**Лекция № 5**

**Тема: Наркомания**

**План лекции:**

1. Определение понятия наркомания.
2. Синдромология наркоманий: синдром наркотического опьянения, синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости, синдром физической зависимости, синдром последствий хронической наркотизации.
3. Основные клинические формы наркоманий.
4. Особенности сестринского процесса в наркологии.
5. Основных принципах лечения наркоманий.
6. Наркотической созависимости: оптимальные модели поведения родственников с наркозависимым и знание родственниками неотложных состояний в наркологии.

Термины «наркомания» и «токсикомания» являются во многом условными, поскольку они объединяют болезни зависимости от ПАВ, существенно отличающихся как по химическому строению, так и по механизму действия, а также по типу воздействия на поведение человека. В международной классификации МКБ-10 данные понятия не используются и включаются в подкласс F1 — «Психические расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ». В Российской Федерации применение этих терминов особенно важно для решения многих юридических и социальных вопросов. В частности, под наркоманиями понимают зависимость от лекарственных препаратов и психотропных веществ, законодательством *РФ* включенных в список наркотиков. Так, к наркотикам относят опийный мак и синтетические опиоиды, кокаин, препараты конопли, производные амфетамина, галлюциногенные средства и некоторые седативные вещества. Производство, транспортировка и продажа данных веществ либо запрещены законом, либо осуществляются в соответствии с законом под строгим контролем государственных органов. Нарушение законодательства в отношении данных веществ является уголовным преступлением. К **токсикоманиям** относят случаи зависимости от ПАВ, не включенных в список наркотиков. В частности, зависимость вызывают многие ненаркотические лекарственные средства, пищевые вещества и химические соединения, используемые в быту, к токсикоманиям относят случаи зависимости от никотина, кофеина, летучих растворителей и некоторых медицинских препаратов (производных бензодиазепина, холинолитических средств и пр.). В отношении распространения и производства этих веществ применяются лишь меры административного контроля, часть из них допускается в свободную продажу. Неправомерное их использование влечет лишь административную, но не уголовную ответственность.

Диагностика наркоманий и токсикоманий существенно затруднена тем, что пациенты часто в недостаточной степени осознают опасность зависимости от ПАВ или активно скрывают свое патологическое пристрастие из-за страха наказания или боязни того, что их лишат возможности продолжать прием ПАВ. Важную дополнительную информацию можно получить от родственников больных, однако и она бывает недостаточной, поскольку часто близкие оказываются в неведении. В этих условиях диагноз часто приходится ставить на основании косвенных признаков.

**Косвенные диагностические признаки наркоманий и токсикоманий.**

*• Изменение психического состояния и поведения:*

 *-* беспричинные колебания настроения, агрессивность, приступы подавленности и самообвинения;

- утрата взаимопонимания с родными, скрытность, лжи­вость, эгоцентризм;

- изменение круга общения, резкая смена увлечений, утрата прежних интересов;

- частые уходы из дома, стремление к уединению (например, в ванной);

- расстройства сна, изменение привычного режима сна и бодрствования;

- заметное снижение продуктивности в работе и учебе, безответственность;

- крупные денежные траты, нарастающие долги, пропажа денег в семье;

- правонарушения.

*• Изменение внешнего вида и соматические расстройства:*

-нарушение пищевого поведения (потеря интереса к еде или «волчий» аппетит);

- резкое похудание;

- изменение реакции зрачков (резкое сужение или расширение);

- приступы потливости, покраснения лица или резкой бледности;

- склонность к запору или приступы диареи;

- подкожные гематомы, следы травм, порезов, уколов на теле

- болезни, передаваемые половым путем, нежелательная беременность;

- обнаружение антител к ВИЧ и гепатитам В и С в крови.

*•* *Обнаружение ПАВ и их метаболитов в моче.*

 **Опиоиды [F11]**

Собственно опиатами можно назвать только вещества, содержащиеся в опии (млечном соке снотворного мака): морфин, кодеин. В конце XIX в. в медицинской практике начали использовать химически преобразованный морфин - героин (диацетилморфин), который оказался примерно в 10 раз более мощным, чем исходное вещество. В настоящее время известно довольно много веществ, которые фармакологически похожи на морфин и при этом обладают совершенно иной химической структурой. В частности, были синтезированы такие соединения, как тримеперидин (промедол\*), трамадол, фентанил и триметилфентанил, метадон и др. Некоторые из перечисленных веществ обладали высокой степенью наркогенности, поэтому позже они также были внесены в список наркотиков. Сегодня принято выделять группу ***опиоидов,***включающую все соединения, воздействующие на опиатные рецепторы, вне зависимости от их химического строения. Эта группа, помимо известных наркотиков, включает препараты, лишенные эйфоризирующего действия, например, лoпeрамид (имодиум), а также антагонисты опиатных рецепторов (налоксон, налтрексон), которые используют для лечений наркоманий. В обшесоматической медицине опиаты и опиоиды в основном используются в качестве обезболивающих (морфин, промедол, фентанил), противокашлевых (кодеин) и противодиарейных (лоперамид) средств.

***Опиоидная наркомания*** *-* одна из самых распространенных болезней. По данным на 2007 г., в миренасчитывалось 15,6 млн человек с зависимостью от опиоидов, из них 11,1 млн героиновые наркоманы. До последнего времени препараты опиоидной группы остаются самыми часто употребляемыми наркотиками в РФ, однако в США начиная с конца 90-х годов они отступают на второе место по частоте использования после кокаина и других психостимуляторов. При наркомании опиоиды вводятся преимущественно внутривенно (героин иногда также вдыхают носом, курят, вводят внутримышечно или подкожно, крайне редко принимают внутрь).

Злоупотребление опиоидами обусловлено желанием пережить кратковременное чувство «прихода» (теплой приятной волны) и состояние «кайфа» (сладостной истомы). В зависимости от введенной дозы и стажа употребления наркотика это состояние длится несколько часов и может переходить в сон. У лиц, длительно употребляющих наркотик, происходит резкое повышение толерантности (привычные дозы порой достигают смертельно опасных для обычного человека) и извращение действия опиоидов (их расслабляющий эффект сменяется тонизирующим).

*Состояние опьянения* [F11.0] проявляется общим торможением, сонливостью, снижением концентрации внимания, мышечной релаксацией. Характерны «клевки», почесывания, бедная мимика, полузакрытые глаза. Обычно сон неглубокий, внешние стимулы и обращения окружающих легко прерывают его, пациенты вступают в разговор, оживляются, могут быть болтливы, однако предоставленные себе опять погружаются в дрему.

Глубокий сон свидетельствует о передозировке и означает, что следует немедленно начать мероприятия по спасению больного.

Из соматических и неврологических проявлений интоксикации следует отметить узкие зрачки, подавление кашлевого рефлекса, снижение болевой чувствительности, бледность и сухость кожных покровов, понижение АД, урежение дыхания и сердцебиения. Именно угнетение дыхания является самой частой причиной смерти больных при передозировке, оно достигает максимума примерно через 5-10 мин после внутривенного введения или через 30-90 мин после внутримышечного или подкожного введения. Прием опиоидов приводит к запору, нарушению оттока желчи и панкреатического секрета. При внутривенном введении нередко отмечаются тошнота и рвота. Характерно снижение порога судорожной готовности, легко провоцируются **эпилептиформные припадки.** Также угнетается продукция мочи, затруднено мочеиспускание. В состоянии опьянения снижается либидо, больные не проявляют сексуального интереса.

*Абстинентный синдром* [F11.3] считается бесспорным признаком опиомании. Первые его признаки в виде тревоги, беспокойства развиваются спустя 8-16 ч после последнего употребления привычной разовой дозы наркотика. Признаками синдрома отмены служат насморк, слезотечение, безудержное чиханье, потливость, озноб, ускорение частоты сердечных сокращений, повышение АД, похолодание и синюшность конечностей, расширение зрачков. Возникает стойкая бессонница. Позже появляются болевые ощущения в теле («ломка»), в основном в области поясницы, позвоночника, нижних конечностей, через 1-2 сут — желудочно-кишечные расстройства: повторная рвота, спастическая боль в животе, понос с тенезмами. Тягостные переживания достигают максимума к 3-4-м суткам отмены опиоидов. Влечение к наркотику усиливается чрезвычайно, так что при отсутствии помощи больные чаще всего не контролируют свое поведение и предпринимают любые попытки, чтобы добыть, наркотик и облегчить свое состояние. В благоприятном случае наиболее острые проявления синдрома отмены смягчаются к 7-10-м суткам (хотя и сохраняются в легкой форме еще несколько недель и даже месяцев с периодическим усилением переживаний). Патологическое влечение к наркотику, эмоциональные и поведенческие расстройства сохраняются длительное время после прекращения его приема.

Формирование опиомании происходит в сжатые сроки. Степень наркогенности (способности привязывать к себе) у опиоидов максимальна. Первичное влечение к наркотику (психическая зависимость) возникает с первых приемов. Физическая зависимость при внутривенном введении героина формируется после 1-2 недель ежедневного приема. Большинство больных употребляют в дальнейшем наркотик не для переживания «кайфа», а для предотвращения абстинентного синдрома.

При длительном употреблении опиоидов развиваются токсические поражения органов и систем: гепатит, нефрит, панкреатит, миокардиопатия, полиневрит, неврологические расстройства и др. Снижение аппетита приводит к резкому похуданию и авитаминозу. Несоблюдение больными элементарных правил гигиены является причиной заражения через шприцы различными инфекциями: вирусным гепатитом, сифилисом, ВИЧ. Средняя ежегодная смертность среди героиновых наркоманов достигает 3,3%, а средняя продолжительность жизни пациента с начала болезни составляет 7 лет. Причинами смерти становятся противоправные действий (убийства, вождение транспорта в состоянии опьянения и др.), передозировка наркотика, соматические осложнения, суициды.

 **Кокаин и другие психостимуляторы**

В МКБ-10 зависимость от кокаина [F14] и других психостимуляторов [F15] рассматриваются в отдельных классах. Однако следует признать, что фармакологические эффекты этих препаратов довольно схожи, особенности проявления и течения наркоманий в большей степени определяются не химической формулой стимулирующего вещества, а способом его введения (прием внутрь, курение, вдыхание, внутривенные инъекции), а также действием примесей содержащихся в используемом препарате. Среди стимуляторов есть как наркотические препараты (кокаин, амфетамин, катинон, меткатинон, йод-метамфетамин), так и вещества, которые относят не к наркотикам, а к их прекурсорам, т.е. химическим предшественникам (эфедрин, фенилпропаноламина гидрохлорид), а также средства, не подлежащие государственному контролю (кофеин).

***Кокаин***был получен из листьев южноамериканского кустарника *Erythroxylon coca* в конце XIX в. До середины XX в. его широко использовали в качестве средства местной анестезии, пока не были синтезированы более эффективные его заменители, не обладающие наркотическими свойствами (прокаин ‒ новокаин, лидокаин, тетракаин - дикаин\*, бензокаин — анестезин\* и пр.). Стимулирующие свойства коки были хорошо известны жителям Южной Америки, до 1906 г. экстракты коки добавляли в известный тонизирующий напиток кока-колу. В последние годы кокаин («крэк») занял первое место по частоте употребления в среде наркоманов американского континента.

***Амфетамин***(фенамин) был синтезирован из эфедрина в 1927 г. и первоначально использовался как средство от насморка. Вскоре всем стало очевидно, что при приеме внутрь он обладает выраженным стимулирующим свойством, уменьшает чувство голода, позволяет поддерживать активность во время ночной работы. В дальнейшем были получены другие производные амфетамина: декстроамфетамин (декседрин) и метамфетамин (первитин). Долгое время эти средства довольно широко назначались врачами для лечения депрессии, нарколепсии, ожирения и для повышения физической и умственной работоспособности. Участившиеся случаи зависимости потребовали пересмотра отношения к этим веществам, и с начала 70-х годов их использование во всем мире взято под государственный контроль.

В России больные наркоманией нередко производят стимуляторы самостоятельно, синтезируя их дома или в подпольных лабораториях. В начале 80-х годов отмечался всплеск использования молодежью препаратов из кустарно обработанного эфедрина («винт», «мулька», «ширка», «марцефаль»). После того, как продажа лекарств, содержащих эфедрин, была ограничена, для получения наркотических стимуляторов в домашних условиях стали использовать средства против простуды, содержащие фенилпропаноламин.

Одним из популярных средств с начала 90-х годов стал метилендиоксиметамфетамин (МДМА, ХТС, «экстази»), который обладает не только стимулирующим, но и галлюциногенным действием. Нелегальное распространение таблеток «экстази» преимущественно происходит в среде ночных танцевальных клубов.

К типичным признакам интоксикации психостимуляторами относят чувства бодрости, инициативности и уверенности в себе, улучшение настроения, повышение концентрации внимания и интеллектуальной продуктивности, снижение аппетита, повышение сексуального влечения, уменьшение потребности во сне вплоть до бессонницы. Объективные признаки опьянения: расширение зрачков, бледность лица, повышение АД и мышечного тонуса, дрожание пальцев и век, нистагм, сухость во рту, огрубение голоса.

Передозировка стимуляторов способна вызвать психомоторное возбуждение, судороги, тревогу, агрессивное поведение. Возможны тактильные или обонятельные галлюцинации, бред, делириозное помрачение сознания. На высоте опьянения могут возникать нарушение сердечного ритма, инфаркт миокарда, остановка сердца, инсульт, резкое повышение температуры тела, смерть от перегрева.

Действие психостимуляторов обычно кратковременное (кокаин - до 1,5 ч., амфетамин - до 10 ч.). После прекращения действия препарата развивается истощение, вялость, разбитость во всем теле, головная боль, сонливость, неутолимый голод. Настроение резко снижено, часто отмечается раздражительность, злобность, иногда тревога. Состояние нормализуется после продолжительного сна.

Психическая зависимость от стимуляторов формируется после 3-5 внутривенных инъекций и характеризуется чрезвычайной силой. У больных суживается круг общения, пропадают интересы, увлечения. Длительное употребление стимуляторов ведет к быстрой потере массы тела, снижению иммунитета, поражениям легких, печени, почек. Характерны периоды «краха», когда возбуждающее действие наркотика истощается и состояния бодрости и работоспособности не удается достигнуть ни повторным приемом наркотика, ни отказом от него.

Внутривенное введение стимуляторов становится причиной опасных отравлений, а также заражения инфекциями, передаваемыми через кровь. Особенно тяжелые последствия для здоровья возникают в группе лиц, употребляющих кустарно изготовленные наркотические средства, содержащие всевозможные примеси (соединения марганца, фосфора, йода, уксусная кислота, бензокаин и пр.). Эти примеси могут стать причиной острого отравления (гемолиз, метгемоглобинемия, почечная недостаточность). Однако чаще отмечаются признаки хронической интоксикации в форме *энцефалопатии,* которая выражается в нарастающих изменениях личности, усилении пассивности, эгоцентризма, эмоционального огрубения. Резко ухудшаются память и сообразительность. При хроническом отравлении соединениями марганца на фоне интеллектуальных расстройств возникают гиперкинезы по типу хореи.

**Препараты конопли [F12] и галлюциногены [F16]**

Психотомиметическое действие заключается в появлении грубых психических расстройств помрачения сознания (по типу делирия или онейроида), иллюзий, галлюцинаций, дереализации, психосенсорных расстройств. Такое действие оказывают препараты конопли (гашиш, марихуана, "травка")и некоторые другие средства растительного происхождения (кактус лофофора, галлюциногенные грибы, шалфей предсказатель, голубой лотос, красавка, дурман и др.). Известны и некоторые синтетические галлюциногены: диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), экстази (МДМА), холинолитические средства (циклодол), кетамин, фенциклидин (PSP - «пи-си-пи») и др.

Особенно распространено употребление препаратов *конопли* (каннабиса). Это растение произрастает повсеместно, а миф о ее безвредности бытует по сей день. Между тем употребление конопли приводит к серьезным нарушениям ЦНС. Интоксикация каннабисом проявляется нарушением сознанияввиде «одурманенности», ослаблением мыслительной деятельности, развивается эйфория с нелепой активностью, дурашливостью, смешливостью, болтливостью. Растормаживается сексуальное влечение, повышается аппетит. При употреблении больших доз благодушие сменяется страхом, иногда бредом и агрессивностью. Внекоторых случаях развивается острый психоз с помрачением сознания. Объективные признаки интоксикации — это красные («налитые кровью») слезящиеся глаза, яркая сосудистая реакции на лице (гиперемия, бледный носогубной треугольник, мраморность кожи), сухость слизистых оболочек, тахикардия, повышение АД в горизонтальном положении и его снижение — в вертикальном. При длительном систематическом употреблении конопли к выраженной психической зависимости присоединяются равнодушие и безынициативность, напоминающие шизофренические изменения личности.

Употребление ***галлюциногенов***(ЛСД, экстази, кетамина, фенциклидина) распространено в богемной среде, среди людей, проводящих время в праздности и развлечениях. Привязанность к наркотику все более усугубляет отрыв человека от реальной жизни, не позволяет ему адаптироваться в обществе. Психозы, наблюдаемые при интоксикации, напоминают острый приступ шизофрении.

Большие дозы тригексифенидила (циклодол) вызывают делириозное помрачение сознания, расширение зрачков, тахикардию учащенное дыхание, мышечные подергивания. При длительном злоупотреблении холинолитическими средствами нарушаются память, интеллектуальные функции, сердечная деятельность.

Обычно употребление психотомиметиков подталкивает пациентов к поиску других более опасных психоактивных средств.

 **Снотворные и седативные средства [F13]**

К средствам седативно-снотворного действия относят производные бензодиазепина, барбитуровой кислоты, мепробамат, метаквалон, глютетимид, клометиазол, оксибутират натрия, хлоралгидрат, бромизовал, бромиды и др. Опьянение, вызванное их употреблением, напоминает алкогольное, характерны эйфория, говорливость, нечеткая речь, нарушение координации движений, покраснение кожных покровов. При приеме седативных препаратов быстро возрастает перекрестная толерантность к самым различным средствам (в том числе к алкоголю), снотворное действие сменяется растормаживающим. Синдром отмены **седативно-снотворных** препаратов также напоминает картину алкогольного абстинентного синдрома (бессонница, тревога, одышка, тахикардия, головная боль, делирий), очень часто возникают эпилептические припадки (вплоть до эпилептического статуса). При длительном употреблении седативно-снотворных средств развиваются явления энцефалопатии (особенно быстро при употреблении барбитуратов) с выраженными нарушениями памяти и интеллекта, замедлением темпа мышления, пассивностью. Характерны множественные поражения внутренних органов (печени, почек, миокарда и др.), снижение иммунитета (ангины, гнойничковая сыпь).

Причиной смерти больных может быть также передозировка с угнетением дыхательного центра, снижением АД, нарастающей почечной недостаточностью. Понижение легочной вентиляции провоцирует пневмонию и отек легких.

 **Лечение и уход**

**Лечение** наркоманий и токсикомании в РФ проводится добровольно, за исключением тех случаев, когда оно назначается судом как мера медицинского воздействия по отношению к лицам, совершившим уголовное преступление. Следует иметь в виду что конфликт в любом виде вредит лечению и может свести на нет все усилия. Важно с самого начала определить приоритетные требования и правила и отстаивать их соблюдение в дальнейшем, все остальные вопросы следует решать индивидуально и гибко. При нарушении приоритетных правил следует стремиться не к наказанию, а к восстановлению оговоренного порядка. В этом смысле выписка из стационара пациента, добывшего наркотик, должна быть не наказанием, а способом возвращения к порядку, если порядок можно восстановить другим способом (например, установив за больным с его согласия тщательное наблюдение), то на выписке настаивать не стоит.

**Для достижения наибольшего эффекта лечение наркомании и токсикомании должно:**

• быть добровольным;

• быть нацелено на предотвращение конфликта;

• быть нацелено на полный отказ от употребления ПАВ;

• быть комплексным (коррекция психического неблагополучия, лечение соматических расстройств, психотерапия);

• учитывать индивидуальные особенности пациента;

• проводиться последовательно с учетом этапа болезни (состояние интоксикации, синдром отмены, начало формирования ремиссии, стойкая ремиссия);

• быть достаточно длительным (возможно пожизненным) и регулярным;

• включать коррекцию семейных отношений и социальную

реабилитацию.

Большинство специалистов РФ считают, что пациент должен быть нацелен на **полный отказ**от употребления наркотика. Во многих европейских странах и США в качестве альтернативы используется заместительная терапия наркоманий, при которой больной продолжает принимать наркотическое вещество под контролем врача. Примером такого лечения является «метадоновая программа» для лиц, зависимых от опиоидов. Однако следует учитывать, что метадон является наркотическим средством, вызывает нарушения поведения такие же, как и другие опиаты, а лица, получающие метадон от врача, часто нарушают рекомендации (торгуют выписанными им лекарствами, вводят наркотик внутривенно, превышают рекомендуемые дозы). В РФ подобные программы не допускаются, а метадон внесен в список препаратов, запрещенных к медицинскому применению.

Лечение должно быть комплексным, поскольку ни один из существующих методов сам по себе не способен обеспечить надежного выздоровления. **Выраженное влечение** к наркотику определяет высокий риск рецидива, который может быть спровоцирован многими факторами: семейным раздором, начинающейся депрессией, соматическим неблагополучием, неудачей в работе или при попытке трудоустройства, сексуальной дисгармонией. Для достижения стойкойремиссии приходится заниматься коррекцией психологического и соматического состояния, предупреждать депрессивные эпизоды, проводить работу с семьей пациента.

На первом этапе осуществляется *отмена ПАВ.* Одномоментная отмена опиоидов, стимуляторов, галлюциногенов не представляет опасности для жизни, использование средств заместительной терапии (трамедол) увеличивает продолжительность абстинентного синдрома. Иная тактика рекомендуется в отношении пациентов, зависимых от **транквилизаторов** **или барбитуратов**. В этом случае резкая отмена может спровоцировать эпилептический припадок, поэтому больным обеспечивают постепенное снижение дозы препарата вплоть до его полной отмены.

*Лечение синдрома отмены* предполагает в основном назначение симптоматических средств: короткий курс снотворных (диазепам, нитразепам, флунитразепам), нейролептики без выраженного холинолитического действия (рисперидон, перициазин - неулептил, хлорпротиксен, сульпирид, тиаприд, левомепромазин), адренолитики (клонидин), карбамазепин. В случае сильных болей при отмене опиоидов назначают ненаркотические анальгетики (бутадион, анальгин, баралгин, кеторолак - кетанов и др.), в крайнем случае трамадол (в первые 5 дней отмены). Сообщают также о **противоболевой активности** ингибитора протеолитических ферментов апротинина (контрикал, трасилол, гордокс), его вводят в дозе 20-30 тыс. антитрипсиновых единиц в виде капельных внутривенных инфузий в течение 3-5 дней.

В *постабстинентном периоде* назначают средства, уменьшающие влечение к ПАВ, препятствующие формированию депрессии, корригирующие поведенческие расстройства. Используют антидепрессанты (миансерин, миртазапин, флюоксетин, имипрамин - мелипрамин, амитриптилин и др.), карбамазепин, нейролептики (тиаприд, сульпирид - эглонил, перициазин - неулептил, рисперидон и др.). В этом периоде становится возможной психотерапия. Проводят индивидуальные беседы и групповые сессии, направленные на осознание сущности болезни, формирование критического отношения к ней, выработку установки на дальнейшую борьбу с недугом. Такое лечение может быть продолжено еще в течение нескольких месяцев после выписки из стационара.

Одним из способов ***поддерживающей терапии***при опиоидной наркомании является назначение антагониста опиатных рецепторов **налтрексона** (антаксон, продетоксон). Препарат препятствует развитию эйфории при введении наркотика. Больных предупреждают, что при введении большой дозы опиоидов «защитное» действие препарата становится недостаточным и возможна передозировка наркотика с развитием опасного для жизни состояния. На этом этапе, который длится до нескольких лет, наиболее важными становятся психотерапевтическая, реабилитационная работа с больными. Психотерапия призвана развивать способность анализировать свои переживания, обучать больного вовремя обнаруживать признакинарастающего влечения к ПАВ и справляться с ним. Большое значение имеет гармонизация личности больного и формирование у него позиции зрелости (опора на собственные силы, ответственность за свои поступки), активация здоровых потребностей личности (семья, профессиональный рост, карьера). В этот период возможно посещение больным групп самопомощи («Анонимные наркоманы»), работающих по программе «12 шагов». Семейные неурядицы, профессиональная неудовлетворенность, отсутствие постоянной работы, сохранение связей с асоциальной группой указывают на высокую вероятность срыва.

**Уход** за больными наркоманиями и токсикоманиями сопряжен с множеством проблем.

**Основные проблемы ухода за больными наркоманиями и токсикоманиями:**

 • снижение критики к болезни, отказ от сотрудничества с медиками, стремление пронести в отделение наркотик;

• высокая вероятность неотложных состояний (передозировка наркотика, аспирация рвотных масс в состоянии медикаментозного сна, возникновение психоза);

• эмоциональная неустойчивость больных, склонность к конфликтам и вспышкам агрессии;

• высокая частота инфицированности больных возбудителями вирусных гепатитов, ВИЧ, сифилиса.

При поступлении больных в стационар тщательному осмотру на предмет наличия наркотиков подлежат сам больной, а также все его вещи. Нередко в качестве «тайника» используют щетку для головы, флаконы косметических средств, обертку конфет, пустоты в начатой пачке сигарет, плеере или аудиокассете, одежду (носки, пазы для резинок в белье, распоротые швы и др.). Больные могут пытаться пронести наркотик, спрятав его в обуви над приклеив лейкопластырем к самым непредсказуемым участкам тела (на подошву, гениталии), в прямой кишке и др. Следует объяснить пациенту цель осмотра и получить его согласие, требуется определенный опыт и такт, чтобы не провоцировать конфликт.

Больным наркоманией или токсикоманией обеспечивается особый режим в стационаре: допускаются только телефонные разговоры с близкими под контролем медицинского работника (которыйсам набирает номер телефона), свидания разрешаются только с оговоренным при поступлении кругом лиц, обычно это самые близкие люди. Пациентов лишают возможности без ведома персонала самовольно покинуть отделение. Больным не разрешается иметь при себе деньги и ценности, которые могут стать средством купли-продажи. Бинты и нитки могут быть использованы пациентами в качестве **«удочки»** для приема наркотика с улицы через окно. Наконец, следует быть готовым к настойчивым ухаживаниям больных или откровенному подкупу. При отказе в получении наркотика часто возникают приступы злобы, возможны агрессивные действия. Такие ситуации легче всего преодолеть, если с больными сразу устанавливается адекватная дистанция, а поведение медицинских работников доброжелательно-непреклонное. Работники, не обладающие выдержкой и терпением, вряд ли смогут справиться с обслуживанием таких больных. Необходимо с вниманием и сочувствием относиться к жалобам пациентов. При боли в теле весьма эффективны согревающие ванны.

После выписки из больницы важнейшей задачей становится психотерапевтическая работа с больным и его семьей. Для выработки правильной позиции и осознания ценности собственной личности больному необходимо предоставить возможность делать самостоятельный выбор и брать на себя ответственность за этот выбор. Приходится преодолевать стремление родных постоянно контролировать больного («заглядывать в глаза»), особенно в период стойкой ремиссии.

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Дать определение понятию наркомания.
2. Охарактеризуйте синдромологию наркоманий: синдром наркотического опьянения, синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости, синдром физической зависимости, синдром последствий хронической наркотизации.
3. Назовите основные клинические формы наркоманий.
4. Расскажите об основных принципах лечения наркоманий.

**Литература**

Основные источники:

1. Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону: Феникс, 2012.- ( Медицина).
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Наркология: учебное пособие – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.
3. Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012.
4. Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 2-е изд., дополненное и переработанное М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008.

Дополнительная:

Справочник для медицинской сестры психиатрической службы: методические рекомендации: Общерос. обществ. орг. мед. сестер «Ассоц. мед. сестер России »; [сост.; Саркисова В.А. и др.]. Санкт – Петербург: ООО «Береста»; 2010.