



В. С. Бондар, С. В. Коваленко, В. С. Бондар, О. А. Лящева, С. А. Карпушина, С. В. Баюрка

Наркологічні розлади

НАРКОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ – поведінкові, психічні, соматичні розлади, що виникають внаслідок вживання наркотичних чи прирівняних до них речовин або алкоголю.

Алкоголізм (лат. alcoholismus, від араб. al-koḥol – найтонший) – захворювання, зумовлене систематичним вживанням спиртних напоїв, що згубно впливає на здоров'я, поведінку, працездатність населення, шкодить добробуту та руйнує моральні засади суспільства. Поряд зі специф. дією алкоголю в розвитку А. важливу роль відіграють 3 групи факторів: соц., психол., індивід.-біологічні. Соц. фактори: найчастіше на А. хворіють люди з низьким рівнем освіти та заг. культури, які не мають високої профес. кваліфікації. Психол. фактори полягають у наявності в структурі преморбід. особи будь-якого дефекту, вади, що утруднює соц. адаптацію. Цей дефект може бути наслідком недорозвинення особи, захворювання, що руйнує психіку, або вродженої аномалії характеру. Схильність до розвитку А. мають особи із завищеною самооцінкою, агресивні, асоціальні, жорстокі, у яких легко спровокувати почуття ненависті; непристосовані, безпомічні, схильні до невротич. реакцій; дивні, з рисами депресивності та параноїдальності. Індивід.-біол. фактори пов'язані переважно з порушенням обміну речовин, особливостями вищої нерв. діяльності людини, з її темпераментом та фізіол. характеристиками. А. є складною мед.-соц. та правовою проблемою; існують різні його класифікації, зокрема клініч., психол., соц., юридична тощо. В основі всіх класифікацій і понять А. лежать 3 обов'язкові ознаки: алкогол. залежність з відповід. змінами в нерв. системі; хроніч. характер захворювання; алкогол. причинність захворювання. Індивід. ризик шкідливого впливу алкогол. напоїв зумовлюється інтенсивністю та ступенем їх дії на організм і поведінку людини.

У нормал. фізіол. умовах в організмі людини є до 0,2 % етил. спирту. При введенні алкоголю ззовні приблизно 95 % його утилізується, а залишки в незмін. вигляді виділяються з сечею, через потові залози, з повітрям, що видихається, молоком матері. Окиснення етанолу відбувається переважно в печінці й перетворюється на ацетальдегід, оцтову кислоту, розщеплюючись на вуглекислий газ та воду. Ацетальдегід – високоактивна та надзвичайно токсична речовина, що підвищує дію етанолу в 5–10 разів. Гострі отруєння етил. спиртом посідають перше місце (60 %) серед смертел. отруєнь, що

досліджують в судово-токсикол. порядку. Розрізняють експертизу алкогол. сп'яніння, що проводять наркологи під час обстеження живих осіб, і експертизу алкогол. інтоксикації, що здійснюють судово-мед. експерти під час дослідж. трупів. Ступені вираженості алкогол. інтоксикації: концентрація алкоголю в крові 0,3 г/л – відсутність впливу алкоголю; 0,3–0,5 г/л – незнач. вплив алкоголю; 0,5–1,5 г/л – легке сп'яніння; 1,5–2,5 г/л – сп'яніння середнього ступеня; 2,5–3 г/л – сильне сп'яніння; 3–5 г/л – тяжке отруєння (може настати смерть); 5–6,0 г/л – смертел. отруєння. Діагностика смертел. отруєння алкоголем має базуватися на всебіч. оцінці всіх даних, перш за все на результатах судово-токсикол. дослідження. Великого значення набуває правильне вилучення з організму біол. об'єктів (кров і сеча), своєчасна доставка їх у лаб. і кваліфіковане проведення аналізу. Боротьба з А. передбачає систему мед., соц., психол. допомоги (сан.-освітня робота, підвищення рівня мед. допомоги, психотерапевт. і психол. допомога, вдосконалення лікув. бази тощо). Протиалкогол. заходи слід розглядати як один із центр. напрямів антинаркол. діяльності, оскільки алкогол. та інші одурманювал. впливи на організм людини дедалі частіше носять взаємозамін. або взаємодоповнювал. характер. Лікування А. має 2 мети: усунення патол. пристрасті до етанолу (псих. залежності від алкоголю) і абстинент. синдрому.

В. С. Бондар

Наркоманія (від грец. νάρκη – заніміння, заціпеніння, сон і манія) – загальна назва хвороб, що проявляються патологічним потягом до постійного вживання в зростаючих кількостях наркотичних препаратів і наркотичних речовин внаслідок стійкої психічної й фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх вживання. Н. призводить до глибоких змін особистості та ін. розладів психіки, а також до порушень функцій внутр. органів. Причини зловживання наркот. речовинами та формування наркот. залежності складні й різноманітні. Поряд з особливостями організму велике значення мають соц. фактори: соц. невлаштованість, відсутність кваліфікації або роботи, бажання вийти зі стресу, зумовленого стрімким темпом життя тощо. Певне значення мають псих. хвороби (деякі форми шизофренії); провокаційна інформація, а також бажання набути влас. досвіду; призначення наркот. препаратів у невиправдано високих дозах або без достат. показань; при самолікуванні через доступність наркот. препаратів; тяжкі хронічні захворювання, пов'язані з тривалим застосуванням наркот. препаратів та ін. У формуванні механізму розвитку Н. беруть участь особливі умовно-рефлекторні зв'язки, деякі нейромедіаторні та біохім. процеси, що відбуваються в головному мозку. У формуванні Н. певну роль відіграє активація детоксуючих ферментів печінки. У розвитку деяких синдромів, типових для Н., незаперечно значення має вплив наркотиків на обмін нейропептидів (ендорфінів, енкефалінів) і вміст цикліч. нуклеотидів. Втручання наркотиків, особливо опіатів, у нейромедіатор. обмін на різних функціон.-структур. рівнях організму призводить до функціон. порушень як ЦНС (зокрема на рівні гіпоталамуса), так і

периферій. нерв. системи. Ураження різних систем організму пов'язане також із пригніченням окиснювал. процесів у тканинах. Заг. ознаками всіх форм Н. є фіз. виснаження, слабкість, низька функціон. активність усіх фізіол. систем. У динаміці становлення Н. умовно можна виділити 3 стадії: початкову – адаптація (зміна реактивності організму і поява псих. залежності); хронічну – завершення формування фіз. залежності (абстиненція, виникнення у деяких випадках психозу, полінаркоманії); пізню – виснаження всіх систем організму (зниження толерантності, заг. реактивності; затяжна тяжка абстиненція, недоумство).

Синдром зміненої реактивності характеризується типовою зміною переносимості (толерантності). Чутливість поступово знижується. Толерантність для Н. є неспецифіч. симптомом, який відображає заг. фізіол. закономірність – можливість до адаптації. Діагност. значення цей симптом набуває при досягненні хворим т. зв. межі (напр., коли летал. для здорової людини доза наркотику легко переноситься наркоманом). Потім настає поступове зниження переносимості й попередні дози викликають гострий токсич. ефект. Змінена реактивність при Н. проявляється зміною картини сп'яніння. Починається поступове зниження ейфорії, хворий підвищує дозу наркотику. Потім, незважаючи на підвищення дози, стан ейфорії якісно змінюється, знижується інтенсивність першої фази (власне ейфорії), скорочується друга фаза, зникає сон, що її завершує. З розвитком хвороби поступове послаблення седатив. дії змінюється її повним зникненням (наркотик починає діяти на наркомана збуджуюче). Трансформація седатив. дії наркотику в стимулювальну – один із осн. симптомів Н. Синдром зміненої реактивності свідчить про адаптацію до високого рівня шкідливості, зміну реакції організму на цю шкідливу дію, тобто про новий (патол.) рівень гомеостазу. Синдром псих. залежності включає два осн. симптоми: нестерп. потяг до вживання наркотику та досягнення псих. комфорту при інтоксикації наркотиками. Синдром фіз. залежності викликає симптом фіз. потягу до наркотику, можливість досягнення фіз. комфорту в стані інтоксикації, а також абстинент. синдром. Більш інтенсивний за силою фіз. потяг визначає поведінку наркомана і супроводжується психосоматич. та нерв.-вегетатив. змінами: рухливістю, балакучістю, блідістю, розширенням зіниць, сухістю слиз. оболонок, тахікардією, м'язовою гіпертонією та судин. гіпертензією. Після прийому наркотику функціон. показники нормалізуються, проявляється його стимулювал. ефект. З розвитком наркозалежності настає фіз. виснаження, стимулювал. ефект наркотику внаслідок цього послаблюється. Абстинент. синдром будь-якого генезу характеризується псих. напруженням, тривогою, неспокоєм, безсонням, відсутністю апетиту, судин. гіпертензією, тахікардією, зменшенням маси тіла. Лікування під час першого звернення по допомогу проводять в стаціонарі наркол. диспансеру, у випадку повтор. звернення й відсутності сформов. рецидиву – амбулаторно, і включає дезінтоксикацію й купірування абстинент. проявів, активне антинаркот. лікування й підтримувал. терапію.

Розрізняють декілька видів Н. залежно від зловживання певною наркот. речовиною. Н., зумовлена зловживанням препаратами конопель (гашишизм), посідає одне з перших місць у світі, пов'язана з прийомом препаратів індій., амер., чуйських, дикорослих та ін. видів конопель, що ростуть у Пд. Америці, Африці, Азії, зокрема Серед. Азії. Гашиш – смолиста речовина, яку отримують із квітучих верхівок, листя, пагонів конопель, містить канабіноїди (особливо тетрагідроканабінол). Його курять, змішуючи з тютюном, приймають усередину, жують, підмішують до ласощів і напоїв, проте осн. спосіб застосування – куріння. Під час куріння наркот. ефект виявляється через кілька хвилин, а при прийомі всередину – через 0,5–1 год. Дія однієї дози триває 3–5 год., інколи 12 год. і більше. При вираженій інтоксикації у хворого мрійливий вираз обличчя, відзначаються одурманеність, ейфорія, розслаблення, підвищена чутливість до зовн. подразників, порушення сприйняття навколиш. середовища (просторове і часове), зниження пам'яті, послаблення уваги, поведінка часто буває безглуздою, з недореч. нестрим. сміхом, балакучістю. Можливі агресивні дії, деколи навпаки – апатія й байдужість до оточуючих. При тривалому вживанні препаратів конопель знижуються інтелектуал. здібності, поступово наростає деградація особистості, формується емоц. нестійкість, втрачаються морал.-етичні установки, у багатьох випадках виникають затяжні галюцинаторно-маревні психози. Для цього типу Н. характерне незначне підвищення толерантності до дії наркот. препарату. Абстинент. синдром проявляється слабо, оскільки розвивається переважно у разі частого вживання препаратів конопель у високих дозах. Н. морфін. типу пов'язана із вживанням наркотиків, до яких відносять опій та його препарати (Оmnopon тощо), бл. 20 алкалоїдів і дериватів опію (морфін, кодеїн, тебаїн, героїн та ін.), синтет. препарати з морфіноподіб. дією (фенадон, тримеперидин і та ін.). Н. морфін. типу поширена в місцевостях, де вирощують та обробляють мак: Індія (осн. легал. виробник), Австралія, Китай, Корея, Японія, Афганістан, Пакистан, Іран, Лаос, М'янма, Таїланд, Мексика, а також країни балкан. регіону і середньоазіат. країни СНД. Лише четверту частину всього обсягу вирощуваного опію використовують для мед. цілей. Опій – натурал. продукт, що виділяється при надрізанні незрілих коробочок маку. Молоч. сік, що витікає з надрізів, збирають вручну і висушують на повітрі, при цьому утворюється опійна смола або опій-сирець. Кількіс. склад опію залежить від умов зростання, клімату, сорту і віку рослин тощо. Осн. алкалоїд опію, що зумовлює його наркот. властивості, – морфін (носкапін і папаверин не мають наркот. активності). Морфін-сирець, добутий з опію, часто використовують для отримання героїну. Залежно від методики екстракції й очищення він може виходити дуже чистим або, навпаки, містити у вигляді домішок інші алкалоїди опію: кодеїн, що дає в процесі приготування героїну домішку ацетилкодеїну, наркотин, а також неалкалоїдні компоненти, зокрема меконову кислоту. Героїн – наркотик, що отримується з морфіну шляхом його ацетилювання з утворенням актив. діючої речовини – діацетилморфіну. Летал. дози: морфін – 200 мг; кодеїн – 800 мг; героїн – 60–200 мг. Суміш героїну і кокаїну (спідбол) як при внутрішньовен. введенні, так і при курінні, підсилюють дію кожного наркотику на організм і психіку. Звикають до морфін. препаратів порівняно

швидко. Опій застосовують внутрішньо, підшкірно, внутрішньовенно або вдихають дим – опіокуріння. Кодеїн застосовують усередину; морфін, тримеперидин – підшкірно, внутрішньовенно. Вводять наркотик в усі доступні частини тіла, часто нестерил. шприцом, розводять препарат у сирій воді. Тенденція до швидкого підвищення дози зумовлена підвищенням толерантності до засобу. Через 20–30 сек. після введення препарату відчувається хвиля тепла, що проходить по спині, свербіж у ділянці обличчя – ніс, лоб, підборіддя, шия, сухість у роті; зіниці звужуються, відзначається тривала загальмованість, зосередженість на фіз. відчуттях, що змінюється припливом приєм. тепла і важкості в ногах, у всьому тілі. З'являються ілюзорні видіння, марення. На стіні, стелі, в малюнках килима, шпалер ввижаються різні химерні приємні картини. Потім настає сон, що триває 3–4 год. Проте після пробудження можливий поганий настрій, пригніченість, заг. дискомфорт. Гостре отруєння характеризується ейфорією, станом вираженого збудження. Початк. стадія Н. характеризується систематич. вживанням наркотику, швидким збільшенням дози (підвищення толерантності). Відзначається комплекс псих. дегенератив. стигм. Тривалість початк. стадії становить від 2–3 до 6–8 місяців. Хронічна стадія характеризується систематич. регуляр. прийомом наркот. засобу. Доза введеного наркотику може досягати апогею. Поступово формується абстиненція. Тривалість цієї стадії – 5–10 р. У пізній стадії захворювання знижується толерантність приблизно на 1/3 дози, що приймалася раніше. Без прийому наркотику наркоман зовсім втрачає здатність до актив. діяльності, особливо трудової, він безвільний, безініціативний. Гол. синдром – абстиненція, що настає через 8–12 год. після прийому наркотику. У наркоманів характерний зовн. вигляд: здаються старшими за свій вік, як правило, вони виснажені, колір шкіри сіро-землистий. Для них властиве раннє облісіння, посивіння, ламкість, крихкість кісток, зубів, лущення шкіри. У багатьох наркоманів виявляють тромбофлебіт нижніх кінцівок, у місцях уведення наркотиків – рубці. У більшості відзначають захворювання серц.-судин. системи, печінки. Для цього контингенту наркоманів властива тривала стійка астения. Н. амфетамін. типу пов'язана з прийомом амінів-амфетамінів (фенамін, фенатин, дексамфетамін, метамфетамін та ін.), що викликають збудження, поширена переважно в країнах Європи і США, проте меншою мірою, ніж інші види Н. Найчастіше амфетамін приймають всередину, рідше – внутрішньовенно або вдихають. Вживання амфетаміну супроводжується припливом енергії, сил, підвищенням активності, посиленням інтелектуал. продуктивності, пожвавленням. Ефекту, який викликав би ейфорію, не відзначають, а його дія схожа до такої, як при вживанні кави або чаю. Підвищення доз речовини зумовлено псих. й фіз. втомою, виснаженням організму. Систематичне вживання амінів призводить до розладу сну й апетиту, швидкої витрати ресурсів організму внаслідок перенапруження. У стані абстиненції внаслідок тривалого застосування препарату відчувається спустошеність, глибока втома, потреба у тривалому сні. Як правило, після виходу з психотич. стану протягом тривалого часу зберігається астенич. стан з апатичністю й підвищеною втомою. Ефедрон. Н. – викликана вживанням із немед. метою спец. чином обробленого ефедрину –

ефедрону, більш поширена в країнах СНД. Хронічне вживання ефедрону можна віднести до одного з найзлякніших видів Н. у зв'язку з тим, що псих. залежність від нього розвивається надзвичайно швидко (після декількох ін'єкцій препарату, а іноді – й після першої). За хім. структурою та дією ефедрон належить до групи амфетамінів, а клініч. картина ефедрон. Н. близька до Н., спричиненої зловживанням фенаміном. Ефедрон вводять з наркот. метою внутрішньовенно від 2 до 80 мл/добу, доза варіює залежно від стадії Н., частоти введення, індивід. особливостей організму. Наркот. ефект розвивається відразу або через 15–20 хв. після введення і триває 6–8 год. Поступово з підвищенням толерантності, цей період зменшується до 2–3 год., що супроводжується скороченням часу між ін'єкціями, кількість яких у деяких випадках досягає 10-ти разів на добу і більше. Для стану наркот. сп'яніння характерне суб'єктивне приємне переживання відчуття ейфорії, приплив енергії, легкості тіла, ясності думки, підвищена працездатність. Весь світ сприймається в приєм. веселкових тонах, втрачається відчуття часу, заг. стан визначається як «стан щастя, всесвіт. радості». Введення наркотику супроводжується вегетосудин. порушеннями: відчуттям повзання мурашок, «волосся встає дибки на голові», розвиваються тахікардія, підвищення артеріал. тиску, сухість у роті. Після періоду інтоксикації настає різке погіршення самопочуття й настрою з відтінком підвищеної тужливої дратівливості. Через деякий час ефект ейфорії від ефедрону поступово спадає, введення препарату лише дещо зменшує слабкість, млявість і дратівливість, що накопичується від ін'єкції до ін'єкції. Абстинент. синдром проявляється переважно псих. порушеннями у вигляді депресії, астенич. синдрому, соматовегетатив. розладами. Н., викликана галюциногенами, посідає особливе місце серед видів Н., поширених у Пн. Америці й країнах Європи. До речовин, що здатні викликати галюцинації, належать діетиламід лізергінової кислоти, псилоцибін, виділений із мексикан. гриба, ерготамін та ін. Цей тип Н. поширений серед психічно невірніважених і соціально невлаштованих людей, які не можуть пристосуватися до прийнятих у даному суспільстві норм життя. Дія препаратів починається через 10–20 хв. і навіть через 2–3 год. після введення (залежно від індивід. особливостей організму, способу прийому, дози, ступеня психол. опору). Тривалість дії – від кількох годин до кількох днів (тижнів). Стан інтоксикації супроводжується вираженими псих. розладами психотич. рівня. На фоні піднесеного настрою, ейфорії розвиваються численні безперервні галюцинації з переважанням зорових образів яскравого сценіч., кіноподіб. характеру з гамою галюцинар. переживань незвичай., фантастич. змісту, що супроводжуються найчастіше захопленням, здивуванням, блаженством. Під впливом галюциногенів може відбуватися візуалізація кольору і звуку. За суб'єктив. відгуками, можна «чути колір» і «бачити звуки». Інтенсивність дії зростає при заплещених очах, з одночас. прослуховуванням музики. При гострій інтоксикації відзначають нудоту, блювання, слиновиділення, знижується артеріал. тиск, настає збудження, іноді атаксія, спастич. параліч і навіть смерть від паралічу дихал. центру. Найнебезпечнішим наслідком вживання галюциногенів є порушення здатності логічно

міркувати, що призводить до прийняття неадекват. рішень і нещасних випадків.

Барбітурова Н. (барбітуратизм) відзначається при зловживанні препаратами групи барбітуратів і формується поступово, в основному внаслідок самолікування тривалих порушень сну і переростає в залежність при безперерв. прийомі в дозах, що перевищують звичайні терапевтичні.

Характеризується порушенням координації, загальмованістю, невираз. мовленням, пригніченням сухожил. рефлексів тощо. Можливі рухова і сексуал. розкутість, агресивна поведінка. Псих. порушення досить різноманітні: сонливість, ейфорія, депресія, емоц. лабільність, дратівливість, ворожість. Іноді спостерігаються параноїдал. реакції, суїцидал. тенденції; увага ослаблена, пам'ять знижена. Абстинент. синдром проходить важко, а за відсутності адекват. терапії можлива смерть. Кокаїнова Н. (кокаїнізм) характеризується швидким розвитком вираженої псих. залежності. Осн. діюча речовина – кокаїн, виділяється з листя куща коки, який містить 1 % кокаїну та росте в Пд. Америці, а також культивується на деяких о-вах Індій. океану і в багатьох ін. країнах, кількість яких постійно зростає. Синтетич. кокаїн добувають з екгоніну. Кокаїн легко всмоктується через слиз. оболонку носа, тому в основному цей наркотик вдихають. Проте найтяжчі наслідки виникають при внутрішньовен. його введенні. Чутливість організму до кокаїну дуже висока. У дозі 0,01–0,03 г кокаїн викликає ейфорію, а в дозі 0,05 г при швидкому всмоктуванні може спричинити смертел. отруєння. При отруєнні цим наркотиком відзначають заг. слабкість, запаморочення, тахікардію, аритміч. пульс, збліднення, розширення зіниць. Загрозливими симптомами отруєння є втрата свідомості, частий, ниткоподіб. пульс, кома, судоми, зупинка дихання, смерть настає від паралічу дихал. центру. Бажання повторно відчувати ейфорію й стимулювал. дію кокаїну призводить до розвитку кокаїнізму. Фіз. залежність від кокаїну не виникає; абстинент. синдром виявляється вираженою депресією. Зростання толерантності не відбувається (дія однієї й тієї ж дози не слабшає, а в деяких випадках можлива навіть підвищена чутливість до дії препарату). При кокаїновій Н. увагу психіатрів привертають кокаїнові психози. Полінаркоманія – одночасне зловживання кількома наркот. речовинами. Осн. причини полінаркоманії: зниження або відсутність бажаного ефекту ейфорії від прийнятого наркот. препарату через толерантність, що підвищується, стимулює обрання сильнішого наркотику (досить часто курці гашишу «сідають на голку», тобто вдаються до введення опію або його дериватів, продовжуючи вживання препаратів конопель); порушення сну (стійке багатоденне безсоння примушує вдаватися до застосування снодій. препаратів, які, у свою чергу, викликають розвиток залежності; у такому разі вживання снодій. лікар. засобів стає постійним, а їх дози поступово підвищуються); звич. наркотик стає важкодоступним, найчастіше у зв'язку з фінанс. проблемами споживача, що призводить до вживання не тільки наркот. препаратів, а й ін. речовин із токсич. дією, зокрема алкоголю. Клін. картина полінаркоманії тяжча, визначається не простою сукупністю дії окремих наркот. речовин, а результатом їх

взаємодії. Відзначають зміни особистості, асоц. поведінку, часто – затяжні псих. розлади, виражене зниження мнестич. та інтелект. функцій. Прогноз полінаркоманії завжди несприятливий. У лікуванні Н. можна виділити 3 етапи. На першому етапі застосовують нейролептичні препарати або периферичні блокатори адренорецепторів; тривалість лікування становить прибл. 2–3 тижні. Другий етап спрямов. на відновлення функціон. переваги вегетатив. нерв. системи за допомогою вегетотроп. препаратів та фізіотерапевт. процедур; тривалість – 1–1,5 місяця. Третій етап – заг.-зміцнювал. терапія, дієтотерапія, вітамінотерапія тривалістю 2 місяці. Профілактика Н. в сучас. умовах здійснюється за допомогою низки мед. і соц. заходів.

С. В. Коваленко, В. С. Бондар, О. А. Лящева

Токсикоманія (від грец. τοξικόν – отрута і манія) – захворювання, що характеризується стійким потягом до регулярного вживання психоактивних речовин з метою отримати задоволення або підтримати стан псих. і фіз. комфорту. Між Т. й наркоманією мед.-біол. відмінностей немає. Розмежування цих понять суто умовне і обумовлене правовим регулюванням виробництва, зберігання, розповсюдження і вживання наркот. і психоактив. речовин і, відповідно, адм. або кримінал. відповідальністю особи за порушення регламентов. законом вимог. Враховуючи юрид. аспект, наркоманію можна визначити як Т. до речовин, які в установленому законом порядку віднесені до списку наркотичних. Постановою КМ України від 6 травня 2000 затверджено «Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», який періодично змінюють та доповнюють відповідно до міжнар. договорів та з метою посилення держ. контролю за обігом низки речовин у зв'язку з їх особливою небезпечністю для життя і здоров'я людей (див. Наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги і прекурсори). Спільність Т. і наркоманії визначається наявністю в їх клініч. картині трьох «великих наркоманій. синдромів»: псих. залежності, фіз. залежності та зміненої реактивності організму до вживаної речовини. Т. характеризується розвитком псих., а в низці випадків фіз. залежності, зміною толерантності до вживаної речовини, псих. і сомат. розладами, зміною особистості. Псих. залежність (пристрасть) проявляється у хворобливому потягу безперервно чи періодично приймати психоактивну токсикоманічну речовину з метою викликати певні відчуття або усунути псих. дискомфорт; фіз. залежність (стан адаптації до речовини) характеризується виникненням після відміни вживання токсикоманіч. речовини абстинент. синдрому; толерантність (до токсикоманіч. речовин) – необхідність поступового підвищення дози для досягнення бажаного ефекту, який раніше наставав при застосуванні нижчої дози. Т. викликають багато препаратів і речовин. Насамперед, це препарати снодій. та седатив. дії – похідні барбітурової кислоти; транквілізатори бензодіазепінового ряду; протипаркінсонічні (тригексифенідил), антигістамінні (дифенгідрамін, прометазин) засоби; психостимулятори (ефедрин, кофеїн); засоби для інгаляцій. наркозу (мед. етер, закис

азоту). Велику групу становлять речовини, що не є лікар. препаратами, але використовуються для інгаляцій. Т. До них належать леткі орган. розчинники (толуол, бензол, ацетон, бензин та ін.), а також різні засоби побут. хімії. Зберігають своє значення найменування окремих форм токсикоманій та наркоманій: алкоголізм, нікотинізм, кофеїнізм, гашишизм, кокаїнізм, морфінізм, героїнізм та ін. Згодом діагноз Т. може бути трансформований у діагноз наркоманія і навпаки.

С. В. Коваленко, С. А. Карпушина, В. С. Бондар, С. В. Баюрка

Рекомендована література

1. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. Москва, 1987;
2. Марчук А. І. Судова медицина. К., 1997;
3. Баюрка С. В., Бондар В. С., Карпушина С. А. та ін. Фармацевтичні аспекти алкоголізму, наркоманії і токсикоманії. Х., 2017.
4. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. Москва, 1988;
5. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. Ленинград, 1990;
6. Баюрка С., В., Бондар В. С., Карпушина С. А. та ін. Фармацевтичні аспекти алкоголізму, наркоманії і токсикоманії. Х., 2017.

Бібліографічний опис:

Наркологічні розлади / В. С. Бондар, С. В. Коваленко, В. С. Бондар, О. А. Лящева, С. А. Карпушина, С. В. Баюрка // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2020. – Режим доступу:

<https://esu.com.ua/article-71251>

2001-2025 © Ця енциклопедична стаття захищена авторським правом згідно з чинним законодавством України ([докладніше](#)).