

ЗАГАЛЬНА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЯ ОСІБ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
кафедра психотерапії

Ключові слова: патоперсоналогія, особистість, хімічна залежність, наркоманія, адикції

Key words: pathopersonology, personality, chemical dependency, drug addiction, addiction

Резюме. Стаття отражає основні патоперсоналогічні особливості осіб, у яких констатовані різні форми хімічної залежності в формі опіоїдної та героїнової наркоманії, вживання психостимуляторів, гашишизму. Представлено описи особливостей руйнування особистості при вживанні наркотичних речовин, наведені ознаки, характерні для клінічної картини кожного з типів залежності. Порівняно та проаналізовано отримані результати досліджень, в яких встановлено зв'язок адикцій з преморбідними особливостями особистості. Показано роль мікро- та макросоціальних факторів у формуванні особистості хворих з хімічною залежністю.

Summary. The article reflects the main pathopersonologic peculiarities of persons with established various forms of chemical dependency in the form of opiate and heroin addiction, use of psychostimulants, hashishism. Description of features of personality destruction in drug users are presented, the signs typical for clinical picture of each type of dependence are reflected. We compared and analyzed the results of studies that defined relationship of addiction with premorbid personality characteristics. The role of micro- and macro- social factors in formation of personality of patients with chemically dependent behavior is shown.

Сучасна патоперсоналогія розглядає адиктивні розлади (АР) як приватний варіант аномального особистісного реагування з формуванням прагнення до відходу від реальності за допомогою штучної зміни свого психічного стану. Використовуються психоактивні речовини або постійна фіксація уваги і м'язової напруги на певному виді діяльності, що забезпечує появу і підтримку інтенсивних емоцій [4].

Адиктивному процесу сприяє цілий ряд факторів.

1. Біологічні фактори:

індивідуальна реакція на психостимулятори, канабіоїди, опіати тощо.

2. Психологічні фактори:

особистісні якості, психічні травми, типологічні маркери, особливості особистості тощо.

У сучасній спеціальній літературі вважається, що власне адиктивна реалізація включає не тільки саму дію, але й думку про стан відходу від реальної дійсності [8] як форму «внутрішньої» поведінки. Метою роботи було виявлення та структурування патоперсоналогічних особливостей осіб з різними видами адикцій. Нами було обстежено 480 осіб з такою адиктивною патологією (табл.).

У процесі збору анамнезу нами було виявлено, що в осіб з адиктивною спрямованістю поведінки відзначена знижена активність у повсякденному житті, при тому, що адиктивний стимул вносить до «одноманітної дійсності» елемент «емоційного стресу» [2]. Особам з адиктивними формами поведінки притаманний ряд психологічних особливостей: знижена переносність життєвих труднощів та гострих, формажорних ситуацій, прихований комплекс неповноцінності з награним зовнішнім проявом почуття переваги, брехливість, низька соціальність, екстрапунитивність, стереотипність у реакції на стрес, повторюваність поведінки, залежність і співзалежність, тривожність.

Нами виявлена етапність входження в смугу психофізіологічної і емоційної залежності, поступового переходу від «поганої звички» до «комплексу наркомана» [7]. Початкова стадія відхилення має у своїй вихідній точці будь-які надсильні переживання (втрату, захват, екстаз, ризик, драматизм) і фіксацію у свідомості цієї ланки зв'язку: «емоція - наркотик». Симптомом усвідомлення того, що суб'єкт потрапив у рамки залежності, є констатація факту очевидної не-

можливості самовідмови від вживання психоактивної речовини (ПАР).

Друга стадія пов'язана з виробленням адиктивного ритму життя: поведінка чітко корелює з фазами прийому наркотику, наявна обстановка «передбачуваного очікування» [4], включаються

нові соціальні норми і правила поведінки. На цій основі формуються спотворені оцінки подій навколо; з'являються інші звички, стереотипи, механізми відходу від неприємних подій, обтяжливих відчуттів і фрустрації.

Характеристика обстежених пацієнтів

Види адикцій	Кількість хворих	Вік хворих, роки	«Стаж» адикцій, роки	Наявність вираженого абстинентного синдрому
Опіїдна наркоманія	150	27±13,5	7–9	++
Використання психостимулятора «винт»	200	16±3,0	2–3	++
Геройнова наркоманія	8	24±2,0	3–4	+++
Гашишизм	122	17±8	5–8	+

Третій етап визначається чітким формуванням структури адиктивної поведінки. На практиці йдеться про перебудову особистісної структури, її інтегрованого «Я». Поступово знижуються вольові процеси, звужуються можливості використання адаптивних копінг-стратегій, що закономірно призводить до ускладнення стилю життя, появи скритності, внутрішньої не критичності і парадоксальної ілюзії контролю над згубною пристрастю. Саме в цій фазі ви мальовується «портрет адиктивної особистості» і насувається невідворотність поступової деструкції колишнього характерологічного складу. Фактично, існують два стилі життєвого шляху - старий і новий, у яких потворно співіснують нормальний і патологічний стереотипи соціального реагування. Змінюються соціальні установки, система цінностей, внутрішня мотивація, відносини з найближчим оточенням. Практичні цілі діяльності підміняються безплідними роздумами, гіпертрофованими планами, фантазіями на адиктивну тематику. Емоційний каркас особи помітно сплющується і збіднюється. Наступні етапи посилюють процес деградації.

Четверта фаза відображає повне домінування адиктивної поведінки, реакцію «сверхотгороженності» [2] від сім'ї і друзів, різке зниження психологічних компенсаторних механізмів.

У п'ятій фазі відбувається особистісна катастрофа з очевидними явищами психологічної, психофізіологічної і фізичної деструкції (ураження внутрішніх органів і систем, загострення аутодеструктивних процесів, некерованість власним соціальним статусом - «бичі», «бомжі», «нарко», «омега-особистості»).

Формування наркозалежності має виразну патогенетичну специфіку. Показовим у цьому випадку є приклад деформації особистості при опіатній залежності. Відмінною рисою цієї наркоманії є можливість виникнення ейфорії при використанні малих (терапевтичних) доз препаратів. Так, навіть разове введення 1 мл 1% розчину морфіну або саморобного препарату з морфіноподібною дією може викликати ейфорію.

Фаза первинної інтоксикації. За описами хворих, ейфорія при прийомі опіатів проходить 2 фази дії. Перша фаза розвивається відразу після введення препарату. Хворі відчувають ніби теплу хвилю, яка піднімається вгору від черевної порожнини до потилиці. У голові відчувається легкий приємний безболісний поштовх чи удар. Звідси жаргонна назва цієї фази дії - "удар", або "прихід". У більшості хворих "прихід" супроводжується приємною сверблячкою кінчика носа, підборіддя, лоба. Хворі відчувають стан особливого блаженства, радості, легкості плину думок, все погане миттєво випаровується, відступає на другий план. При вдиханні порошку героїну "прихід" відсутній. Для порівняння, при прийомі кодеїну "прихід" нерізка виражений, супроводжується набряком і сильним свербінням особи, шкіри за вухами, шиї, верхньої частини тулуба і спини [7]. Цей свербіж, тим не менш, дуже приємний і продовжується в другій фазі дії наркотику. Перша фаза ейфорії триває від 40 с до 1-3 хв.

Друга фаза ейфорії (на жаргоні хворих - "волокуша", "ТАСК", "кайф") - це власне стан ейфорії. Основними переживаннями в цей період є радість, захоплення, легкість та інші відчуття,

які хворі насилу передають словами. Думки про неприємне йдуть, втрачаючи свою актуальність, все погане відсувається, наявні проблеми перестають існувати. Перебіг думок прискорюється. Виникають приємна знемога, спокій, розслабленість, швидка зміна приємних уявлень і грезоподібний переживань, які бувають надзвичайно образними. Стан свідомості снопоподібнимі. Зовні хворі виглядають млявими, загальмованими, малорухомими. Надалі настає сон, який триває 2-3 години. Сон поверхневий, легко переривається зовнішніми подразниками. При пробудженні - знижений настрій з дисфорією і загальним психічним дискомфортом. У випадках використання саморобних препаратів, приготуваних шляхом хімічної обробки опію-сирцю, у другій фазі ейфорії грезоподібних переживань звичайно не спостерігається. Відзначається в основному стимулюючий ефект. Хворі стають збудженими, жвавими, голосно сміються, жестикулюють, не сидять на одному місці.

Об'єктивно для описаних фаз, тобто гострої опійної інтоксикації, характерна наступна симптоматика: благодушний настрій, прискорені мова і зміна асоціацій, зниження критики до своєї поведінки та висловлювань. При вживанні саморобних препаратів може спостерігатися психомоторне збудження, що нагадує алкогольне. Вузькі (майже точкові) зіниці, блідість, сухість шкірних покривів, підвищення, потім зниження артеріального тиску, уріження серцевого ритму, підвищення сухожилкових рефлексів, пригнічення дихання, знижена моторна активність кишечника із запорами.

При передозуванні опіатів спостерігається снопоподібний стан, але може бути виражене порушення, що супроводжується сухістю в порожнині рота, почуттям жару, різкою слабкістю, симптомами порушення діяльності серцево-судинної системи.

Терміни формування захворювання залежать від застосовуваного препарату та способу його введення. Найбільш короткий термін формування залежності відзначається при внутрішньовенному введенні наркотику. Найбільш наркогенним є героїн, який вводиться внутрішньовенно (становлення наркоманії спостерігається після 3-5 ін'єкцій). При введенні морфіну наркоманія розвивається після 10-15 ін'єкцій [5]. Дуже швидко формується залежність при введенні препаратів, приготуваних шляхом хімічної обробки сухої макової соломки або опію-сирцю. Після першого введення наркотиків у більшості випадків у хворих відзначаються нудота і блювота, рідше - запаморочення і головні

болі, відчуття жару або озноб. Незважаючи на це, хворі на наступний день або через кілька днів повторно вводять наркотики. Нерідко разом з неприємними відчуттями з'являється ейфорія, що змушує хворого повторно вводити речовину.

Спочатку має місце етап епізодичного введення препарату, коли хворі наркотизуються від випадку до випадку і не підвищують дозу. Тривалість цього етапу дуже варіює, що залежить від виду наркотику, доступу до наркотику та способу його введення. У середньому він триває 2-3 міс. в окремих випадках (особливо за відсутності доступу до наркотиків) - від 6 до 12 міс. Хворі нерідко відразу ж починають регулярно вводити наркотики, що веде до швидкого формування основних симптомів наркоманії. З формуванням синдрому психічної залежності прийом опіатів стає регулярним. У цих випадках при повторних введеннях колишніх доз опіатів ейфоризуючий їх ефект знижується, і для досягнення колишнього ефекту хворі змушені вводити наркотик частіше і збільшувати дозу, тобто починає зростати толерантність. Зростання толерантності відзначається через 2 тижні - 1,5 міс. після початку систематичного прийому опіатів. На цьому етапі практично всі думки і інтереси хворих зосереджені на наркотику, а виробничі, сімейні і всі інші життєві проблеми відступають на другий план. На цій стадії розвитку наркоманії за відсутності наркотику або в перерві між введеннями його хворі відчують незадоволеність, знижений настрій і стан психічного дискомфорту, але фізична залежність може бути ще не сформована - зберігається фізіологічна дія наркотику (про це можна судити по зменшеному діурезу, затримці стулу, відсутності кашльового рефлексу і т.п.). Описаний період в цілому відповідає початковій [7, 9], або першій, стадії наркоманії. Друга стадія наркоманії визначається передусім розвитком фізичної залежності, яка формується приблизно через 3 тижні - 1,5 міс. від початку систематичного введення наркотиків. До цього часу не тільки виражений патологічний потяг до останніх, але і вироблений певний, властивий кожному хворому ритм наркотизації. Толерантність досягає дуже високих цифр. Хворий може переносити дози опіатів, які у 200-300 разів перевищують терапевтичні (якщо летальні дози чистої речовини морфіну становлять 0,2-0,3 г, то наркомани можуть вживати добові дози, рівні 2-3 і навіть 5 г сухої речовини морфіну). Описано випадки, коли денна доза морфіну досягала 12 і навіть 14 г [9, 10]. Зазвичай хворі на опійну наркоманію добре знають свої найвищі разові і добові дози, але при перерві в наркотизації толе-

рантність знижується, і вже значно менша доза наркотику може викликати виражений ефект. Введення ж колишньої дози може привести до передозування, що спостерігається у "недо-свідчених" наркоманів. У другій стадії змінюється і характер ейфорії. Значно менш виражена перша фаза ейфорії ("прихід"). Спочатку викликати колишній ефект вдається збільшенням дози, але в подальшому і при найвищих дозах цього не відбувається. Починає переважати стимулюючий ефект наркотику. Багато хворих відзначають у цей період підвищення працездатності, вважають, що вони можуть працювати тільки під дією наркотику. При введенні саморобних препаратів, приготовлених шляхом хімічної обробки наркотичної сировини, і в цій стадії залишається стимулюючий ефект, але зменшується вираженість "приходу", коротшає дія наркотику. Хворі змушені збільшувати частоту введення препарату і для пролонгації його дії нерідко додають димедрол або транквілізатори. Зникає фізіологічна дія опіатів: нормалізується діурез і стул, з'являється кашель. У цей же час формується абстинентний синдром. Розвиток його поряд із синдромом психічної залежності і толерантністю вважається ознакою "хронічної", "розгорнутої", або другої стадії наркоманії, тобто якісно іншого етапу хвороби [2, 4].

Клінічна картина абстинентного синдрому при зловживанні опіатами дуже характерна. Ознаки абстиненції розвиваються протягом декількох годин після прийняття останньої дози, в період, коли має бути прийнято чергову дозу за усталеною схемою, і досягають свого піку через 36 - 72 год; найбільш гострі прояви абстинентного синдрому зникають зазвичай протягом 10 днів, а резидуальні зберігаються набагато довше. Вже через 6 - 8 год. після відібрання наркотику у хворих спостерігаються напруженість, загальна незадоволеність, тривога, дратівливість, загальна дисфорія, нездужання, фізична слабкість. Ранні ознаки опійного абстинентного синдрому: позіхання, слезотеча, нежить із чханням, свербіння в носі і носоглотці, відчуття закладання носа, підвищена перистальтика кишечника. Якщо абстинентний синдром виникає у хворих на наркоманію вперше, вони нерідко приймають цей стан за респіраторне захворювання, особливо в тих випадках, коли абстинентні явища обмежуються цими симптомами (спостерігається при невеликому терміні наркотизації і відносно невисоких дозах).

До ранніх ознак опійної абстиненції відносяться також розширення зіниць, тахікардія, тремор, "гарячі припливи", зниження апетиту аж

до повної анорексії, відразу до тютюнового диму, порушення сну, відчуття втоми, слабкості. Сон стає поверхневим, переривчастим, з частими пробудженнями, сновидіннями "наркотичного змісту". Якщо абстинентний синдром розвивається до вечора, хворі не сплять всю ніч. Потім відзначаються озноб, симптом гусячої шкіри, підвищена пітливість, відчуття деякої незручності в м'язах шиї, рук, ніг. Ю.П. Сиволап описує появу у цей період болів у міжщелепних суглобах і жувальних м'язах, що посилюються на початку їжі або при думках про їжу. Він вважає, що це одна з характерних ранніх ознак опійного абстинентного синдрому [9].

До кінця 2 діб позбавлення наркотику всі симптоми посилюються і розвивається симптоматика, яка зумовила назву абстиненції на жаргоні наркоманів - "ломка". Виникають болі в м'язах рук, ніг, спини, попереку, в животі. Хворі кажуть, що їх "крутить", "зводить", "викручує" і т.д. Ці болі дуже болісні і визначають загальний стан хворого. У цей період посилюються тривога, занепокоєння, з'являються виражена дисфорія, почуття безнадійності, безперспективності та непереборний (компульсивний) потяг до наркотику (думки зосереджені тільки на наркотику, "тільки б вколотися"). У цьому стані хворі неспокійні, метушаться, стогнуть, не можуть знайти собі місця.

На 3-4-у добу спостерігаються болісні диспепсичні розлади, болі в животі, частий рідкий стул (до 10-15 разів на добу) з тенезмами та інколи з домішкою крові, нерідко блювота. На висоті цих розладів відзначаються субфебрильна температура, помірна гіпертензія, тахікардія. Протягом усього гострого періоду абстиненції виражені порушення сну, аж до повної агрипнії. Стан хворих може значно погіршуватися у зв'язку з приєднанням соматичних захворювань.

Психопатологія абстинентного синдрому виявляється у своєрідних афективних розладах. Настрій дисфорічно-похмурий з дратівливістю, гнівливістю, тривогою. Під час абстиненції хворі можуть бути агресивними. Часті і аутоагресивні дії, коли хворі на висоті абстинентного синдрому завдають собі самопорізи в ділянці передпліч, при вигляді крові напруга у них ніби спадає, і вони заспокоюються. Для хворих з опійною наркоманією дуже характерні множинні рубці на передпліччях. Можливі й справжні суїцидальні спроби. Ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів з опійної наркоманією значно вище, ніж у загальній популяції.

Апогею абстинентний синдром досягає на 3-5-ту добу. Після зазначеного терміну симпто-

матика абстинентного синдрому поступово редукується. Причому спостерігається зворотна послідовність у її зникнення: спочатку припиняються диспепсичні явища, потім больові відчуття. Порушення сну, знижений настрій, потяг до наркотику зберігаються більш тривалий час. У гострий період абстиненції у хворих, що вводять наркотики внутрішньовенно, може нерідко виникати сильне свербіння в ділянці вен, і вони просять, щоб їм зробили будь-які внутрішньовенні вливання. Тривалість абстинентного синдрому загалом варіює і визначається тривалістю наркотизації, дозами опіатів і рядом інших факторів, у тому числі «установкою на відмову» або продовження прийому наркотиків. У середньому тривалість абстинентного синдрому без лікування - 2 тижні, але може бути і більше.

Після зникнення гострих ознак абстинентного синдрому спостерігаються залишкові явища у вигляді непереборного потягу до наркотику, зниженого настрою, дисфорії, психічного дискомфорту, астенії, порушень сну (відстрочений період абстинентного синдрому). У цей період легко актуалізується потяг до наркотику, що впливає на поведінку хворих. Вони стають знову дисфоричними, злісними, вимагають під будь-яким приводом виписки, дезорганізують роботу у відділенні (якщо знаходяться в стаціонарі). З незначного приводу у них знижується настрій, виникають суїцидальні тенденції, що вимагає проведення своєчасних адекватних терапевтичних заходів. Період відстрочених проявів абстинентного синдрому може тривати від 2 до 5 тижнів після зникнення гострої симптоматики. У цей час часті спонтанні рецидиви захворювання.

При вживанні саморобних препаратів опійної групи загальна тривалість абстинентного синдрому менше (близько 10 днів). Всі його прояви розвиваються швидше, нарастають лавиноподібно, досягаючи піку своєї інтенсивності вже до кінця 2 діб від моменту останньої ін'єкції наркотику. Більш виражені диспепсичні явища і больовий синдром, які виникають одночасно з ознобом, нежиттю і пітливістю. Разом із тим, часте чхання і позіхання для цих випадків не характерні, а такий симптом, як біль у м'язах, дуже інтенсивний, і виникає одночасно з іншими соматичними симптомами, поєднуючись з болями у великих суглобах (викручуючого характеру). У деяких випадках у клінічній картині синдрому переважають болі в суглобах. Психічні розлади у цих випадках більш виражені. Через 7-8 год. після останньої ін'єкції наркотику з'являється відчуття дискомфорту, напруженість,

тривога і дисфорія - від невдоволення до злостивості і агресивної поведінки, виражений компульсивний потяг до наркотику. Стійкі розлади сну іноді досягають повного безсоння, виснажуючи хворих і посилюючи психопатологічні прояви.

У соматоневрологічного статусу в період абстиненції також є ряд особливостей: виражена тахікардія при нормальному або зниженому АТ, хворі часто скаржаться на болі в попереку, симптом Пастернацького буває позитивним, в аналізах сечі часто відзначаються помірна протеїнурія і лейкоцитоз. У перші 3 доби звертають на себе увагу пригнічення або відсутність, а в наступні 4-5 діб - посилення сухожильних і періостальних рефлексів, позитивний симптом Маринеско - Радович. Відзначаються також горизонтальний ністагм, порушення конвергенції і тривале зниження реакції зіниць на світло. Черевні рефлекси лабільні, характерний дрібний тремор пальців витягнутих рук.

Є деякі особливості і в порядку зникнення симптомів абстиненції: швидше зникають шлунково-кишкові розлади та вегетативні порушення у вигляді припливів жару. У той же час симптом "гусяча шкіра" залишається більш тривалий час. Болі в м'язах і суглобах зменшуються до 5-6-го дня. Приблизно з цього ж часу відзначається чіткий хвилеподібний ритм їх інтенсивності: посилення у вечірні години та ослаблення в денні. Повністю за відсутності лікування ці явища редукують лише на 10-12-у добу. Тривалість другої (розгорнутої, хронічної) стадії захворювання залежить від наркогенності наркотику, що вводиться, його доз і методу введення. У середньому вона триває 5-10 років. Потім настає наступна, пізня, третя стадія захворювання.

У третій стадії значно змінюється дія наркотику. Наркотики вводяться хворими тільки для підтримки працездатності і настрою, бо зберігається їх тонізуюча дія, а також для запобігання розвитку явищ їх скасування (абстинентного синдрому). При цьому дози наркотиків вже не тільки не підвищуються, а часто знижуються, тому що при введенні колишньої високої дози у хворих спостерігаються млявість і слабкість. Змінюється характер і абстинентного синдрому: всі типові для нього симптоми менш виражені. Нерідко хворі відчувають лише м'язовий дискомфорт. Іноді можуть розвиватися значні, а часом і небезпечні для життя порушення функцій серцево-судинної системи (падіння АТ до колаптоїдних станів, брадикардія), зниження настрою з суїцидальними думками. Тривалість такого абстинентного синдрому досягає 5-6 тиж-

нів, але протягом наступних кількох місяців у хворих зберігаються млявість, слабкість, загальне нездужання, зниження працездатності, коливання настрою, а також виражений потяг до наркотиків. Під час ремісії у хворих з опійною наркоманією може виникати помилковий, або відстрочений, абстинентний синдром - "псевдоабстиненція" [2]. Прояви її в основному такі ж, як і при звичайній абстиненції, але вираженість всіх її ознак менше. Хибна абстиненція може бути причиною рецидивів. Іноді псевдоабстиненція проявляється атипово - тільки у вигляді астеничних станів або безпричинних розладів настрою.

Наслідки хронічної наркотизації такі. У результаті тривалого вживання препаратів опійної групи у хворих виникають порушення як у соматичній, так і у психічній сфері.

Характерний зовнішній вигляд опійних наркоманів, особливо при тривалому періоді наркотизації: хворі виглядають значно старше свого віку, шкірні покриви сухі, бліді, з характерним жовтяничним відтінком, який буває при захворюваннях печінки; численні зморшки на обличчі, раннє облісіння, волосся і нігті стають тьмяними, ламкими, втрачають свій блиск. Дуже типове руйнування зубів. Для наркоманів характерне також падіння маси тіла аж до вираженого виснаження (дефіцит маси тіла може досягати 7-10 кг і більше). Типові зміни вен після численних ін'єкцій наркотику: вони потовщені і виглядають, як товсті джгути. По ходу таких вен можуть бути видні численні рубці після абсцесів і відзначається зниження чутливості, іноді відбувається повна облітерація русла вен. Часті флебіти. Найбільш грубі зміни вен спостерігаються при вживанні саморобних опійних препаратів. На пізніх етапах наркоманії відбуваються зміни внутрішніх органів, які більшість авторів вважають неспецифічними та оборотними [4, 8, 9]. У стані абстиненції можуть виникати порушення ритму і глибини дихання, напади задишки, які важко переносяться хворими.

У хворих з опійними наркоманіями часто розвиваються пневмонії, гепатити, гломеруло-нефрити і поліневрити; характерні зміни психіки, які особливо виражені при тривалому зловживанні наркотиками. На початкових етапах захворювання переважають астеничні розлади, хворі тільки після введення наркотику стають працездатними. На пізніх етапах хворі стають непрацездатними через постійну астеною і анергію (падіння енергетичного потенціалу).

Питання про наявність у хворих з опійною наркоманією інтелектуально-мнестического зниження залишається спірним. Багато авторів оскаржують можливість його розвитку при морфінізмі. Е. Краерелін ще в 1914 р. писав, що у морфіністів пам'ять стає "неточною", знижується продуктивність розумової роботи (особливо творчої), підвищується стомлюваність; високий рівень розумової роботи може підтримуватися лише при введенні морфіну [1, 7].

Наші спостереження показують, що у хворих з героїновою наркоманією виявляються виразні ознаки інтелектуально-мнестических порушень - некритичність, поверховість суджень, слабкість уваги, торпідність мислення, порушення безпосередньої і опосередкованої пам'яті. Хворі абсолютно нездатні до планомірної діяльності. Ці порушення редукуються при тривалому утриманні від вживання наркотиків, але повного відновлення не спостерігається. У хворих же, що вживають саморобні, хімічно оброблені препарати опію, інтелектуальні порушення виражені і більш різко. Це відноситься в основному до розладу пам'яті, в першу чергу запам'ятовування. Загальний фон настрою при наркотизації знижений (депримований), поступово формуються афективна лабільність, підвищена чутливість до навіть незначних психогенних впливів; вони підвищено чутливі і до болю.

Особливо значними при опійній наркоманії є зміни особистості. Звужується коло інтересів, бо всі інтереси практично спрямовані на добування наркотику. Цьому відповідають загальне емоційне огрубіння, брехливість, відсутність почуття сорому. Хворі стають байдужими до близьких і навіть до свого власного благополуччя. Їх не хвилюють втрата роботи або сім'ї і навіть власне здоров'я. Індивідуальні особистісні характеристики згладжуються, нівелюються, і всі хворі стають ніби схожими один на одного, що відображає розвиток своєрідного психічного і особистісного дефекту. Цей дефект, який характеризується емоційним і морально-етичним зниженням, у ранні періоди становлення наркології порівнювався з шизофреноподібним. Звичайно, найбільш грубі зміни особистості спостерігаються у хворих, які вживають саморобні препарати опію.

Основою діагностики опійної наркоманії є ретельне клінічне дослідження хворих, доповнене лабораторними токсикологічними методами, спрямованими на виявлення в організмі опійних речовин. Найбільш достовірна клінічна ознака опійного сп'яніння - різке звуження зіниці, тобто міоз ("симптом шпилькової голівки").

Для цих станів характерні також блідість, сухість шкіри і слизових оболонок, гіпотензія, брадикардія, підвищення сухожильних рефлексів. Благодушний настрій з прискороною зміною асоціацій та швидкою мовою, зниження критики до своїх вчинків і висловлювань доповнюють цю картину. При інтоксикації обробленою маковою соломкою може спостерігатися психомоторна ажитація. При передозуванні опіатів, навпаки, виражені загальмованість, сонливість і оглушення.

Нами відмічено, що хворі, які перебувають в опійному сп'янінні, можуть дисимулювати свій стан, досягаючи нормалізації частоти пульсу, артеріального тиску і т.д. Але зіницю при цьому ніколи не розширюються, і зазвичай зберігаються благодушність і швидка мова. Ці особливості дуже важливо враховувати при діагностиці опійної наркоманії. Чимале значення для неї має також зовнішній вигляд хворих, про який говорилося вище (особливо стан вен) і розвиток характерних абстинентних явищ, які дуже важко дисимулювати (зокрема, розширення зіниці через 12 - 24 год. після відібрання наркотику). Однією з непрямих ознак опійного абстинентного синдрому є відмова курця від куріння тютюну. У тих випадках, коли діагноз залишається неясним, існує експрес-метод виявлення опійної абстиненції за допомогою специфічних антагоністів морфіну - налорфіну і налоксону, які можуть провокувати симптоми опійної абстиненції.

У хворих, що використовують «гвинт» (сленгова назва кустарно виготовлених синтетичних наркотиків з первітину і ефедриновмісних препаратів), спостерігалася ейфорія, сексуальна збудливість, приплив сил, працездатність. Такий стан звичайно тривало близько години. Пацієнт після прийому «гвинта» міг по 12-14 годин виконувати будь-яку роботу будь-якої складності.

Потім наставала втома у всьому тілі, руки і ноги важчали, з'являлася злість, дратівливість, пригнічений стан, депресія, страхи, багатоденне безсоння. У такі хвилини наркоман готовий був віддати все, що завгодно, за чергову дозу наркотику, щоб повернути колишній комфортний стан. У період абстиненції хворі не дотримувалися особистої гігієни, спостерігалася тотальна анорексія, підвищувалася суїцидонебезпека. Таким чином, адиктивна патологія, що включає специфічне світогляд і пов'язані з ним поведінку і стилістику життя осіб з наркотичною залежністю, засновані на патологічних установах, являє собою не тільки психопатологічний, але і більшою мірою – патоперсоналогічний феномен.

ВИСНОВКИ

1. Важливе значення у формуванні адикції мають преморбідні особливості особистості хворих (наявність акцентуацій, психічного інфантилізму, рівень і адекватність самооцінки, наявність патологічних динамічних стереотипів).
2. Прогредієнтності патологічного формування особистості сприяють такі макро - і мікросоціальні фактори, як низький рівень соціалізації, маргінальність стилю життя, морально-етичні установки суспільства на наявність «субкультури наркоманів».
3. У загальній картині «наркологічного дистресу» переважають емоційні і ефекторно-вольові порушення, згладжування індивідуальних особистісних характеристик; у меншій мірі схильні до деструкції інтелектуально-мнестичні аспекти особистості.
4. Спостерігається часткова оборотність неврологічних, психосоматичних та деяких особистісних порушень при умові раннього початку реабілітаційних та психокорекційних заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алмазов Б.Н. Психология проблемного детства / Б.Н. Алмазов. – М.: Дата-Сквер, 2009. – 248 с.
2. Гуревич Г. Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике / Г.Л. Гуревич. – М.: Мед-практика-М, 2007. – 120 с.
3. Злоупотребление психоактивными веществами / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко [и др.]. – М.: Инфокоррекция, 2003. – 317 с.
4. Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н.С. Курек. – СПб.: Алетей, 2001. – 240 с.
5. Москвичев В.Г. Психопатологические и социальные последствия летучих наркотически действующих веществ / В. Г. Москвичев // Наркология. – 2002. – № 12. – С. 42 – 48.
6. Пятницкая И.Н. Подростковая наркология / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова. – М.: Медицина, 2002. – 252с.
7. Рохлина М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М. Л. Рохлина, А. А. Козлов. – М.: Анархасис, 2001. – 208 с.
8. Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: МИА, 2008. — 944 с.

9. Сиволап Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченко. – М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005. – 304 с.

10. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий / И. В.Стрельчук. – М.: Медгиз, 1956. – 356 с.

11. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии / П.Д. Шабанов. – СПб.: Лань, 1998. – 652 с.

12. Эрикссон Э. Детство и общество / Э. Эрикссон. – СПб.: ИТД «Летний сад», 2000. – 436 с.



УДК 612.66:546.49

**Е.А. Соловьёва,
А.В. Чурилов,
К.П. Козлов**

РТУТЬ В БИОСРЕДАХ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины»

г. Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Государственное учреждение «Институт медицины труда АМН Украины»

г. Киев

Ключевые слова: биосреды, ртуть, репродуктивный возраст
Key words: biological media, mercury, reproductive age

Резюме. Спектрометрично вивчено зміст і розподіл ртуті у біосередовищах здорових жінок у різні періоди репродуктивного життя (від 17 до 46 років). Показано, що у плазмі крові, цервіко-вагінальному секреті і менструальній рідині відзначено зростання концентрації ртуті протягом всього досліджуваного періоду репродукції. Найбільш виражене зростання концентрації металу було виявлено в менструальній рідині у жінок у віці від 17 до 46 років.

Summary. By means of spectrometric analysis, content and distribution of mercury in biological media of healthy women at different periods of reproductive life (from 17 to 46 years) was studied. The increase in the concentration of mercury in tested biological media (blood plasma, cervico-vaginal secretions and menstrual fluid) during the whole studied reproductive period was observed. The highest increase of metal concentration was found in menstrual fluid of women aged from 17 to 46 years.

Ртуть относится к 1 классу опасности, она токсична для всех форм жизни. Ртуть поступает в атмосферу как естественным путем (вулканическая активность), так и в виде антропогенных отходов. Ртуть активно используется человеком в различных областях жизнедеятельности: в химической промышленности, в красителях, в зубных амальгамах (преимущественно в Европе и Америке), в электрических и измерительных приборах [2].

Основные источники антропогенного загрязнения окружающей среды ртутью - это сжигание энергоносителей (угля, мазута, нефти), горнорудное дело (особенно добыча свинца и цинка), а также цементная промышленность, выплавка цветных металлов и производство коксующихся углей, сточные воды промышленных предприятий, минеральные удобрения и пестициды. Так, например, более 90% ртути, находящейся в сжи-

гаемом угле, переходит в газообразное состояние и попадает в воздух. ПДК для почвы составляет 2,1 мг/кг [2].

Практически вся добываемая ртуть попадает в среду обитания человека и включается в биологический кругооборот. Во внешней среде ртуть может существовать в своих трех основных формах: элементарная летучая ртуть (Hg^0), катионная двухвалентная неорганическая ртуть (Hg^{2+}), а также метилртуть – $(\text{CH}_3\text{Hg})^+$ и диметилртуть ($\text{CH}_3\text{-Hg-CH}_3$) – органические соединения ртути. Неорганическая форма ртути превращается в органическую под воздействием микроорганизмов, обитающих в воде и почвах.

Но если в фитопланктоне концентрация ртути повышается в 100 и 1000 раз по сравнению с водой, то в зоопланктоне – в 1-5 тысяч раз, в рыбах может достигнуть 5 мг/кг, что уже превышает порог токсичности для человека. Упот-