мозг больных проникает искушение ревностью. Все они вызваны изменениями в личном поведении. В

результате эти ошибочные мысли принимаются за истину. Это вызывает много ссор и разводов в семьях. В тяжелых случаях происходит убийство.

По результатам исследования, искушение алкогольной ревностью возникает в 100% случаев у мужчин. Следует также отметить, что это состояние возникает у преморбидных психопатических больных.

КОРСАКОВСКИЙ ПСИХОЗ.

Хронический алкогольный психоз является наиболее частым и распространенным типом и характеризуется сочетанием психически и неврологических симптомов. Корсаковский психоз возникает в результате длительного употребления алкоголя, преимущественно при употреблении спирта, денатурата, некачественной водки, формируется на последних стадиях алкоголизма.

Первым симптомом в клинике является нарушение памяти. При нем нарушаются такие функции памяти, как запоминание и запоминание. Больные имеют яркие воспоминания о повседневных событиях. Он не может вспомнить день недели, дату, даже если будет много раз искать, не сможет найти. Он не признает личности окружающих и не может ответить даже на самые простые вопросы. Он не знает, поел он или нет, кто к нему пришел. Однако, сколько бы раз он ни ходил к врачу и медсестре, они не узнают его, когда он возвращается. Они не помнят, что произошло несколько минут назад. Он смотрит на них так, словно они видят его впервые. Даже во время разговоров не может вспомнить, что говорил или слышал от других. Пациент не мог вспомнить, даже если несколько раз потирал его, чтобы привлечь его внимание. У них ложные воспоминания. Он рассказывает о событиях, которые произошли раньше в его жизни, с событиями, которых в его жизни не было. Появляются псевдореминисценция и конфабуляция. Эти симптомы отличаются от нарушений памяти при других видах заболеваний

(прогрессивный паралич, другие органические психозы) фантазией и нереальностью. Больные обычно неверно воспринимают, что произошло в их жизни, когда, где и как это произошло, с кем они взаимодействовали. В большинстве случаев больные смешивают события нескольких месяцев, лет и прошлого с текущими событиями и воспринимают их так, как будто они происходят сейчас. Например: он помнит, что так лежал в больнице; врачи, приехавшие вчера вечером отдохнуть из командировки или из дома, воспринимаются как проводящие совещание или пришедшие на репетицию для участия в роли в театре. Будет серьезное ухудшение памяти на повседневные события. При корсаковском психозе грубо нарушается ориентировка во времени и пространстве. Однако даже в тяжелых случаях ориентировка у человека сохраняется. Причина в том, что даже если память у больных сильно нарушена, мышление и восприятие нарушены в меньшей степени.

При корсаковском психозе наряду с психическими расстройствами встречаются и невриты.

Как видно из вышеизложенного, алкоголизм – это болезнь, которая не только оказывает негативное влияние на социальную и экономическую сферы, но и разрушает целостность человеческого духа. Важное значение современной психофармакологии имеет профилактика алкоголизма и алкогольных психозов. В профилактике алкоголизма различные учреждения в основном подчеркивают значение медицины.

АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ.

Алкогольная депрессия возникает на фоне абстинентного синдрома и характеризуется депрессивно-тревожным настроением, плаксивостью, самообвинением, саморазрушением, реляционными и персекуторными

навязчивыми идеями. Продолжительность от нескольких дней до 1-2 недель. Пациенты с алкогольной депрессией могут покончить жизнь самоубийством.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ.

Для алкогольной эпилепсии характерны большие судорожные припадки, появляющиеся в начале абстинентного синдрома (сигнализирующие о начале алкогольного бреда), белая дезориентация, редко - на пике интоксикации. При этом мелких судорог, аномальной затуманенности сознания и ауры не наблюдается. Судороги полностью исчезнут, если прекратить злоупотребление алкоголем.

Маркиафава — редкая хроническая форма энцефалопатии, вызванная алкоголизмом, называемая болезнью Бенджамини. Это заболевание определяется наличием тяжелых социально-неврологических и психически изменений и в большинстве случаев приводит к летальному исходу больных.

АЛКОГОЛИЗМ С ПИВОМ.

Наркологи часто подчеркивают, что пивной алкоголизм — тоже проблема.

Лечить пивной алкоголизм так же сложно, как и алкоголизм.

Пивной алкоголизм развивается более опасно, чем алкогольный алкоголизм, и при его развитии становится очень тяжелым заболеванием.

Замечено, что пивной алкоголизм, являющийся пагубной привычкой, очень быстро распространяется среди подростков. Этот вид потребления алкоголя в 3 раза превышает общий алкоголизм. Почти 75,0% подростков пристрастились к пиву.

Молодой организм повреждается быстрее, чем взрослый. Большое количество пива повреждает клетки, поэтому после злоупотребления пивом появляются серьезные соматические осложнения, такие как миокардит,

дистрофия, цирроз печени, гепатит. Пивной алкоголизм более серьезен, чем водочный, так как при нем повреждаются клетки головного мозга, что приводит к быстрому умственному упадку и тяжелым психопатическим изменениям.

Чрезмерное употребление пива приводит к тому, что рентгенологи называют этот синдром «пивным сердцем» или синдромом «капроновых носков». Пиво очень быстро всасывается в организм и наполняет сосуды. При употреблении в больших количествах возникает варикозное расширение вен и расширение границ сердца.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА.

- Привыкание к другим алкогольным напиткам, психологическая зависимость и седативно-расслабляющее действие пива выражены сильнее.

Соматические осложнения протекают тяжелее (цирроз печени, гепатит, миокардиодистрофия, «синдром пивного сердца» и др.).

У мужчин снижается выработка полового гормона метилтестостерона и приводит к феминизации внешности (увеличению таза, увеличению груди, характерному для женщины накоплению жировых прослоек).

Высокий риск рака молочной железы у женщин.

10. ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ.

Женщины алкоголики? В начале болезни, как и при любом другом заболевании, больной ее активно отрицает. Часто это начинается с небольших доз, таких как снотворное и седативные средства. Примерно через

год становится понятно, что нормально жить «без лекарств» невозможно.



В механизме формирования зависимости от алкоголизма у женщин известны 3 основных признака. Ранним признаком алкоголизма является неспособность контролировать количество потребляемого алкоголя. Женщина, начавшая пить, не может остановиться. События с алкоголем закончатся пьянством.

При переходе ко второму признаку абстинентный синдром у женщин становится демонстративным. Синдром юмора совершенно не похож на отравленного алкоголизмом здорового человека. У здорового человека запах водки по утрам вызывает неприятные ощущения, у женщины с похмелья возникает тяга к алкоголю, что облегчает ее состояние (однако это углубляет алкогольное опьянение). Третий признак алкоголизма находится на психическом уровне, это потеря способности получать положительные эмоции без алкоголя. Больная женщина использует любую возможность выпить, если нет повода, она находит себе дом самостоятельно. Наличие

третьей стадии свидетельствует о возникновении запоев и формировании алкогольной зависимости.

Развитие женского алкоголизма имеет важные особенности, в первую очередь было определено, что действие алкоголя на организм женщин сильнее, то есть женщины более склонны к алкоголизму. Плохое воздействие алкоголя ускоряет развитие зависимости.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН.

Упомянем биологический фактор в виде наследственности. Количественный закон наследуемости алкоголизма у матерей выглядит следующим образом: 5% мужчин, 22% женщин.

Менструальный цикл у женщин отличается. Напряжение в предменструальных условиях, в свою очередь, вызывает чувство юмора в пьянстве. В этот период алкоголь используется как успокаивающее средство для снятия предменструального напряжения. Ученые утверждают, что в предменструальный период увеличивается скорость всасывания алкоголя. По этой причине употребляемый алкоголь больше вредит женщинам, а также оказывает более сильное токсическое действие на женский организм.



Закономерности наблюдаются в химической константе активности ферментов в организме женщин и мужчин. Часто в женском организме воды на 10% меньше, чем в мужском, а значит, концентрация алкоголя у женщин всегда выше, что позволяет алкоголю усиливать свое токсическое действие. Стандартное соотношение алкоголя, потребляемого мужчиной и женщиной, составляет 3:4, что зависит от разницы количества воды у полов. Если доза выпитого женщинами алкоголя достигает дозы мужчин, то в этом случае у женщин развивается алкоголизм.

Недавние исследования показали, что метаболизм алкоголя различается у представителей разных полов, а концентрация этанола в крови регулируется взаимодействием женских половых гормонов с ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ). Вышеуказанные характеристики свидетельствуют о том, что женщины более склонны к алкогольной зависимости, привыканию и развитию заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА.

Мы знаем, что женщины более подвержены травмам, чем мужчины. К факторам травмы относятся: побои, плохое воспитание, недостаток ласки и тепла, неблагополучная семья, родители-алкоголики, сиротство и тому подобное. Они создают дополнительные условия для злоупотребления алкоголем в раннем детстве, а также у девочек и несколько сильнее.

Социальная среда оказывает влияние на взрослую жизнь. Согласно исследованиям, алкоголизм чаще встречается среди женщин-сотрудников. Повышает риск развития алкоголизма у женщин, занимающихся торговлей, проституцией, особенно проституцией. Однако стоит отметить, что уровень алкоголизма выше среди домохозяек, работающих в нормальных условиях. С другой стороны, сочетание высокой заработной платы и сильного стресса увеличивает риск развития алкоголизма.

Злоупотребление алкоголем супругом в семье, по статистике, способствует развитию алкоголизма у женщин разного возраста. Известно, что 70% жен многих мужчин-алкоголиков страдают алкоголизмом.

Женщины часто максимально скрывают свою зависимость даже от самых близких людей. Причина этого в том, что женский алкоголизм несколько более позорен для общества, чем мужской. Поэтому многие женщины-алкоголички не могут рассказать о своих проблемах врачам, боятся, что их обсудят.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА.

К психологическим последствиям женского алкоголизма относятся негативный микроклимат в семье пьющих, многочисленные разводы и безотцовщина. В таких семьях дети подражают матери, становятся безнадзорными, склонны к асоциальным действиям, пьют, принимают наркотики, совершают преступления.

Не говоря уже о низком культурном уровне пьющих женщин. Проблема алкоголизма заключается в негативном влиянии пьющей женщины на подрастающее поколение. Причиной этого является нездоровая психологическая обстановка в семье, бескультурье, бремя взаимоуважения. Дети в такой семье принимают алкоголизм родителей как свой собственный, а также рано принимают алкоголь и в результате становятся алкоголиками.

Алкоголизм и преступность идут рука об руку. В пьяном виде совершить преступление легче, чем в наркозависимом, потому что у них нет морально-этического тормоза. Большинство актов воровства, изнасилования и хулиганства совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Особенно велико количество аварий на дорогах из-за вождения в нетрезвом виде.



БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ

В семьях алкоголиков выше риск рождения недоношенных детей, врожденных заболеваний и отклонений в развитии. Женщины, употребляющие алкоголь жизнь будет короткой по сравнению с другими, члены семьи и дети будут жить в нищете. Их дети не могут получить образование на уровне своих возможностей, все деньги в семье тратятся на алкоголь. Они живут бедно по сравнению с другими, становятся беспомощными и недоедают. Продолжительность жизни алкоголиков на 20 лет меньше, чем у здоровых людей. В течение года от случайных отравлений от алкоголизма умерло 3000 человек и от болезней, связанных с алкоголем, 75000 человек.

ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ЖЕНЩИН, ЗАБОЛЕВШИХ АЛКОГОЛЕМ

Из вышеизложенного известно, что алкоголизм не только наносит большой экономический и социальный ущерб, но и приводит к тяжелым психическим расстройствам, зачастую необратимым.

Женский алкоголизм имеет и другие серьезные последствия. Характер таких женщин меняется: у них пропадает интерес к сексу, отсутствие трудолюбия, неуверенность в себе, впечатлительность, гневливость, эгоизм, пониженное настроение и плаксивость. Формируются быстрая утомляемость, упадок сил, резкая головная боль, апатия. В личности и характере формируются и сохраняются следующие психопатические черты: взрывчатость, истеричность, астеничность и апатичность. Понятно, что психические расстройства очень быстро развиваются у женщин при длительном злоупотреблении алкоголем. На фоне болезни резко изменился характер женщины. У женщин с энцефалопатией отмечалась

интеллектуальная слабость и деградация личности. Здоровая женщина становится психически слабой и увядающей под воздействием алкоголя.

ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛИКОМ.

Женский алкоголизм начинается позже, чем мужской, но заболевание развивается быстро и деградация женской личности достигает уже к 40 годам. Они теряют высокие духовные и эстетические чувства, увольняются с работы, бросают семью, не заботятся о детях и престарелых родителях. Социальные последствия возникают у больных женщин, злоупотребляющих алкоголем. Их духовная, социальная жизнь, интеллект быстро приходят в упадок. Из-за алкоголизма у женщин ломается психологический и биологический барьер, быстро проявляется духовная испорченность. Они теряют смысл жизни, интерес к своей профессии, теряют работу, ведут легкую и паразитическую жизнь, многие из них теряют семью, занимаются положенной им работой. По сравнению с мужчинами, страдающими алкоголизмом, женщины более склонны ко лжи и эгоизму. В ряде случаев психические расстройства у женщин-алкоголичек ограничиваются малозначительными синдромами: невротическими, аффективными, психопатическими расстройствами.

«Алкогольный юмор» у женщин встречается редко по сравнению с мужчинами, женщины могут говорить глупости, глупо шутить и менее критичны к собственным действиям.

ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ЖЕНЩИН.

Металлоалкогольные психозы — это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, для которых характерно наличие экзогенных, эндоформных и психоорганических нарушений у больных алкоголизмом. Эти психозы формируются на 2-й и 3-й стадиях женского алкоголизма.

Алкогoльные психозы (от греч. *psyche* — дух, психическое состояние, внутренние переживания человека, *osis* — расстройство (означает расстройство психического состояния). Возникает в результате чрезмерного употребления алкоголя.

Алкогoльные психозы у женщин можно увидеть при алкоголизме по своей природе, и он возникает в результате непосредственного воздействия алкогoльных напитков на головной мозг. По последним данным, алкогoльные психозы вызываються негативным воздействием алкогoля на внутренние органы. При этом нарушается обмен веществ в тканях внутренних органов из-за употребления алкогoля. Поэтому возникающие психозы называются психозами металлического алкогoля. Алкогoльные психозы чаще обусловлены дополнительными соматическими и психическими рисками. Наиболее распространенными видами металлоалкогoльных психозов являются алкогoльный делирий и алкогoльный галлюциноз. они возникают не в результате хронического употребления алкогoля (запоя), а обусловлены повторной интоксикацией алкогoлем. Чем меньше алкогoля поступает в организм, тем меньше его количество в крови и снижается возникновение алкогoльных психозов. Клинически острые металкогoлические психозы подразделяются на: Делирий, галицинозы, навязчивые психозы и энцефалопатии. В то же время уникальным является тот факт, что психозы структурно чередуются с

разными синдромальными состояниями и множественностью встречаемости этого состояния. В этом случае психоз является не отдельной формой заболевания, а отдельной стадией патологического процесса (2, 2008). Соотношение острых алкогольных психозов у мужчин и женщин составляет 4:1. Острый алкогольный делирий встречается в 44% случаев у мужчин. Острый алкогольный галлюциноз встречается в 66% случаев у женщин. Острый алкогольный параноид встречается только у мужчин в 28% случаев. Острая алкогольная энцефалопатия Гей-Вернике встречается в 16% случаев.

Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% всех алкогольных психозов. Алкоголизм является вторым по распространенности заболеванием после алкогольного бреда. Алкогольный галлюциноз чаще встречается у женщин. Это заболевание, возникающее при хроническом алкоголизме, похожее на деменцию. Это вызвано длительным употреблением алкоголя. В отличие от алкогольного бреда алкогольный галлюциноз чаще встречается у женщин. 75% встречаются у женщин и 25% у мужчин. Средний возраст происхождения 30-40 лет.

ВОПРОСЫ И СТРУКТУРА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА.

Общеизвестно, что алкогольная зависимость у женщин принципиально отличается от таковой у мужчин-алкоголиков. Механизм формирования зависимости у мужчин и женщин на самом деле схож. Но существуют специфические подходы к лечению женского алкоголизма.

Возможностей побороть женский алкоголизм не меньше, чем мужской. Принципы лечения женского и мужского алкоголизма заключаются в сознательном воздержании от алкоголя в какой бы то ни было форме и полностью, построении духовной жизни.

Особенностью нейрофизиологического характера женского мозга является то, что он более склонен к депрессии. Причина беспокойства вообще не связана с полом, эмоции иракских женщин активируют кору головного мозга в восемь раз сильнее, чем у мужчин. Представительницы слабого пола бурно реагируют на слова окружающих. Такие важные реакции необходимо учитывать при лечении алкоголизма у женщин, и психотерапевтические сеансы проводятся с учетом психологии женщин. Методы лечения женского алкоголизма практически такие же, как и мужского. Важно вернуть женщине чувство уверенности в себе и создать в женщинах позитивный мир. Лечение должно быть строго индивидуальным.

Характеристика алкогольных психозов у лиц молодого возраста.

Во всем мире, в том числе в Узбекистане, алкогольная зависимость среди подростков вызывает все большие экономические, социальные и медицинские проблемы.

Алкогольные психотики с этим заболеванием характеризуются низкой жизнестойкостью. Современные лечебно-реабилитационные программы не учитывают возрастные клинические и социальные особенности этих симптомов. Специализированных программ нет.

Возникновение и этиология алкогольных психозов у подростков и частое наблюдение психозов, развивающихся со второй стадии при алкоголизме.

Клинические особенности алкогольного психоза и его отличие от других психоневрологических заболеваний.

Возникновение алкогольных психозов вызывает социальные проблемы, которые негативно сказываются на обществе. Это приводит к тому, что молодежь становится неграмотной и не может найти свое место в будущем.

Обзор литературных источников, необходимость их отдельного изучения показывает, что алкогольная зависимость подростков и

алкогольные психозы имеют терапевтическую специфику и социально-клинические проблемы.

Специалисты приводят разные сведения о влиянии продолжительности употребления алкоголя на развитие первого психоза, различных видов психотических изменений, а также о связанных с ними факторах, приводящих к развитию психотических состояний.

Изучение своеобразия клинического течения, клинико-динамических особенностей, распространенности заболевания, социальной активности и качества жизни этой группы больных носит не только теоретический, но и практический характер. Потому что на основании полученных данных можно применять реабилитационные стандарты стационарного лечения больных алкогольными психозами молодого возраста.

Клинические особенности алкогольного психоза у пожилых людей.

В настоящее время среди жителей земной поверхности люди старше молодежи, имеющие трудоспособность, выдвигают на первый план проблемы социального, экономического и медицинского характера.

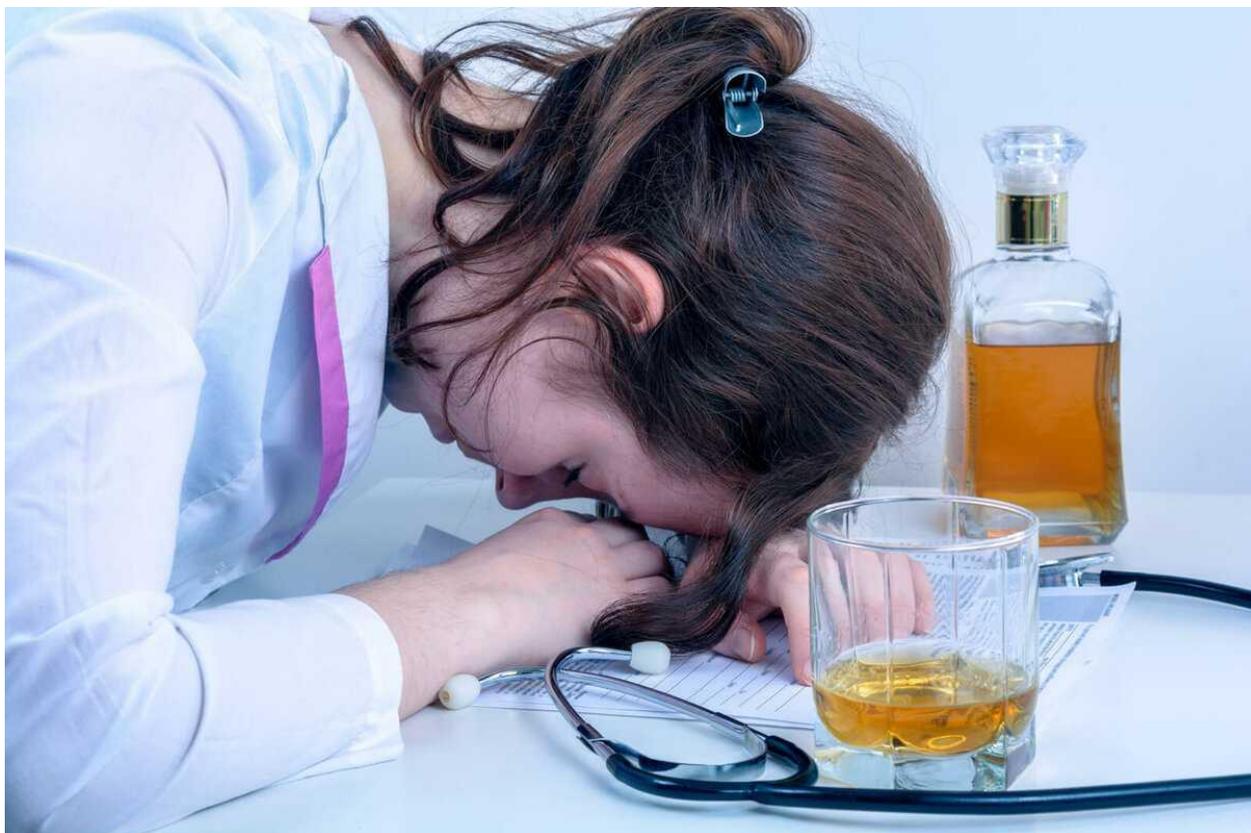
Для данной категории населения требуется достаточное обеспечение социальных функций и оптимальный уровень медицинского обслуживания. В то же время лечебно-реабилитационные программы, применяемые для больных алкогольным психозом 60 лет и старше, не учитывают клинико-реабилитационных особенностей следующего контингента больных, а специализированная программа не разработана. Исследования, проведенные при изучении алкогольных психозов, показали, что распространенность алкогольных психозов у мужчин пожилого возраста увеличивается среди населения в течение последних 5 лет.

Вопросы и структура лечения алкоголизма

Лечение алкоголизма включает несколько видов и моментов.

Медикаментозное лечение служит для снижения алкогольной зависимости и ликвидации хронической алкогольной интоксикации.

Необходимо сосредоточить внимание на восстановлении физического и психического здоровья больных, предупреждении инвалидности и снижении числа летальных исходов.



Психологическое воздействие на больного - формирование у больного отрицательного отношения к алкоголю заключается в том, чтобы приучить его не пить повторно. Необходимо формировать у больных иное мировоззрение. Именно им создать особенность делать все правильно и реалистично даже без помощи алкоголя.

Принятие мер по восстановлению социальной реабилитации больных - организовать поведение больных в социуме, как если бы они были здоровы, как бы сохранялась их личность и структура.

Серьезно, есть лекарство от алкоголизма. Цель любого лечения должна заключаться в том, чтобы помочь людям снова бросить пить. Но многие алкоголики не одобряют идею совсем бросить пить. По их словам, это невозможно. Тем более в России это возможно.

Пациенты должны быть немедленно госпитализированы в специальную больницу. Существует несколько путей решения проблем помощи больным алкоголизмом в психиатрической больнице. При выявлении острых расстройств поведения, запоев в виде бреда или похмельного синдрома необходимо немедленно госпитализировать их в стационар и попытаться вывести из этого состояния. Кроме того, необходимо снизить риск больных для себя и окружающих.

Основная часть тех, кто лечится в наркологических отделениях психиатрических больниц и в наркологических диспансерах, это те, кто постоянно не может бросить пить. Они понимают, что больным не нужна больница, но надо попытаться им это объяснить. Это очень важно для его дальнейшей жизни.

Необходимо создать хорошие условия для больных в палатах (обратить внимание на количество больных в палатах, обратить внимание на состояние туалета, питание). Общеизвестно, что не во всех больницах они находятся в удобном положении. Кроме того, необходимо следить за тем, чтобы среди пациентов стационаров не было лидеров с многолетним стажем употребления алкоголя. Они негативно влияют на режим лечения окружающих и на себя и нарушают окружающую среду. Например, они рассказывают вновь поступившим пациентам о секретах алкоголизма, стараются научить их тому, как хорошо проходит эйфория или другим способам продления опьянения. Такая ситуация побуждает врачей быть очень осторожными.

Также госпитализация в стационар требуется по направлению из районного наркологического диспансера. Невозможно сразу уложить больного в постель. Участковый нарколог должен следить за больными на своем участке, где они лежат и чем занимаются.

В последнее время создаются комнаты платного обслуживания. Для больных баланс между качеством медицинской помощи и понесенными

затратами должен быть правильным, а пациенты должны быть довольны понесенными затратами, но проблема алкоголизма не является проблемой, которую можно решить деньгами. Иногда врачу приходится платить такой дорогой гонорар, что он может откладывать деньги на выпивку. Это может иметь и положительный эффект. Здесь врач должен быть очень сильным психологом. Другими словами, необходимо договориться с родственниками больного и воздействовать на больного, чтобы он не воспользовался в полной мере тем, что вы лечите его за очень дорогую сумму денег.

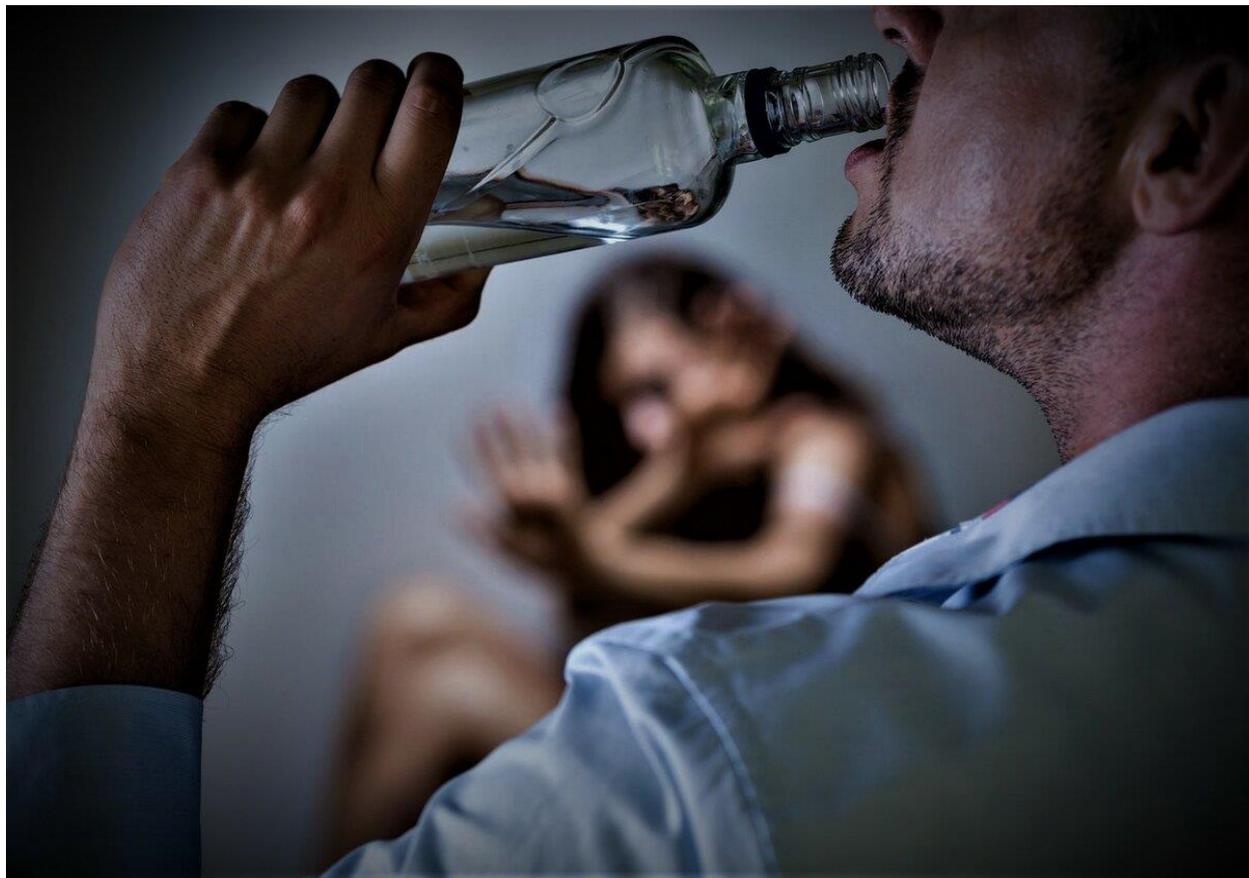
Сравнивая амбулаторное и стационарное лечение, необходимо поставить оба на один уровень, больные имеют право на получение стационарного или амбулаторного лечения в зависимости от своего состояния.

В начале лечения пациенты должны выбрать препарат. Необходимо выбрать вопросы частного платного лечения в наркологическом диспансере или других медицинских учреждениях. Неправильно расценивать бесплатные процедурные кабинеты как бремя лечения. В настоящее время можно лечиться в наркологических диспансерах без регистрации. Многие медицинские психологи работают в наркологических диспансерах. Обычно это сильные специалисты, способные влиять на пациентов и их психику.

Чтобы выбрать платную услугу, необходимо определить эффективность обращения в данное заведение. Когда через разную рекламу обещают 100% излечение, верить им зачастую неправильно. Потому что мы не можем быть уверены, что существует стопроцентное лекарство от алкоголизма. Поэтому пациентов и их родственников не следует обманывать разными специалистами.

В целях профилактики алкоголизма необходимо проводить комплексные медико-социальные мероприятия. Все действия должны быть направлены на снижение массового потребления алкоголя среди населения и связанной с этим деградации личности. Необходимо формировать

антиалкогольное просвещение населения. Это называется психопрофилактикой и бывает трех видов.



1. Первичная психопрофилактика - предупреждение алкоголизма и профилактика алкоголизма.
2. Вторичная психопрофилактика заключается в проведении очередного курса лечения для предупреждения его рецидива.
3. Третичная психопрофилактика – заключается в обеспечении социальной реабилитации и адаптивности больных.

Самое главное, как упоминалось выше, важную роль играет антиалкогольное просвещение. Особенно это важно для молодежи. В связи с этим велико значение санитарно-гигиенических работ. Цель этого – донести до населения, что алкоголизм бесполезен и негативно влияет на организм. Следует также отметить, что даже минимальное количество алкоголя может привести к алкоголизму.

В борьбе с алкоголизмом необходимо учитывать духовную основу образа жизни человека. По какой-то причине алкоголизм в настоящее время не воспринимается всерьез. Они не могут оценить, насколько это сложно. Если изучить социальные причины алкоголизма и устранить его этиологический фактор, если повысить гигиеническое просвещение населения, если объяснить, что современный человек не может страдать такими заболеваниями, то можно в какой-то степени снизить алкоголизм.

Социально-трудовая реабилитация больных и вопросы экспертизы (трудовой, военно-врачебной и судебно-медицинской экспертизы) позволяют оценить особенности, стадии и степени выраженности клинической симптоматики этих интоксикационных психически патологий у больных. Больные алкоголизмом годны к работе и военной службе и несут ответственность за то, что они делают. Все принимаемые меры должны быть направлены на сохранение трудовой активности больных и восстановление их реабилитации.

11. ЛЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА.

Алкогольный напиток оказывает вредное воздействие на организм. Он поражает мозг и нарушает его функции. Также повреждаются внутренние органы. Например, он оказывает вредное воздействие в первую очередь на печень, снижает содержание витаминов и калорий в съеденной пище, затрудняя желудку проталкивание кишечника. В том числе, поскольку алкоголь обладает высоким токсическим действием, необходимо максимально исключить осложнения, возникающие в результате его употребления. К ним необходимо принимать строгие меры. Потому что иногда вышеупомянутые условия очень сильны. Тело становится очень слабым. Нарушается функция необходимых для жизни органов, а также

снижается эффективность лечения организма при различных заболеваниях. Или оказывает пролонгированное влияние на продолжительность лечения. В последнее время для снятия похмельного синдрома применяют хлорметиазол. Фенотиазиновые препараты (хлорпромазин или тиоридозин) и бензодиазепины используются для улучшения сознания человека. В то же время в качестве поддерживающего лечения рекомендуется давать витамины. Особенно витамины группы В. Они в основном используются при корсаковском психозе и острой алкогольной энцефалопатии Гая-Вернике. Делирий обычно длится несколько дней, иногда дольше, если к нему присоединяется остаточная деменция. Остаточная деменция возникает, когда слишком поздно начинают принимать больше тиамина или когда Белая деменция слишком напряжена.

При лечении алкоголизма необходимо заставлять больного, даже если он этого не хочет. Потому что деградация личности и нарушение мыслительной деятельности отрицательно скажется на процессе формирования. Поэтому рекомендуется раннее лечение.

Лечение алкогольного делирия

Алкогольный делирий мы наблюдали у 12 пациентов.

При лечении этих больных необходимо купировать выраженность их клинической симптоматики, осложнений и тяжелых соматических состояний. При лечении алкогольного делирия в первую очередь комплексно проводят дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию (группа В) и нейролептическую терапию.

После купирования интоксикации даем унитиол 5%-1мл (кг.гр) для очистки тканей внутренних органов от отравления.

Даем гипертонический и 09% изотонический раствор натрия хлорида. Даем 40% глюкозу, мочевины, сульфат магния.

Больным необходимо давать много пищи, в основном молоко и мед. Основной целью антипсихотической терапии является уменьшение

возбуждения и удлинение сна (до 16-18 часов). Для этого в мышцу вводят транквилизаторы (4-5 мл 5% раствора седуксина в каплях), димедрол, пипольфен (до 0,05 г).

В последние годы врачи отказываются от препаратов из группы фенотиазинов. Это усугубляет течение делирия и увеличивает количество осложнений. Следует соблюдать осторожность при назначении барбитуратов, поскольку их яд может вызвать сильную интоксикацию. Основной целью нашего лечения является поддержание нормальной работы сердца (коргликон, кордиамин и др.). Необходимо контролировать и не допускать снижения АД, при тяжелом делирии необходимы современные медикаментозные методы (гемодиализ, гемосорбция).

Лечение острого алкогольного галлюциноза

Всего у 7 обследованных больных был острый алкогольный галлюциноз, вследствие чего возникает социальная опасность для окружающих. Рекомендуется немедленная госпитализация. Лечение проводится комплексно. Безусловно, начинать необходимо с дезинтоксикационной терапии. Целью этого является предупреждение алкогольной интоксикации. Делается это с помощью дезинтоксикационных препаратов. По сравнению с алкогольным делирием дезинтоксикационное лечение и витаминотерапия проводятся в малых дозах и на короткие сроки. При лечении острого алкогольного галлюциноза предпринимают попытку устранить продуктивную психотическую симптоматику. Галоперидол (суточная доза 0,01-0,015 г) назначают больному при алкогольном галлюцинозе; Тизерцин (от 0,15г до 0,02г); дается этаперазин (0,03-0,04 г). Эти нейролептики рекомендуется вводить внутримышечно для контроля артериального давления. Во время лечения могут возникнуть следующие осложнения: аллергические реакции, мышечный спазм, особенно опасен спазм дыхательных мышц. При внутримышечном введении нейролептиков суточную дозу назначают 3-4 раза по мере необходимости. После

исчезновения галлюцинации количество уменьшается. Обычно это делается через 1-1,5 недели. После уменьшения количества препарата целесообразно давать данное количество препарата за один раз (вечером). При хроническом галлюцинозе назначают психотропные средства длительно. Наряду с этими препаратами проводят витаминотерапию и трудотерапию.

Принципы общего лечения алкогольного параноида ничем не отличаются от таковых при галлюцинозе. Больные всегда должны находиться в больницах.

При выборе психотропного препарата целесообразно добавить 2-3 препарата. При длительном назначении нейролептиков к ним рекомендуется добавлять корректоры (циклодол, паркопан).

Лечение корсаковского психоза

При лечении этого психоза в основном назначают витамины группы В для выведения витамина А. Поэтому целесообразна витаминотерапия. Его продолжительность длится более 1 года. Витамины вводят внутривенно до 5 мл В1 40% глюкозы с 6%, 3 мл аскорбиновой кислоты с 5% и 1 мл РР с 1%. Витамины В1, В12 и РР необходимо посылать комплексно между мышцами до 3-х раз в день.

Рекомендуются вещества, улучшающие обменный процесс в головном мозге. Аминалон 2 г по 1000 таблеток в 1 курс. Пирацетам 1,2-2,4г несколько курсов каждые три месяца дает хорошие результаты.

Лечение абстинентного синдрома

Первая помощь при алкогольном опьянении:

1. Промыть желудок раствором перманганата калия;
2. Под кожу наносят 0,5 мл 1% раствора апоморфина;

(для вызова рвоты центрального генеза);

3. Кордиамин 2мл;

4. 10 мл витамина В6 5%;

5. Внутрь смесь: Коразол 0,2

явление 0,01

никотиновая кислота 0,1

Затем готовят аналептические смеси исходя из состояния больного:

Смесь №1 (при болезни):

бемегрид 0,5% -10,0

кордиамин -1,0

кофеин 20% -1,0

Коразол 10% -1,0

40% глюкозы

решение или

физиологический

раствор -17,0

Смесь №2 (в дорогу):

бемегрид 0,5% -15,0

этимизол 1,5% -1,0

кордиамин -2,0

кофеин 20% -2,0

Коразол 10% -2,0

40% глюкозы

решение или

физиологический

раствор -13,0

Смесь №3 (кома):

бемегрид 0,5% -20,0

дипироксим -1,0

этимизол 1,5% -2,0

кордиамин -2,0

кофеин -2,0

Коразол -2.0

4% глюкозы

решение или

физиологический

раствор -10,0

12. ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА.

Лечение алкоголизма можно разделить на следующие общие необходимые виды.

1. Непрерывность и продолжительность антиалкогольной терапии.
2. Максимальная индивидуальная терапия зависит от клинических и микросоциальных факторов.
3. Сложность лечения
4. Помощь больным в полном отказе от алкоголя.
5. Лечебные процедуры этапны и лечение алкоголизма проводится в 3 этапа:
 1. Потеря абстиненции (седативное действие)
 2. Антиалкогольная терапия
 3. Поддерживающая или поддерживающая терапия
 1. Успокаивающее воздержание.
 - 1.1. Левый. Аминазин 2,5% - 50-10 мг
 - 1.2. Диазепам 20-40 мг т/в или м/н
 - 1.3. Феназипам 10 мг/день

- 1.4. Левый. Оксibuтират натрия 20% - 30-40 мг
- 1.5. Левый. Glucosae 40% - 20,0 + 1 мл Corgluconi
- 1.6. Левый. Кордиамин 2,0 мл п/к
- 1.7. Левый. Преднизолон 30 мг
- 1.8. Левый. Камфоры 20% - 2,0
- 1.9. Левый. Барбамид 5% - 0,6 г + 50 мг Сол. дигидроль
- 1.10. Спирт 40% - 100 мл.
- 1.11. Левый. Гемодези 400,0
- 1.12. Левый. Реополиглюкин 400,0
- 1.13. Левый. Лазикс 1% - 2-4 мл
- 1.14. Инсулин 4-6 ЕД
- 1.15. Раствор тиосульфата натрия 30% 10,0-20,0
- 1.16. Левый. Юнитиди 5% - 5,0
- 1.17. Левый. Пироцетами 20% - 5,0-10,0

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ

1. Сол. Вит В6 5% - 2,0 3-4 раза т/и
2. Сол. Вит В6 6% - 2,0 3-4 раза т/и
3. Сол. Вит РР 50-200 мг
4. Сол. Аскорбиновая кислота 5% 2,0

Активная терапия алкоголизма включает 3 сети.

1. Условно-рефлекторная терапия - вызывая рвотные реакции на алкоголь при лечении алкоголизма, применяют апоморфин в виде 0,5 - 1% раствора по 0,1 - 0,2 мл в/в. препарат стимулирует рвотный центр и вызывает тошноту и рвоту. 0,1-1% раствор апоморфина вводят под кожу на 20-30 минут. после прохождения больному дают выпить 20-30 мл спирта. При появлении реакции его дозу увеличивают до 0,4-0,5 мл. Реакцией обычно является повышенное слюноотделение, головокружение, шум в голове, чувство жара,

тошнота. Рвотная реакция обычно продолжается 20-30 минут после введения больному. Будет проведено 20-30 алкогольных провокаций.

2. Сенсibiliзирующая терапия. К сенсibiliзирующим спиртовым препаратам относятся следующие препараты: тетурам, актабун, никотиновая кислота, пироксан, фурсидон и др. Эти препараты блокируют ряд ферментных систем, в первую очередь ацетальдегидоксидазу, и останавливает окисление спирта на ацетальдегидной стадии. Это приводит к ряду токсических эффектов, называемых тетурам-алкогольной реакцией. При активной антиалкогольной терапии рекомендуется применять тетурам по 0,5 г 3 раза в день в течение 5 дней, а также все суточные дозы сразу в течение 5 дней. При употреблении 50,0 г алкоголя развивается коллапсоидное состояние с нехваткой воздуха, спазмом, состоянием страха как при смерти. В течение месяца пациент пьет только тетурам. Квитанцию получают от больного при выписке из стационара.

3. Психотерапия: используются различные виды психотерапии. Психотерапия по коллективной, эмоционально-стрессовой, методу Рожкова, методу кодирования по Довженко, М.Л. Метод вторичного кодирования по Аграновскому.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

3 этапа лечения алкоголизма - поддерживающая терапия - самый длительный - 5 лет и более.

Поддерживающая терапия является наиболее необходимым этапом антиалкогольного лечения для устранения рецидивов.

На этом этапе проводят различные варианты психотерапии, общеукрепляющую и симптоматическую терапию, рекомендуют психотропные препараты, УРТ, профилактическое лечение рецидивов сенсibiliзирующими веществами.

13. Определение степени алкогольного опьянения

При употреблении алкоголя возникает алкогольная интоксикация и наблюдаются вегетативные и неврологические расстройства, психические действия.

При простой форме опьянения учащается сердцебиение, расширяются зрачки, расширяются сосуды, особенно лица. При этом поднимается настроение, он становится веселым, жизнерадостным, с чувством юмора, у него не «вертится» язык, забываются жизненные заботы, ослабевает воображение окружающего.

Углубление опьянения еще больше снижает способность контролировать собственное поведение. В состоянии алкогольного опьянения человек рассказывает тайны о себе и посторонним. Он делится своими личными переживаниями, хвастлив и самоуверен, поет, танцует, не обращает внимания на то, что окружающие смеются над ним.

Хотя состояние эйфории является доминирующей формой опьянения, иногда они становятся плаксивыми, депрессивными или легко впечатлительными и легко расстраиваемыми. Он издевается над людьми, ссорится, бунтует, кого-то бьет и другими действиями нарушает общественный порядок.

При сильном опьянении речь не связна, наблюдается персеверация. Человек не может контролировать свои действия, у больного происходит психическое расстройство. Такое опьянение часто заканчивается глубоким сном. После пробуждения с легким и умеренным опьянением почти все сохраняется в памяти. Он не может вспомнить свои действия, когда был пьян. Алкогольное опьянение – это временное расстройство психического состояния, которое человек сознательно вызывает своей волей.

Следовательно, за преступные деяния, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, эти лица несут ответственность за свои действия.

В зависимости от количества выпитого алкоголя и личности человека выделяют разные варианты острой алкогольной интоксикации.

1. Взрывной вариант – неуживчивый, агрессивный, возбужденный.
2. Дисфорический вариант – ломает вещи, трясет их.
3. Истерический вариант - плачет, бьет себя везде.
4. Депрессивный вариант - молчаливый, подавленный.
5. Маниакальный вариант – веселый, много говорит, танцует.
6. При импульсивных действиях – действует бесцельно.
7. Эпилептоидный вариант – наблюдаются судороги.
8. Параноидальный вариант - наблюдается искушение ревностью.

При определении степени алкогольного опьянения обращают внимание на следующее:

I. Поведение и внешний вид обследуемого.

II. Психическое состояние:

- а) восприятие.
- б) внимание.
- в) память.
- г) мышление.
- г) личность.
- д) будет. III.

Вегето-сосудистая реакция:

- а) сердечно-сосудистая система.
- б) желудочно-кишечный тракт.
- в) кожа.

IV. Неврологический статус:

V. Калориметрический метод испытаний.

VI. а) тест Раппопорта.

б) И.П. Проба Шинкоренко-Лепра с индикаторной трубкой.

По клинической картине алкоголизм делят на три степени.

1. Легкая степень
2. Средний уровень
3. Тяжелый уровень

Эти состояния чередуются друг с другом или одно из них ограничивается глубиной интоксикации. Глубина опьянения зависит от индивидуального характера человека, от дозы выпитого алкоголя.

Объективные признаки алкогольного опьянения наблюдаются при употреблении небольшого количества алкоголя.

Легкое опьянение.

Внешний вид: средний, свежий, щеки красные, глаза блестят.

Поведение: активный, веселый, с чувством юмора.

Восприятие: снижается, становится трудно распознавать сложные внешние впечатления.

Воображение оживает.

Внимание: быстро отвлекается, нарушается концентрация внимания.

Память: процесс вспоминания усиливается. он помнит свои действия и прошлые события.

Мышление: темп ускоряется, снижается глубина и качество мышления. повышается оценка собственных личных способностей и возможностей. (чрезвычайно добрый, открытый, самоуверенный, хвастливый, многообещающий.). Речь грамматически правильная, темп ускоренный, много говорит.

Эмоциональный круг. Выражение лица свежее, тяготы жизни кажутся не достойными внимания. Кажется маленьким. Настоящая жизнь и будущее выстраиваются, как радуга. Прежняя нервозность и волнение ослабевают,

появляется ощущение комфорта, свежести и здоровья. Паника и страх исчезают.

Волевой круг: подвижный, нерешительный, шумный, жесты активны, координация движений нарушена; точные движения, трудоспособность также нарушаются. Снижается творческая активность, уменьшается критичность, нарушается влечение (повышается аппетит, нарушается половое влечение), пытаются наладить общение с окружающими. они не могут контролировать свои действия. Он танцует, поет, «дергает» и игнорирует протесты окружающих.

Вегетативные симптомы: блестящие глаза, сердцебиение, повышение Q/V, расширение зрачков, бледность или покраснение кожи, потливость.

Неврологическое состояние: снижается болевая чувствительность рефлексов. Поза Ромберга - слабо ощущаются толчки, руки дрожат.

Средняя степень опьянения.

Внешний вид: возможно не средний, неопрятный, грязный, грязный. В крови, в синяках, в царапинах.

Поведение: безрассудное, действия бесцельные.

Восприятие: внезапно становится трудно.

Память: процесс припоминания становится все более трудным. Некоторые события, события и действия не запоминаются (амнезия).

Внимание: легко отвлекается на случайные впечатления.

Мышление: целеустремленность нарушена, есть детали. Ассоциативный процесс будет нерегулярным. Будет переход от одной мысли к другой. В начале речь построена правильно, но повторяется одно слово. По мере нарастания уровня опьянения речь не связывается, речь становится бессмысленной и бессвязной.

Эмоциональная сфера: характеризуется эйфорическим состоянием, плаксивостью, унынием, быстрой впечатлительностью, быстрой раздражительностью. По мере повышения уровня опьянения состояние эйфории сменяется гневом и агрессией. Он быстро затевает драку из-за чего-то незначительного, злится и устраивает драки на других. Приятные чувства превращаются в неприятные. Исчезают чувства застенчивости и стыда. Они делятся своими внутренними переживаниями с незнакомцами.

Волевая активность: нарушается точность движений, (дрожит, изменяется походка), изменяются жесты, наблюдается личная дисгармония, совершаются аморальные действия на публике. Они становятся импульсивными, их сексуальная ориентация грубая и искаженная. Постепенно исчезает способность корректировать поведение и действия. Они чувствуют теплоту и сострадание к незнакомцам. Он раскрывает свои и чужие секреты, танцует и смеется своим глупым поведением, не обращая внимания на окружающих.

Вегетативные расстройства - учащение пульса, колебания артериального давления, сужение зрачков, замедленная реакция на свет, бледность или покраснение кожных покровов, повышенное слюноотделение, усиление перистальтики кишечника и диуреза.

Неврологический статус: ощущение боли уменьшается, наблюдается дрожание Ремберга, появляется тремор. Неточно выполняет координационные тесты.

Тяжелая степень опьянения.

Нарушения проявляются во всех сферах психической деятельности.

Сознание: время, место, среда сознание нарушено (дезориентация).

Восприятие: Становится трудно воспринимать окружающее смутно.

Мышление: Становится трудно понять, что происходит. Не понимает обращенного слова, дает неверные ответы, высказывает свое мнение, речь его несвязна, речь состоит из отдельных слов и слогов.

Воля: нарушается координация движений, не может совершать никаких целенаправленных движений, температура тела падает, рефлекторные реакции угасают, исчезает реакция зрачка на свет, мышечная гипотония, мидриаз, маятникообразные движения глазного яблока. , наркоз, лицо красное или бледное, дыхание замедляется, становится глубоким. Пульс внезапно учащается или замедляется, наблюдается аритмия. Рвота, гиперсолюбилизация, увеличивается диурез, наблюдается непроизвольная дефекация. Смерть при алкогольной коме наступает вследствие паралича бульбарного центра.

Каждый уровень имеет количество алкоголя в крови.

1. Уровень - 0,3-1,5 промилле.
2. Уровень - 1,5-2,5 промилле.
3. Уровень - 3-5 промилле.

Смертельное количество составляет 6-8 частей на миллион.

Методы лабораторного исследования алкогольного опьянения.

К ним относятся:

1. Тест Раппопорта.
2. Мохав Л.А., Шахин И.П. Метод Шинкоренко.

Проба Раппопорта основана на том, что перманганат калия под действием спирта окисляется, а при добавлении соляной кислоты превращается в ацетальдегид, а затем превращается в уксусную кислоту.

Тест проводится следующим образом.

1. Берут две одинаковые пробирки. (контрольный и основной) и в оба заливают 2 вида дистиллированной воды.

2. После полоскания рта водой обследуемый делает вдох в трубку 20-30 раз, выдыхаемый воздух должен доходить до конца основной пробирки, то есть выдыхаемый воздух должен достигать воды и образовывать пузырьки. Только тогда спирт в выдыхаемом воздухе растворяется в воде.

3. По стенкам обеих пробирок прибавляют по 20-25 капель концентрированной соляной кислоты.

4. В обе пробирки добавить по 1-2 капли 0,5% раствора перманганата калия.
А. Если окраска остается одинаковой в обеих пробирках (3-5-10 мин), проба Раппопорта отрицательная.

Б. Если в пробирке жидкость полностью обесцвечивается, выдыхаемый воздух содержит алкоголь.

а). Если жидкость обесцвечивается после первой капли, добавляют вторую каплю. Если цвет не меняется, критерий Раппопорта относительно контроля приблизительный (+).

б) После второй капли сбрасывается третья капля. Если после третьей капли не наблюдается изменения окраски, проба Раппопорта слабо положительна. (++)

в) После третьего сброса сбрасывается 4-й. Если изменения окраски не происходит, тест Раппопорта положительный (+++).

Л.А. Мокова и И.П. Шинкоренко.

Л.А. Моков и И.П. Шинкоренко. Определение испарения этилового спирта по методу Шинкоренко проводят с помощью специальной индикаторной трубки, в состав которой входит сухой индикаторный реактив. Это не требует проведения какой-либо обработки реагентами. Индикаторная трубка состоит из носителя реагента (тонкий силиконовый гель). Это также раствор

ангидрида в концентрированной соляной кислоте. Пары спирта реагируют с реагентом и изменяют цвет индикатора на синий или фиолетовый. Эта реакция оценивается положительно.

Тест с реагентом в индикаторной трубке отличается от других биохимических тестов тем, что для маскировки запаха алкоголя иногда используется ряд веществ.

Некоторые модальные вещества: хлороформ, бензин, керосин, спирт и подобные модальные вещества либо вообще не влияют на реагент, либо меняют его цвет на темно-серый и черный вместо синего. Эта особенность помогает проводить определенные сравнения в состоянии алкогольного опьянения.

Чувствительность индикаторного реагента допускает наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и его концентрацию в крови.

При использовании герметической индикаторной трубки с помощью предварительного надреза делают 2 надреза и отламывают конец трубки. Испытуемого просят дуть воздухом в направлении реагента в течение 20-25 минут, вставив в горловину широкий конец трубки. После выдоха появляется пламя, похожее на горящую спичку на другом конце трубки, или ощущение холода на коже ладони. На конец конической трубки надевается тонкостенный резиновый баллон, в который нагнетается воздух.

Индикаторную трубку также можно использовать для определения мочи. Для этого в пробирку помещают 5-10 мл мочи и плотно закрывают ее устье индикаторной трубкой с реактивом внутри. Затем пробирку нагревают, но кипяченая моча не должна попадать в реактив, как и другие качественные биохимические пробы, положительная реакция образуется под действием метилового спирта, ацетона и эфира.

Суицидальные случаи при алкоголизме

В случае абстиненции алкогольная депрессия наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Суицид часто наблюдается у людей, злоупотребляющих алкоголем. Употребление алкоголя рассматривается как один из важных факторов, формирующих склонность к суициду. Алкоголь был обнаружен в организме в 35,21% проанализированных случаев. Более половины из них находились в состоянии легкой, средней и тяжелой степени опьянения по количеству алкоголя в крови. В то же время следует отметить, что случаи суицида в состоянии алкогольного опьянения чаще всего регистрируются среди суицидентов в возрасте 25-30 лет.

Здоровый образ жизни нарушается в семьях, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Психология детей, воспитывающихся в таких семьях, нарушена.

Самоубийства чаще случаются в семьях, злоупотребляющих алкоголем. Родители, злоупотребляющие алкоголем, не могут создать условия для нормального развития своих детей, такие дети не имеют социальной поддержки родителей и близких. Дисгармоничная форма воспитания мотивирует формирование того или иного типа акцентуации.

Акцентуированные дети обычно впечатлительны, общительны, всегда чувствуют себя одинокими, ненужными, бессмысленной своей жизнью. Такие дети озабочены суицидальными мыслями. Подростки, употребляющие алкоголь и наркотики, часто пытаются отказаться от жизни. Известно, что около 80% людей употребляют алкоголь перед совершением самоубийства. Алкоголь является депрессантом. Для предупреждения таких случаев суицида необходимо своевременно выявлять этих больных, правильно диагностировать и лечить их.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА НА ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ.

Алкоголизм – хроническое заболевание, вызывающее психические и соматические расстройства. Алкоголизм – это страшное бедствие, которое наносит вред здоровью любого человека и вредит здоровью будущих поколений. Ведь, как сказал великий немецкий писатель Гёте, «если бы человечество не было так пьяно, оно смогло бы добиться невероятных достижений». Один из современных профессоров-врачей пропагандировал пьянство в кругах следующим образом. Ни для кого не секрет, что в настоящее время большинство видов заболеваний возникают в результате нервозности, стрессов и стрессов. Современная медицинская наука свидетельствует о том, что регулярное употребление алкоголя в небольших количествах в первую очередь избавляет от заложенности носа и препятствует возникновению заболеваний. Кроме того, небольшое количество чистого спирта полезно для профилактики некоторых заболеваний сердца, крови, нервов, желудочно-кишечного тракта. Но хроническое употребление алкоголя вызывает глубокие изменения в организме человека, внутренних органах, в том числе в печени и желчевыводящих путях. Хронический алкоголь оказывает токсическое действие и разрушает структуру и функции тканей и клеток.

Алкоголь играет важную роль в возникновении цирроза печени. В результате вначале развивается алкогольная дистрофия, а затем алкогольный гепатит и цирроз печени. При алкогольной дистрофии размеры печени увеличиваются незначительно. Этот процесс обратим, и размеры печени возвращаются к исходному состоянию, если не употреблять алкоголь. Алкогольный гепатит может быть хроническим или острым. Цирроз печени постепенно развивается при остром алкогольном гепатите. У больного пропадает аппетит, появляются тошнота, рвота, боли в эпигастральной

области и под ребрами. На 2-3-й день появляется желтуха, печень становится увеличенной и болезненной при пальпации. Если употребление алкоголя не прекратить, то нарастают симптомы печеночной недостаточности, может наступить энцефалопатия, смерть от печеночной комы.



Цель исследования: в нашей практике проведено ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей у 27 больных алкоголизмом. 24 мужчины, 3 женщины, возраст 30-50 лет.

Результат обследования подтвердил наличие диффузных изменений печени у 14 больных. Эти изменения выражаются повышением эхогенности печени и увеличением ее размеров. При анализе эхоизменений печени у 4 больных выявлены признаки цирроза: повышенная зернистость в структуре печени, усиление эхосигналов, расширение сосудов, уменьшение размеров печени. утолщение стенки желчного пузыря, наличие непроходимости, изменение размеров отмечено у 6 человек.

Заключение: диффузные изменения печени обнаружены у 51,8% больных алкоголизмом и признаки холецистита у 44,8% больных. Этот вопрос требует дальнейшего изучения в будущем.

ГЛАВА-2

НАРКОТИКА И ТОКСИКОМАНИЯ.

1. Токсикомания

Токсикомания – патологическое состояние, опасное как для человека, так и для окружающей среды, человек употребляет в пищу натуральные и синтетические вещества и становится зависимым от них.

Токсические зависимости определяются экспертами ВОЗ следующим образом.

1. Вещества должны иметь эйфорический эффект.
2. Должно быть непреодолимое влечение к веществу, т. е. должна сформироваться привычка.
3. Следует увеличить количество наркотического вещества, т. е. повысить его переносимость.
4. Следует соблюдать психическую и физическую зависимость.
5. Должна появиться деградация человека - моральное, социальное, интеллектуальное разложение.

Наука наркология учит этиологии, патогенезу, механизмам возникновения и проявления наркологических заболеваний, их лечению и организации помощи. Современная наркология состоит из нескольких направлений: детская, подростковая, гериатрическая наркология, судебно-трудовая экспертиза, психология зависимости, психотерапия в наркологии и др.

Наркология – неотъемлемая часть медицины. Вот почему каждый врач, независимо от его специальности, должен знать, как обследовать больного с наркологической точки зрения. Наркотические заболевания влияют на

соматическое и психическое здоровье. В свою очередь психическая деятельность также способствует развитию наркотических заболеваний. Поэтому важно знать науку наркологию.



Цели и задачи науки

Цель обучения науке – обучение психике человека, развитию ее частей, наименованию наркозависимых болезней по международной номенклатуре, основам их лечения. Он заключается в изучении основных закономерностей изменения каждой лекарственной болезни в зависимости от возраста и в результате социального воздействия, приобретении навыков лечения и профилактики больных. Основная цель – подготовка высококвалифицированного специалиста, овладевшего этими навыками.

Задачи педагогической науки:

- формирование умения организовать лечение в наркологических учреждениях;
- развитие знаний об этиологии, патогенезе и эпидемиологии наркотических болезней;

- развивать умение пользоваться современными методами диагностики наркологических заболеваний;
- наркотические заболевания в зависимости от индивидуальных половозрастных, поколенческих особенностей и их изменения под влиянием внешней среды;
- заслуги ученых нашего региона в изучении истории развития наркологии;
- овладение основами важнейших психологических методов исследования.

Слово наркомания образовано от греческого слова «карахтлик», «мания» — желание, вождление. Важную роль в развитии зависимости играют следующие факторы: социальный фактор, психологический фактор, физиологический фактор, генетические факторы. В настоящее время наркомания является актуальной проблемой.

□ Наркотическая зависимость (наркомания, наркомания, маковая зависимость). Хроническое употребление наркотических веществ, пристрастие к ним, а при отсутствии наркотических веществ наблюдаются как болезнь тяжелые психические, физические, духовные изменения, социальная депрессия.

□ Этиология и патогенез. Не подтверждено наличие биологической потребности, вызывающей наркоманию и наркоманию. В развитии этих наркоманий участвуют социальные (неправильное воспитание, влияние среды, негативные разногласия в семье), конституциональные факторы личности, психологические состояния (любопытность, стремление к опыту, удовольствиям, избегание трудностей), соматические заболевания, требующие приема лекарственных препаратов важные.

□ Систематика. Известны следующие виды наркомании:

- - наркоман (наркомания);
- - маковая зависимость (маковая зависимость, морфинизм, героинизм);
- - кокаиновая зависимость (кокаиномания);
- - наркоманы (барбитуромания);

- - наркоман, употребляющий амфетамин;
- - наркоман, употребляющий вещества, вызывающие галлюцинации;
- - эфедроновая зависимость;
- - зависимость от двух и более наркотиков (полинаркотики).
- Все виды зависимости проходят 3 этапа: адаптационный
- (адаптация), стадии абстиненции и истощения.
- В фазе адаптации деятельность организма, подвергшегося воздействию лекарственных средств, начинает изменяться, то есть внутренние органы приспособляются к работе с этими веществами. Параллельно с этими процессами развивается психологическая зависимость. Сначала включаются защитные механизмы, что проявляется тошнотой, рвотой, зудом на коже, головокружением. Однако эти симптомы постепенно исчезают по мере адаптации организма к препарату.
- На стадии абстиненции к зависимости психической добавляется зависимость физическая. Уменьшение количества наркотика в организме создает у больного сильное желание его компенсировать (компульсивное влечение). Если это желание не будет удовлетворено, компенсаторные возможности организма будут напрягаться, а абстинентный синдром будет усиливаться. В ряде случаев этот синдром возникает у больных, длительно не принимавших лекарственные препараты. После длительного периода ремиссии введение препарата в организм вновь создает, даже усиливает, физическую зависимость. При этом происходит не только привыкание к большому количеству наркотиков, но и начало повторного их приема на регулярной основе. В дальнейшем даже большие дозы наркотиков не поднимают настроение, и больной начинает переходить на более сильные препараты. Абстинентный синдром сопровождается сильными болями в различных частях тела и их трудно купировать другими препаратами, поэтому больному приходится принимать препарат повторно. В стадии истощения резко снижаются все защитные функции организма, возникают не

только функциональные расстройства, но и органические изменения практически во всех органах больного, на коже появляются различные язвы. Такие пациенты часто болеют. В этой фазе также снижается стимулирующее и улучшающее настроение действие лекарств. Для того чтобы держать организм в состоянии душевного и физического удовлетворения, больные принимают препараты в небольших количествах. Потому что без него функционирование организма становится очень затрудненным, и его становится трудно перенести в новую среду. Абстинентный синдром может длиться несколько месяцев.

□ I стадия - характеризуется возникновением психической склонности (навязчивой) к наркотикам, выпадением защитных процессов, повышением толерантности к наркотикам, их регулярным приемом при сохранении их физиологических эффектов.

□ II стадия - эта стадия наблюдается с появлением абстиненции (гуморальный синдром), непреодолимой тяги к наркотику, высокого уровня толерантности к нему, изменением действия наркотика (преимущественно возбуждающего действия), изменением личности .

□ III стадия – при которой снижается толерантность к наркотическим средствам, их действие достигает лишь уровня «бодрствования», поэтому у больных наблюдаются признаки «неспособности жить» без наркотиков. Кроме того, для синдрома юмора характерно обострение и пролонгирование, психические, соматические и тяжелые социальные последствия.

□ Наркомания – это пристрастие к веществам, доставляющим удовольствие. В конечном итоге болезнь приводит к личностной деградации и инвалидности.

□ Наркомания известна давно. Например, жители Восточного Средиземноморья знали об эйфорическом действии опиоподобных веществ еще во 2-м тысячелетии до нашей эры.

□ Урожай опиума был завезен в Южную Азию в первом веке до нашей эры войсками Александра Македонского (Александра Македонского). В 18 веке опиум распространился из Индии в Восточную и Южную Азию. Опиум постепенно появляется в европейских странах. В конце 20 века опиум стал очень популярен как наркотик.

□ Раньше опиум и его вещества применялись в медицине лишь в небольших количествах из-за их седативного действия. А затем постепенно злоупотребление опиумом привело к развитию зависимости. Большая прибыль от продажи наркотиков способствует их широкому распространению.

2. НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.

Слово наркомания образовано от греческого слова «карахтлик», «мания» — желание, вождение. Важную роль в развитии зависимости играют следующие факторы: социальный фактор, психологический фактор, физиологический фактор, генетические факторы. В настоящее время наркомания является актуальной проблемой.



□ Наркотическая зависимость (наркомания, наркомания, маковая зависимость). Хроническое употребление наркотических веществ, пристрастие к ним, а при отсутствии наркотических веществ наблюдаются как болезнь тяжелые психические, физические, духовные изменения, социальная депрессия.

Наркоманы обычно худые, с бледной кожей. У них рано выпадают и седеют волосы, становятся ломкими ногти и зубы, наблюдается тромбофлебит, у многих из них наблюдается сердечная недостаточность и заболевания печени. На местах введения препарата видны рубцы – на голених и ступнях (от уколов).

ГЕРОИННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.

Зависимость — это пристрастие к веществам, которые заставляют вас чувствовать себя хорошо. В конечном итоге болезнь приводит к личностной деградации и инвалидности.

Наркомания известна давно. Например, народы Восточного Средиземноморья знали об эйфорическом действии опиоподобных веществ еще во 2-м тысячелетии до нашей эры.

Урожай опиума был завезен в Южную Азию в первом веке до нашей эры войсками Искандара Зулкарная (Александра Македонского). В 18 веке опиум распространился из Индии в Восточную и Южную Азию. Опиум постепенно появляется в европейских странах. В конце 20 века опиум стал очень популярен как наркотик.

Раньше опиум и его вещества применялись в медицине лишь в небольших количествах из-за их седативного действия. А затем постепенно злоупотребление опиумом привело к развитию наркомании. Большая

прибыль от продажи наркотиков способствует их широкому распространению.



ПЕРЕНОСИМОСТЬ К ОПИоиДАМ.

Опиоиды или опиатные вещества вызывают психическую и физическую зависимость. Основное вещество получают из опия, воды кукнори. Около 20 различных алкалоидов получают из опиума и встречаются в природе, включая морфин и героин. К антагонистам опиоидов, то есть искусственным веществам, блокирующим действие опиоидов, относятся такие вещества, как налорфан, налексин и апоморфин.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Среди различных видов опиатной зависимости наиболее распространенным видом считается героиновая зависимость. Пик

распространения героиновой зависимости пришелся на середину 70-х и начало 80-х годов. Эпидемиологические исследования в психиатрии, проведенные в 1981-1983 гг., привели к следующим данным: 0,7% взрослого населения в какой-либо период жизни имеют диагностические признаки опиоидной зависимости или толерантности. Мужчины страдают больше, чем женщины, в соотношении 3: 1, большинству из них около тридцати пяти лет, а начало злоупотребления психоактивными веществами приходится на поздний подростковый возраст или начало 20. это того стоит. Люди, зависимые от героина, тратят на удовлетворение потребности в организме большие деньги, большая часть которых зарабатывается преступным путем.

ПАТОГЕНЕЗ.

Патогенез зависимости очень сложен. На начальных стадиях предполагают нарушение реакции нейронов коры головного мозга, гипоталамуса и ретикулярной формации. Героин влияет на функциональное состояние дендритов, в результате чего нарушается интегративная и конечная функция головного мозга. Также нарушаются синапсы и межнейронные связи. При хронической, т. е. поздней стадии заболевания, нарушаются рецептивные возможности нейронов головного мозга. «Привыкание» к наркотику и формирование абстиненции происходит с помощью адренергических и холинергических медиаторов. Под влиянием препарата также изменяется метаболизм биогенных аминов, и они косвенно выражают свои поведенческие и фармакологические эффекты. Лекарства воздействуют на такие медиаторы, как биогенные амины, то есть дофамин, норадреналин, серотонин, и на системы, играющие ключевую роль в мозге.

Опиоиды оказывают свое действие через специфические сайты связывания, называемые опиоидными рецепторами. В 1974 г. был выделен эндогенный фактор с опиоидоподобным действием. Название этого фактора –

пентапептид, или энкефалин. Некоторые его типы были выделены из головного мозга и названы эндоферминами.

Влияние этих веществ на опиатные рецепторы головного мозга и их эндогенные лиганды (эндоморфин и энкефалины) играет большую роль в формировании зависимости от веществ из группы морфина. Опиатные рецепторы находятся только в нервной ткани и исчезают только при денервации. Опиатные рецепторы в основном располагаются перед путями, передающими болевую чувствительность. Существуют различные типы опиатных рецепторов. И опиаты ощущают эти разные опиатные рецепторы, и каждый опиатный рецептор воспринимает только определенные медиаторы в мозгу. Название этого медиатора — энкефалин. Энкефалин может вызывать некоторые эффекты морфина.



КЛИНИКА.

Пристрастие к героину развивается быстро. После приема небольшого количества вещества (5-10 мг) наблюдают обезболивание, сонливость, перепады настроения и когнитивные нарушения.

Постепенность действия препарата следующая: через 20-30 мин после приема препарата больной чувствует жар в спине, ощущается сморщивание в области лица, т. е. носа, лба, челюсти, шеи. Зрачки глаз сужаются, рот может видеть, непрерывные движения замедляются, больной занят своими физическими переживаниями, его мысли остаются как бы застрявшими в его переживаниях, его сознание сжимается. Этот период длится 5-7 минут. Затем больной чувствует общее расслабление, приятное тепло и тяжесть в ногах и во всем теле. Появляются иллюзорные видения. На стене, на потолке, в цветах на ковре можно увидеть всевозможные чудесные виды и приятные сцены, больной не обращает внимания на внешние раздражители. Затем обычно 3-4 часа сна. У некоторых людей плохое депрессивное настроение и общий дискомфорт после сна. У некоторых больных эйфория появляется в течение 10-30 минут. У наркоманов, употребляющих наркотики внутривенно, наркотик немедленно достигает мозга, и поэтому они испытывают чрезвычайно приятные ощущения, подобные оргазму (известные как «кайф»). После этого наблюдается седативный эффект (это состояние наркоманы называют «засыпанием»). Удивительно, но под действием героина развивается обезболивание. Меняется характер боли, больные ее не ощущают.

По сравнению с морфином героин вызывает в два раза больше эйфории и сильного удовольствия.

В зависимости от длительности применения препарата снижается эффект эйфории, а затем исчезают защитные реакции организма. Его переносимость меняется, и его потребление носит систематический характер.

Постепенно формируется психическая, а затем и физическая толерантность к героину, появляются непреодолимая тяга и абстинентный синдром.

Героин запоминается при его первом употреблении, и если его повторить, происходит трансформация. Этот период длится от нескольких недель до нескольких месяцев в зависимости от способа употребления (внутривенно, внутримышечно, внутримышечно), вида деятельности высшей нервной системы. Прием препарата однократный и каждый раз для них характерны вышеперечисленные состояния. Этот период считается очень важным для определения состояния перед заболеванием, взятия на диспансер и проведения профилактических мероприятий.

В динамике развития наркомании выделяют 3 условных этапа: начальный или I - период адаптации (изменение реактивности организма и возникновение психической зависимости); хронический, или II - завершение формирования физической толерантности (период абстиненции, иногда развиваются психозы и полинаркотики); поздняя, или III - все системы в организме ослаблены (толерантность, реактивность общего организма, развитие психической, соматогенной, неврологической, длительной абстиненции, психической слабости).

Начальная стадия характеризуется регулярным приемом препарата, количество вещества быстро увеличивается (возрастание толерантности).

Смертельная доза героина составляет 0,3-0,5 г. У наркоманов увеличение количества до ста миллиграммов развивается быстро. Переживания при воздействии вещества те же, то есть комплекс психически дегенеративных стигм. При этом наблюдается комплекс соматических переживаний - сухость во рту, схватки, ощущения тяжести в теле, ногах, нарушения сна. Зрачки сужаются, наблюдаются различные переживания со стороны сердечно-сосудистой системы, снижается аппетит, становится сухим желудок. Быстро развивается синдром психической зависимости с тенденцией к неспособности прекратить употребление наркотика с

чрезвычайно приятным успокаивающим ощущением и иллюзией происходящего от него. Продолжительность начальной стадии от 2-3 месяцев до 6-8 месяцев.

Хроническая стадия характеризуется систематическим и регулярным употреблением препарата. Количество принятого наркотического средства увеличивается или достигает пика (5000 мг). Наркоманы знают максимальную дозу, суточную дозу и никогда не превышают ее, поэтому никогда не отравятся. На этой стадии отчетливо видна психическая зависимость, наркоман не переносит наркотик. На начальном этапе наблюдалась эйфория, а затем наблюдались спокойствие и расслабленность, На этом этапе наркоманы становились слабыми, малоподвижными, а после употребления наркотика становились подвижными, активными, повышалась их работоспособность. Это состояние напоминает маниакальное состояние с повышенной психической и двигательной активностью. Наркоманы пытаются вернуть прежнее состояние различными способами — увеличивая количество потребляемого вещества. Постепенно формируется абстиненция. Продолжительность этой стадии 5-10 лет.



Поздняя стадия. В это время толерантность уменьшается на 1/3 от предыдущей суммы. Наркоман без наркотиков полностью теряет активность, особенно в работе, он слаб и малоинициативен. Основным синдромом, характеризующим состояние наркомании, является абстиненция, а не состояние привязанности (навязчивости), поскольку через каждые 8-12 часов, если больной не принимает наркотик, наступает абстиненция и наблюдаются различные соматовегетативные психоневрологические симптомы: плаксивость, паника, страх смерти, расстройства настроения. На поздней стадии заболевания абстиненция отличается. Кашель, слезотечение, понос, особенно в первые 3-5 дней. Мышечный тонус повышен, но возникают сильные боли и дискомфорт. Артериальная гипотензия, брадикардия. В результате повысился риск развития коллапсного состояния, снизился общий жизненный тонус и настроение. Больные слабы, малоподвижны. Все поведение описывается как грустное. В хронической стадии абстиненция, которая очень заметна, длится 5-7 дней. В поздней стадии продолжительность абстиненции еще больше, астения наблюдается длительно, до 3-4 мес.

Наркоманы обычно худые, с бледной кожей. Их волосы преждевременно выпадают и седеют, ногти и зубы становятся ломкими, наблюдается тромбофлебит, у многих из них наблюдается сердечная недостаточность и заболевания печени. На местах введения препарата видны рубцы – на голнях и ступнях (от уколов).

Наркоманы на поздних стадиях могут заниматься незаконной деятельностью. Они всегда охотятся за наркотиками или другой преступной деятельностью. Эти действия совершаются в состоянии воздержания.

3. КЛИНИКА АБСТИНЦИИ.

Героиновые наркоманы могут потреблять сотни миллиграммов героина, а толерантные наркоманы могут потреблять до 5000 мг наркотика. У пациентов с низкой переносимостью смерть может наступить от количества 60 мг. Синдром абстиненции от героина развивается через 6-8 часов после употребления последней дозы, часто при регулярном употреблении наркотика в течение 1-2 недель в результате развивается абстинентный синдром. Этот синдром достигает максимального уровня через 2-3 дня и продолжается 7-10 дней.

Диагностические признаки абстинентного синдрома: поведенческие, сильное желание употреблять наркотики, бессонница, возбуждение, иногда больные поднимают руки; соматические - потливость, лихорадка, мидриаз, пилоэрекция, тошнота и рвота, сердечно-сосудистые изменения, артериальная гипертензия, тахикардия; абдоминальные спазмы, большие эпилептические припадки.

Абстиненция, вызванная эффектом антагониста, может быть тяжелой после продолжительного приема наркотиков. Наркоманы редко умирают от абстиненции, если они не страдают каким-либо соматическим заболеванием. Во время абстинентного синдрома однократная доза героина снижает абстиненцию.

Симптомы опиоидного синдрома:

А. Длительное умеренное или тяжелое употребление опиоидов или их отмена вызывают по крайней мере 3 из следующих симптомов:

1. Сильная склонность к злоупотреблению опиоидами
2. тошнота и рвота
3. мышечные боли
4. внешний вид молодых людей и рост носа
5. расширение зрачков, пилоэрекция, потливость

6. диарея
7. зевая
8. повышение температуры тела
9. бессонница

Б. Не связанный с каким-либо психическим расстройством и соматическим заболеванием.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Героиновую зависимость следует отличать от хронического алкоголизма и кокаиновой зависимости.

При алкоголизме клиника различна: фаза возбуждения (эйфория, спутанность сознания, много говорит), фаза депрессии (замедление психически процессов, иногда может наблюдаться коматозное состояние); При наркомании наблюдаются 4 фазы - опьянения: фаза возбуждения, фаза измененного состояния, фаза экстаза, фаза сна; при кокаиновой зависимости - выделяют 3 фазы: эйфория с повышенной подвижностью, усилением мышечной силы, нарушением состояния сознания (разноцветные, окрашенные в красный, зеленый и черный цвета, микроскопические, всегда в движении изобразительные, зрительные и тактильные галлюцинации, иногда располагающиеся под кожей); последняя фаза - сонливость.

При героиновой зависимости через 20-30 секунд после употребления героина ощущается прилив жара, сужаются зрачки, наблюдается постоянная неподвижность, через 5-7 минут наступает общее расслабление, во всем теле наблюдается приятное тепло, появляются иллюзорные видения, а потом спать.

Период возникновения толерантности различен: при алкоголизме этот период длится в среднем 5 лет, при наркомании толерантность к наркотику

наблюдается реже, при кокаиновой зависимости стадия толерантности не характерна, при героиновой зависимости это стадия формируется в течение 2 нед. Абстиненция наблюдается по-разному: при алкоголизме - нарушения сна, обильное потоотделение, снижение аппетита, тремор, сухость во рту, расстройства настроения, при кокаиновой зависимости - абстинентный синдром малозаметен. Слизистые оболочки носа сухие, зрачки расширены, в результате чего снижается зрение, снижается А/В, локализуется головная боль в спине, иногда снижается настроение, у больного появляются суицидальные мысли; при героиновой зависимости - бессонница, возбуждение, обильное потоотделение, мидриаз, тошнота и рвота, артериальная гипертензия, тахикардия, мышечные боли, зевота, повышение температуры тела, диарея, наркомания, героиновый абстинентный синдром длится 7-10 дней.

ЛЕЧЕНИЕ

Основным методом лечения наркомании является этапное лечение. 1. Начальный этап - дезинтоксикационное, общеукрепляющее, стимулирующее лечение, которое проводят одновременно с прекращением употребления наркотиков;

2. Основное действующее вещество – антинаркотическое лечение.

3. Укрепляющее лечение.

На первом этапе стационарное лечение направлено на устранение абстинентного синдрома и восстановление нарушенных функций. Схема лечения синдрома отмены включает следующие препараты:

1) Сол. *Calcii chloridi* 10%-10 мл + р-р *Glucosae* 40%-10 мл т\в ежедневно 10-15 раз или р-р. Тиосульфаты натрия + р-р. *Glucosae* 40%-10,0 наносят 10-15 раз.

2) Сол. *Magnesii sulfatis* 25% - 5-10 мл м\о ежедневно (10-15 раз) или раствор *Unithioli* 5% - 5-10 мл м\о ежедневно (10-15 раз).

- 3) Сол. вит. В1 5%-3-4 мл м\о
- 4) Сол. вит. В6 -4-6 мл (на пике абстиненции можно сжечь до 10 мл) м\о.
- 5) Сол. вит. В12 0,02%- 1 мес.
- 6) Сол. вит. С 5%-3-5 мл м\о.
- 7) Сол. вит. РР 1%-1-2 т\о 10-15 инъекций на курс.

В тяжелых случаях Гемодези 40,0 мл вводят капельно.

Анальгетики применяют для снятия болей во внутренних органах: sol. Капли Анальгин 50% - 2,0 мл м\о, Баралгия 2-5 мл т\и или м\о, или т\и. Хлорид натрия в растворе 0,9%-200,0. Пациентам с выраженным болевым синдромом можно назначать трамал в дозе до 0,4 мг в сутки в течение первых 4 дней. В последующие дни количество постепенно уменьшают.

Спазмолитики: Но-чпа 0,04 г. в или 2 мл 2% р-ра м\о, р-р. Папаверин 2%-2,0 м\о или т\и.

При расстройствах настроения назначают антидепрессанты: Sol. Амитриптилин 1,25%-1,0-2,0 мл м\о (100-200 мг в сутки), таб. Пиразидол 25 мг перорально (100-200 мг в сутки). Антидепрессанты назначают вместе с нейролептиками: р-р Тицерцин 2,5%-2,0 м\р. Левый. Галоперидол 0,5%-1,0 м\р.

В последние годы для лечения абстиненции назначают различные транквилизаторы: раствор седухени - 2,0 м\о или т\и, раствор. Элениум 1,0 м\о или т\и 40-50 мг, табл. Феназепам 5-8 мг.

Элениум, сибазон назначают при страхах-паниках, страхах, нарушениях сна, вегетативных расстройствах. Сибазон дают в количестве 5-15 мг, наибольшая доза – 60 мг. Кроме того, через 2-3 дня сибазон вызывает снижение эмоциональной неустойчивости, уменьшает страх, повышенную возбудимость, наркотическую зависимость.

Синдром отмены хорошо лечится пирроксаном. Пирроксан очень быстро уменьшает неприятные симптомы – бессонницу, наркоманию.

Препарат вводят в/в, м/о. Начните с 90-180 мг с контролем А/В. Продолжительность лечения 5-7 дней.

Применять 1-2 раза в день в течение 5-7 дней при возбуждении, бессоннице, стрессе. Направлен аминазин 2,5%-1-3 мл м\о или т\и.

Героиновую зависимость часто лечили холинолитиками и курареподобными веществами. В последние годы атропин применяют в количествах, вызывающих абстинентный делирий и онемение. Левый. Атропина сульфат 0,1% - 6-8 мл. Делирий или онемение атропином лечат эзарином (р. эзерин 0,1%-2,0 мл подкожно каждые полчаса до полного исчезновения бредовых расстройств).

Если А/D падает, когда вы его отправляете. Кофеин бензоат 20%-2,0 т\r и р-р. Glucosae 40%-20,0 вводят внутривенно. При нарушении сна вводят внутримышечно 5 мг аминазина или тизерцина и 2 мл кордиамина.

Атропиновый делирий сменяется астенией в течение нескольких дней. Желание наркомана употребить вещество либо снижается, либо полностью притупляется. Если симптомы отмены полностью не исчезают, атропин снова вводят в больших количествах. После терапии атропинокоматоза пироксаном, феназепамом, папаверином вечером делают горячие ванночки на ноги.

Ф.Г. Хоффман и Е.С. Лешаков предложил лечить героиновую абстиненцию амитриптилином (60 мг амитриптилина внутривенно). Развившееся состояние делирия быстро лечится эзерином.

Очень широко применяют также сульфозин (от 5,0 до 10,0 мл 1 раз в сутки в течение 2-4 дней (5-6 инъекций)), пирогенал (250-1000 мД) через 1-2 дня (6-8 инъекций).

Первый этап лечения наркомании длится 3-4 недели, но больных астенией лечат до госпитализации. Второй этап лечения состоит из активной и симптоматической терапии. Основным методом лечения является психотерапия. В основном проводят гипноз, и у больного вырабатывается

отрицательный рефлекс на препарат, у него повышается воля, его убеждают в активном выздоровлении.

Лекарственная терапия: раствор. Магnezия сульфат 25%-10,0 мл внутривенно, р-р. Апоморфин 0,5%-0,1-0,2 вводят подкожно. Особенно необходимым веществом считается пирacetам – 2-4-6 г. и день.

Методы физиотерапии: ванны, гальванизация, электрофорез, токи д-Арсонваля, аппликации в парафине, лечение ультрафиолетовыми лучами, электросон (1-2-часовые сеансы проводятся с 10-15 до 20-30).

На втором этапе проводится трудотерапия (трудотерапия).

Третий этап лечения – укрепляющая терапия (проводится в течение 5 лет). В этот период больные должны находиться в наркологическом кабинете. В это время проводят психотерапевтические, условнорефлекторные, общеукрепляющие процедуры.

4. ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВИДЫ ЗАВИСИМОСТИ.

Кокаиновая зависимость. Кокаин — это алкалоидное вещество, получаемое из листьев коки, произрастающих в Южной Америке. Когда люди употребляют кокаин, они испытывают состояние эйфории с повышением мыслительных способностей, бдительности и подвижности. В результате у них появляются слабость, раздражительность, расслабление мышц и тремор.

□ В первый год болезни у больных развиваются глубокие изменения личности, к которым относятся слепота, неуверенность в себе, мелочность, гневливость, отсутствие заботы о себе. При хроническом употреблении кокаина наблюдаются психозы с ревнивыми и персекуторными искушениями, устрашающими зрительными и сенсорными галлюцинациями. Состояния юмора будут недоразвиты.

□ Барбитуромания (наркомания). Часто встречается у больных, страдающих алкоголизмом, опиумной зависимостью, или у людей, длительно страдающих бессонницей. У лиц с последним состоянием снотворное действие барбитуратов усиливается, приводя к состоянию эйфории. Именно это состояние эйфории делает больных зависимыми от барбитуратов.

□ Развитие заболевания такое же, как и при других наркоманиях. Гуморальные состояния тяжелые и выражаются резкой астенией, бессонницей, беспокойством, мышечными спазмами, диареей. Судороги, психозы юмора (делирий, галлюциноз) могут наблюдаться у больных на 4-5-й день юмора.

□ При длительном применении барбитуратов у больных отмечаются хроническая эйфория, гнев, беспокойство, снижение памяти и когнитивных функций, неврологические изменения (нарушение произношения, тремор, потеря равновесия).

□ Зависимость от психоактивных веществ (амфетамины - фенамин, фенатин; эфедрон). При приеме этих веществ возникает эйфория, которая наполняется энергией, возбуждением, повышенной активностью.

□ Юмор выражается такими изменениями, как длительная бессонница, состояние депрессии с самообвинением, суицид. Часто наблюдаются такие изменения, как потеря сознания, психозы с возбуждением, иногда персекуторные и реляционные искушения, слуховые, зрительные и сенсорные галлюцинации.

□ Наркомания галлюциногенов (лизергеновая кислота и др.). Больной быстро привыкает к этим веществам. У больных наблюдаются депрессия, мания, делирий, галлюцинаторно-обсессивный психоз и деперсонализация.

Наркомания.

Токсикомания – это состояние временного или хронического отравления, вызванное употреблением природных и искусственных токсических веществ. К веществам, вызывающим привыкание, относятся

некоторые лекарственные средства, не входящие в перечень наркотических веществ, ядовитые вещества в пищевой и промышленной промышленности. У наркоманов, как и у наркоманов, отмечается усиление склонности и резистентности к этим веществам, возникновение аффективных состояний.

□ Токсикомании, возникающие при употреблении психофармакологических веществ. Больные могут стать зависимыми от любого психофармакологического вещества, улучшающего их состояние. Это состояние часто наблюдается при длительном лечении психотропными веществами (транквилизаторы, антидепрессанты - антидепрессанты) или у психопатических лиц, неврозов и ипохондрических больных с психическими заболеваниями.

□ До сих пор нет единого мнения о признаках зависимости от психофармакологических веществ. Однако многие эксперименты показывают, что имеется физическая склонность к «мягким» нейролептикам, а в состоянии юмора наблюдаются головокружение, боли, учащенное сердцебиение, тремор, потеря сознания, эпилептические припадки, психоз.

□ Также может быть склонность к психотропным веществам группы бензодиазепинов. При длительном употреблении этих веществ отмечается повышение толерантности к ним, настроения (страх, бессонница, беспокойство, обильное потоотделение, беспокойство), что свидетельствует о формировании физической склонности. Физическая склонность, в случае вегетативных изменений, наблюдается и при злоупотреблении антидепрессантами.

□ При хроническом употреблении психофармакологических веществ постепенно развиваются изменения личности, характерные для токсических зависимостей. Эти изменения личности характеризуются нерегулярностью, спутанностью сознания, отсутствием самоконтроля, гневом, перепадами настроения и сосредоточенностью на лечении.

□ Токсические зависимости, возникающие при употреблении стимуляторов. Токсические пристрастия в этом случае возникают при злоупотреблении стимуляторами мозговой деятельности (центедрин, кофеин и др.), которые не входят в перечень наркотических веществ. При приеме этих веществ появляются такие состояния, как освежение, полная сил и облегчение. Через короткое время это состояние заканчивается расслаблением, депрессией, головной болью, ломотой в теле. Больные вынуждены многократно принимать эти вещества, что приводит к наркомании. Пристрастие к стимуляторам часто встречается у психопатических (неуверенных в себе, нерешительных, часто сонливых, склонных к утомлению) лиц.

□ Наблюдаются гуморальные состояния при резком прекращении приема этих веществ. У больных могут развиваться бессознательное состояние, делирий и возбуждение. Кроме того, наряду со зрительными, слуховыми и сенсорными галлюцинациями возникают навязчивые, галлюцинаторно-обсессивные психозы. Иногда могут наблюдаться гипомания и экстаз.

□ Эта токсикомания возникает при длительном употреблении очень горького чая. Возбудитель – содержащиеся в чае алкалоиды кофеина.

□ Токсикомания в результате злоупотребления циклодолом. Препараты, применяемые против паркинсонизма (циклодол, артан, ромпаркин, паркопан), могут вызывать эйфорию, опьянение или галлюцинации при приеме в 2-4 раза больших дозах, чем в малых.

□ Делирии, сопровождающиеся устрашающими зрительными галлюцинациями (пауки, мелкие животные, жуки) или слуховыми галлюцинациями, наблюдаются при увеличении потребления этих веществ. Кроме того, могут возникать психозы с острым перцептивным, персекуторным, реляционным, «аффективным» навязчивым возбуждением.

□ Через 1-1,5 года начинается хронический период заболевания. Стойкость достигает 30-40 таблеток. Состояние юмора наблюдается в виде тремора рук

и тела, мышечных болей, скованности, болей в суставах и позвоночнике, учащенного сердцебиения, беспокойства, страха.

□ В позднем периоде заболевания отмечается ухудшение психически и физических склонностей, снижение органического интеллекта.



□ Токсические зависимости, вызванные запахом химикатов, используемых в бизнесе и в быту. К веществам этой категории относятся бензин, растворители лакокрасочных материалов, пятновыводители, химические клеи. Они вдыхаются в основном через рот и нос. При остром отравлении (интоксикации) появляется состояние эйфории, которое представлено галлюцинациями красочного, драматического, фантастического содержания и основано на затемнении сознания.

□ Психическая зависимость от химического вещества возникает очень быстро и в течение месяца переходит в форму хронического потребления. Пациенты начинают испытывать изменения в личности и неадекватное поведение.

□ Если не употреблять эти вещества в течение 2-3 дней, нарушатся сердцебиение, артериальное давление, появятся тремор рук, трепетание век,

отеки тела. Кроме этих гуморальных симптомов у больных отмечаются гнев, печаль, беспокойство, тревога, депрессия, апатия, расслабленность, астения в течение 5-7 дней.

□ По мере прогрессирования заболевания у больных начинают проявляться изменения личности. У них наблюдаются аффективная изменчивость, дисфория, гневливость, толерантность, агрессивность, глубокие изменения интеллекта. Больные вскоре становятся нетрудоспособными, ходят по улицам, совершают противоправные действия.

5. ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ.

Следует отметить, что при наркомании прежде всего угасает воля больного и формируется стойкое влечение к наркотику. Постепенно эта тенденция усиливается, больной становится бессилем с ней бороться, развивается синдром психической зависимости. Ум пациента сосредоточен на поиске и употреблении наркотиков. При синдроме психической зависимости отсутствие лекарств вызывает у больного постоянно неприятное настроение, которое неизбежно становится сварливым. А в день употребления препарата у него снова поднимается настроение, то есть в его поведении появляются положительные черты.

По мнению специалистов, при синдроме психической зависимости происходит борьба целей и желаний в мозгу, противоречивые мысли, поток желаний и фантазий, не покидающих мозг. Конечно, эти процессы в мозгу зависят от вида наркотиков, от того, сколько и сколько лет их употребляют. Следует отметить, что больной, только начавший принимать наркотики, не может сразу понять возникшую у него психическую зависимость. Ходит туда-сюда, застревая в возникшей у него ситуации

останки. Сложность выхода из наркотической зависимости состоит в том, что помимо психической зависимости больной вовлекается в

наркоторговлю и становится преступником. Для больного, принимающего наркотики, характерны неудовлетворенность бытом, необоснованные ссоры, злость, постоянная неудовлетворенность, а также появление непроизвольного оживления при разговоре о поиске наркотиков.

При синдроме психической зависимости происходят резкие изменения внутреннего мира больного, начинает меняться отношение к близким родственникам, детям и родителям, между ними исчезает привязанность. В поведении больного формируется специфическое упрямство и упрямство, он пытается подтвердить свое мнение или оправдать свои плохие поступки, несмотря на критику близких. Правда, иногда больной осознает, что страдает тяжелой болезнью, и пытается вернуться с этого пути, но вернуться к полноценному, здоровому образу жизни, как раньше, очень сложно. В таких ситуациях сотрудничество больного, его родственников, психологов, наркологов может дать положительный результат. Иногда результат отказа больного от медико-психологических методов лечения со словами «сам начал, прекращу» приводит к переходу в более тяжелую форму наркомании.

Психическая зависимость может удовлетворяться не только определенным наркотиком, но иногда и влиянием других видов. При наркомании синдром психической зависимости представляет собой синдром, начинающийся очень рано и продолжающийся длительное время. Даже после прекращения приема наркотиков больной длительное время не может выйти из психической зависимости. Именно поэтому им всегда нужна психологическая помощь. Определение синдрома психической зависимости на ранних стадиях требует от психолога высокого уровня интеллекта и мастерства. Потому что больной различными способами скрывает, что принимает наркотики, и не знает, что у него психическая зависимость. По мере прогрессирования заболевания начинают формироваться синдромы абстиненции и физической зависимости (компульсивные), более тяжелые, чем синдром психической зависимости. Больной начинает употреблять

наркотики в больших количествах, и в результате такие жизненные инстинкты, как секс, голод и защитные инстинкты, становятся для него второй натурой.

Это станет джали. Компульсивный синдром протекает тяжелее, чем абстинентный синдром. Компульсивный синдром в полной мере отражается на поведении больного, т.е. пациент всегда ищет лекарства. При физической зависимости, если больной меняет постоянно принимаемый препарат на другой, он не испытывает удовлетворения и ходит в унылом состоянии. Итак, нанесение помады на определенный вид препарата является одним из симптомов компульсивного синдрома и является признаком того, что организм привык к этому конкретному препарату. Если этот препарат не принимать или полностью прекратить, развивается синдром отмены. Клинические проявления абстинентного синдрома разнообразны и в основном характеризуются вспыльчивостью, бессонницей, тремором рук или всего тела, в тяжелых случаях судорогами, нарушением сердечной и дыхательной деятельности.

Для всех видов наркомании характерно появление в организме толерантности к принимаемому веществу, поэтому больной всегда вынужден увеличивать количество наркотика. В противном случае эйфория не наступает или развивается абстинентный синдром.

Хроническое употребление наркотиков создает состояние опьянения, при котором личность больного патологически изменяется, нередко наблюдаются острые психозы. Потому что наркотики отличаются от других фармакологических средств быстрым воздействием на психику. Также препараты с первых дней оказывают негативное влияние на сосуды и паренхиматозные органы. Позже нарушается деятельность всех органов и тканей в организме.



ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения наркоманов прекрасно освещены в специальной литературе и учебниках. Но медицинскому психологу необходимо знать ряд законов, связанных с лечением больных.

Во-первых, больной должен быть госпитализирован, так как неприятные состояния, наблюдаемые во время лечения, и повторное возникновение абстинентного синдрома вынуждают потребителя повторно использовать наркотик. Лечебные процедуры следует начинать с прекращения приема препаратов под наблюдением нарколога. У здоровых и молодых пациентов прием препарата можно прекратить внезапно и полностью, тогда как у пожилых и сильно истощенных больных этот процесс проводят постепенно. Лечение наркомании обычно проводится в несколько этапов. К ним относятся дезинтоксикационные процедуры, лечение психопатологических и соматоневрологических расстройств, устранение

нарушений обмена веществ, проведение лечебных мероприятий, направленных против основных механизмов психической зависимости, проведение лечебных мероприятий против рецидива заболевания.

С целью дезинтоксикации реополиглюкин, изотонический раствор натрия хлорида и другие электролиты по 2000 мл в сутки. будет отправлен в В зависимости от потребности также заказываются препараты крови и чистая кровь. В тяжелых случаях проводят процедуры гемосорбции и гемодиализа. Также внутримышечно вводят 10 мл 10% хлорида кальция, 10 мл 30% тиосульфата натрия, 5-10 мл 25% сульфата магния, 5-10 мл 5% унитиола.

При лечении абстинентного синдрома, от психотропных средств, 2,5% аминазин 1-3 мл в/в, п/о в течение 5-7 дней или 2,5% тизерцин 2-4 мл в/в, п/о, 1% дифенгидрамин 1 -2 мл, 0,5% валиум 2-4 мл т/и, м/о к. Также можно назначить такие препараты, как кордиамин, камфора, кофеин, мепробамат, галоперидол. Кордиамин определенно рекомендуется для поддержания нормальной функции сердца и дыхания. Из нейролептиков неуплептил 10-20 мг в сутки, соннапакс 100 мг. из нейролептиков длительного действия пипортил 2 мг. с 1 раза в 2 недели, затем 1 раз в месяц. Назначаются антидепрессанты, такие как флуоксетин и золофт. Безусловно, лечение наркомании – очень сложный и трудоемкий процесс, и методы лечения фармакологическими препаратами подробно описаны в учебниках наркологии. Методы психотерапии, используемые при лечении наркомании, варьируются от простой беседы до гипноза. Психоаналитические методы также очень эффективны. Физическая активность больного положительно влияет на лечебный процесс.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Заболевание лечится в 3 основных этапа:

□ 1) начальную стадию - проводят дезинтоксикационные, общеукрепляющие и освежающие методы с прекращением приема лекарств;

□ 2) основной этап - применение эффективных методов борьбы с наркотиками;

□ 3) этап поддерживающего лечения.

□ При лечении аффективных состояний используются седативные препараты. Пирроксан улучшает настроение у зависимых от опиума и кодеина. Уменьшает бессонницу и тягу к наркотикам. Препарат вводят внутривенно, внутримышечно и внутрь в течение 5-7 дней. Транквилизаторы: элениум, седуксен (сибазон, реланиум), рудотел, мебикар дают хорошие результаты при тревоге, страхе, боязни, нарушениях сна, вегетативных изменениях. Оксазепам (тазепам, нозепам) применяют при тревожно-депрессивных состояниях. Кроме того, можно использовать френолон, триседил, галоперидол.

□ При наркотической влге сульфазин (5,0-10,0 мл 1 раз в 2-4 дня, повтор 5-6 раз), пирогенал 250-1000 МПД через день, 30% раствор тиосульфата натрия в 5-10 мл глюкозы (в 10-15 раз), применяют сульфат магния, унитиол, витамины А, В, С, РР, Е.

□ При затяжных астенических состояниях применяют соединения фосфора: кальция глицерофосфат по 0,2 г 3 раза в день, фитин по 0,25 3 раза в день.

□ При беспокойстве, бессоннице, возбуждении можно применять 1-3 мл раствора аминазина по 1-3 мл внутримышечно или внутривенно с глюкозой 1-2 раза в день в течение 5-7 дней, тизерцин, димедрол, пипольфен. Бессонницу лечить сложнее, и вместе с лекарствами следует использовать методы электросна, психотерапию, выдерживание ног в теплой воде.

6. ГАШИШНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.

На сегодняшний день проблема наркомании считается главной проблемой в каждой стране мира. Потребление наркотических средств и других веществ, полученных из гашиша и конопли, растет с каждым годом. Несмотря на то, что она считается чрезвычайно важной проблемой и

изучается, она все больше развивается в основном в Центрально-Азиатском регионе и нашей Республике.

ЭТИОЛОГИЯ.

Гашишомания — это зависимость, вызванная употреблением всех видов веществ, полученных из каннабиса, и гашиша. Смолистое вещество, извлеченное из конопли, используется для наркотического употребления, а 9-дельтатетраканнабинол дает опьяняющий эффект. Наибольшее его количество содержится в индийской конопле, собранное смолистое вещество сушат и в некоторых случаях прессуют. Полученные вещества называют по-разному: конопля, гашиш. Из каждого вида конопли делают различные препараты: каннабис, марихуана, гашиш, гусус, план, харас, банг, дагга, киф. Также производится синтетический гидроканнабинол.

КЛИНИЧЕСКАЯ СЦЕНА. ГАШИШНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ.

Проявление интоксикации зависит от дозы тетрагидроканнабинола и индивидуальных особенностей. Каннабис можно употреблять по-разному — курить, жевать и пить. Его действие начинается через 5-10 минут при курении и через 15-20 минут при приеме внутрь. Гашишная интоксикация делится на 4 стадии.

1 этап. Начинается через 5-10 минут. Возникает тревога, окружение выглядит подозрительно. Этот этап короткий и длится 5-10 минут.

2 этапа. Наблюдается эйфория, нарастают психосенсорные расстройства, постепенно появляются расстройства от сужения сознания до оцепенения или состояния молитвы. Последовательность возникновения и проявления некоторых симптомов варьируется от человека к человеку, но они постоянны, если у человека рецидив.

3 этапа. Эта стадия представляет собой психотическое состояние, сопровождающееся спутанностью сознания и обсессивно-компульсивным расстройством.

4 этапа. Эта стадия является стадией распространения интоксикации. Проявляется астеническим состоянием, сопровождающимся сильным голодом и жаждой. Затем наступает продолжительный (до 12 часов), но беспокойный сон. При курении гашиша опьянение ограничивается легкой субпсихотической интоксикацией.



УРОВНИ ГАШИШНОГО ПЬЯНИЯ. ЛЕГКАЯ СУБПСИХОТИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ.

Это состояние возникает через 10-15 минут после употребления (курения) гашиша. Действие гашишных препаратов начинается с чувства голода и чувства жажды, и постепенно ощущение жара распространяется по всему телу, появляется желание играть и резвиться. Аффективные обмены, от безудержной радости до моментов страха и ужаса, являются основными

проявлениями опьянения. Он заставляет окружающих смеяться без умолку, который не остановить даже его действиями. Этот смех вызывается безобидными, несмешными словами, жестами и видимыми событиями. Эти вещи также относятся к страху и панике. Разница между опьянением гашишем и состоянием опьянения от стимуляторов не в активности желаний, а в отношении к характеру. Даже лежа они совершают различные движения, постукивают руками, корчат рожи и говорят жестами. Им не свойственна целенаправленная деятельность, они не концентрируются на одном месте, мысли появляются легко и быстро меняются. Используют несвязанные предложения. Отношения с окружающими становятся более узкими, нарушается понимание друг друга, появляется импульсивность.

ТЯЖЕЛОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ.

Это состояние развивается в результате повышенной чувствительности человека к гашишу или передозировке. Эта спутанность наблюдается на пике интоксикации или при внезапном исходном состоянии. Аффективные реакции, выражающие растерянность, непонимание происходящего в окружающем, незнание окружающих людей, чередуются со страхом, горечью, радостью без причины, смех сменяется плачем. Искушения можно наблюдать. Ориентировка во времени и месте нарушена. Он с трудом вступает в разговор. Делирийно-онероидный синдром возникает после легкой интоксикации, которая постепенно нарастает, а затем переходит в психотическое состояние. Такое изменение можно ограничить «онейрическим экстазом». Отстраненные больные не погружаются в мир сновидческих фантазий, не вступают в разговор, не отвечают на вопросы, отталкиваются. В онероидной среде появляются бредовые бляшки или развивается делирий.

СТАДИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАШИША.

До формирования 1 стадии наблюдается эпизодическое курение гашиша (3-4 раза в месяц). Эпизодическое применение препарата наблюдалось у трети больных в течение 1–3 мес, у половины — в течение 4–7 мес, у остальных — в течение 8 и более мес. Большинство больных (2/3) на начальной стадии клиники гашишной зависимости испытывают чувство радости, удовольствия, счастья, легкости в мыслях, энергии, полового возбуждения, а у 1/4 больных - приятное головокружение, умиротворение. ощущением легкости, приятной тяжести. У остальных больных наркотическая интоксикация на начальном этапе проявляется деперсонализацией, сновидческими переживаниями и чувством облегчения. При первом употреблении гашиша могут наблюдаться следующие неприятные ощущения: головная боль, головокружение, тошнота, паника, страх, но эти явления пройдут при следующем употреблении препарата. Многие подростки употребляют гашиш только нерегулярно, когда собирается их компания. Явных признаков зависимости в данном случае не выявляется. Эпизодическое курение может не привести к формированию физической зависимости даже в течение 2-3 лет. Если вы курите ежедневно или почти ежедневно, первые признаки зависимости могут проявиться через 1-2 месяца. 1-я стадия гашишной зависимости характеризуется появлением психической зависимости – при прекращении курения появляются астения и сонливость. Они постоянно ищут гашиш, и ландшафт опьянения тоже меняется. С исчезновением страха и паники радость, счастье и удовольствие становятся постоянными и очевидными. У части больных приятные переживания чередуются с депрессией, сопровождающейся депрессией, паникой, аффективными вспышками, демонстративным суицидальным поведением. Социальная адаптация у подростков происходит быстрее, чем у взрослых. Хотя имеет место психическая зависимость, без соблюдения

периода интоксикации вегетативные расстройства менее выражены. Обращают на себя внимание холодные, потные ладони и, в некоторых случаях, гипогликемический уровень сахара в крови. 2-я стадия гашишной зависимости характеризуется дальнейшим развитием толерантности к наркотику: гашиш употребляют 10 раз в день и более. Меняется и форма употребления наркотиков. Теперь пациенты употребляют гашиш в одиночестве, потому что компании слишком много для пациента, чтобы достичь ожидаемого состояния. Изменяется и клиника гашишной интоксикации: при гашишной интоксикации больные не испытывают прежних ощущений удовольствия, счастья, силы, полового возбуждения, вместо них появляется желание «посидеть спокойно и поспать». Часто больные утверждают, что рождаются какие-то гениальные идеи, понятные им. Такая ситуация типична для гашишной интоксикации. Для 2-й стадии характерно наличие синдрома, проявляющегося рядом психически и соматовегетативных расстройств. В состоянии абстиненции больные становятся возбужденными, несдержанными, эмоционально лабильными, безразличными ко всему, кроме гашиша. Сон, аппетит нарушен. У больных появляется чувство тяжести в голове. Головные боли, неприятные ощущения в области сердца и мышц. Наблюдаются пепельный тремор, гипергидроз. Гуморальный синдром достигает своего пика на 4-5 день после окончания приема препарата и продолжается от 2-3 дней до 15-17 дней. У 2/3 больных через 8 мес непрерывного употребления появляется сформировавшийся ксумор-синдром. На второй стадии гашишной зависимости психопатия является ее неотъемлемой частью. Различают астенический, апатический и взрывной типы психопатии. При этом происходят соматические изменения – увеличивается общее снижение массы тела. Из-за снижения тестостерона в крови, постоянной избыточной выработки эстрогенов у юношей наблюдается феминизация (как у женщины). Иммунные реакции также снижаются.

Средняя продолжительность 2-й стадии гашишной зависимости составляет 6 лет.

Снижение толерантности к препарату, который принимается регулярно и только изолированно, характерно для 3-й стадии клиники гашишной зависимости. Без гашишной интоксикации больные вялые, безразличны ко всему, кроме гашиша. На этой стадии заболевания прием обычных препаратов не приводит к повышению настроения и активности. Наблюдаемой ранее скорости мысли уже не будет. При гашишной интоксикации 3 степени; характерно чувство полного покоя, отрешенности от окружающего, равнодушия. Мир воспринимается как туман.



РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАШИША.

Различают 3 типа течения гашишной зависимости: медленно прогрессирующее течение (у 1/10 больных), среднепрогрессирующее течение (более чем у половины больных) и активнопрогрессирующее течение (более чем у 1/3 больных). Течение гашишной зависимости определяется следующими заболеваниями: длительностью периода эпизодического употребления гашиша, интенсивностью суточного приема наркотика в начале регулярного употребления и длительностью периода эпизодического употребления гашиша, интенсивность суточного приема препарата в начале регулярного приема и психическая продолжительность периода формирования синдрома зависимости. Медленнопрогрессирующий тип гашишной зависимости обычно формируется у лиц с относительно благополучным микросоциальным окружением и нормальным социальным мировоззрением, при этом патологических изменений до заболевания не наблюдалось. За развитие гашишной зависимости ответственны следующие факторы: длительное воздействие опытных наркоманов, легкий доступ к гашишу и ошибочное представление о его безвредности, а позднее формирование влечения к гашишу. При этом виде наркомании продолжительность периода эпизодического употребления гашиша превышает 7 месяцев. В начале регулярного потребления доза гашиша в день составляет 3 сигареты с добавлением гашиша. Продолжительность периода формирования синдрома психической зависимости превышает 7 мес. Основные симптомы и синдромы гашишной зависимости развиваются в течение длительного периода времени и обычно бывают маловыраженными. Постепенно формируются личностные изменения, которые проявляются психическим снижением не столь отдаленных процессов психической памяти и патохарактерологическими изменениями астено-ипохондрического

типа личности. Эти изменения негативно сказываются на психической, физической и социальной адаптации больных.

Среднепрогредиентный тип гашишной зависимости наблюдается у лиц, не соответствующих вышеперечисленным микросоциальным факторам в преморбидном периоде и преморбидной девиантности личности. Продолжительность периода эпизодического употребления гашиша составляет 4-7 месяцев, в начальный период регулярного потребления суточная доза гашиша составляет 4-8 сигарет с гашишем в день. Продолжительность периода формирования синдрома психической зависимости составляет 3-6 мес. Симптомы и синдромы заболевания формируются в более короткие сроки и выражены более ярко, чем при медленно прогрессирующем течении гашишной зависимости. Изменения личности также формируются в более короткий период времени.

ГАШИШНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Нарушение ориентировок характерно для гашишного делирия, нарушается аллопсихическая ориентировка, сохраняется аутопсихическая ориентировка. Наблюдаются опасные, пугающие и сценические галлюцинации. Этот процесс сопровождается панической защитой от вандализма или страха. Продолжительность делирия длится от 1 нескольких часов до 2-5 дней.

7. СУМЕРЕЧНОЕ РАССТРОЙСТВО СОЗНАНИЯ.

Молитвенное расстройство сознания проявляется в ненаправленных движениях, фугообразном бесцельном беге, в дальнейшем может привести к амнезии.

ПСИХОЗЫ, ПОДОБНЫЕ ШИЗОФРЕНИИ, ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАШИША.

Более затяжные шизоформные расстройства описаны при гашишной зависимости. Зависимые от гашиша склонны к клиническим состояниям, которые трудно отличить от шизофренических состояний. Заболевание постепенно начинается с нарушений сна, расстройств настроения, гиперактивности, необъяснимой раздражительности, мыслей преследования, слуховых галлюцинаций описательного или пугающего характера. Наряду с развитием психически симптомов в ряде случаев развивается синдром Кандинского-Клерамбо, появляется психомоторное возбуждение, требующее неотложной помощи. У части больных наблюдаются онероидные, субступорные состояния. Психозы могут длиться 2-6 месяцев и заканчиваться астеническими, апато-аболическими состояниями.

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАШИША.

Лечение гашишной зависимости проводится в 3 этапа.

1. Лекарственная терапия - Лечение абстиненции.
2. Активная терапия - соблюдение режима дня, трудотерапия с продленным рабочим днем.
3. Усиливающая терапия – на этом этапе больной должен находиться под контролем наркологического кабинета. Главный принцип лечения наркомании, особенно гашишной зависимости, заключается в немедленном прекращении употребления наркотика. Поведенческий контроль требует длительного (не менее 1 месяца) стационарного лечения, предшествующего употреблению не только гашиша, но и других веществ, вызывающих привыкание. Лечение абстинентного синдрома зависит от клинической

картины заболевания и общего состояния организма. При лечении абстиненции используются следующие препараты.

1. Сол. Глюкоза 40%-20,0 + р-р. acidi ascorbinici 5%-5,0 в\в ежедневно в течение 10 дней.
2. Сол. Натрий тиосульфат 30%-10,0 в\в ежедневно в течение 10 дней.
3. Сол. Кальция хлорид 10%-10,0 в\в ежедневно в течение 10 дней.
4. Сол. Магнезии сульфат 25% - 10,0 в\в ежедневно в 1-й день.
5. Гемодези 400,0 в\в по каплям.
6. Сол. Пирацетам 20%-10,0 в\в ежедневно в течение 10 дней.

Витаминотерапия.

1. Сол. вит. В1 5%-3,0-4,0 м\о 10 дней.
2. Сол. вит. В6 5%-3,0-4,0 м\о 10 дней.
3. Сол. вит. В12 0,02%-1,0 м\о 10 дней.
4. Сол. вит. ПП 1% -1,0-2,0 м\о 10 дней.

При общей нервозности, панических и астенических состояниях назначают амизил по 0,01-0,01 г 1 раз в сутки в течение 15-20 дней.

Элениум 5-10 мг 2-3 раза в день при дисфории, панике, страхе и внутреннем расстройстве.

Бессонница, паника, седуксен 5 мг 10 дней или радедорм 5-10 мг вечером 10-15 дней.

Феназепам 0,0005 - 0,001 2-4 раза в день является наиболее эффективным среди препаратов, оказывающих положительное действие при повышенной возбудимости, беспокойстве, внутреннем расстройстве.

При искушении трифтазин 0,02% 1-2 мл п\о или 5 мг вначале, затем 10-3-мг выпить.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА НАРКОЗАВИСИМЫХ.

Борьба с наркоманией ведется во всех контингентах земли, в том числе на кафедре психиатрии АДТИ и проводится ряд лечебных работ в АОПНД. В основе лечебных мероприятий лежит применение методов психотерапии у наркозависимых и их эффективное воздействие, а также меры профилактики.

Патологические изменения наблюдались во всех эмоциональных стадиях этих больных. Начато преимущественно психотерапевтическое лечение. Психотерапевтический метод дает бесплатный и хороший результат в комплексном лечении зависимости.

В заключение можно сказать, что использование метода психотерапии у наркоманов, преимущества психотерапевтического лечения, получение большего результата при употреблении меньшего количества наркотиков, усиление воли наркоманов, расширение их кругозора, обогащение их интереса к наркотикам, характерные особенности и заключается в изучении психопатологических особенностей после перенесенного заболевания и предупреждении следующих неприятных ситуаций, т.е. наркомании.

8. ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ – ВЕДУЩИЙ ФАКТОР К НАРКОМАНИИ.

Проблема наркомании – это название и описание большого комплекса проблем под названием «человек и окружающая среда».

Зависимость основана на биологической, генетической, частичной норадреналиновой и серотониновой системе, а также неудовлетворенности нейромедиаторной системы. Процессы метаболизма и синтеза этих веществ, которые не являются в полной мере полноценными, субъективно вызывают дискомфорт в головном мозге, то есть различные проявления депрессивного синдрома можно оценивать в целом.

Симптомы депрессии могут появиться в раннем возрасте. Для таких детей характерна сонливость и беспокойство с раннего возраста. До школьного возраста и школьного возраста таких детей можно считать гиперактивными. Помимо импульсивности, у них наблюдается перемена внимания, их привлекают обычные дома, получают внимание взрослых и групп, с озорством и волнением. Компенсация Из-за внутреннего дискомфорта у этих детей рано пробуждается стремление к удовлетворению: они любят сладкое, едят непривычную пищу, рано приучаются к продуктам, содержащим кофеин. Гормональная активность начинается в возрасте 10-11 лет, нарастают признаки поведенческих изменений. Дети образуют группы, их социальное поведение направлено на улучшение состояния группы. Это требует твердой уверенности в себе, отрицания всех признанных ценностей вплоть до вандализма, территориальных войн с другими группами.

Краткое содержание:

Полученные результаты показывают, что семья и школа могут авторитарно удерживать детей, многочисленные выговоры и побои приводят к десоциализации ребенка. В этом возрасте больше случаев ухода из дома, воровства для покупки группы с целью завоевания авторитета. Страх наказания формирует эту реакцию бегства. Ребенок уходит из семьи, его поведение зависит от мнения группы, патриарх может быть асоциальным «авторитетом», что определяется триединством наркомании.

Практические меры по снижению распространения наркомании:

1. Выделение опасной группы с 5-6 лет: гиперактивные дети; Аффективно нетерпеливые дети, не признающие внимания взрослых.
2. Оказание долговременной и непрерывной медицинской помощи детям, психологическая реабилитация детей и родителей.
3. Периодически проводить семинары для воспитателей и педагогов по коррекции медико-психологических проблем у детей, поведение которых меняется.

НАРКОМАНИЯ И САМОУБИЙСТВА.

Случаи суицида в настоящее время являются острой проблемой, такой же, как наркомания и алкоголизм.

В 2004-2005 годах изучались психопатологические состояния суицидов, находившихся на лечении в отделениях Андижанского филиала РШТИОИМ. В ходе наших исследований мы выяснили, что случаи суицида у людей, покончивших с собой, происходили в экстренной ситуации.

Среди наблюдаемых нами самоубийств были выявлены лица, злоупотребляющие наркотиками и алкоголем. Острые психические расстройства наблюдаются у наркоманов при выходе из абстиненции. Преимущественно наблюдается состояние глубокой депрессии. В это время среди них много случаев суицида. Люди, злоупотребляющие алкоголем, часто кончают жизнь самоубийством во время воздержания. Все мы должны вовремя выявлять таких больных и правильно их лечить, чтобы не допустить суицидальных случаев.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРКОМАНИЯ.

Наркомания – заболевание, характеризующееся развитием психической и физической зависимости и непреодолимым желанием принять наркотик в результате чрезмерного употребления наркотиков. Проблема наркомании является частью большого комплекса проблем под названием «Человек и окружающая среда» и является его отражением. Важную роль в развитии зависимости играют следующие факторы: социальный фактор, психологический фактор, физиологический фактор, генетический фактор.

Депрессивные расстройства развиваются на разных уровнях и проявляются в разных клинических проявлениях у больных наркоманией. Среди 68 пациентов с депрессивным расстройством, находящихся на

стационарном лечении, выявлено 56 (82,4%) мужчин и 12 (17,6%) женщин. Для таких больных характерны нарушения сна и беспокойство. У больных отмечаются изменения внимания, снижение памяти, сужение мыслительных способностей. Среди них 23 (33,9%) панических депрессивных, 15 (22,2%) депрессивных, 10 (14,8%) адинамических субдепрессивных, 9 (13,4%) ипохондрических депрессивных, 7 апатических субдепрессивных (10,3%), сенестопатическая депрессия выявлена у 3 человек. случаев (4,4%).

На основании вышеизложенных наблюдений и проведенных лечебных мероприятий можно сделать следующий вывод.

Краткое содержание. Психотерапевтические методы при наркомании и депрессии лечат лекарствами, укрепляя волю этих лиц, расширяя их мировоззрение, обогащая интерес к жизни, предупреждая возникновение следующих неприятных ситуаций, т.е. депрессивных состояний при наркомании.

9. ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА НАРКОЗАВИСИМЫХ.

Проблема эпохи зависимости. Наркомания, являющаяся острой проблемой современности, день ото дня распространяется во всех контингентах земли. Большинство наркоманов – подростки. Нездоровая обстановка в семье, неумение найти свое место в социуме, неумение преодолевать трудности в среде и социуме, в среде, порождающей «объективные» и «субъективные» стрессовые ситуации, является фактором, вызывающим наркоманию у подростков. -выполнение требований и другие случаи.

В основном наркомания возникает у людей с определенным отклонением в психике, то есть со слабой эмоциональной волей.

Кроме того, такое состояние истерически акцентировано, психически инфантильно, т. е. его самостоятельная наблюдательность слаба,

впечатлительна, эмоционально напряжена, он не может преодолеть капризы обыденной жизни, впадает в депрессию.

В заключение можно сказать, что использование метода психотерапии у наркозависимых, преимущества психотерапевтического лечения, получение большего результата при употреблении меньшего количества наркотиков, усиление воли наркозависимых, расширение их кругозора, обогащение их интереса к наркотикам, их характеристика особенностей и заключается в изучении психопатологических особенностей после перенесенного заболевания и предупреждении следующих неприятных ситуаций, т.е. наркомании.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ.

Наркомания, ставшая чумой 21 века, широко распространяется по нашей планете.

За профилактику наркомании вместе борются не только врачи, правозащитники, ученые, широкая общественность, государства.

Причинами распространения наркомании можно считать: отсутствие духовной, духовной и материальной среды в семье лиц, заинтересованных в распространении наркотиков, равнодушие родителей к воспитанию детей, отсутствие правильных методов воспитания. Отсутствие выжигания, широкое использование наркорынка.

В экономически благополучных семьях чрезмерное баловство детей, предоставление им лишних денег, чем им нужно, пренебрежение детьми из-за неурядиц в других семьях, разногласий между родителями, частое оставление детей без присмотра, только взросление, быт, большие события Молодые люди, которые с интересом наблюдайте и старайтесь участвовать в их доведении до наркомании наряду с различными другими мероприятиями.

У нас в народе есть хорошая пословица «Что птица увидит в своем гнезде, то и сделает», то есть каждое поведение, взаимодействие, речь родителей прочно усваивается ребенком.

Наши исследования показали, что большая склонность к наркомании проявляется в морально неблагополучных семьях, когда в семье есть отец или мать, где отец употребляет алкоголь, употребляет различные наркотики, проявляет грубую небрежность и равнодушие к детям.

В духовном и физическом развитии ребенка несравнимо велика роль не только семьи, но и детских садов, школ, колледжей и вузов.

10. НАРКОМАНИЯ И СПИД.

По данным ООН, число больных СПИДом составляет 80 миллионов человек. от этого заболевания умерло более 20 миллионов человек. Сегодня люди, страдающие этим заболеванием, зарегистрированы во всех странах мира. В некоторых странах, расположенных в африканском регионе, проблема СПИДа/СПИДа становится национальной трагедией. В последние годы это заболевание широко распространилось среди молодого населения стран Независимого Содружества.

Изучить частоту СПИДа у наркозависимых. Число ВИЧ-инфицированных в Республике Узбекистан превысило 6000 человек, и количество зарегистрированных увеличивается с каждым годом. Также существует риск распространения данного заболевания в виде эпидемии среди населения Андижанской области. Известно, что на ранних стадиях распространения данного заболевания приоритетным был путь передачи половым путем, однако в конце 1990-х – начале 2000-х годов в развитых странах широкое распространение получило инъекционное употребление наркотиков, в основном среди молодежи. Например; Установлено, что в Украине насчитывается около 1 млн наркоманов. 80% из них употребляют

наркотики внутривенно. Исследования, проведенные методом анкетирования в образовательных учреждениях города Лейник, показали, что около 30% молодежи употребляют наркотики. Такая ситуация приводит к обострению пандемии СПИДа. Из проведенных исследований известно, что около 80% инфицированных ВИЧ являются потребителями инъекционных наркотиков, то есть основным путем передачи ВИЧ на сегодняшний день является использование игл и шприцев, загрязненных мочой больного. По мнению и анализу экспертов, пандемия СПИДа неразрывно связана с наркоманией, а борьба с наркоманией означает профилактику СПИДа. Установлено, что более 60% больных ВИЧ, проживающих в Андижанской области, являются потребителями инъекционных наркотиков. По инициативе международной организации СиДиСи (центр изучения заболевания) были проведены тесты на ВИЧ среди наркозависимых в 5 областях Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана (включая город Андижан) с целью детального изучения данной проблемы. . Помимо изучения жизни и поведения 300 потребителей инъекционных наркотиков, проживающих в Андижане, было проведено исследование сыворотки крови на ВИЧ, и 143 (47%) оказались положительными. Этот результат аналогичен результатам, полученным в других регионах, и показал распространенность передачи ВИЧ среди наркозависимых.

11. КУРЕНИЕ ТАБАКА.

Всемирная организация здравоохранения ежегодно отмечает 31 мая как Международный день без табака. Целью этого является подчеркнуть негативное влияние курения на здоровье человека и практические меры по сокращению потребления табака. В настоящее время каждый десятый взрослый человек во всем мире умирает от этой вредной привычки. Всемирная организация здравоохранения ежегодно отмечает 31 мая как Международный день без табака. Целью этого является подчеркнуть

негативное влияние курения на здоровье человека и практические меры по сокращению потребления табака.

В настоящее время каждый десятый взрослый человек во всем мире умирает от этой вредной привычки. Курение опасно, прежде всего, для здоровья детей. Оно оставляет глубокий след в экологии, а также в психике человека, приводит к особому формированию характера, гневливости, раздражительности. Не тревожит ли то, что в результате курения снижается производительность и качество труда, а также распространен рак полости рта, гортани, желудка, печени и других органов?



По мнению курильщиков: курение улучшает концентрацию внимания и умственную работоспособность. Однако следует помнить, что при временном улучшении работы нервной системы под влиянием никотина энергетические возможности головного мозга снижаются. В результате, когда человек занимается умственным трудом, он постоянно курит, а в результате обильного курения происходит сильное отравление организма пищей, у человека болит голова, тускнеет цвет, сухость во рту, привкус

плохо. То, что курят с целью улучшения работы мозга, оказывается вредным, вызывая сильную усталость человека. Из-за того, насколько вредно курение, в последнее время во многих странах был принят ряд мер по борьбе с курением. Примеры таких мер включают запрет на рекламу табака и продажу табачных изделий детям, а также запрет на курение в общественных местах и транспортных средствах.

НЕГАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ НА ОРГАНИЗМ БУДУЩЕЙ МАТЕРИ И ПЛОДА.

Женское курение губительно действует на яйцеклетку. Это, в свою очередь, вызывает бесплодие. Потому что ядовитое вещество сероводород, попадающее в организм женщины с табачным дымом, задерживает процесс созревания яйцеклетки. В свою очередь такая ситуация приводит к нарушению менструального цикла. В результате овуляция замедляет процесс отрыва фолликула от яичника и выхода из него зрелой яйцеклетки в брюшную полость. Женский организм рано стареет, а значит, и климакс наступает раньше. Также следует подчеркнуть, что не только курение будущей матери, но и привычка к курению будущего отца вредит здоровью будущего ребенка. Потому что подвижный сперматозоид (сперматозоид) уменьшается в сперме (похоте) курящего мужчины. Иногда клиент мужчин также ослабевает и у них наблюдается импотенция. Это состояние особенно наблюдается у мужчин, которые курят и страдают гипертонией.



Последствия курения в первом триместре беременности. Если курящая женщина осознает, что беременна, она не хочет внезапно бросать курить, вошедшее в привычку. Потому что организм курильщика привыкает к никотину и часто испытывает к нему тягу. Этот негативный порок, в свою очередь, приводит к плохим последствиям. Известно, что плод развивается из оплодотворенной яйцеклетки. В первые недели развития плода высока вероятность формирования различных пороков внутренних органов. Также наблюдается, что плод опускается и не развивается. Женщины старше 35 лет, выкуривающие пять сигарет в день, имеют повышенный риск рождения плода с врожденными дефектами. Если женский организм молод и здоров, период беременности пройдет без осложнений. Беременность заставляет организм будущей мамы работать в два раза быстрее. В этот период сердечно-сосудистая система также работает с перегрузкой. Кроме того, если женщины, которые курят, беременеют, у них развиваются хронические заболевания. Кровеносные сосуды сужаются во время и вскоре после

курения. Таким образом, кислород не достигает тела плода. Это приведет к его смерти. Если эмбрион погибает на ранних сроках беременности, ребенок рождается с врожденными дефектами из-за хронического недостатка кислорода на поздних сроках. Научные исследования показывают, что дети беременных женщин часто рождаются с дефектами лица и челюсти, «кроличьей» и «волчьей пастью». Эти дефекты вызваны недостатком кислорода в организме во время беременности. Эти врожденные дефекты в настоящее время лечат хирургическим путем. Но если будущая мама бросит курить до того, как забеременеет, она создаст основу для здорового рождения своего ребенка. В частности, мы бы хотели, чтобы любой родитель, который хочет, чтобы его ребенок появился на свет здоровым и имел светлое будущее, глубоко задумался, прежде чем взяться за сигарету.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКА НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.

Из всех органов и систем человека больше всего от табака страдает нервная система. Табачный яд оказывает непосредственное действие на центр высшей нервной деятельности, на нервные клетки больших полушарий.

Воздействие табака на нервную систему начинается с головокружения. Головокружение обычно прерывистое, а иногда и частое. При этом сначала в мозгу появляется какая-то пустота, становится трудно сосредоточиться, человек чувствует себя как бы не в настроении. «Все вещи как бы движутся перед глазами, и если вы закроете глаза, вы почувствуете себя невесомыми», — писал А.Ч. Стойко. При курении сужение мозговых сосудов, а также негативное влияние токсинов табака на клетки аппарата равновесия, в том числе вестибулярные ядра, расположенные в стволе головного мозга, вызывают головокружение. У больных тяжелой депрессией наблюдаются нервные расстройства, такие как быстрая утомляемость, раздражительность, ухудшение памяти, усиление раздражительности, головные боли. Курение

также негативно влияет на работу органов чувств. Хорошо известно, что многие диабетики не любят сладкое, потому что никотиновая кислота повреждает вкусовые рецепторы, снижая таким образом чувство вкуса. Тяжелое косоглазие часто сопровождается нечеткостью зрения, а иногда они не могут различать цвета. Причина всего этого в том, что употребление табака повреждает зрительный нерв. Курение также влияет на слух. Уши кашандов «забиваются», потому что постоянное воспаление барабанной перепонки распространяется на некоторые отделы органов слуха и поражает слуховой нерв, и таким образом ухудшается способность слышать.

Многие люди страдают бессонницей. Однако есть те, кто говорит, что если я не закурю перед сном, то не смогу уснуть. Некоторые из них засыпают с непотушенной сигаретой во рту, в результате чего возникает пожар или они сами его разжигают. Это связано с различным воздействием никотина на центральную нервную систему.

Например, никотиновая кислота вызывает бессонницу у преимущественно нервных людей и седативный эффект у менее нервных людей. Психические расстройства, такие как галлюцинации и бред, распространены у кашандасов. У некоторых больных после курения учащаются судороги (В.Т. Бахур, 1980).

Никотин и другие токсические вещества, содержащиеся в табаке, не только повреждают центральную нервную систему, но и негативно действуют на поверхностные нервные сосуды, повреждая нервные сети, узлы и окончания. Например, табак (никотин) повреждает одну нервную сеть или множество нервных тяжей, вызывая табачную (никотиновую) нервную болезнь. В таких случаях нервные сосуды в определенной части тела больного выходят из строя, человек становится все более напряженным и напряженным. Все это следствие длительного и непрерывного отравления нервной системы никотином. Таких пациентов следует лечить отказом от курения, а не бромом или седуксином.

12. ХРОНИЧЕСКОЕ ОТРАВЛЕНИЕ НИКОТИНОМ.

Никотин является единственной причиной психически заболеваний. У длительно и непрерывно курящих людей возникают нарушения деятельности центральной нервной системы, табачный невроз или никотиновая неврастения. У таких людей появляется расслабленность, равнодушие, отсутствие духа, лень. Они также склонны быстро утомляться и иметь частые перепады настроения. Сварливый, раздражительный, беспокойный человек всегда недоволен собой и окружающими, часто ссорится с коллегами, соседями, родственниками. Помимо поражения центральной нервной системы, курение также в определенной степени определяет ее функциональное состояние, то есть чем больше человек курит, тем хуже становится это состояние. Психические больные, в том числе больные шизофренией, часто находятся в тяжелой депрессии. В момент возникновения психически заболеваний они курят еще больше.

Некоторые люди говорят, что когда я курю, мой мозг работает лучше, мой ум лучше концентрируется, и моя умственная деятельность ускоряется. На самом деле обычный курильщик может испытать это уже после пары затяжек, потому что небольшое количество никотиновой кислоты в начале дает небольшой импульс мозгу на короткий промежуток времени. Однако затем начинается головная боль, теряется способность концентрироваться, ослабляется внимание. Вместо короткого восстановления наступает длительный период упадка, потому что никотин и другие токсины в табаке повреждают нервные клетки. Именно тогда начинаются неврозоподобные состояния, которые вновь осложняются кошмарными сновидениями во сне. Во время такого сна организм не может отдохнуть и восстановить утраченные в течение дня энергетические клетки.

По мере увеличения периода курения или количества выкуриваемого табака (1-1,5 пачки в день) функциональные изменения в центральной

нервной системе начинают сменяться физическими изменениями. У лиц пожилого возраста отмечаются психические расстройства в виде резкого снижения памяти, снижения умственных способностей. В результате атеросклеротического процесса, возникающего за поражением эластических сосудов, у пожилых людей при сильном курении или даже при обычном курении могут произойти разрывы мозговых сосудов и кровотечение, что приводит к смерти или параличу.

Эксперименты на животных и клинические наблюдения за людьми показывают, что хроническое отравление никотином в конечном итоге приводит к безошибочному поражению высшей нервной системы человека. Согласно психологическим исследованиям, проведенным среди больших групп школьников и студентов, большинство курильщиков плохо учатся и студенты, так как курение отрицательно сказывается на их успеваемости и снижает трудоспособность.

Был проведен следующий эксперимент: были взяты две группы по 9 студентов в каждой. Одна группа из них – курящие, другая – некурящие. Они одного возраста и пола. Выяснилось, что курение значительно снижает скорость обучения и памяти. Известно, что у курящих студентов память медленнее, чем у некурящих. Они даже отстают в простой задаче писать письма быстро и аккуратно. Это указывает на то, что их реакция намного медленнее.

Табак влияет не только на скорость, но и на точность реакции. Студенты, которые курили перед уроком, допускали больше ошибок. Машинистка, которая курит, делает больше ошибок и быстрее утомляется и становится беспокойной. А.А., многократный чемпион мира по шахматам. Алехин писал: «Никотин снижает память и ослабляет волю и способности, крайне необходимые для шахматного мастерства. Могу сказать, что был уверен, что впервые выиграю игру, только после того, как отказался от еды.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агаев А.Г., Ястребова Ю.И.М., Жалковская Ю.И.М. Влияние социо-битовых факторов на развитие хронического алкоголизма у генов//Вопросы психоневрологии (Азербайджанский медицинский институт). 1985 г. - Вип.11. - С.62-63.
2. Алипов В.И. Влияние алкоголизма на репродуктивную функцию//Вестник АМН СССР. 1988. - №3. - С. 53-58.
3. Альтшулер В.Б. Клинические варианты алкоголизма и генез с наличием признаков пароксимального влечения к алкоголю//Вопросы наркологии. 1988. - №4. - С. 13-16.
4. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм//Лекции по наркологии 2-е изд. /Под ред. член-корр. РАМН Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. - С. 116-134.
5. Альтшулер В.Б., Штырков А.Г. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациентов с эпилептоидными чертами характера//Наркология. № 5. - 2003. - С.29-41.
6. Анучин В.В. Некоторые вопросы клинического алкоголизма и геншин//УП Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тез. док. - М., 1981. Т. 1. - С. 199-201.
7. Анучин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б., Тимошенко В.З. Преклинические и начальные проявления хронического алкоголизма у геншин разного возраста/Проблемы подростково - юношеского и женского алкоголизма. М., 1984. - С.21-24.
8. Анучин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б. Некоторые данные становления хронического алкоголизма у генов//Актуальные вопросы наркологии. Душанбе, 1984. - С.124-127.
9. Бачериков Н.Е. Особенности анализа генов, страдающих алкоголизмом/ Труды Харьковского государственного медицинского института. Харьков, 1979. - Т.48. - С.35.
10. Бачериков Н.Е. Влияние алкоголя на женский организм. Киев: Здоровье, 1988. - 52 с.

Учебное пособие

Мирзаев Абдурахмон Алишерович

ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

(АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ)

Редактор: Махмудов Т

Корректор и дизайн: Бахридинов К.Б

Подтверждение № 188180, ТРБТР № X-25264. 15.12.2023.
Подписано в печать 26.12.2023. Формат 60x84/16. Гарнитура
“Times”.

Источник рисунка обложки: [0000000000](#)
Условный печ.л. 6.51. Тираж 10 экз. Заказ № 12.

Издательство «**JAHONA NASHR**».
170127, г. Андижан, ул. Ю.Атабекова, 1.
Телефон: +998900601058, +998901703415
e-mail: jahonanashr@gmail.com
<http://jahonanashr.uz>



0299

