***74. Понятие великого наркоманического синдрома (Гавенко + инет)***

Большой наркоманичний синдром - это комплексное понятие, состоящее из проявлений основных патологических процессов, развивающихся в организме человека при злоупотреблении психоактивными веществами, к которым относят: психическую и физическую зависимость, изменение первичной реактивности, особенности психо- и соматотоксического действия ПАВ.

Клиника: головная боль, головокружение, общая слабость, разбитость, жажда, сухость во рту, отсутствие аппетита, жидкий стул, повышение артериального давления, неприятные ощущения в области сердца, животе, плохое настроение, снижение работоспособности. У больных алкоголизмом описаны симптомы обычно сочетаются с двигательным беспокойством, дисфорией, раздражительностью, сильным желанием опохмелиться. В состоянии алкогольной абстиненции имеют место и признаки хронической интоксикации

ЦНС: тревожный сон с яркими, неприятными сновидениями, гиперакузия, гипнагогические, а иногда отдельные яркие слуховые и зрительные галлюцинации, идеи отношения, виновности, самоуничижение, значительный тремор рук, языка, всего тела, потливость, тахикардия, нистагм, в некоторых больных - судорожные припадки.

***75. Особенности и течение наркологических заболеваний по фазам(Гавенко)***

Клиника наркоманий представлена в виде трех основных синдромов: психическая зависимость, физическая зависимость и толерантность к наркотику.

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Она развивается во всех случаях систематического приема, но иногда может возникнуть уже после первой пробы. Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта. Влечение к наркотику может быть обсессивным или компульсивным . При обсессивном влечении у больного постоянно присутствуют мысли о наркотике, сопровождающиеся оживлением, подъемом настроения в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при его отсутствии. Компульсивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотику, определяет поведение больного, мотивы его действий при пол ном отсутствии критики. Компульсивное влечение может возникнуть при абстиненции или на высоте интоксикации, в последнем случае может произойти передозировка наркотиком.

Физическая зависимость - состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика. Возникает абстинентный синдром, который облегается или купируется полностью очередным введением наркотика. Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий. Следует отметить, что физическая зависимость возникает при хроническом употреблении не всех наркотиков.

Толерантность - это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, когда организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом.

**Течение наркоманий**

В течении наркоманий выделяют три стадии. Вначале происходит эпизодический прием наркотиков, когда еще нет определенного ритманаркотизации и изменения толерантности. Постепенно, а иногда после первого приема наркотика формируется психическая зависимость , наркотики употребляются уже регулярно , толерантность к ним возрастает – это I ( начальная ) стадия наркомании .

II (развернутая) стадия характеризуется дальнейшим ростом толерантности до максимума , изменяется характер наркотического опьянения , появляется физическая зависимость .

III ( конечная ) стадия - падает толерантность , полностью исчезают позитивные переживания после приема наркотика , развиваются грубые соматоневрологические нарушения

***76. Влияние алкоголя на высшую нервную деятельность человека (Инет)***

Токсическое поражение головного мозга (алкогольная энцефалопатия) проявляется не только в острых и хронических алкогольных психозах, но и в алкогольной деградации личности. Личность огрубляется, становится все более примитивной, постепенно снижается ее инициативность, ухудшается память: все труднее запоминать новое и воспроизводить старое. Расстройство памяти может достигать такой степени, что больной практически становится полным инвалидом, нуждающимся в постоянном уходе.  
  
Возникают различные формы алкогольных психозов, слуховые и зрительные галлюцинации, расстройство сознания, обуславливающее различные общественно опасные действия. Больной в состоянии алкогольного психоза опасен для окружающих, нередко наносит себе повреждения, совершает попытки к самоубийству. Алкогольные психозы связаны с продолжительностью и выраженностью алкоголизации.  
  
При алкоголизме одним из характерных расстройств является алкогольный полиневрит. Полиневритом называется множественное воспаление периферических нервов. Чаще всего поражаются ноги. В них появляются неприятные покалывания, как будто бы человек отсидел ногу, затем развивается зуд, теряется чувствительность, главным образом, на стопах. При надавливании на мускулы голени, а также при движении боли значительно усиливаются. Спустя некоторое время слабость в ногах усиливается до такой степени, что больной совершенно перестает ходить. Мышцы становятся вялыми, дряблыми, стопы свисают вниз.  
  
У алкоголиков часто возникают поясничные боли из-за токсического действия винного спирта на корешки спинно-мозговых нервов, выходящих из позвоночника. Такие боли появляются после кратковременного охлаждения, подъема тяжести или даже неловкого поворота. Конечно, поясничные боли могут быть и у непьющих, но у алкоголиков они наблюдаются гораздо чаще, так как изношенный организм не выдерживает неблагоприятных внешних воздействий.  
  
Алкогольный полиневрит иногда сопровождается психическим расстройством, которое называют корсаковским синдромом, или болезнью Корсакова. Характеризуется эта болезнь сочетанием расстройств памяти и полиневрита. Больные совершенно не запоминают текущих событий, не ориентируются в окружающей обстановке, не могут найти свою палату, кровать, запомнить лечащего врача. Тем не менее, даты, имена, события и обстоятельства из жизни прошедших лет они помнят довольно хорошо. Провалы в памяти заполняются ложными воспоминаниями, чаще всего обыденного содержания.  
  
Нередко алкоголики среднего возраста заболевают и так называемым геморрагическим полиэнцефалитом. Это тяжелое заболевание иногда развивается постепенно, иногда сразу остро и характеризуется нарушением речи, расстройством походки, повышением температуры. Окружающие могут сначала принимать это за грипп. Но затем начинаются провалы памяти, галлюцинации, больной впадает в бессознательное состояние. Вскоре появляются огромные пролежни на спине, ягодицах, и больной умирает.  
  
Алкоголик обычно плохо спит, если он не выпил привычной для него дозы спиртного. Однако и после сна он не чувствует себя свежим и бодрым. Для алкоголика характерны сновидения. Их содержание — угрозы, покушения, нападения, преследования.  
  
Одним из проявлений последней стадии алкоголизма является алкогольный делирий, или белая горячка. Больной становится опасным для себя и окружающих. За несколько дней до развития белой горячки у алкоголика появляется состояние беспричинного беспокойства, исчезает сон. Затем начинаются бесконечные зрительные и слуховые галлюцинации. Больной бредит. Его мучают кошмары. Он предпринимает отчаянную попытку спастись — выпрыгнуть из окна или хватается за нож и начинает защищаться. Разумеется, за покушавшихся он обычно принимает окружающих. Таких больных надо немедленно госпитализировать в специальные лечебные учреждения.  
  
Помимо названных заболеваний нервной системы, у алкоголиков может быть патология головного и спинного мозга, то есть энцефалопатия и миелопатия алкогольного происхождения. При этих заболеваниях происходят различные нарушения головного и спинного мозга. Энцефалопатия сопровождается головной болью, головокружением, снижением умственной и физической активности, расстройствами памяти, сна, деятельности внутренних органов. Миелопатия — различными видами расстройства чувствительности в нижних конечностях, снижением работоспособности. Человек чувствует слабость в ногах, ему становится тяжело ходить.

***77.Простое алкогольное опьянение, его степени, индивидуальные особенности, диагностика, оказание медицинской помощи при острых алкогольных опьянениях.(Гавенко)***

Простое алкогольное опьянение.

Простое алкогольное опьянение - частый вид острой алкогольной интоксикации. Степень выраженности и формы психических, неврологических и вегетативных нарушений при этом зависят от дозы употребляемого алкоголя, пола, возраста, соматического состояния, психологических свойств личности, ее эмоционального состояния, крепости напитка и формы его потребления.

Разделяют три степени тяжести алкогольного опьянения.

*Легкая степень* простого алкогольного опьянения возникает при концентрации алкоголя в крови от 20 до 100 ммоль / л и характеризуется снижением активного торможения. Появляются ощущение психического и физического комфорта. Настроение повышается, у людей возникает желание много говорить, зоны испытывают бодрость и наполнения силой, облегчаются социальные контакты. Лица застенчивы, замкнуты, в этом состоянии легче заводят разговоры с незнакомыми, шутят, смеются. Неприятности переживают легче, спокойнее. Субъективно люди в состоянии легкого опьянения испытывают повышение работоспособности, однако это ощущение ложное, поскольку внимание концентрируется, пациент легко отвлекается, темп мышления ускоряется, но ассоциации поверхностные. Снижается объем и качество выполняемой работы, растет число ошибок. При этом снижается критическая оценка своего состояния.

*Средняя степень* простого алкогольного опьянения наступает в случае концентрации алкоголя в крови от 100 до 250 ммоль / л и характеризуется снижением процесса возбуждения. Меняется настроение от эйфорического к раздражительного, недовольного. Появляется чрезмерная впечатлительность, неудовлетворенность происходящим, соответствующие высказывания и поступки пьяного. Снижается возможность правильно оценивать происходящее вокруг, что нередко приводит к негативным, а порой и противоправным действиям. Замедляется процесс мышления, суждения становятся плоскими, речь смазанной с персеверациями. Человеку, который опьянел, трудно подбирать слова, появляется дизартрия. Повышается порог слухового восприятия, поэтому речь становится громче. Внимание трудно переключается, грубо нарушается почерк, возникает атаксия, движения становятся некоординированными, ослабляется болевая и температурная чувствительность. Гиперемия лица меняется на цианоз, бледность. У некоторых возникает тошнота, рвота. Средняя степень опьянения превращается в глубокий сон, после которого снижается работоспособность, появляется слабость или раздражительность, ухудшается настроение.

*Тяжелая степень* простого алкогольного опьянения. Развивается при концентрации алкоголя в крови от 250 до 400 ммоль / л и проявляется угнетением сознания от оглушения, сомноленции до комы. Выраженные неврологические нарушения, атаксия, мышечная атония, дизартрия, амимия. Возникают вестибулярные расстройства: тошнота, рвота, головокружение, ощущение звона в ушах. Снижается острота зрения, нарушается ориентировка в пространстве. Появляются психосенсорные расстройства, иллюзии. Ослабевает сердечная деятельность, снижается артериальное давление, температура тела. Теряется заинтересованность в окружающем. Опьяненный выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, иногда в неудобных позах и неподходящих местах. Во время сна иногда происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация. При концентрации алкоголя в крови до 700 ммоль / л может наступить смерть от паралича дыхания.

**Экспертиза простого алкогольного опьянения.** Состояние опьянения диагностируют психиатры и невропатологи, а при их отсутствии - врачи других специальностей. Учитывается клиническое состояние и данные лабораторных исследований. Согласно МКБ-10 состояние острой алкогольной интоксикации должен соответствовать следующим критериям:

1) наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений: а) расторможенность; б) конфликтность; в) агрессивность; г) аффективная лабильность; д) нарушение концентрации внимания; е) сужение умственных возможностей; ж) снижение умственной и производственной продуктивности;

2) наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений: а) шаткость походки; б) отрицательная проба Ромберга; в) признаки дизартрии; г) нистагм; д) нарушение сознания (например, сомнолентность, кома).

**Лечение острой алкогольной интоксикации.** Медицинская помощь в случае отравления алкоголем: промывание желудка, введение подкожно 0,25-0,5 мл раствора солянокислого апоморфина для стимуляции рвоты, катетеризация: мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания. В коматозном состоянии - ведение сердечных препаратов, внутривенно до 100 мг пиридоксина витамина В6, до 1000 мл физиологического раствора с 40% глюкозой. В случае двигательного возбуждения рекомендуется витамин В2 до 50-100 мг, барбитураты противопоказаны. В случаях тяжелой комы - венопункции с извлечением до 200 мл крови, подкожно физиологический раствор - 800-1000 мл. В случае асфиксии - вдыхание кислорода, искусственная вентиляция легких, цититон (1 мл), 15% раствора внутривенно, лобелин (подкожно 1 мл 1% раствора), вдыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислого газа. Рекомендуется общее и местное согревание. В случае опьянения легкой и средней степени - «середину 10- 15 капель нашатырного спирта на 100 мл воды