МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Коноразов И.И., главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь,
Копытов А.В., докт. мед. наук, Максимчук В.П., канд.мед.наук

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ В ТРУДОВЫХ КОЛЛЕКТИВАХ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ПОРЯДОК РАБОТЫ С НИМИ

(методические рекомендации для государственных и иных организаций)

Минск, 2014

Содержание Стр.

Введение. 3

Глава 1. Проведение ежегодной диспансеризации на производстве (организации) 5

Глава 2. Проведение ежегодного тестирования членов трудового коллектива на предмет потребления наркотических средств и других психоактивных веществ 7

Глава 3. Психические и поведенческие симптомы употребления психоактивных веществ 10

Глава 4. Косвенные признаки, определяющие риск или наличие расстройств, связанные с употреблением психоактивных веществ 27

Глава 5. Порядок работы в трудовых коллективах с лицами, употребляющие наркотические средства и психоактивные вещества 29

Заключение 33

Список литературы 35

Приложения.
Рекомендации по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические средства и страдающих синдромом зависимости к наркотическим средствам и алкоголю при проведении диспансеризации работников 37

Рекомендации по диагностике алкогольного или иного опьянения при проведении медицинского осмотра работников 41

Скрининг-тест «МОРС» при выявлении злоупотребления алкоголем 43

Тест АУДИТ 44

Определение - количества и частоты употребления алкоголя 46

Скрининг-тест «GAGE - AID» для выявления злоупотребления наркотиками 47

Инструкция по применению набора реагентов «Креатив МП» для выявления наркотических средств, психотропных и других одурманивающих веществ иммунохроматографическим экспресс-методом в моче и таблица с описанием выявления различных наркотических средств 49

Заключение о результатах тестирования 59

Введение

Злоупотребление наркотическими веществами и незаконная торговля ими в последнее время во многих странах мира приняли катастрофические размеры. Широкое распространение наркомании в развитых странах во многом является следствием тех социальных условий, которые там существуют, а именно: безработица, неуверенность в завтрашнем дне, ежедневные стрессы, тяжелые нервно-психические состояния, стремление получить допинг, создающий впечатление прилива сил, хотя бы на короткий промежуток времени уйти от окружающей действительности.

Общее число лиц страдающих наркоманией в мире приближается к миллиарду. Торговля наркотиками стала одной из самых страшных форм эксплуатации человека человеком и одним из самых страшных преступлений против человечества.

Наркомания приобретает угрожающий характер, как здоровью нации, так и будущему общества в целом. В основе распространения наркомании можно выделить несколько причин:

отсутствие у большей части молодежи ценностных ориентаций;

получение баснословных прибылей криминальными структурами на торговле наркотиками;

естественное чувство познать ранее неизведанное;

любопытство;

дисгармония в семейных и социально-производственных отношениях;

стремление уйти от повседневной действительности.

Зачастую молодые люди, чаще подростки, первоначально знакомятся с действием большого количества психоактивных веществ (ПАВ), постепенно идет так называемый этап поискового подросткового полинаркотизма. Затем происходит формирование предпочтения определенного наркотика. Это связано с различными факторами и прежде всего с собственными переживаниями в состоянии интоксикации, или модой на наркотик в настоящее время. В последнее время на дискотеках, в клубах и даже кафе часто можно встретить молодых людей употребляющих курительные смеси (SPICE (Спайс), миксы, марки). Так называемые курительные смеси вызывают психологическую и физическую зависимость у тех, кто их курит, а по своему воздействию на организм они в несколько раз сильнее, чем марихуана.

С момента определения предпочитаемого наркотика начинается собственно и развитие заболевания, когда прием наркотика становится регулярным. Все поведение, установки, моральные ценности человека

страдающего наркоманией подчиняются потребности регулярного воспроизведения состояния интоксикации.

Согласно имеющихся статистических данных известно, что за один год пациент страдающий зависимостью от наркотических средств вовлекает в потребление наркотиков в среднем до 16 человек (как правило, с 14 - 16 лет). Средняя продолжительность жизни пациентов с наркоманией не превышает 30 лет. Сокращение продолжительности жизни происходит в основном за счет поражения печени, почек, сердца, центральной и периферической нервных систем. Если наркотик принимается внутривенно - происходит заражение крови и как следствие появляются такие заболевания, как ВИЧ/СПИД, вирусный гепатит, сепсис и др.

В дальнейшем, при прогрессировании заболевания, лица страдающие наркоманией в большинстве случаев утрачивают квалификационные навыки и умения, теряют работу и поведение таких лиц, в большинстве своем, носит криминогенный характер.

По данным, полученным из наркологических диспансеров в 2013 году, из стоящих на учете пациентов страдающих зависимостью от наркотических средств работало только 44,3%, имели судимость - 51,9%.

В связи с этим важно раннее выявление лиц, употребляющих наркотические средства, пока болезнь ещё полностью не развилась. На сегодняшний день объективно ни мастера производства предприятий, ни педагоги, воспитатели, психологи и командиры военных частей не готовы, ни к раннему выявлению пациентов в трудовых коллективах, употребляющих ПАВ, ни к проведению профилактической работы по предупреждению распространения наркотических средств в трудовых коллективах. Все это указывает на актуальность данной проблемы для всех без исключения должностных лиц, руководителей предприятий и организаций, служащих, педагогов, воспитателей, мастеров.

Анализируя текущую ситуацию, можно предположить, что процесс проникновения наркотиков в общество, особенно в молодежную среду будет постоянно увеличиваться, что приведет к негативным медицинским и социальным последствиям в популяции трудоспособного населения.

В целях формирования в трудовых коллективах и в обществе в целом неприятия таких явлений как алкоголизация и наркомания, системного подхода в выявлении лиц, потребляющих наркотические средства и лиц, у которых уже развился синдром зависимости к алкоголю или другим ПАВ, а также оказания их необходимой квалифицированной помощи целесообразно на предприятиях (организациях) проводить следующие мероприятия:

1. Проводить ежегодные медицинские осмотры сотрудников трудового коллектива (организации) медицинскими работниками, имеющими соответствующую квалификацию.

2. Ежегодное проведение тестирования и консультирование сотрудников трудового коллектива на предмет выявления и потребления алкоголя и других психоактивных веществ.

3. Проведение в трудовых коллективах (организациях) постоянных профилактических информационных мероприятий.

4. Целесообразным и экономически обоснованным считается открытие фельдшерских пунктов на предприятиях (организациях) где количество работающих свыше 300 человек.

Глава 1
Проведение осмотров на производстве (организации)

1. При прохождении работниками трудовых коллективов (далее – работник) медицинского осмотра в организациях здравоохранения или на предприятиях выделяют группу риска лиц, в отношении которых есть основания установить наличие психических и поведенческих нарушений, связанных с употреблением или зависимостью от алкоголя или других ПАВ. Данные лица направляются для проведения углубленного диагностического консультирования и тестирования на предмет наличия вышеуказанных нарушений к врачу психиатру – наркологу.

Информация о работнике, находящемуся в группе риска, передается в амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения, за которой он закреплен для медицинского обслуживания по месту жительства (места пребывания) и медицинскому работнику соответствующего предприятия.

Участковый врач-терапевт, врач общей практики, при получении информации, включает работника, находящегося в группе риска, в группу диспансерного наблюдения Д II для динамического наблюдения не реже 1 раз в год.

Медицинский работник предприятия при проведении предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра данной категории работников выполняет его в полном объеме в соответствии с перечнем, входящим в предсменный медицинский осмотр.

В течение рабочей смены медицинский работник предприятия не реже 1 раза в месяц проводит данной категории работников дополнительный медицинский осмотр для определения наличия или отсутствия признаков состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

2. Проведение ежедневного предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра осуществляется в соответствии с Инструкцией о порядке проведения предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра работающих, утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2013 г. № 116/119 «О некоторых вопросах проведения предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра и освидетельствования работающих, на предмет нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения».

Предсменный медицинский осмотр может проводиться:

медицинским работником, состоящим в штате работодателя, при наличии у работодателя специального разрешения (лицензии) на осуществление медицинской деятельности;

медицинским работником организации здравоохранения, иной организации, индивидуальным предпринимателем, имеющие специальные разрешения (лицензии) на осуществление медицинской деятельности (далее - организации здравоохранения), на основании заключенного гражданско-правового договора между работодателем и организацией здравоохранения.

Предсменный медицинский осмотр включает в себя:

опрос работающего о состоянии здоровья;

измерение по медицинским показаниям или выборочно: температуры тела, пульса, артериального давления;

определение наличия или отсутствия внешних признаков состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения (далее - состояние опьянения);

определение наличия или отсутствия алкоголя иди других наркотических, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ (далее - наркотические и другие вещества) в организме работающего (в случае, если имеются признаки состояния опьянения, однако состояние алкогольного опьянения не определено).

Предсменный медицинский осмотр проводится с использованием приборов, предназначенных для определения концентрации паров абсолютного этилового спирта в выдыхаемом воздухе, соответствующих требованиям технических нормативно-правовых актов (далее - приборы), и экспресс-тестов (тест-полосок, экспресс-пластин), предназначенных для определения наличия наркотических средств и других веществ (далее - экспресс-тесты) либо путем лабораторного исследования в организациях здравоохранения биологических образцов, забранных у работающих, на

основании заключенного договора между работодателем и организацией здравоохранения согласно рекомендаций, изложенных в Приложении 1.

Приборы и экспресс-тесты используются в порядке, определяемом изготовителем приборов (экспресс-тестов) в соответствии с законодательством Республики Беларусь (приложение 7).

При выявлении у работника наличия состояния опьянения или факта употребления алкоголя (наркотика) медицинский работник составляет на данного работника акт проведения предсменного медицинского осмотра и незамедлительно направляет его работодателю (руководителю предприятия (организации).

По результатам предсменного медицинского осмотра в отношении работающего работодателем принимается одно из следующих решений:

о допуске к работе;

о недопуске к работе.

Нахождение работающего в состоянии опьянения является основанием для недопуска его к работе.

Факт проведения предсменного медицинского осмотра работающего регистрируется в журнале предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра работающих (далее - журнал медицинского осмотра).

Медицинский работник имеет право в течение рабочей смены провести выборочно повторный медицинский осмотр для определения наличия или отсутствия признаков состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Отказ работника от прохождения предсменного медицинского осмотра оформляется в журнале медицинского осмотра, о чем информируется работодатель (руководитель предприятия (организации). Отказ заверяется подписью медицинского работника, проводившего предсменный медицинский осмотр и работником.

Глава 2

Проведение ежегодного тестирования членов трудового коллектива на предмет потребления наркотических средств и других психоактивных веществ.

Процедура проведения тестирования на наличие алкоголя и наркотических средств на предприятии (в организации) является важным инструментом сдерживания злоупотребления алкоголем и ПАВ и поддержания здоровой обстановки на предприятии (организации).

Основной целью тестирования является:

выявление среди работников трудовых коллективов профилактической группы - лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем и/или наркотическими веществами;

выявление среди работников трудовых коллективов группы риска - лиц, злоупотребляющих алкоголем и/или наркотическими веществами;

выявление среди работников трудовых коллективов группы наблюдения - лиц, имеющих признаки зависимости от алкоголя и/или наркотических веществ;

обеспечение безопасности на рабочем месте;

уменьшение дней временной нетрудоспособности от алкоголь-ассоциированных заболеваний;

увеличение производительности.

При планировании проведения тестирования необходимо учесть следующие условия:

конфиденциальность процедуры;

четко определить место тестирования;

присутствие представителей руководства, медицинского работника и профсоюза;

в случае положительного результата тестирования на алкоголь (наркотики) с применением анкет (или экспресс-тестов), медицинское освидетельствование должно быть проведено не позднее 2 часов в организации здравоохранения, имеющей специальное разрешение (лицензию) на проведение данного вида деятельности.

Правильно проводимое тестирование позволяет предотвратить многие проблемы на предприятии и помочь отдельным работникам решить существующие проблемы.

Сплошному периодическому (не менее одного раза в год) анкетированию и последующему (в случае необходимости) биологическому тестированию (исследование биосред на алкоголь и наркотические средства) должны быть подвергнуты все работники трудового коллектива (от 18 лет и старше), а также студенты техникумов, профессионально-технических учреждений, колледжей, институтов и университетов, проходящих производственную практику в данном трудовом коллективе.

Тестирование организуется администрацией предприятий (организаций), а при необходимости совместно со специалистами территориального наркологического диспансера (наркологического кабинета) по согласованию и на хозрасчетной основе.

Тестирование осуществляется членами общественной комиссии по предупреждению пьянства и других зависимостей (далее - КПП) по согласованию с администрации данного предприятия (организации), с участием медицинского работника территориального наркологического

диспансера (кабинета), а при необходимости с привлечением специалистов в области наркологии (по согласованию, на хозрасчетной основе).

Анкетирование проводится на основе использования верифицированных тестов-анкет, позволяющих выявить у работников склонность к аддиктивному поведению, **например, тест МОРС, «AUDIT» и др. (см. приложение 3, 4, 5, 6).**

Проводится анализ анкетирования, и выявляются лица, имеющие склонность к употреблению алкоголя, наркотических, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ (далее – группа риска).

В группе риска проводится биологическое тестирование для выявления вида употребляемого психоактивного вещества с использованием экспресс-пластин или доступных методов лабораторной диагностики.

Проведение биологического тестирования с использованием экспресс-пластин, в качестве метода предварительной диагностики, возможно, использовать непосредственно по месту работы (учебы) с соблюдением правил проведения процедуры, утвержденной производителем. Наличие положительных результатов экспресс-тестов является основанием для направления работника в специализированное учреждение здравоохранения для более углубленного исследования биологических сред.

Наличие положительных результатов экспресс-тестов, установленных в рабочее время, позволяет отнести сотрудника к группе риска по употреблению данного психоактивного вещества.

По результатам положительного тестирования составляется заключение согласно приложению 8, которое подписывается членами комиссии. Результаты тестирования сообщаются руководителю предприятия (организации) и территориальной организации здравоохранения (диспансер, кабинет) оказывающей наркологическую помощь не позднее 7 дней, после проведения тестирования.

Результаты, проведенного биологического тестирования, сообщаются работнику, прошедшему тестирование.

Лица, подлежащие тестированию, должны проходить очередное тестирование не реже одного раза в год. При переходе лица, подлежащего тестированию, на работу в другое предприятие (организацию), повторное тестирование проводится в новой организации (предприятия) в течение текущего года.

Ежегодно готовится общий отчет о результатах проведенного тестирования работников с обсуждением его на совместных совещаниях организаций здравоохранения и руководителем предприятия организации.

Руководитель предприятия (организации) при получении положительного результата по конкретному работнику из группы риска обеспечивает его направление в организацию здравоохранения оказывающую наркологическую помощь, для проведения дополнительного обследования и при необходимости лечения.

Биологическое тестирование лиц, отобранных в группу риска, проводится специалистами организации здравоохранения, на хозрасчетной основе, путем исследования биологических сред в химико-токсикологической лаборатории (далее – ХТЛ) для объективизации употребления и определения вида психоактивного вещества.

По результатам химико-токсикологического исследования, организация здравоохранения выносит заключение, которое доводится до сведения руководителя предприятия (организации) согласно действующего законодательства Республики Беларусь.

Результаты проведенного наркологического тестирования сообщаются самому работнику предприятия, а также специалисту наркологического кабинета (диспансера).

Руководителем предприятия (организации) при содействии с территориальной организацией здравоохранения ежегодно организуется подготовка общего отчета о результатах проведенного тестирования с обсуждением результатов на совещаниях с участием специалистов территориальных организаций здравоохранения.

Глава 3.

Психические и поведенческие симптомы употребления психоактивных веществ

Клинические симптомы алкогольного опьянения

Алкогольное опьянение это патологическое состояние, характеризующееся сочетанием психических и неврологических расстройств, обусловленных воздействием этилового спирта на центральную нервную систему.

По клиническим проявлениям выделяют три степени алкогольного опьянения: легкую, средней тяжести и тяжелую. Поведение опьяневшего человека зависит как от действия алкоголя, так и от традиций, личностных особенностей человека, употребляющего алкоголь, его психического состояния предшествующего опьянению.

Для легкой степени характерны повышенное настроение с чувством бодрости, довольства, состояние благодушия. Опьяневший

весел, шутит, преисполнен симпатии к окружающим. Возникают самоуверенность, повышенная самооценка, склонность к хвастовству. Настоящее и будущее рисуются в радужном свете, трудности кажутся легко преодолимыми, неприятности малозначительными. Преобладают приятные мысли и ассоциации. Исчезает чувство досады, обиды, напряженного ожидания. У некоторых людей появляются стремление говорить, демонстрировать силу и ловкость. Мимика и жестикуляция становятся особенно выразительными, движения размашистыми, порывистыми, но менее точными. Речь быстрая и громкая. Суждения поверхностны, не всегда последовательны; ускоряется процесс ассоциирования (появляется много ассоциаций по созвучию). Снижаются объем и качество работы, растет число ошибок. Критика к своему состоянию снижается. Длительность первой степени алкогольного опьянения от 30–40 мин. до 2–3 ч. Вначале нормализуется настроение, затем исчезают двигательные проявления опьянения, восстанавливается работоспособность. Опьянение сохраняется в памяти.

Средняя степень опьянения сопровождается углублением психических нарушений. Оценка ситуации становится неточной, фрагментарной. Затруднено и замедлено образование представлений. Речь громкая, наблюдаются ее замедление, грамматическое упрощение, трудности в подборе слов, речевая продукция по слогам (дизартрия). Высказывания становятся банальными, однообразными. Характерны грубость, плоские циничные шутки и брань. Внимание с трудом переключается. Слабые внешние раздражители не воспринимаются, а интенсивные или особой значимости - с трудом. Эйфория с благодушием, умилением, всепрощением быстро сменяется злобностью, раздражительностью, негодованием, оживлением неприятных воспоминаний, агрессией. Легко обнаруживаются затаенные чувства обиды, ущемленной справедливости, ревности. Нарушения настроения во многом определяют поведение и высказывания. Резко снижается критика, волевые импульсы легко реализуются в действия. Многие поступки выглядят неадекватными. Поведение становится бестактным, бесцеремонным. Утрачивается чувство стыда, нередко обнаруживается сексуальная расторможенность. Вместе с тем ситуация не полностью, но осознается, сохраняется способность к неожиданным метким замечаниям. Движения плохо координированы, человек начинает пошатываться. Отмечаются также ограничение движений глазных яблок, вялая реакция зрачков на свет. Длительность этой степени опьянения - несколько часов. Затем наступает сонливость, переходящая в сон, или начинается медленное протрезвление с длительно сохраняющимся чувством слабости, пониженным настроением, отсутствием аппетита, жаждой.

Обстоятельства во время опьянения подвергаются частичному забыванию, особенно если затем следует длительный сон.

Тяжелая степень опьянения характеризуется оглушенностью сознания различной выраженности с резким обеднением психической деятельности. Крайне затруднено восприятие окружающего, речь отсутствует или произносятся отдельные слова. Утрачено понимание речи окружающих. В наиболее тяжелых случаях человек теряет сознание. Характерны грубая дискоординация движений, потеря мышечного тонуса, неспособность говорить, падение давления и температуры тела, тошнота, рвота, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Возможна смерть. Протрезвление наступает медленно. Несколько дней держатся слабость с адинамией, нарушением сна и аппетита. После тяжелой степени опьянения произошедшее полностью забывается.

Степени алкогольного опьянения

Концентрация этилового спирта в крови (в промилле)	Степень опьянения
Менее 0,3	Отсутствие влияния алкоголя
от 0,3 до 1,5	Легкая степень опьянения
от 1,5 до 2,5	Опьянение средней степени
от 2,5 до 3,0	Сильное опьянение
от 3,0 до 5,0	Тяжелое отравление алкоголем. Возможно наступление смерти
свыше 5,0	Смертельное отравление

Симптомы видов опьянения при употреблении других психоактивных веществ

Употребление опийных препаратов

Опиатами (опиоиды) называются наркотики, получаемые из опия-сырца, который, в свою очередь, добывают из опийного мака, а также из семян мака (бубки, семки) и кодеиносодержащих лекарственных средств. К опиатной группе относятся также некоторые синтетические заменители опиатов, такие как героин, метадон, морфин.

Клиническое описание. Первая фаза на жаргоне наркоманов называется «приходом». Это состояние наркоманы сравнивают с оргазмом. При внутривенном введении опиатов в области живота появляется приятная теплая волна, которая поднимается по всему телу, как легкое поглаживание. Начинается ***эйфория*** - чувство необыкновенного душевного и телесного «комфорта». Возникает сужение

сознания, наркоман не обращает внимания на окружающее, целиком сосредоточен на своих «приятных» ощущениях. Он старается не двигаться, чтобы «не спугнуть приход», замирает. После приема небольшого количества вещества (от 5 до 10 мг.) наблюдаются снижение чувствительности, дремотное состояние, изменение настроения и затуманенное сознание. Максимум анальгезирующего (обезболивающего) влияния отмечается приблизительно через 20 мин. после внутривенного вливания или через 1 ч. после подкожного введения и продолжается от 4 ч. до 6 ч. в зависимости от типа опиоида, дозы и истории злоупотребления наркотиками в прошлом. К другим проявлениям относятся чувство тепла, тяжести в конечностях и сухость во рту. Лицо, особенно нос, часто зудит и краснеет (это может быть связано с выделением гистаминов). Некоторые наркоманы ощущают эйфорию, которая может продолжаться от 10 до 30 мин. У наркоманов, применяющих внутривенное введение наркотика, тотчас же отмечается достижение наивысшей точки, которая описывается ими как чувство, близкое к оргазму, вследствие того что ПАВ попадает в головной мозг через несколько минут после инъекции. Это состояние длится около 5 мин. Лицо краснеет, возникает зуд в области подбородка, лба и кончика носа, появляется сухость во рту, зрачки сужаются до размеров точки и не реагируют на смену освещения, если посветить фонариком несколько секунд и выключить, то зрачки останутся в одном, суженном положении. При внутримышечном введении опиатов «приход» ощущается в меньшей степени. Интоксикацию героином пациенты описывают как «оргазм всего тела». При приеме опиатов внутрь «приход» менее острый, но может длиться дольше. Бывает отечность лица, покраснение не только его, но и верхней части тела, зуд кожи за ушами, в области шеи и верхней части туловища. В этой фазе возможны обмороки или чувство дурноты.

Вторая фаза на жаргоне наркоманов называется «кайфом», «волокушей» или «таской». Она длится до 3–4 ч. Это состояние нирваны, тихого покоя, благодушной истомы и довольства. Нет повышенной активности и потребности в общении. В руках и ногах ощущение тепла и приятной тяжести. Этим состоянием наркоманы стараются насладиться в одиночестве или в стороне от остальных при групповой наркотизации. Отмечаются бледность и сухость кожи, губ, артериальное давление снижается, пульс редкий. Внешне наркоман малоподвижен, вял, не воспринимает внешних раздражителей, сидит молча, предаваясь своим мечтам и фантазиям. Какие-либо желания, влечения отсутствуют. Наркоман не хочет ни есть, ни пить, ни заниматься чем-либо, единственное желание - чтобы все оставили его в покое наедине с необычными ощущениями. Такое состояние больше свойственно новичкам. Опытные наркоманы обучаются скрывать свое опьянение от

окружающих, и если наркомана в этом состоянии потревожить или ему нужно находиться в общественном месте, то неосведомленный человек может ничего не заметить. Для опийного опьянения характерны быстрая речь, ускорение мышления и смены ассоциаций, легкое, благодушное настроение. Но самым достоверным признаком опийного опьянения, даже если все остальные проявления наркоман способен скрывать, являются узкие зрачки. Они не расширяются даже в темноте, не реагируют на свет, и внешне это очень заметно даже неспециалисту. Поэтому наркоманы со стажем, чтобы не привлекать к себе этим внимания окружающих, постоянно, даже зимой и в помещении, носят темные очки, а в некоторых случаях закапывают в глаза атропин, чтобы зрачки расширились. За этим следует седативный эффект, который наркоманы называют «уход в дремоту». При употреблении морфия изменяется восприятие боли, причем так, что больной становится безразличным к ней.

При приеме кодеина эта фаза иная. Появляется двигательное и психическое оживление, смешливость, неусидчивость. Опьяневший громко разговаривает, речь быстрая, непоследовательная, с частой сменой темы разговора, жестикуляция оживленная.

Третья фаза - сон. Сон чуткий, поверхностный, с легким пробуждением от незначительных раздражителей. Длительность сна 2–3 ч.

Четвертая фаза наблюдается не всегда. Она проявляется плохим самочувствием, беспокойством, тревожностью, тоской, головной болью. Могут быть тошнота, рвота и головокружение, подергивание век, языка и рук.

При передозировке опиоидов сон переходит в коматозное состояние. Сознание полностью утрачивается. Человека невозможно разбудить, он имеет вид человека спящего глубоким сном. Зрачки узкие и не реагируют на свет, кожа бледная, дыхание поверхностное и редкое.

Опьянение снотворными и седативными средствами

Седативными гипнотическими (снотворными) веществами являются вещества, которые снижают активность и вызывают спокойствие, дремотное состояние и сон. Эти вещества называются также транквилизаторами, средствами снижающими тревогу. На жаргоне наркоманов - «колеса». Все они могут вызывать как физическую, так и психологическую зависимость, а также и абстинентный синдром при отмене. Поскольку они на законных основаниях выпускаются в больших количествах и относительно доступны в различных видах, они служат мишенью противоправной деятельности. Транквилизаторы включают такие лекарственные средства, как сибазон, реланиум, нозепам, клоназепам и др. Они используются в основном для лечения тревожности,

а также как седативные средства, мышечные релаксанты, противосудорожные, а также для лечения алкогольной абстиненции.

Клиническая картина опьянения. Наркотический эффект может наступить от 3–5 доз транквилизаторов. Действие веществ этой группы зависит от способа их введения. При приеме таблеток внутрь первую фазу - «приход» - ощущают только новички. Она ощущается как легкое головокружение, потемнение в глазах. Используют и внутривенный способ введения растолченных и разведенных водой таблеток барбитуратов или ампулированного седуксена. При таком способе введения и первая, и вторая фазы действия ощущаются более отчетливо.

При внутривенном введении первая фаза действия возникает сразу же («на игле»). Ощущается «мягкий удар» в голову, в глазах темнеет, все плывет. Эти ощущения «приятны» больным. Окружающее не воспринимается, наркоман «отключается». При приеме барбитуратов расширяются зрачки, краснеет лицо и верхняя часть туловища, возникает резкая мышечная слабость. Больные вынуждены вводить наркотик лежа, иначе не могут устоять на ногах. Длительность «прихода» - несколько секунд.

Затем наступает вторая фаза. Возникает беспричинное веселье, стремление двигаться, чем-то заняться. Повышается двигательная активность. Опьяневший не сидит на месте, он в постоянном движении, ему кажется, что он совершает целенаправленные действия, но внешне его перемещения выглядят беспорядочными. При приеме наркотической дозы транквилизаторов в таблетках возникает состояние приятного покоя – третья фаза. Все, что волновало прежде, отходит на задний план и уже не беспокоит. Нарастает оглушение, опьяневший не сразу понимает смысл обращенного к нему вопроса, переспрашивает, отвечает с большой задержкой. Речь смазанная, походка неустойчивая.

В целом опьянение снотворными и седативными средствами очень напоминает алкогольное опьянение, но гораздо более тяжелое, с выраженными нарушениями координации и мышления. Опьяневший не способен осмысливать происходящее и свое поведение, легко отвлекается, в разговоре перескакивает с одной темы на другую, не помнит, о чем говорил только что.

Окружающее воспринимается искаженно, например, чье-то замечание, не имеющее к нему никакого отношения, он может расценить как оскорбительное и наброситься с кулаками на «обидчика». В состоянии опьянения больной может пристать на улице к прохожему и затеять беспричинную ссору. В компаниях таких наркоманов очень часты беспричинные драки. Часты и случаи проявления агрессии по отношению к посторонним людям. Настроение неустойчиво: опьяневший то весел и

беспричинно смеется, то вдруг по незначительному поводу раздражается, возникают злоба и гнев.

Внешне опьянение снотворными и седативными проявляется значительными нарушениями координации. Движения больных в состоянии опьянения барбитуратами размашистые, избыточные, несогласованные. Заметна неточность при выполнении мелких движений. При ходьбе и стоянии они пошатываются из стороны в сторону. Речь смазанная, нечеткая, сильно выпившего человека.

После пробуждения наступает четвертая фаза. Она проявляется вялостью, разбитостью, головной болью, чувством отупения и неспособностью сосредоточиться. Ощущается мышечная слабость, руки и ноги, как ватные, движения неточные. Могут быть тошнота и рвота.

При опьянении транквилизаторами сон может не наступать, опьянение завершается чувством вялости, разбитости, общей слабости. Причина передозировок, как и при алкоголизме, вызвана утратой контроля количества принимаемого препарата.

Опьянение психостимуляторами

Эфедрон - продукт переработки средств, содержащих эфедрин (капли и мази от насморка, солутан, используемый для купирования приступов бронхиальной астмы и др.), получают кустарным способом с применением примитивной лабораторной техники. При изготовлении используются калий перманганат, уксусная кислота, йод. Обнаружение в местах встреч, проживания этих веществ, без объективной необходимости их наличия, либо же повышенный интерес человека к данным веществам, служит косвенной уликой, позволяющей заподозрить подобную «лабораторию», либо же лицо, кустарно изготавливающее наркотики. Среди наркоманов эфедрон известен под жаргонными названиями «коктейль джеф», «марцефаль», «мурцовка», «мулька» и т.д.

При пероральном употреблении через 10–15 мин. развивается эйфория со своеобразными психосенсорными нарушениями. Появляется ощущение необычной легкости тела, невесомости. Краски окружающего кажутся яркими и сочными, при звуках в глазах появляются радужные пятна. Характерны также чувства собственной доброты, любви к людям, сопереживания любому чужому, чаще мнимому, горю, а также необычной ясности и четкости мыслей. При внутривенном введении симптоматика развивается со стремительной быстротой. Первая фаза действия наступает в течение нескольких минут («приход», «напор» и т.п.). Появляются легкий озноб, ощущение покалывания в руках и ногах. Кажется, что волосы на голове шевелятся, становятся дыбом, начинают расти. Ощущается сердцебиение.

Вторая фаза начинается через 10–20 мин. Возникающее состояние характеризуется приподнятым настроением, ощущается душевный подъем. Этот подъем отличается повышенной активностью, тянет к «подвигам», приключениям. Непоседливость может достигать беспокойной суетливости. Наркоманы становятся болтливыми, говорят быстро и без умолку, перескакивая с темы на тему, отвлекаясь и повторяясь. Ко всем навязчивы, хотят делиться своими мыслями и чувствами, прилипчивы со своей добротой. При этом оживленно жестикулируют. Мимическое сопровождение высказываний бывает утрировано до гримас. Внимание крайне неустойчиво. Легко отвлекаются при изменении обстановки. Окружающая обыденная обстановка вдруг становится необычно интересной.

Часто молодые люди высказывают идеи величия, хвастаются, сильно преувеличивая свои способности и таланты, уверены в исполнении нереальных, но заманчивых планов (стать знаменитостью, кумиром всей молодежи и т.п.). Отмеченная у взрослых продуктивная деятельность - стихи, рисунки - для подростков мало характерна. Агрессия по собственной инициативе бывает редко, но она легко может быть спровоцирована со стороны, даже безобидными замечаниями, а главное - недоброжелательным тоном и видом и тем более попытками ограничить активность или удержать. Иногда подростки отмечают усиление полового влечения, сексуальное возбуждение, мальчики - частые эрекции. Некоторые подростки мужского пола говорят о резком усилении сексуальной потенции, о большом числе половых сношений в течение суток с достижением оргазма. Возможно, эти высказывания должны восприниматься с определенной коррекцией. Однако в последнее время появилась информация о том, что в смешанных по полу компаниях подростки мужского пола делают внутривенные вливания эфедрона девочкам, вызывая тем самым у них сильное повышение полового влечения и склоняя их к сексуальным сношениям. Усиление либидо в сочетании с описанной обостренной чувствительностью, безудержным желанием самоотдачи играет, видимо, большую роль в частых гомосексуальных эксцессах.

Среди вегетативных нарушений наблюдаются сухость слизистых (сохнущие губы часто облизывают), бледность лица, повышение артериального давления, умеренная тахикардия, иногда экстрасистолия.

Картина эфедроновой интоксикации в начале злоупотребления удерживается после вливания до 8 ч. По мере повторения ежедневных вливаний толерантность растет, что становится очевидным по укорочению периода «подъема» до 1–2 ч.

Третья фаза. Постинтоксикационное состояние (т.е. выход из эфедронового опьянения) характеризуется тем, что угнетенное

настроение, вялость, быстрая утомляемость, чувство полного изнеможения сочетаются с соматическим дискомфортом - разбитым самочувствием, ноющими болями в разных частях тела, особенно в затылке. Появляются парестезии (кажется, что по телу ползают мурашки). Артериальная гипертензия и тахикардия могут сохраняться. Потребность во сне сочетается с невозможностью уснуть, а сонливость - с беспокойным сном.

В четвертой фазе - фазе выхода - эйфория сменяется подавленностью, раздражительностью, стремлением к одиночеству. Возникают светобоязнь и непереносимость громких звуков, головная боль, неприятные ощущения в различных частях тела, озноб, чувство ползания мурашек, периодически - вздрагивание всем телом. Пульс учащен, усиливаются боли в области сердца, нарушения сердечного ритма, перебои в сердечной деятельности. Наблюдаются слабость, сонливость, чувство опустошенности. Двигательная активность сменяется вялостью и обессиленностью. Больные впадают в прострацию.

Если наркоман вводил стимуляторы в одиночестве, то может наступить непродолжительное дремотное состояние. Но если наркотизация стимуляторами происходит в группе, то после спада интоксикации наркоманы не спят, а как только действие наркотика спадает, вновь водят себе очередную дозу. Даже после однократного введения стимуляторов у начинающих в течение нескольких дней наблюдаются слабость, вялость и головная боль.

Но однократным приемом дело обычно не ограничивается, и очень скоро наркотизация становится систематической. Общая длительность наркотического опьянения при приеме стимуляторов составляет от 1 до 6 ч. Она зависит от вида вещества: наиболее короткая при кокаиновом опьянении, наиболее продолжительная — при эфедриновом. У новичков продолжается опьянение больше, чем у наркоманов со стажем.

Употребление гашиша

После алкоголизма гашишизм - наиболее распространенный вид наркотизма в мире (по числу пораженных лиц). Гашиш обычно курят как в виде чистой смолы (в кальянах, наргиле, джоза, килимах), так и в смеси с табаком жуют (банг). Но иногда глотают в пилюлях, заваривают, как кофе, добавляют в пищу, принимают в форме жидкого экстракта с пряностями, смешивают с беленой или дурманом.

Клиническая картина.

Первым ощущением является легкое головокружение, перед глазами все плывет. Через 2–5 мин. появляется чувство страха, тревожной

подозрительности. Обостряется восприятие внешних раздражителей. Затем возникают беззаботность и чувство легкого и приятного «одурения», доставляющие удовольствие теплота, тяжесть в руках и ногах. Может быть, чувство дрожи в руках, у некоторых людей - чувство страха и тревоги, пугливость и беспокойство. Спустя 10–20 мин. наступает расслабленность, легкость, благодушие. Присоединяются расстройства восприятия, которые проявляются нарушением видения пространства, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела. Чаще всего появляется благодушие, редко страх. Характерна легкость решений, беспечность и безответственность в действиях. Появляется ощущение легкости мыслей, тела, движений. Возникает стремление к движению, болтливость, течение мыслей ускоряется. Искажается оценка расстояния: опьяневшему кажется, что предметы отдаляются. Например, потянувшись за спичками, наркоман производит такие движения, как будто они лежат не рядом, а находятся далеко от него.

Очень опасно, когда в состоянии опьянения наркоман садится за руль. Он не способен правильно оценить дистанцию до других машин: близко идущая впереди машина кажется ему очень удаленной, и он может врезаться в нее на полном ходу. Точно так же он может въехать в дорожный столб, здание, сбить человека, тротуары или узкая проезжая часть дороги кажутся опьяневшему широким проспектом, по которому, по его мнению, он свободно проедет, и это тоже может привести к аварии. Мелкие предметы кажутся огромными, и, объезжая на дороге небольшое препятствие, наркоман может врезаться в соседние машины или ближайшее здание.

Меняется и восприятие собственного тела: руки и ноги кажутся длинными и толстыми, как бревна. Звуки слышатся как приглушенные, мягкие. Или, наоборот, слух резко обостряется, наркоман слышит каждый шорох. Нет ощущения времени: опьяневшему кажется, что время тянется очень медленно, а у других - наоборот, ускоряется. У каждого человека может быть преобладание тех или иных расстройств восприятия. Бывает устойчивое сохранение характера нарушений при каждом последующем курении или их последовательная смена.

Мышление отражает эмоциональные переживания. Из-за благодушия и повышенного настроения решения принимаются легко, без раздумий, беспечно. Мышление поверхностное, в состоянии опьянения больной не способен предвидеть последствия своих поступков и может совершить безответственные действия. Кроме того, мышление ускоряется, представления меняются легко и быстро, мысли текут без задержек, что приятно опьяневшему.

Особенностью гашишного опьянения является и то, что человек может видеть себя как бы со стороны и отстраненно оценивать все, что с ним происходит.

Внешне гашишное опьянение проявляется покраснением кожи (но иногда неестественной бледностью), блеском и покраснением глаз, расширением зрачков. Температура тела снижена, кожа на ощупь холодная, иногда на лбу выступает пот. Пульс учащен до 100 уд./мин., дыхание учащается до 30 в минуту. Координация движений нарушена: стоя, наркоманы пошатываются, пальцы рук дрожат. Язык заплетается, как при алкогольном опьянении. Одним из характерных признаков является специфический сладковатый запах смолы от одежды и волос курившего, а также в помещении, где курили гашиш. Этот запах долго сохраняется. В состоянии гашишной интоксикации ощущается сухость во рту, першение в горле, жажда, чувство голода. С течением времени мышление становится непоследовательным, отрывочным. Сознание сужается, опьяневший не способен концентрировать внимание.

Сужение сознания и восприятия проявляется в том, что в состоянии интоксикации наркоманы, принявшие гашиш, общаются только с членами своей компании. Если к ним подходит новый человек, они не обращают на него внимание, и нужно усилие, чтобы опьяневший сосредоточился на новом объекте. И тут же внимание снова переключается на своих.

В пределах одной группы курящих гашиш эмоции очень легко передаются от одного наркомана к другому. Если один засмеется, тут же начинают хохотать без всякой причины остальные. Если один вдруг заплачет, то начнут плакать и другие курильщики, хотя до этого они не испытывали горя. С одинаковой легкостью передаются и веселье, и реакции страха и ужаса. Стоит одному испугаться, страх тут же охватывает всех куривших, они разбегаются, прячутся и только потом приходят в себя. Причем эмоции передаются не с помощью слов, а мимически или иным путем. В таких случаях говорят о заразительности эмоций. Психиатры называют такие эмоции индуцированными. Прекратить данные эмоциональные проявления опьяневший не может. Помимо индуцирования эмоциональных реакций наблюдаются такие симптомы, как эхолалия и эхопраксия — повторение сказанных кем-то слов или чужих движений.

Агрессивность не характерна для гашишного опьянения, но из-за индуцированных эмоций, если один из наркоманов сломает что-нибудь, то остальные начинают крушить все, что подвернется под руку. В опьянении больные болтливы, с жаром говорят о пустяках, оживленно жестикулируют, строят гримасы, приплясывают или отбивают ритм рукой или ногой.

В состоянии гашишной интоксикации усиливается сексуальное влечение и повышается потенция. С углублением интоксикации мышление становится все более бессвязным, возникают галлюцинации. При появлении галлюцинаций и страха могут возникать и элементы бреда, в котором интерпретируются расстройства восприятия и эмоциональные проявления. Затем наступает состояние оглушенности. Двигательное оживление сменяется вялостью и обездвиженностью, последняя может перемежаться с периодами двигательного возбуждения, с отрывочной и бессвязной речью.

Могут быть тошнота, рвота, головная боль, а также приступы головокружения, звон в ушах. Возможен коллапс (резкое падение артериального давления). В фазе выхода из интоксикации возбуждение спадает, усиливаются вялость, слабость, медлительность, заторможенность, апатия. Артериальное давление снижено. В состоянии интоксикации больные обычно не едят, а в фазе выхода они испытывают сильный голод и могут съесть огромное количество пищи. Если больному никто не мешает, то наступает четвертая фаза — сон, длящийся 10–12 ч. Спит больной беспокойно, вздрагивает, что-то бормочет.

Общая длительность гашишного опьянения - несколько часов. При передозировке гашиша состояние глубокой интоксикации еще утяжеляется, нарастает нарушение сознания: от оглушенности до сопора и комы. Возможны судорожные припадки по типу припадков при эпилепсии.

При передозировке возникают психозы. Гашишный психоз может развиться даже при однократном употреблении наркотика. В состоянии психоза больные возбуждены: то много и бессвязно говорят, то внезапно замолкают. Возникают галлюцинации устрашающего содержания и бред преследования. Под влиянием таких расстройств больные могут внезапно броситься бежать или наброситься на других людей. В состоянии психоза внимание больных можно привлечь с трудом. Они погружены в свои переживания, не могут сконцентрироваться. На вопросы больные отвечают невпопад, мимика не соответствует тому, что они говорят. Иногда больные застывают в одной позе, не реагируя на окружающее. Продолжительность психоза - от нескольких часов до нескольких дней. Выход из психоза сопровождается глубоким сном, а затем в течение 2–3 недель наблюдаются слабость, вялость, рассеянное внимание, повышенная утомляемость.

Объективные симптомы интоксикации марихуаной: покраснение глаз, учащение пульса, сухость во рту и повышенный аппетит. В зависимости от дозы может быть понижение температуры тела и эффект психического расслабления.

При курении больших доз может развиться психоз (делирий) с паническими симптомами или длительный психоз (до 6 недель). Длительное курение может привести к возникновению тревоги или депрессии и апатоабулического синдрома — состояния апатии и полного безволия, нежелания ничем заниматься, напоминающего дефект при шизофрении.

Интоксикация галлюциногенами

Галлюциногены — это вещества, которые вызывают галлюцинации, иллюзии и (или) бред. К трем наиболее широко употребляемым галлюциногенам относятся: диэтиламид d-лизергиновой кислоты (ЛСД), псилоцибин и мескалин, которые обычно применяются внутрь (пилюли, промокательная бумага «марка»), редко посредством курения или инъекционно.

Клиническая картина. Применение галлюциногенов вызывает галлюцинации и иллюзии (когда один предмет принимается за другой). Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, например, в виде геометрических форм или цифр, различных цветовых вспышек, образов движущихся объектов, ореолов вокруг предметов, видения очень мелких или очень больших предметов. Бывают слуховые галлюцинации и ползание мурашек по коже. Возможны отраженные звуки (эхо).

Галлюцинации необычайно яркие и интенсивные, цвета имеют богатые оттенки, контуры галлюцинаторных образов четкие. Обостряется восприятие звуков, запахов и вкусовых ощущений. Музыка вызывает яркие цветовые ощущения, а цвета видений воспринимаются как звуки. Психические эффекты ЛСД обычно появляются приблизительно через 15–20 мин. после приема препарата и характеризуются изменениями настроения, искажением восприятия окружающей обстановки. Препарат часто вызывает эйфорию, бред отношения, чувства неуязвимости и отрешенности, эмоциональную неустойчивость, приступы паники. Беглость мыслей (живость ума) и воспоминания могут быть вызваны преднамеренно или появиться спонтанно.

В некоторых случаях после приема ЛСД могут развиться значительное возбуждение, агрессивность, суицидные мысли или попытки, возникновение опасных ошибочных суждений (например, убеждение в том, что человек может летать).

Препарат также может привести к зрительным иллюзиям, в виде изменения яркости света и цвета окружающих объектов. Интенсивность симптомов ЛСД-интоксикации уменьшается через 8–12 ч. Большинство людей, принимающих препарат, не ощущают изменений работоспособности и жизнедеятельности или ценностных приоритетов.

Психическая тупость (глухота) может продолжаться в течение многих дней после приема ЛСД.

Все эти проявления происходят на фоне активного бодрствования. Может быть, одновременное существование двух противоположных чувств, например, страха и восторга. Возможны появление тревоги, депрессии, отдельные проявления бреда преследования. Иногда возникает чувство близости, единения с другими людьми или, наоборот, изолированности от всех остальных.

В состоянии интоксикации человек может вспомнить в мельчайших деталях события своего раннего детства и далекого прошлого, о которых, как ему казалось, он уже давно забыл. Из памяти высвобождается информация, которая прежде существовала на бессознательном уровне. Человеку кажется, что он стал понимать глубокий смысл сложных философских или религиозных проблем, это понимание приходит внезапно как озарение. Опьяневший считает себя прозревшим, ему сразу как бы открылась суть вещей. Одновременно он словно познает и самого себя. Он может ощущать, как функционируют все его внутренние органы. Нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств: от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, которые переживаются человеком как существующие отдельно, независимо от него. В состоянии интоксикации человек ощущает, как его собственное Я отделяется от тела и растворяется, сливается с внешним миром, что вызывает у наркомана мистический экстаз. Опьяневшему кажется, что его творческие возможности повысились, что у него появилось новое самосознание и изменение личности. Иногда у человека возникает представление, что он сходит с ума, непоправимо повредил головной мозг и уже никогда не станет нормальным.

Объективно интоксикация галлюциногенами проявляется в расширении зрачков, неотчетливости зрения по типу пелены перед глазами, повышении артериального давления, учащении пульса, сердцебиении, повышении температуры тела, потливости, дрожании рук и нарушениях координации.

Продолжительность действия ЛСД составляет от 8 до 12 ч. У других галлюциногенов она может варьироваться от 1 ч. до нескольких дней.

Продукты распада находят в моче наркомана в течение целого месяца после однократного употребления ЛСД.

Интоксикация такими препаратами, как кетамин (кеталар) и фенциклидин в малых дозах оказывают угнетающее действие на центральную нервную систему, вызывают оцепенение, нарушение координации. В больших дозах эти вещества вызывают возбуждение, бред преследования, воинственность, агрессивность, импульсивные и

непредсказуемые действия и насилие по отношению к окружающим. Поскольку такие вещества обладают аналгезирующим (обезболивающим) действием, то в приступе агрессии больные не ощущают боли, могут крушить все вокруг и нанести себе серьезные повреждения. Фенциклидин обычно курят вместе с марихуаной или табаком, а также едят, вдыхают через нос или вводят в виде инъекций. Зачастую им просто посыпают сигарету или специально набивают в папиросу. Передозировка препаратами этой группы сопровождается судорожными припадками, сильным потоотделением и слюноотделением, значительным повышением артериального давления, угнетением дыхания, тяжелыми формами нарушения сознания, когда больной совершенно не реагирует на окружающее, хотя глаза у него открыты. Затем возникает кома и смерть.

Опьянение летучими органическими растворителями (ингалянтами)

К наиболее часто употребляемым летучим органическим растворителям (ингалянтам) относят эфир, хлороформ, бензин и его компоненты, хлоралгидрат, трихлорэтилен, ацетон и т.п., пятновыводители, различные сорта клея, лаков, красок и их растворителей. Эти же вещества в основном применяются и сейчас, хотя их «арсенал» неуклонно растет. Чаще всего начинают вдыхать ингалянты в возрасте 11–15 лет.

Ингалянтами чаще злоупотребляют мальчики. Обращает на себя внимание, что среди злоупотребляющих ингалянтами подростков имеется значительное число лиц с признаками поражения мозга и примитивностью интересов. Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Значительная часть подростков потом переходят к злоупотреблению алкоголем или другими психоактивными веществами. Диагностическим признаком сформированной зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному.

Клиническая картина. При вдыхании летучих растворителей начальный эффект проявляется уже через несколько секунд после начала вдыхания. У начинающих наркоманов после 3–5 вдохов появляются легкое головокружение, шум в голове, першение в горле, слезо- и слюнотечение, двоение в глазах, легкое оглушение. Зрачки расширяются, пульс учащается. Затрудняется концентрация внимания, замедляется реакция на внешние раздражители. Речь становится невнятной. Если вдыхание прекращается, состояние опьянения продолжается еще 10–15 мин. и сменяется неприятными ощущениями тяжести в голове и головными болями. Появляются специфический сладковатый вкус во

рту, тошнота, может быть рвота, жажда. Постинтоксикационное состояние продолжается в течение 2–3 ч.

Если вдыхание органических растворителей продолжается, вслед за оглушенностью и расслабленностью развиваются психомоторное беспокойство, иногда возбуждение. Повышается настроение, искажаются формы и размеры предметов, цвета становятся более яркими и контрастными, меняется тембр внешних звуков и голосов, все услышанные слова и звуки многократно повторяются, превращаясь в бесконечное эхо. При дальнейшем продолжении ингаляции звуки становятся все тише, токсикоманы перестают замечать происходящее вокруг, как бы отключаются от него. При закрытых глазах появляются очень яркие и образные сценоподобные зрительные галлюцинации. Эти галлюцинации носят либо характер последовательно сменяющих друг друга картин с определенным сюжетом, действующими лицами, движущимися фигурами, большими и малыми, как при мультипликации, либо бессюжетный характер и картины сменяют друг друга.

Через 0,5–1,5 мин. после последнего вдоха исчезают галлюцинаторные образы, постепенно восстанавливается ориентировка. Состояние блаженства, легкости сменяется раздражительностью, появляются головная боль, головокружение, вялость, слабость, тошнота, возможна рвота. Зрачки расширены, склеры инъецированы, сердцебиение учащено, движения некоординированы, походка неуверенная. Настроение зависит от содержания галлюцинаций: может быть аффект радости, счастья, блаженства или страха. При этом подростки отмечают, что даже те картины, которые сопровождаются страхом, все равно приятны (и страшно, и приятно).

Выход из состояния интоксикации характеризуется ощущениями усталости, вялости, неспособности сосредоточиться. При вдыхании паров бензина интоксикация наступает через 5–10 мин. Вначале возникает эйфория, и лицо опьяневшего расплывается в блаженной улыбке. Но наркотизирующийся неподвижен, стремления к движению нет. Если наркоман прервет вдыхание на первой фазе, то через 15–20 мин. эйфория проходит и на смену ей появляются вялость и головная боль. При продолжении вдыхания возникают яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, но страх сочетается с любопытством. Галлюцинации воспринимаются как реальность, наркотизирующийся испытывает ужас. От окружающего он отключен. Такое состояние может длиться примерно полчаса, затем сменяется апатией, вялостью, головной болью.

При опьянении парами пятновыводителей тоже возникает эйфория. В группе наркоманов эмоции передаются от одного подростка всей группе. Подростки могут произвольно вызывать видения, они говорят: «О

чем подумаю, то и увижу». Эти феномены называются индуцированными галлюцинациями. Фантазии навеяны известными из книг и фильмов приключениями или часто имеют сексуальную тематику. Если вдыхание паров продолжается, то видения уже не возникают по желанию, а развиваются помимо воли. Они могут быть в виде сцен, как в увлекательном фильме. Наркоман отключен от окружающего, но к своим видениям не относится как к реальности, осознавая, что они вызваны интоксикацией.

При вдыхании паров ацетона, толуола, растворителей опьянение более тяжелое. Возникает нарушение сознания по типу оглушения. Подростки сидят в оцепенении, с застывшей улыбкой, что-то про себя бормочут, не реагируют на окружающее. Чтобы привлечь их внимание, надо несколько раз громко повторить вопрос, но они не сразу понимают, что к ним обращаются, выражение лица отупевшее, нет ответной эмоциональной реакции.

При опьянении парами клея возникает эйфория и галлюцинации по типу «мультиков». При передозировке может возникнуть кома. Нередко возникает так называемая «смерть в мешке», когда опьяненный ингалянтами не может снять мешок с головы или сбросить с лица тряпку с бензином.

Установить, что человек начал нюхать летучие наркотически действующие растворители, несложно. Во-первых, от одежды и волос исходит характерный запах, свойственный тому или иному растворителю. Этот запах длительное время сохраняется даже в выдыхаемом воздухе. Во-вторых, дома появляются флаконы, тюбики, бутылки и баллоны с различными средствами бытовой химии, а в карманах одежды или сумке токсикоман носит емкость с летучим токсическим веществом и различные вспомогательные предметы — тряпки, вату, трубки, полиэтиленовые пакеты, от которых исходит тот же запах. В-третьих, эти вещества часто оставляют внешние следы в виде сыпи вокруг рта и носа, раздражения век и глаз. В тех случаях, когда токсикоман выбривает часть или все волосы на голове, чтобы всасывание происходило через поверхность кожи, установить употребление ингалянтов тоже несложно - кожа в месте прикладывания тряпки с растворителем покрасневшая, раздраженная.

Важно обратить внимание на изменившийся внешний вид. Такие субъекты выглядят исхудавшими, бледными, пренебрегают гигиеной, не следят за собой, у них пропадает аппетит, нарушается сон. Они становятся быстро утомляемыми, плаксивыми и раздражительными, чего ранее за ними не замечали. Одним из косвенных признаков токсикомании может служить и изменение поведения, что является общим для всех токсикоманов: перестает ходить на работу, учебу, почти не бывает дома, все время проводит среди людей с подозрительным, скрытным

поведением, которые собираются где-нибудь в укромном месте и нюхают токсически действующее вещество. Такие люди становятся грубыми, раздражительными, дерзкими, на вопросы окружающих реагируют агрессивно. Они могут воровать на производстве бензин, растворители и т.п. При систематическом употреблении токсических веществ у больных уже нет ни времени, ни желания самостоятельно зарабатывать. После окончания ингаляции от них исходит характерный неприятный запах. Могут наблюдаться ознобы с повышением температуры тела до 38 °С. У тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и психической деградацией.

На 3–6 мес. систематического вдыхания ингалянтов возникает синдром отмены. Он возникает к концу 1-х сут. после лишения. Вначале возникает подавленное настроение или злобная раздражительность, тяжелая головная боль, приступы потливости, судорожные подергивания отдельных мышечных групп. Из объективных симптомов наблюдаются расширение зрачков, дрожание пальцев рук, век и языка, повышение сухожильных рефлексов. Возникает двигательное возбуждение. На 2-е сут. появляется тревога, настороженность, учащается пульс, повышается артериальное давление, возникают боль и чувство неудобства в мышцах, мышечное напряжение. Различные неприятные ощущения появляются в разных частях тела. Больные скандальны и агрессивны, угрожают самоубийством. Затем настроение падает, возникает тоска, снижается двигательная подвижность. Больные лежат в постели, жалуются на различные неприятные ощущения во всем теле. Состояние утяжеляется в течение 4–6 дней. Затем постепенно проявления абстиненции проходят, но длительное время остается раздражительность, недовольство, приступы тоски или злобы, бессонница.

Глава 4

Косвенные признаки, определяющие риск или наличие расстройств, связанные с употреблением психоактивных веществ

Личностные факторы:

– возбудимые и неустойчивые черты личности;

– астенические черты с преобладанием повышенной истощаемости;

– астенические черты с преобладанием ипохондрических расстройств;

– сниженная устойчивость к стрессам;

– эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность;

– низкий интеллект;

– слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде;

– безразличное отношение к досугу или трудности организации альтернативного досуга;

– частое обсуждение в беседах наркотической тематики и эмоциональное оживление при этом.

Семейные факторы:

– наличие психических расстройств, в том числе и алкоголизма, наркомании у родителей и родственников;

– воспитание в неполной, деструктивной, алкогольной, асоциальной семьях;

– конфликтный характер взаимоотношений в родительской семье;

– конфликтные отношения с родителями;

– безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей;

– криминальная и антисоциальная направленность членов семьи.

Средовые факторы:

– общение в кругу лиц, где культивируется мода на употребление ПАВ;

– безразличие или одобрение потребления наркотиков семьей и сверстниками;

– наличие в окружении лиц, принуждающих к употреблению ПАВ;

– высокая потребность в общении с асоциальной группой или стремление в группы употребляющих ПАВ.

Соматические проблемы (наличие в анамнезе частых проблем со здоровьем по следующим заболеваниям):

– несчастные случаи и травмы;

– острые респираторные вирусные заболевания;

– острые отравления;

– панкреатит;

– сердечная аритмия;

– нарушения мозгового кровообращения;

– болезни печени;

– артериальная гипертензия;

- кардиомиопатия;
- сексуальная дисфункция;
- нарушения мозговой деятельности;
- эзофагит;
- нарушение питания.

Глава 5

Порядок работы в трудовых коллективах с лицами, употребляющие наркотические средства и психоактивные вещества

В трудовых коллективах с лицами, склонными к употреблению алкоголя, наркотических, токсических или других одурманивающих веществ и пива, должна проводиться необходимая комплексная (социальная и (или) медико-психологическая работа) для предупреждения развития алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Получив данные проведенного тестирования, проводится обработка данных с последующим анализом полученных результатов.

К работе по обработке данных тестирования привлекаются члены КПП, а в случае необходимости, на договорной основе привлекать сторонних консультантов из числа специалистов (психологов и (или) врачей-психиатров-наркологов организаций здравоохранения).

При получении положительного результата психосоциального анкетирования о наличии предрасположенности к аддиктивному поведению предусматривается заполнение специальной формы – бланк профилактического учета лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем и употребляющие наркотические средства с соблюдением необходимой конфиденциальности в процессе проведения профилактической работы (приложение 3).

Руководитель предприятия (организации) при получении положительного результата по конкретному работнику (группа риска) обеспечивает его направление в организацию здравоохранения, оказывающую наркологическую помощь, для проведения дополнительного обследования и при необходимости проведения лечения.

С лицами, склонными к употреблению алкоголя, наркотических, токсических или других одурманивающих веществ (группа риска) проводится необходимая комплексная профилактическая работа для предупреждения развития алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Тактика медицинских работников предприятия (организации) при выявлении лиц, употребляющих наркотические средства, другие ПАВ и алкоголь**:**

сведения о выявленных признаках наличия (или отсутствия) алкогольного опьянения, его степени заносятся врачом-специалистом, помощником врача, фельдшером в медицинскую карту амбулаторного пациента;

при диагностике состояния алкогольного опьянения любой степени врач, помощник врача, фельдшер проводит коррекцию принимаемого пациентом лечения, делает отметку в листке нетрудоспособности (при наличии показания для его выдачи) и в рекомендациях указывает на необходимость консультации врача-психиатра-нарколога;

в случае установления средней и тяжелой степеней алкогольного опьянения пациенту оказывается неотложная медицинская помощь и по медицинским показаниям пациент госпитализируется в отделение реанимации или токсикологии организации здравоохранения;

если у пациента в течение года медицинским работником констатирован факт употребления алкогольных напитков дважды и диагностировано алкогольное опьянение, информация о данном пациенте направляется в территориальную организацию здравоохранения, оказывающую наркологическую помощь населению.

При диагностике состояния наркотического (токсикоманического) опьянения или факта употребления наркотических средств или токсикоманических веществ необходимо принять меры для оказания пациенту неотложной медицинской помощи и при необходимости по медицинским показаниям госпитализировать в отделение реанимации или токсикологии территориальной организации здравоохранения.

Кроме того, при диагностике состояния наркотического (или токсикоманического) опьянения любой степени необходимо провести коррекцию принимаемого пациентом лечения, внести отметку в листок нетрудоспособности (при наличии показания для его выдачи), в рекомендациях указать на необходимость консультации врача-психиатра-нарколога.

Если пациенту диагностировано медицинскими работниками наркотическое опьянение или установлен факт употребления наркотических средств, информацию о данном пациенте необходимо направлять в территориальную организацию здравоохранения, оказывающую наркологическую помощь для его обследования и при необходимости наблюдения.

В целях организации профилактических мероприятий на предприятии (организации) выделяются следующие группы:

группа повышенного риска развития наркологических заболеваний характеризуется клинической и субклинической патологией, формирующей предрасположенность к приобщению к психоактивным веществам и развитию наркологических заболеваний, наследственной

отягощенностью, в том числе по алкоголизму и наркоманиям. Выраженность собственно наркологических проблем зависит от степени тяжести совокупности факторов эндогенного порядка, способствующих вовлечению клиента в процесс алкоголизации и наркотизации. Правовые проблемы могут зависеть от разрешенности или запрета употребления определенных ПАВ в обществе, проявлений неадекватного поведения членов семьи, наличия статуса беженца или инвалида, совершения правонарушений в связи с конфликтами, вовлечения в криминальные группы;

группа длительно, часто и тяжело болеющих пациентов наркологического профиля - для них характерны медицинские проблемы, связанные с тяжестью основного заболевания, его осложнениями и последствиями, одновременно возможна зависимость от нескольких ПАВ. Нередко характерны патологическая адаптация к болезни, отсутствие выраженных терапевтических установок; возможны нарастающая вторичная социальная дезадаптация и отношения созависимости в ближайшем социальном микроокружении, а также правовые проблемы, связанные с наркологической патологией и привлечением к лечению. Данные лица должны находиться под наблюдением территориального наркологического диспансера.

Ответственными за проведение профилактических программ на производстве (в организации) являются специально назначенные лица, в число которых входит представитель администрации производства (организации), члены профсоюзного комитета, медицинские работники, работающие на данном производстве(организации)

В связи с этим особенностями социальной работы с данной группой клиентов являются содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях, в решении проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейное консультирование и семейная психотерапия, выявление потенциальных проблем и их предупреждение, содействие включению в работу терапевтических сообществ.

Группа пациентов наркологического профиля с выраженными социальными проблемами.

Особенностями социальной работы в этой группе клиентов будут выявление неблагополучного окружения контингента и его оздоровление, личностно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитации в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи), комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциально угрожающих проблем. Необходимо содействие в решении материальных проблем за счет

реализации собственного потенциала, включая профессиональное обучение и трудоустройство. Правовая помощь наряду с юридическим консультированием направлена на предупреждение общественно опасных действий, взаимодействие с правоохранительными органами и др.

В социальной работе с наркологическими пациентами используются профилактические, лечебные и специализированные программы.

Профилактические программы направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, а также злоупотребления ими. Они более широко нацелены на предупреждение любых форм отклоняющегося поведения. Здесь мишенями целенаправленного воздействия будут в основном контингенты детей и подростков, как в целом, так и те составляющие их группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. Под группами риска подразумеваются лица, у которых отягощена наследственность, особенно в наркологическом плане; которые растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях; воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем или страдающих алкоголизмом или наркоманией; которые отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, отстают в своевременном личностном и социальном развитии. Работа с такими группами риска ведется с учебных заведений, специализированных учреждений и т.д.

Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и близким пациентов наркологического профиля. Корригируется их личностный, семейный и трудовой статус. К этому виду программ относятся программы «помощи на рабочих местах» – на предприятиях, в учреждениях, организациях и т.п.

Специализированные программы в области наркологии, неразрывно связанные с терапевтическими, содержат программы по реабилитации, реадаптации, ресоциализации наркологических пациентов. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в общество максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, социально-экономической ситуации.

В реабилитации наркологических пациентов необходимо основываться на принципах добровольности (согласия) и ответственности клиента, его отказа от употребления психоактивных веществ, опоры на социальные ценности и нормы, этапности, системности и дифференцированного подхода.

Технологии социальной работы в области наркологии реализуются в реабилитационных центрах, наркологических реабилитационных

отделениях, группах само- и взаимопомощи зависимых («Анонимные наркоманы» «Анонимные алкоголики», общества созависимых).

Заключение

Рассматривая проблему диагностики употребления алкоголя и других ПАВ в первую очередь необходимо учесть, что этот вопрос возникает в тех случаях, когда наблюдаемые пациенты и лица, работающие на предприятии, скрывают наличие у них признаков заболевания алкоголизма, наркоманией или токсикоманией. При добровольном обращении за лечением, когда пациент заявляет, что какое-то вещество является предметом его злоупотребления или незаконного потребления, диагностика не представляет сложности. Однако в этих случаях надо решить, является ли синдром зависимости к наркотическим средствам первичным или вторичным, следствием основного психического или соматического заболевания.

В тех случаях, когда пациент скрывает наличие у него синдрома зависимости к алкоголю или другим ПАВ, диагностика является крайне сложной. Приходится ориентироваться на совокупность диагностических критериев и косвенных признаков, которые в целом дают возможность диагностировать наличие признаков злоупотребления или зависимости от алкоголя и других ПАВ.

Сегодня нет таких сил, организаций и технологий, которые могут удержать каждого человека от потребления наркотиков. Эту проблему можно решить, только опираясь на общественное сознание и воспитание у каждого члена общества осознанного понимания своего предназначения и той опасности, которой он подвергается, употребляя наркотики. Законы и запреты ничего не дадут без широкой и всеобъемлющей, постоянно действующей разъяснительно - воспитательной работы в обществе, коллективе, школе, семье и с каждым конкретным человеком.

Мероприятия по преодолению наркомании должны строиться в виде концепции, строящейся на социальной и психологической адаптации к реалиям жизни. Необходимо вести постоянный поиск подбора оптимальных психологических вариантов социальной адаптации работников, способствующих максимально возможной реализации потенциала личности на благо общества. Реализация подобной концепции требует последовательных интеграционных усилий всей социальной сферы, включая здравоохранение, с последующим психологическим мониторингом личности. Без наличия действующей комплексной, последовательной и обоснованной системы психологической и социальной адаптации наркомана, усилия по искоренению данной проблемы безуспешны.

Практически важным является вопрос выявления первопричин употребления наркотиков среди молодежи. Нередко молодые люди начинают принимать (пробовать) наркотические вещества не из-за стремления получить эйфорический эффект, а под давлением референтной группы, в которой они находятся. Именно в этом возрасте, многие люди, которые отличаются повышенной конформностью, склонны к попаданию в группы риска, где процветает наркомания.

В профилактике наркомании и алкоголизма большая роль принадлежит и трудовому коллективу. Надо стремиться помочь каждому человеку, попавшему в беду. Необходимо постоянно изучать причины развития наркомании, выявлять группы риска, находить условия установления с ними эффективных контактов.

Настоящая информация является необходимой, но недостаточной для полноценного решения данных проблем. В настоящих методических рекомендациях изложены в основном медицинские аспекты проблемы. Учитывая, что данная проблема является в основном социальной, для ее более эффективного решения наряду с медицинскими аспектами необходимо проводить комплекс адекватных правовых и социальных мероприятий.

Список литературы:

1. Директива Президента Республики Беларусь от 11 марта 2004 г. №1 «О мерах по укреплению общественной безопасности и дисциплины».

2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17 февраля 2012 г. № 156 «Об утверждении единого перечня административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, внесение дополнения в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 февраля 2009 г. № 193 и признании утратившими силу некоторых постановлений Совета Министров Республик Беларусь».

3. Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2013 года № 116/119 «О некоторых вопросах проведения предсменного (перед началом работы, смены) медицинского осмотра и освидетельствования работающих на предмет нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения».

4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2010 г. № 47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июля 2011 г. № 732 «Об утверждении клинических протоколов по диагностике алкогольного и иного опьянения в организациях здравоохранения».

6. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, серия технических докладов ВОЗ 944, второй доклад, 2006 год.

7. Материалы ВОЗ. «Алкоголь в Европейском регионе ВОЗ – потребление, вред и политика», ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2001г.

8. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ. - СПб.: Адис, 1994. - 300 с.

9. Кондрашенко, В.Т. Алкоголизм/В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский; под ред. П.П. Волкова. – Мн.: Беларусь, 1983. – 288 с.

10. Копытов, А.В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография. – Минск: БГУ, 2012. – 400 с.

11. Копытов, А.В. Клинико-генетические аспекты раннего алкоголизма у мужчин: монография / А.В. Копытов. – Минск: БГУ, 2012. – 480 с.

12. Копытов, А.В. Новые законодательные подходы к проведению медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения в Республике Беларусь/ Копытов А.В., Максимчук В.П.// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Приложение. – С. 159-162.

13. Минко, А.И., Линский, И.В. Наркология в вопросах и ответах. Серия «Медицина для всех».- Ростов-на-Дону: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. - С. 227-228.

14. Наркология/ Л. С. Фридман [и др.] - М.-СПб: Бином-Невский Диалект. – 1998. – 318 с.

15. Наркология: национальное руководство /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

16. Национальный доклад: «Влияние ВИЧ/ СПИДа, употребления алкоголя и наркотиков на конкурентоспособность компаний в России», Москва, декабрь, 2007. Ассоциация Менеджеров России, ТППС.

17. Егоров, А.Ю. Возрастная наркология / А.Ю. Егоров. - СПб.: Дидактика Плюс, М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. –272 с.

18. Влияние социально-психологических факторов на формирование алкогольной зависимости у подростков мужского пола / А.В. Копытов, Е.А. Бутромеева, Ал.В. Копытов, И.И. Чесноков // Здравоохранение. – 2012. – № 1. – С. 61–66.

19. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости (Текст). – Новосибирск, 1998. – 128 с.

20. Пятницкая, И.Н. Наркомании: рук. для врачей / И.Н. Пятницкая. М.: Медицина, 1994. - 544 с.

21. Скугаревская, Е.И. Эмоции и алкоголизм / Е.И. Скугаревская. - Минск: Вышэйшая школа, 1987. - 121 с.

22. Часнойть, Р.А. Организационные мероприятия по профилактике алкогольной зависимости/ Р.А. Часнойть, А.В. Копытов //Здравоохранение. – 2010. - № 6. – с. 24-27.

Приложение 1

Рекомендации по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические средства и страдающих синдромом зависимости к наркотическим средствам и алкоголю при проведении диспансеризации работников

Признаться человеку в употреблении наркотиков мешают стыд и страх последствий - социальных, юридических. Больные наркоманией и их близкие предпочитают не смотреть правде в глаза, недооценивают тяжесть положения, оправдывают его. Это - способ психологической защиты, называемый отрицанием. Благодаря отрицанию наркомания укореняется и прогрессирует.

Во время осмотра и сбора анамнеза при обследовании каждого работника медицинскому работнику необходимо выяснить, употребляет ли он наркотики и алкоголь, курит ли. Иногда употребление наркотиков бывает главной жалобой, но нередко лишь физикальное и лабораторное исследования либо случайность позволяют обнаружить, что пациент, обратившийся по поводу соматического заболевания, - наркоман или потребитель наркотических средств.

Чтобы получить достоверную информацию, необходимо расположить к себе данное лицо, продемонстрировать готовность помочь ему, оказать медицинскую помощь. Если выявить потребление наркотических средств не удастся, то болезнь будет прогрессировать.

Подробный алкогольный и наркологический анамнез, физикальное и психиатрическое исследование, назначение необходимых анализов и обсуждение их результатов, беседа с близкими для получения дополнительных сведений - все это требует доверия людей, с которыми работает медицинский работник.

Когда речь заходит о наркотиках, многие медицинские работники привычно задают вопросы о количестве и частоте их употребления: «Сколько?», «Как часто?». Подобные вопросы уместны, когда речь идет об умеренном, незначительном употреблении наркотиков. Для беседы с закоренелым наркоманом они не подходят - вряд ли он ответит правдиво. Гораздо полезнее выяснить, испытал ли больной на себе социальные или бытовые последствия наркомании и способен ли он ограничивать себя в употреблении наркотиков.

Именно эти вопросы лежат в основе стандартных анкет на выявление алкоголизма или наркомании. Одна из них - опросник

«МОРС». Он состоит из четырех вопросов (М, О, Р и С - первые буквы ключевых слов каждого вопроса). Положительный ответ хотя бы на один из них позволяет подозревать алкоголизм. Нередко опросник «МОРС» выявляет алкоголизм надежнее лабораторных исследований. Его используют и для выявления наркомании.

Хотя специальные анкеты на выявление последствий наркомании существуют, ими пользуются в основном в исследовательских целях.

Заподозрить наркоманию или употребление наркотических средств заставляют многие данные анамнеза: развод, неприятности на работе (увольнение, частые опоздания, прогулы, производственные травмы), травмы (в результате падения, автомобильной аварии, драки), аресты, вождение в нетрезвом состоянии, развлечения, подразумевающие употребление алкоголя или наркотиков, финансовое неблагополучие.

Вероятность наркомании выше, если наркотики употребляют отец, мать, супруг (супруга) обследуемого.

Диагностическими критериями синдрома зависимости к наркотическим средствам могут служить:

1. Выявление в анамнезе приема пациентом в качестве лечебного препарата какого-либо наркотика или иного ПАВ или самолечение этими веществами, сведения от родственников о регулярном употреблении обследуемым лицом того или иного наркотического средства.

2. Наличие на коже следов частых инъекций, рубцов от мелких абсцессов, пигментных пятен, кровоподтеков, в особенности на локтевых сгибах, на бедрах и т д. Эти данные весьма характерны для морфинистов и других наркоманов и токсикоманов, которые используют внутривенные вливания или подкожные инъекции.

3. Возникновение абстинентного синдрома после госпитализации с прекращением доступа к наркотическим или иным веществам или обращения пациента к врачу за медицинской помощью в состоянии, которое можно расценивать как абстинентный синдром.

4. Выявление в биологических жидкостях (слюна, моча, пот, кровь) наркотических или токсических веществ или их специфических метаболитов.

5. Наличие психических изменений, возникших в связи с длительным употреблением наркотических или токсических средств. Правильная оценка их особенностей с целью дифференциации изменений психики, на фоне которых пациент начал потреблять наркотические или токсические средства, необходима для сравнения с теми, которые возникли вследствие их применения.

6. Для выявления морфинизма определенное значение имеют резкое истощение, желтушный оттенок кожи, наличие рубцов, следов инъекций и абсцессов, миоз. Иногда для диагностики опийной наркомании

искусственно вызывают абстинентный синдром у наркоманов введением налорфина. Более избирательным антагонистом морфина по сравнению с налорфином является налоксон. Подкожное введение 0,5 мг. налоксона намного быстрее, чем налорфин, вызывает абстинентный синдром, который длится недолго и проходит в течение 1 часа.

7. При токсикомании снотворными препаратами, в первую очередь барбитуратами, имеют диагностическое значение нарушение рефлексов, атаксия, иногда дискоординация движений. При длительном хроническом отравлении этими препаратами могут быть полиневриты, анемия, агранулоцитоз. Возможны высыпания на коже рук, ног, на слизистой оболочке носа и рта.

8. У лиц, страдающих синдромом зависимости к наркотическим средствам или другим ПАВ нередко обнаруживается миокардит в связи с перерождением сердечной мышцы и паренхиматозных органов.

9. Постепенно развивается кахексия, которая характеризуется сероватым цветом лица, локальными отеками, сухостью в носоглотке, изменению кожной чувствительности, развиваются парестезии, которые характерны для кокаиноманов. Атрофия слизистой оболочки носа и некротические изменения перегородки носа часто свидетельствуют о наличии кокаиномании (употребление кокаина вдыханием через нос).

10. Важное диагностическое значение имеет появление абстинентного синдрома при быстром прекращении доступа к наркотическим веществам, токсическим веществам при госпитализации.

Абстинентный синдром сопровождается разными соматовегетативными и психоневрологическими симптомами (зевота, потоотделение, слезотечение, выделение слизи из носа, тремор, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры тела, учащение дыхания, мышечные спазмы, тягостная боль в мышцах, «давление и ломота» в суставах, обезвоживание организма и похудение). Возникают тревога, беспокойство, иногда безотчетный страх смерти, нарушение сна с кошмарными сновидениями. Настроение часто меняется от эйфорического до пониженного раздражительного и гневливого.

Описанный абстинентный синдром - наиболее характерный вариант и чаще наблюдается при морфийной наркомании и злоупотреблении снотворными, в первую очередь барбитуратами.

11. Выявленные данные должны оцениваться комплексно с учетом того, что патологические состояния у наркоманов и токсикоманов протекают с большими индивидуальными особенностями.

В уточнении диагностики также имеют большое значение исследование личностных отношений пациента, его взаимоотношение с окружающей психологической средой, получение подробностей

психологического анамнеза. Здесь очень многое может дать использование методов психологической диагностики.

12. Смертность среди пациентов, страдающих синдромом зависимости к наркотическим средствам значительно выше, чем в общей популяции среди лиц того же возраста. Значительно больше, чем в общей популяции и риск совершения суицида. Все чаще случаются смертные случаи от передозировки наркотических средств, особенно при героиномании и употреблении новых дизайнерских наркотиков. Общая сопротивляемость организма пациентов, страдающих синдромом зависимости к наркотическим средствам снижается, поэтому различные интеркуррентные соматические заболевания переносятся более тяжело.

Примечание: подробная клиническая картина алкогольного и неалкогольного опьянения приведена в главе 3 данных методических рекомендаций.

Приложение 2

Рекомендации по диагностике алкогольного или иного опьянения при проведении медицинского осмотра работников

При диагностике алкогольного или наркотического опьянения необходимо руководствоваться приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июля 2011 г. № 732 «Об утверждении клинических протоколов по диагностике алкогольного и иного опьянения в организациях здравоохранения».

Алкогольное опьянение представляет собой развернутый синдром воздействия алкоголя на организм. Его возникновение свидетельствует о выраженном нарушении способности пациента контролировать свое поведение в обычных условиях, что может быть связано как с количеством принятого алкоголя, так и с индивидуальной чувствительностью к нему. Синдром алкогольного опьянения включает в себя патологические изменения в психической сфере и поведении, расстройства в системе вегетативно-сосудистой регуляции, двигательные нарушения, запах алкоголя изо рта и положительные химические реакции на этиловый спирт.

Признаками состояния опьянения являются:

запах алкоголя изо рта;

выраженное изменение окраски кожных покровов лица;

затруднения при сохранении равновесия;

шатающаяся походка;

нарушения речи;

покраснение глаз;

сужение или расширение зрачков глаз, спонтанные движения глаз в горизонтальном направлении при их крайнем отведении в сторону.

Злоупотребление алкоголем (пьянство) - это еще не болезнь, а образ жизни, окутанный различными предубеждениями. Поэтому выяснять отношение пациента к алкоголю надо очень тактично. От поведения медицинского работника и его вопросов во многом зависит, насколько охотно пациент будет следовать врачебным рекомендациям. Многие исследования показали: получить полные сведения и расположить пациента позволяет четкий поэтапный сбор алкогольного анамнеза.

На первом этапе – необходимо выяснить, употребляет ли пациент алкогольные напитки. Если обследуемый не пьет ни пива, ни вина, ни крепких спиртных напитков, сбор алкогольного анамнеза окончен. Если

обследуемый признался, что пил раньше, но сумел побороть себя, он, скорее всего, расскажет об этом сам.

На втором этапе: проведение тестирования по вопроснику «**МОРС**» или «**АУДИТ»** (приложение 3, 4).

Второй этап направлен на выяснение степени тяги данного лица к алкоголю.

Если ответы, полученные на втором этапе, указывают на отсутствие тяги к алкоголю, уточнить, сколько алкоголя употребляет пациент и как часто он это делает, позволяет следующая анкета (приложение 5).

Клиническая картина наркотического и токсикоманического опьянения сложна, но состояние интоксикации (неалкогольного опьянения) прежде чем остальная симптоматика является основой, определяющей развитие и последующее течение заболевания (появление синдрома зависимости - психической и физической, измененной реактивности).

Состояние неалкогольного опьянения может диагностировать врач-специалист. Прежде всего, состояние неалкогольного опьянения (интоксикации) нужно отличать от сходных по клинической картине психопатологических состояний, развивающихся при экстремальных состояниях организма. Сходство обусловлено наличием эйфории, нередко с элементами оглушенности. Такие, похожие на опьянение, состояния могут встречаться при черепно-мозговой травме, инсульте, полостных кровотечениях и др. Поэтому там, где отсутствуют объективные данные, а клиника эйфории имеет атипичные черты, диагноз неалкогольного опьянения должен ставиться очень осторожно.

Для диагностики наркотического опьянения можно использовать тест**«GAGE – AID»** (приложение 6).

Диагностику наркотического или токсикоманического опьянения можно проводить и с использованием экспресс-тестов (экспресс-пластин) предназначенных для определения наличия наркотических средств или других веществ в биологических образцах, забранных у физических лиц.

Экспресс-тесты используются в порядке, определяемом изготовителем экспресс-тестов в соответствии с законодательством.

При положительном результате, полученном с использованием экспресс-тестов, необходимо дальнейшее лабораторное исследование биосред свидетельствуемого.

Приложение 3

Скрининг-тест «МОРС» при выявлении злоупотребления алкоголем

Тест «МОРС»

Обследуемому надо задать следующие вопросы:

- М. Вы никогда не говорили себе: «Надо меньше пить ?»
- О. Вам никогда не хотелось опохмелиться ?
- Р. Бывает, что люди раздражают вас своими разговорами о том, что вы пьете ?
- С. Вы не испытывали чувство стыда из-за того, что вы пьете ?

Его достоверность несколько ниже при использовании среди женщин.

Выявить злоупотребление алкоголем позволяют два стандартных вопроса:

«В этом году не было случая, чтобы вы выпили больше спиртного (приняли больше наркотиков), чем намеревались ?»;

«В этом году у вас ни разу не возникало мысли, что надо бы меньше пить (употреблять наркотиков)?».

Установлено также, что для диагностики злоупотребления алкоголем достаточно любого вопроса из «Вопросника на выявление расстройств, вызванных алкоголем».

На втором этапе лучше не спрашивать пациента прямо: «Сколько вы пьете?» Вопрос «Сколько?» ставит его в положение подозреваемого и откровенности не способствует. Кроме того, исследованиями показано, что, заданный слишком рано, этот вопрос нарушает весь ход беседы.

Наконец, когда пациент отвечает утвердительно хотя бы на один из вопросов «МОРСа», употребляет алкоголь сверх безопасного уровня либо имеются другие указания на злоупотребление алкоголем, необходимо тщательно изучить ситуацию.

На третьем этапе: определить количество и частоту употребления алкоголя.

Если ответы, полученные на втором этапе, указывают на отсутствие тяги к алкоголю, уточнить, сколько алкоголя употребляет пациент и как часто он это делает, позволяет следующая анкета.

Приложение 4

Тест АУДИТ

Тест АУДИТ (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test)

«Для раннего выявления лиц группы риска и лиц, злоупотребляющих алкоголем, широко используется тест «AUDIT», разработанный в 1989 году рабочей группой ВОЗ.

Тест содержит серию из 10 вопросов: три вопроса по потреблению, четыре вопроса по зависимости и 3 вопроса по проблемам, связанным с употреблением алкоголя.

Тест «AUDIT»

Инструкция: «Обведите ту цифру, которая больше всего отражает Вашу ситуацию»

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю

2. Сколько рюмок* алкогольного напитка Вы выпиваете в тот день, когда употребляете алкоголь?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более

3. Как часто Вы выпиваете 6 или более рюмок?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день

9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков?		
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году	(4) Да, в прошлом году

10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?		
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году	(4) Да, в прошлом году

Рекомендуемый пороговый балл – 8. Люди с баллом больше 15, скорее всего, отвечают критериям имеющейся в настоящее время алкогольной зависимости.

* для уточнения категории ответа принято считать, что одна порция алкогольного напитка равна 10 граммам чистого спирта. В странах, где содержания алкоголя в стандартном напитке отличается от 10 грамм более чем на 25%, категории ответов следует соответствующим образом модифицировать».**

Приложение 5

Определение - количества и частоты употребления алкоголя

В ходе опроса работника уточняются следующие вопросы:

в среднем сколько раз в неделю Вы употребляете спиртные напитки ?;

как много спиртных напитков Вы обычно употребляете за один раз ?;

какое максимальное количество спиртных напитков Вы выпивали за один раз в этом месяце ?

Безопасным являются следующие дозы алкоголя, принятые внутрь:

для мужчин: если мужчина употребляет не более 14 стандартных порций алкоголя в неделю и 4 стандартных порций за один раз;

для женщин: не более 7 стандартных порций в неделю и 3 стандартных порций за один раз.

Стандартная порция алкоголя - 350 мл пива, 150 мл сухого вина, 40 мл крепких напитков.

Безопасное потребление алкоголя:

Мужчины: 14 стандартных порций в неделю, не более 4 стандартных порций за один раз.

Женщины: 7 стандартных порций в неделю, не более 3 стандартных порций за один раз.

Если человек употребляет алкоголь в меньшем количестве, и на втором этапе злоупотребления алкоголем не выявлено, и признаков пьянства или алкоголизма не отмечено, то врачебное вмешательство не требуется.

Естественно, если у пациента наблюдаются признаки алкогольного абстинентного синдрома и поражения печени, если от него пахнет перегаром, а его родные жалуются на его пьянство, картина ясна и без всяких опросов (данные проф. Д.Нобель).

Приложение 6

Скрининг-тест «GAGE- – AID»
при выявлении
злоупотребления наркотиками

Тест «GAGE – AID»

Для выявления злоупотребления наркотиками используется модификация теста «GAGE», предназначенного для выявления злоупотребления алкоголем.

Данный тест включает вопросы «GAGE», адаптированные для выявления злоупотребления наркотическими веществами.

Первый вопрос: Вы употребляли наркотические средства в прошлом году ? - если получен отрицательный ответ, задают следующие вопросы:

1. Есть ли у Вас особые причины, по которым Вы не употребляете наркотики ?

2. Употребляли ли Вы когда-нибудь наркотики ?

После этого можно спросить:

3. В Вашей семье были случаи употребления наркотических средств ?

4. Вы находитесь в процессе выздоровления ?

5. Возникали ли у Вас в прошлом проблемы, связанные с употреблением наркотических веществ ?

Каждый положительный ответ является основанием для продолжения опроса:

6. Какое наркотическое средство употреблялось ?

7. Каков способ употребления ?

8. Каково количество и продолжительность употребления наркотических веществ ?

9. Какую роль играют наркотики в Вашей жизни ?

При каждом неопределенном ответе можно задавать уточняющие вопросы, например:

10. Вы когда-нибудь вводили наркотики внутривенно ?

11. Вы курили кокаин или вдыхали его через нос ?

Когда факт употребления наркотиков установлен, переходят к вопросам «GAGE»:

1. Вы не думали когда-нибудь о том, чтобы уменьшить количество употребляемых наркотических средств ?

2. Испытываете ли Вы раздражение, когда люди критикуют вас за употребление наркотиков ?

3. Вы испытывали когда-нибудь чувство вины по поводу употребления наркотиков ?

4. Вы употребляли когда-нибудь наркотические средства для поднятия тонуса утром ?

Результат: при двух положительных ответах на любые из последних 4 вопросов существует 80 - 90% вероятность того, что испытуемый злоупотребляет наркотическими средствами.

Приложение 7

ИНСТРУКЦИЯ
по применению набора реагентов «КреативМП» для выявления наркотических средств, психотропных и других одурманивающих веществ иммунохроматографическим экспресс-методом в моче

НАЗНАЧЕНИЕ.

Набор предназначен для качественного быстрого одноэтапного выявления наркотических средств, психотропных и других одурманивающих веществ и/или их метаболитов (далее – Наркотиков) в моче человека иммунохроматографическим экспресс-методом.

ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ.

Выявление основано на принципе иммунохроматографического анализа, при котором анализируемый образец мочи абсорбируется поглощающими участками полоски; при наличии в образце мочи наркотика они вступают в реакцию со специфическими моноклональными антителами к морфину, связанными с частицами коллоидного золота, образуя комплекс антиген-антитело. Этот комплекс не вступает в реакцию конкурентного связывания с антигеном, иммобилизированным в тестовой зоне препятствуя образованию в тестовой зоне полоски розового цвета.

Наличие одной полосы розового цвета в контрольной зоне свидетельствует о том, что концентрация Наркотика в исследуемом образце мочи составляет минимально определяемую концентрацию (чувствительность) или выше. Выявление двух параллельных полос розового цвета (в тестовой и контрольной зонах полоски) свидетельствует о том, что в исследуемом образце мочи Наркотики отсутствует или же их концентрация ниже указанной чувствительности. Набор рассчитан на проведение одного определения наличия Наркотика в моче человека.

СОСТАВ.

В состав набора входят следующие компоненты:

-одна полоска и один мешочек с силикагелем, упакованные и запаянные в пакетик фольгированный.

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ.

Время проведения анализа – 1-5 минут.

Наличие в моче других наркотических веществ не мешает определению.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ.

Класс потенциального риска применения (КР): изделие медицинского назначения со средней степенью риска - 2а (для самостоятельного использования конечным потребителем).

Все компоненты набора в используемых концентрациях являются нетоксичными.

При работе с набором следует надевать одноразовые резиновые или пластиковые перчатки, так как образцы мочи человека следует рассматривать как потенциально инфицированные, способные содержать любые возбудители инфекции.

ОБОРУДОВАНИЕ И МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА.

- секундомер;
- емкость для анализируемого образца мочи.

АНАЛИЗИРУЕМЫЕ ОБРАЗЦЫ.

Мочу собирают в чистую, сухую стеклянную или пластиковую посуду без консервантов. Для анализа следует использовать только прозрачные образцы. Образцы можно хранить не более 48 часов при температуре плюс 2-8°С и не более трех месяцев при температуре минус 20°С и ниже.

ПОДГОТОВКА РЕАГЕНТОВ ДЛЯ АНАЛИЗА.

Анализируемый образец мочи и компоненты набора «КреативМП» перед проведением анализа должны быть доведены до комнатной температуры (+18-25˚С) в течение времени не менее 5 мин. Силикагель - пакетик с поглотителем влаги следует выбросить.

ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА.

Для проведения анализа необходимо от 1,5 до 2,0 мл прозрачной без примесей мочи. В чистую сухую емкость внести анализируемый образец мочи человека. Вскрыть упаковку набора, разрывая ее вдоль прорези, извлечь набор (полоску) и погрузить её вертикально концом со стрелками в мочу до уровня ограничительной линий на 20-30 сек.

Извлечь набор (полоску) из мочи, положить её на ровную, чистую, сухую поверхность и через 5 минут визуально оценить результат реакции.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Отрицательный результат:

Выявление двух параллельных полос розового цвета (в тестовой и контрольной зонах полоски), любой четкости и интенсивности окраски, свидетельствует об отрицательном результате анализа, т. е. указывает на то, что в анализируемом образце мочи Наркотика нет или же его концентрация ниже порогового значения.

Если цветная полоса в тестовой зоне имеет слабую интенсивность окраски, результат следует интерпретировать как отрицательный.

Положительный результат:

Выявление только одной полосы розового цвета в контрольной зоне свидетельствует о положительном результате анализа, т. е. указывает на

то, что в анализируемом образце мочи концентрация Наркотика составляет минимально определяемую концентрацию или выше.

Ошибка тестирования:

Если в течение 5 минут полосы не выявляются или появляется только одна полоса в тестовой зоне без полосы в контрольной зоне, результат интерпретировать нельзя. Необходимо повторить тестирование с помощью новой полоски.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ И ЭКСПЛУАТАЦИИ.

Набор «КреативМП» должен храниться при температуре от +2 до +28°С в течение всего срока годности. Замораживание не допускается. Срок годности - 24 месяца.

До проведения анализа возможно хранение образцов мочи при температуре от +2до +8°С не более 48 ч, при необходимости более длительного хранения (до 2-3 месяцев) - при температуре -20°С и ниже.

Срок годности вскрытых компонентов набора – не более 2 часов.

Для получения надежных результатов необходимо строгое соблюдение Инструкции по применению.

Таблица определения наркотических средств

№	Наименование	Группа	Описание	Чувствитель-ность
1	Набор (полоска) КреативМП морфин (МОР) для выявления наркотиков в моче	Опиаты	Основной представитель группы наркотических анальгетиков. Он оказывает сильное болеутоляющее действие. Понижая возбудимость болевых центров, он оказывает также противошоковое действие. В больших дозах вызывает снотворный эффект, этот эффект более выражен при нарушениях сна, связанных с болевыми ощущениями. Морфин оказывает тормозящее влияние на условные рефлексы, усиливает действие наркотических, снотворных и	300 нг/мл

			местноанестетических средств. Понижает возбудимость кашлевого центра. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: до 3 суток.	
2	Набор (полоска) КреативМП метадон (MTD) для выявления наркотиков в моче	Опиаты	Синтетический лекарственный препарат из группы опиоидов, применяемый как анальгетик, а также при лечении наркотической зависимости. Впервые был синтезирован в 1937 германскими исследователями Максом Бокмюлем и Густавом Эрхартом. В 1942 был налажен промышленный выпуск препарата амидон, использовавшегося в качестве анальгетика в экспериментальных целях. Характеризуется низкой стоимостью, применяется в основном орально. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 7-9 суток.	300 нг/мл
3	Набор (полоска) КреативМП трамадол для выявления наркотиков в моче	Опиаты	Лекарственное средство, наркотический анальгетик, относится к группе агонистов опиоидных рецепторов. Обладает сильной анальгезирующей активностью, даёт быстрый и длительный эффект. Уступает, однако, по активности морфину при одинаковых дозах (применяется соответственно в бóльших дозах). Эффективен при введении внутрь и парентерально Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: до 7 суток.	100 нг/мл.
4	Набор (полоска) КреативМП бупренорфин для выявления наркотиков в моче	Опиаты	Синтетическое вещество, опиоид, являющийся, по своим свойствам, анальгетиком. По своим свойствам этот препарат похож на другие опиаты. Преимущество этого препарата перед другими опиатами состоит в том, что он менее токсичен. В медицине он применяется как аналог морфина или метадона, однако его обезболивающий эффект выражен ярче и действует он быстрее. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 48-56 часов (соединения бупренорфина – до 7 суток).	10 нг/мл.

5	Набор (полоска) КреативМП дезоморфин для выявления наркотиков в моче	Опиаты	Одна из модификаций структуры морфина. Впервые был получен при поиске заменителей морфина взаимодействием кодеина с тионилхлоридом и последующим восстановлением полученного промежуточного продукта. Не получил широкого распространения в медицинской практике. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 1-3 суток.	100 нг/мл
6	Набор (полоска) КреативМП оксикодон для выявления наркотиков в моче	Опиаты	лечебный анальгетик, синтезируемый из опиума. В качестве болеутоляющего его используют вместе с аспирином или парацетамолом. Вызывает привыкание. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 3-7 суток.	100 нг/мл.
7	Набор (полоска) КреативМП пропоксифен для выявления наркотиков в моче	Опиаты	является аналогом метадона, который в форме декстроизомера обладает аналгетическими свойствами. Он создает аналгезию, эквивалентную менее чем половине парентеральной дозы кодеина и примерно от его оральной дозы. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 6-48 часов.	300 нг/мл.
8	Набор (полоска) КреативМП марихуана (ТНС) для выявления наркотиков в моче	Каннаби-ноиды	Высушенные, размельченные цветы и листья определенных видов конопли (каннабиса). Её опьяняющие свойства зависят от содержания тетрагидроканнабинола, вызывающего наркотический эффект. Вещество, похожее на табак, и изготавливаемое сушкой листьев и верхушек цветов каннабиса, входит в состав марихуаны, что даёт ей отличие по своей чистоте, в зависимости от источника и подбора используемых материалов. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: Однократное употребление – 3 суток Употребление средней частоты – 4 суток Частое (ежедневное) употребление – 10 суток Длительное частое употребление более 3	50 нг/мл

			месяцев – 36 суток	
9	Набор (полоска) КреативМП спайс для выявления наркотиков в моче	Каннаби-ноиды	Спайс является синтетическим аналогом марихуаны, но превосходит по воздействиям в 10 раз, поэтому приводит к быстрому поражению психики, а передозировка может привести к летальному исходу. К тому же спайс вызывает сильные галлюцинации и при постоянных передозировках человек теряет способность адекватно воспринимать реальность, к сожалению, таким людям уже не в силах кто-либо помочь. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: Однократное употребление – 24 часа Длительное употребление – 2-3 суток	50 нг/мл.
10	Набор (полоска) КреативМП амфетамин (AMP) для выявления наркотиков в моче	Амфета-мины	Психостимулятор, вызывающий быстрое привыкание. Последствия от его употребления могут быть различные – это может быть «амфетаминовый психоз», развитие депрессии, астенические нарушения (слабость, упадок сил), нарушения сна, тревога, нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы, инсульт, судороги, и т.д. Скорость (Speed) - сленговое обозначение амфетамина (точнее метамфетамина, который отличается от амфетамина дополнительной группой CH2, более тяжелыми медицинскими последствиями). Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 2-3 суток	1000 нг/мл
11	Набор (полоска) КреативМП метамфетамин (MET) для выявления наркотиков в моче	Амфета-мины	Сильный психостимулятор. Встречается в виде порошка, таблеток, кубиков или кристаллов. Действовать начинает быстро и интенсивно. Больной сразу ощущает сильный прилив энергии, уверенности в себе, появляется ощущение счастья. Зависимость от метамфетамина обычно начинается уже после первого приема. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: до 2 суток	500 нг/мл
12	Набор (полоска) КреативМП	Кокаин	Наркотик в форме порошка (кокаин) или кристаллической форме (крэк). Обычно кокаин употребляется с сахаром,	300 нг/мл

	кокаин (COC) для выявления наркотиков в моче		новокаином, амфетамином и другими препаратами похожими на новокаин. Получаемый из листьев коки, кокаин первоначально был синтезирован как обезболивающее средство. Чаще всего кокаин нюхают. Порошок попадает в кровь через ткани носа. Иногда кокаин глотают или втирают в другие слизистые ткани, например, в дёсны. Чтобы добиться скорейшего попадания наркотика в тело, некоторые наркоманы вводят кокаин внутривенно, однако, это очень сильно повышает риск передозировки. Вдыхая кокаин в виде дыма или пара, ускоряется процесс поглощения с меньшим риском для жизни, чем при уколах. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 6-8 часов, иногда до 3 суток.	
13	Набор (полоска) КреативМП барбитураты (BAR) для выявления наркотиков в моче	Седатив-ные	Любое лекарственное вещество, получаемое на основе барбитуровой кислоты, которое угнетает активность центральной нервной системы; ранее эти лекарства применялись в качестве успокаивающих и снотворных средств. По длительности действия барбитураты могут быть разделены на три группы: короткого, среднего и длительного действия. Так как вследствие длительного применения барбитуратов у человека может развиться привыкание к ним, а также психологическая и физическая зависимость от них, а также потому, что у человека могут возникнуть серьезные токсические побочные эффекты (см. Барбитуризм), а передозировка этих лекарств вообще может привести к смертельному исходу, в клинической практике в настоящее время врачи заменяют барбитураты более безопасными лекарственными препаратами. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: Кратковременного действия – 24 часа Среднее время действия – 3 суток Длительного действия– 7 суток	300 нг/мл
14	Набор	Седатив-	Ориентировочный период возможного	100 нг/мл

	(полоска) КреативМП бутетал для выявления наркотиков в моче	ные	выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 1-7 суток	
15	Набор (полоска) КреативМП бензодиазепин (BZO) для выявления наркотиков в моче	Седатив-ные	Класс психоактивных лекарственных веществ с гипнотическими, седативным, анксиолитическим, антиконвульсивными эффектами. Действие бензодиазепинов обуславливается торможением центральной нервной системы. Являются депрессантами. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: Кратковременного действия – 24 часа Среднее время действия – 80 часов Длительного действия– 7 суток	300 нг/мл
16	Набор (полоска) КреативМП флюнитразепам для выявления наркотиков в моче	Седатив-ные	Оказывает седативное, снотворное и противосудорожное действие. Применяют внутрь и парентерально (внутримышечно или внутривенно). Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 1-7 суток	300 нг/мл
17	Набор (полоска) КреативМП фенциклидин (PCP) для выявления наркотиков в моче	Диссоциа-тивы	Кристаллическое вещество растворимое в воде, метаноле, этаноле и метиленхлориде. Основание фенциклидина, наоборот, почти нерастворимо в воде, но легко растворимо в метаноле, толуоле, метилацетате. В нелегальную продажу PCP поступает в виде таблеток или капсул для орального приема или порошка для ингаляций через рот или нос. Жидкие формы для внутривенных инъекций встречаются реже. Их продают расфасованными в небольшие виалы или стеклянные флаконы небольших объемов. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 8 суток	25 нг/мл
18	Набор (полоска) КреативМП кетамин (KET) для выявления наркотиков в	Диссоциа-тивы	Является средством, оказывающим при внутривенном и внутримышечном введении общее анестезирующее (наркотизирующее) и анальгезирующее действие. В дозах 1,5 - 4 мг/кг используется как мощное психоактивное	1000 нг/мл.

	моче		вещество. Препарат также может действовать как эффективный антидепрессант, хотя его галлюциногенные свойства вряд ли когда-нибудь позволят применение для борьбы с депрессией Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 1-7 суток	
19	Набор (полоска) КреативМП трициклические антидепрессанты (ТСА) для выявления наркотиков в моче	Антиде-прессанты	К этой группе антидепрессантов принадлежат самые первые препараты, обладающие антидепрессирующим эффектом, которые были синтезированы в 50-х годах прошлого века. Свое название – «трициклические», они получили из-за своей структуры, в основе которой лежит тройное углеродное кольцо. К этой группе препаратов относятся имипрамин, амилтриптилин и нортриптилин. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: до 7 суток	1000 нг/мл.
20	Набор (полоска) КреативМП дезипрамин для выявления наркотиков в моче	Антиде-прессанты	Антидепрессант, принадлежащий к классу трициклических. Его действие основывается на ингибировании обратного захвата нейромедиаторов, в первую очередь, норадреналина нейронами головного мозга. Способствует стимуляции психомоторной деятельности, улучшает мотивацию и при этом не оказывает более-менее выраженного седативного эффекта, что дает возможность использовать его в утренние часы. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: до 7 суток	200 нг/мл
21	Набор (полоска) КреативМП экстази (МДМА) для выявления наркотиков в моче	Психо-стимуля-торы	MDMA или экстази – это синтетический психоактивный наркотик, внесённый с Список 1(список запрещённых веществ) который имеет свойства стимулятора и галлюциногена. MDMA содержит химические разновидности стимулятора амфетамина или метамфетамина и галлюциногена, как правило, мескалина. Наиболее часто употребляемое название – «экстази» или XTC, MDMA. Этот наркотик был впервые синтезирован в 1912 году как вещество, которое могло	500 нг/мл

			служить для подавления аппетита. Химически это вещество является аналогом MDA, который был популярен в 60-х годах прошлого века. В конце 70-х годов MDMA использовался небольшой группой психотерапевтов США как средство для облегчения процесса психотерапии. Иногда это вещество принимают совместно с алкоголем, поскольку бытует мнение, что алкоголь снижает действие этого наркотика. Это вещество распространяется на так называемых «рейв-парти», в ночных клубах и концертах. Поскольку клубная культура и рейв-культура распространяются в крупных городах, растёт употребление и распространение MDMA. Ориентировочный период возможного выявления вещества и его метаболитов иммунохроматорафическими экспресс-тестами в моче: 2 суток	

Приложение 8

Заключение о результатах тестирования

Фамилия, имя, отчество

_____

Должность

_____

Наименование предприятия (организации)

_____

Дата

_____

Проведено анкетирование

_____

_____

_____

Проведено наркологическое
тестирование_____

_____

_____

Заключение:_____

_____

_____

_____

Медицинский работник _____ _____
(подпись) (И.О.Фамилия)

Представитель администрации
предприятия (организации) _____ _____
(подпись) (И.О.Фамилия)

ОЗНАКОМЛЕН _____ _____
(подпись) (И.О.Фамилия)

_____

_____