***Курение - привычка или болезнь?***

 Как в нашей стране, так и за рубежом все чаще говорят и пишут об образе

жизни, тесной связи его с разнообразными условиями внешней среды. Об этом

прекрасно сказал великий русский физиолог И.М.Сеченов: «Организм без внешней

 реды,поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное

 определение организма должна входить и среда, влияющая на него’’. Связи

 человека с окружающей средой стали основой развития новой области науки –

 медицинской экологии, составной частью которой является образ жизни.

 Курение – часть образа жизни, элемент поведения – сложное действие, со-

провождаемое определенными ощущениями и основывающееся на различных

биохимических и физиологических процессах.

 Курение во всем мире является одной из причин возникновения и разви-

тия онкологических, сердечно-сосудистых и легочных заболеваний. Во всем мире

по вине сигареты умирает около 2 млн человек. Основная причина смерти

курильщиков - хронические неинфекционные заболевания. (Н.И.Голуб,1996).

В то время , как определенное число взрослых курильщиков отказываются от

курения или ищут способы бросить курить, ряды курильщиков пополняются

за счет молодого поколения. Курение в детском или подростковом возрасте,

начавшееся по психологическим или социальным причинам, нередко переход-

дат в фармакологическую зависимость от табака. Как писал английский пси-

хиатр M.Russell (1979) ’’ Люди курят не потому, что хотят курить, а потому,

что не могут перестать.” В докладе Королевского медицинского

колледжа в Лондоне (1972) сказано, что ’’курение табака является формой при-

выкания к средству, не сильно отличающемуся от других наркоманий’’. \*\*\*

 Систематическое курение можно рассматривать как результат первоначаль-

ного экспериментирования с сигаретой, и при достаточно частом повторении

оно становится привычкой. При каждой затяжке делается шаг в направлении

фиксации привычки и вторичного усиления, связанного с видом и запахом

сигарет, соответствующим сопровождением (кофе, алкоголь ). На определенном

этапе систематического курения его можно рассматривать уже не столько как привычку, сколько как болезнь.

 Однако курильщик не в одночасье становится больным человеком. Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями организма имеется ряд так называемых переходных. Распространенность переходных состояний от стадии ’’еще здоровье’’ до стадии ’’уже болезнь’’ в популяции весьма велика-66-76% (Ю.П.Гичев,1990).

 Как определить грань между нормой и болезнью? Этот вопрос волнует не только клиницистов, но и физиологов, биохимиков, экологов, гигиенистов.

Исход влияния любого патогенного воздействия, в том числе фактора риска, зависит от биологических свойств организма, его исходного функционального состояния, неспецифической устойчивости. Концепция факторов риска помогает решению основного вопроса медицинской экологии, от чего непосредственно зависит здоровье. Все так называемые вредные привычки относятся к факторам риска. Главный фактор риска-поведение человека, т.е. субъективный фактор, человек, живущий в конкретных условиях (Ю.П.Лисицин,1998).С этой точки зрения изучение поведения курящих затрагивает как психологические, так и биологические проблемы. Большинство курильщиков признает, что систематическое курение может вести к развитию многих тяжелых заболеваний и более ранней смерти, однако мысль об этих отдаленных последствиях откладывается в долгий ящик и мало влияет на сегодняшнее поведение. Иллюзии, порождаемые табакокурением о возможности сохранения здоровья, остаются всего лишь иллюзиями курильщиков.

***1.1 Распространенность табакокурения***

 Когда табак завезли в Европу, то ни в одном из европейских языков не существовало слов для обозначения такого странного и загадочного ритуала, каким оказалось курение. С тех пор курение прочно вошло в жизнь и быт людей, стало весьма распространенным явлением во всем мире.

 За последние 50 лет практически во всех странах мира существенно

выросло производство и потребление табачных изделий. Табак произрастает во всех районах земного шара за исключением самых холодных зон. В целом в мире под эту культуру отведено не менее 4,7 млн га хороших земель, пригодных для выращивания ценных зерновых культур.

 В мире ежегодно производится 5-6 млн. тонн сухой массы табака, пред-

назначенного в основном для курения.

 Наибольшее потребление сигарет отмечается в США, Японии, Швейцарии, Великобритании, наименьшее в Скандинавских странах. Наша страна принадлежит к одной из самых курящих стран мира. По данным статистики в России выкуривается 25 млрд. сигарет в год (О.С.Радбиль, Ю.М.Комаров,1988).

 По регламентации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) регулярно курящим считается человек, выкуривающий не менее 1 сигареты в день в течение 1 года. Во всех остальных случаях применяется название

’’нерегулярное курение’’, а также атрибутивное курение, когда оно связано с атрибутами праздника, вечеринки, знакомства, деловой встречи.

 В последние годы доля курящих старше 15 лет во всех странах мира уменьшается при одновременном росте абсолютного числа курильщиков за счет женщин и детей. Доля курящих женщин имеет тенденцию к росту, а доля курящих мужчин к снижению.

 Многочисленные данные свидетельствуют, что курение среди взрослых

тесно связано с их специальностью, уровнем квалификации и образования.

Установлено, что, чем ниже уровень профессиональной квалификации, тем выше доля курящих. В развивающихся странах Азии потребление табака широко распространено в группах населения с низким социально-экономическим статусом.

 Обобщение многочисленных данных позволяет сделать вывод о том, что молодые люди начинают курить во все более раннем возрасте и, как правило, курят много. Среди детей и подростков к 16 годам курят каждая десятая девушка и каждый четвертый юноша (В.Ю.Александров, А.А.Александров,1994).

Число курящих детей в семьях курильщиков в 2 раза превышает число курящих детей в семьях, где родители не курят. Причинами курения в детском возрасте можно считать любопытство, пример взрослых и друзей, влияние кино и телевидения, наличие карманных денег, баловство, опасение не отстать от сверстников и боязнь оказаться не модным и не современным.

#  Важное значение имеет мотивация курения, включающая такие факторы, как усиление уверенности в себе, курение ради удовольствия, успокоения и автоматизм (у интенсивно курящих наблюдается бессознательный акт взятия сигареты, зажигания ее и начала курения).

 Ведущими причинами курения является уменьшение нервного напряжения, возможность легкого установления контактов с людьми, одобрение сверстников, возможность занять руки, потребность во вкусовых ощущениях.

Многие курильщики утверждают, что курение смягчает стрессовые нагрузки, способствует расслаблению. Это одна из иллюзий курильщиков, т.к. трудности реальной жизни остаются и их все равно приходится преодолевать.

***1.2Состав и свойства табака и***

***табачного дыма.***

 В табаке и табачном дыме обнаружены многочисленные соединения, важнейшим среди которых является никотин, выделенный еще в 1809 году из листьев табака. Компоненты табачного дыма возникают путем возгонки летучих и полулетучих веществ из табачных листьев и расщепления их под действием высокой температуры.

 Когда курящий затягивается он ингалирует главный поток дыма. Аэрозоль, выделяемый горящим конусом сигареты в интервале между затяжками – побочный поток дыма. Часть дыма, которая задерживается с помощью фильтра, состоит из частиц, а часть дыма, проходящая через фильтр, -газовая фаза. Аэрозоль дыма - это высококонцентрированные взвешенные в воздухе жидкие частицы, составляющие смолу. Каждая частица состоит из множества органических и неорганических соединений, рассеянных в газообразной среде.

 Главный поток дыма, вдыхаемый курящим, составляет при курении сигарет без фильтра-32%, а с фильтром-23% общего количества дыма. Большая часть дыма выделяется в окружающую среду, где его вдыхает некурящий – так называемые пассивные курильщики.

 Температура тлеющего табака составляет **300’C**, а во время затяжки она достигает **900-1100’C**. Температура табачного дыма примерно **40-60’C**.

Согласно многочисленным данным, горящая сигарета является как бы уникальной химической фабрикой, продуцирующей более 4 тыс. различных соединений. Известно, что 300 компонентов табачного дыма являются биологическими ядами, а 40 являются канцерогенами.

 Всю продукцию этой фабрики можно разделить на две фазы: газовую и содержащую твердые частицы. К газовым компонентам относятся: оксид и диоксид углерода, цианистый водород, аммоний, изопрен, ацетальдегид акролеин, нитробензол, ацетон, сероводород, синильная кислота и др.

 Фаза табачного дыма, содержащая твердые частицы, включает в основном никотин, воду, смолу – табачный деготь. В состав смолы входят ароматические углеводороды, вызывающие рак, в том числе нитрозамины, ароматические амины, изопреноид, пирен, бензпирен, антрацен и др. (см. таблицу 1).

 Таблица 1. Основные компоненты табачного дыма.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Летучие вещества | Содержание,мкг/на 1 сигар. | Специфические компоненты | Содержание,мкг/на 1 сигар. |
| Оксид углерода | 13 | Никотин | 1,8 |
| Диоксид углерода | 50 | Фенол | 86,4 |
| Аммоний | 80 | **О-крезол** | 20,4 |
| **Цианистый водород** | 240 | **М- и р- крезол** | 49,5 |
| **Изопрен** | 582 | **N- этилфенол** | 18,2 |
| **Ацетальдегид** | 770 | **Карбазол** | 1,0 |
| **Акролеин** | 84 | **Индол** | 14,0 |
| **Гидразин** | 0,03 | **Бензантрацен** | 0,044 |
| **Нитрометан** | 0,5 | **Бензпирен** | 0,025 |
| **Нитробензол** | 1,1 | **Флюорен** | 0,42 |
| **Ацетон** | 578 | **ДДД (инсектецид)** | 1,75 |
| **Бензин** | 67 | **ДДТ (инсектецид)** | 0,77 |

# Кроме того смола содержит простые и сложные фенолы, крезолы, нафтолы, нафтолены и др. В состав твердой фазы входят металлы K, Na, Zn, Pb, Al, Cu, Cd, Ni, Mn, Fe, Mg, Hg, As, Sb, Te, Bi и др., а также радиоактивные соединения K, Pb, Po, Sr и другие.

#  При выкуривании 20 г табака образуется более 1 г табачного дёгтя. С учетом того, что даже самые совершенные фильтры задерживают более не 20% содержащихся в дыме веществ, каждый курильщик может легко определить, какое количество табачного дёгтя со всеми его компонентами введено в его органы дыхания.

#  Подсчитано, что выкуривая 20 сигарет средней крепости весом 0,5 г, курильщик вводит в свой организм 0,09 г никотина, 0,006 г синильной кислоты, 369 мл окиси углерода. При этом курильщик дышит воздухом, загрязненность

# которого в 580-1100 раз превышает санитарные нормы (О.С.Раубиль, Ю.М.Ко-

# маров, 1988).

#  Выраженность токсического эффекта табачного дыма зависит от ряда факторов: количества выкуриваемых сигарет и стажа курения, сорта табака,

# способа его переработки, рН табачного дыма, глубины затяжки и, наконец, класса сигарет. Выпускаемые на территории России табачные изделия относятся к числу “высокосмолистых” и “очень высокосмолистых”, c повышенной канцерогенной опасностью (Г.Б.Ткаченко, 1996).

#  В связи с там, что в табачном дыме содержится множество различных компонентов, фармакологический эффект курения связан не только с никотином, хотя он является главным веществом, оказывающим действие на организм человека. Большая часть абсорбированного никотина быстро распадается в организме, частично выводится почками. Основным органом, обеспечивающим дезинтоксикацию, является печень, где происходит превращение никотина в его менее активный метаболит - котинин.

#  Еще в 1916 году Н.П.Кравков указывал, что никотин оказывает влияние на связь между преганглионарными и постганглионарными нейронами вегетативной нервной системы в две фазы: в первую фазу вызывает возбуждение, во вторую – явления паралича, что ведет к разрыву связи между нейронами. Причем, никотин воздействует как на симпатическую, так и на парасимпатическую нервную систему. Вследствие стимуляции никотином симпатических ганглиев , мозговой ткани надпочечников и высвобождения катехоламинов, наблюдается учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, расширение коронарных сосудов. Фармакологическому эффекту никотина табачного дыма предшествует абсорбция последнего. Частично поглощение происходит в полости рта, более 90% вдыхаемого никотина абсорбируется легкими. От 82 до 90% других составных частей табачного дыма также абсорбируется. Важным фактором в абсорбции никотина является pH табачного дыма. При этом играют роль время контакта табачного дыма с мембранами слизистых оболочек, pH их мембран, pH жидкостей тела, глубина и степень ингаляции, частота затяжек и др. Табачный дым является ингибатором ферментных систем, включая дегидрогеназы и оксигеназы, вызывает быструю адреналиновую реакцию.

Профилактика табакизма.

 Несмотря на официальную позицию Европейского союза (ЕС), состоявшую в том, что курение вредно для здоровья, он оказывает финансовую помощь производителям табака. Это безобидное с виду растение с длинными листьями является одной из наиболее субсидируемых ЕС культур. Табачное лобби утверждает, что сокращение субсидий нанесет удар по европейской экономике и сотни тысяч фермеров окажутся без работы.

 ЕС поддерживает производство табака, хотя его собственный Комитет специалистов-онкологов характеризует эту культуру как ’’яд на продажу’’.

По оценкам самого ЕС, табак ответственен за смерть около полумиллиона граждан 15 стран – членов ЕС ежегодно. В Европе курят 42% мужчин и 28% женщин. Наблюдается тревожный рост пристрастия к табаку у подростков в возрасте от 11 до 15 лет. В Восточной Европе курение является причиной смерти каждого четвертого мужчины – это самый высокий показатель смертности от табакокурения в мире ( Д.А.Харрис, 1997). Между тем ЕС занял 5-ое место в мире по производству табака и стал его крупнейшим экспортером. Мало того, европейские фермеры выращивают большое количество темных сортов, с высоким содержанием смол. Запрещая продажу сигарет с высоким содержанием смол своим гражданам, ЕС вывозит большую часть продукции в другие страны. Согласно законодательным актам, в странах ЕС допустимое содержание смол в табачных изделиях составляет 12 мг/сиг, никотина - 1,2 мг/сиг, тогда как в России эти показатели составляют 25 и

1,3 мг/сиг соответственно (Г.Б.Ткаченко, 1996).

 Табакизм – это зависимость от курения, являющаяся одним из вариантов наркомании. К никотину полностью относится характеристика наркотических веществ, вызывающих привыкание или даже болезненное пристрастие, а именно:

1. Потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме данного вещества;

2. Возникновение повышенной устойчивости к действию данного вещества;

3. Развитие физических и психических расстройств при прекращении поступления вещества в организм;

4. Проявление токсического действия – специфических нарушений различных функций организма.

 Человек привыкает к никотину, но в начале курения он находится еще на грани болезни. С появлением болезненного влечения – токсикомании – развивается настоящее заболевание, табакизм, интенсивность проявления которого нарастает по мере увеличения интенсивности курения.

 Методы лечения табакизма включают в себя психотерапевтические и лекарственные с применением средств, вызывающих отвращение к курению. Однако лечение табакизма представляет сложную медицинскую проблему, в решении которой важную роль играет ранняя профилактика курения. В этом плане наиболее активно следует воздействовать на учащихся 5-8 классов, проявляющих только интерес к курению и не имеющих пока никотиновой зависимости ( В.Ю.Александров, А.А.Александров, 1994).

 Во всем мире проводятся мероприятия по борьбе с курением. Обычно они включают ограничение курения на рабочих местах, в городском транспорте, кинотеатрах, больницах, запрещение рекламы табачных изделий, показ вреда курения, раскрытие преимуществ некурения, повышение цен на табачные изделия, создание медицинских кабинетов, где оказывается специальная помощь желающим бросить курить.

 За последние 20 лет в мире создано много программ по профилактике курения, основным компонентом антикурительных программ является информирование о последствиях курения, его физиологическом эффекте. Однако, один факт представляется исключительно важным и неизменным – выраженное желание человека бросить курить, наличие у него твердой воли и неуклонной решимости избавиться от разрушающего здоровье, нередко опасного для жизни порока – курения.

**Алкоголизм**

*Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуются пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезнь, алкоголизм не возникает вдруг, а имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство.*

**Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. Вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Получают алкоголь путем брожения различных сахаристых продуктов (хлебные злаки, овощи, фрукты, мед и др.), а также синтетическим способом из отходов древисины. Алкоголь входит в состав всех спиртных напитков – водки, коньяка, вин, ликеров, пива и др., крепость которых зависит от содержания этилового спирта. Кроме этилового, существуют еще другие спирты, чрезвычайно вредные для организма. Наиболее опасный для жизни метиловый, или древесный, спирт. Люди, которые случайно приняли 50-100 г метилового спирта, умирают или безвозвратно слепнут. Сухие виноградные вина, пиво относятся к слабым алкогольным напиткам, но в больших количествах они также токсичны. Любопытно, что в странах с жарким климатом, где пьют преимущественно натуральные виноградные вина с меньшей концентрацией алкоголя, число случаев хронического алкоголизма меньше, чем в странах, где распространено употребление крепких алкогольных напитков, в том числе суррогатов.

В действии алкоголя на организм можно выделить две особенности – его непосредственное действие, вызывающее состояние опьянения, и систематическое злоупотребление, приводящее к болезни – алкоголизму.

Основное действие алкоголя – опьяняющее. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких крепких напитков, как водка, максимальная концентрация алкоголя в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выражено.

Алкоголь не оказывает возбуждающего действия на высшую нервную деятельность. Напротив, он угнетает оба основных процесса – и тормозной, и раздражительный. Но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Отсюда и проистекает картина алкогольного возбуждения. Уже малые дозы алкоголя угнетают тормозной процесс, а это ведет к тому, что соотношение между ним и раздражительным процессом нарушается в пользу последнего. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат снятия тормозов, а не стимуляция в прямом смысле слова.

Алкоголь чужд организму, поэтому биохимические механизмы человека, естественно, не «настроены» на его усвоение, а отрицательная реакция на алкоголь отчетливее проявляется при первых приемах спиртных напитков – возникают тошнота, чувство дурноты, рвота и т.д. Со временем после «встреч» с алкоголем в печени образуется специфический фермент – алкогольдегидрогенеза, который обезвреживает алкоголь, расщепляя его до воды и углекислоты. Интересно, что подобная функция не свойственна печени детей и подростков. Вот почему в этом возрасте алкоголь особенно токсичен и вызывает необратимые изменения во внутренних органах. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, со временем развивается цирротическое перерождение печени, при котором резко уменьшается выработка фермента алкогольдегидрогеназы. С этим связано быстрое их опьянение от небольших доз спиртного.

Состояние опьянения характеризуется в первую очередь замедлением течения ассоциаций, начинающий приобретать и более поверхностный характер, что влечет за собой снижение качества интеллектуальной работы. С увеличением дозы принимаемого алкоголя настроение поднимается, начинает нарастать картина пьяного возбуждения как в психической, так и в моторной деятельности. Характерными проявлениями этого состояния, еще относимого к легкому опьянению, являются повышенный, эйфоричный фон настроения с общим чувством беспечности, благодушия, веселья, развязности, склонности к шутовству и дурачеству. Одновременно пьяные часто обнаруживают озорство, стремление покуражиться. Повышенное самомнение, хвастливость, стремление показать себя человеком особенным, имеющим большие заслуги, призванным подчинять и командовать, часто приводят пьяных к конфликтам с окружающими. Этому способствует и появляющаяся повышенная обидчивость и как следствие ее – задиристость и драчливость. У многих пьяных это состояние ведет к расторможенности в сексуальных проявлениях. Наблюдаются плоские шутки, циничные замечания, ругань. В состоянии опьянения человек очень часто оскорбляет словом и действием окружающих, что является основной причиной всякого рода скандалов, драк и хулиганских поступков. При дальнейшем усилении опьянения агрессивные тенденции переходят в пьяное буйство, что может повлечь за собой тяжкие преступления вплоть до убийства.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется способность отдавать отчет в своих действиях, о вменяемости следует говорить потому, что как бы ни была тяжела при простом опьянении алкогольная интоксикация, она не приводит к возникновению сумеречного расстройства сознания, к галлюцинаторным и бредовым переживаниям и к иным психотическим состояниям. К тому же опьянение как отравление алкоголем есть патологическое состояние произвольно вызываемое, причем произвольно вызвана и сама его тяжесть, всецело определяющаяся количеством выпитого алкоголя, принимаемого по совершенно определенным мотивам – поднять свое настроение, добиться получения приятных ощущений.

**Хронический алкоголизм.** Хронический алкоголизм – это тяжелое нервно-психическое заболевание, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, со временем принимающее навязчивый характер, возникает острая «необходимость» опохмелиться. Потребность в опохмелении у таких больных настолько острая, что если их в этом не удовлетворить, они в состоянии не только работать, но и вообще двигаться.

Хроническое употребление алкоголя разрушает весь организм пьющего. Страдают почти все жизненно важные органы, такие как печень, сердце, почки, пищеварительные органы и др. Все это неизбежно ведет к превращению хронического алкоголика в соматического больного. Но преимущественным образом вредное действие алкоголя сказывается на центральной нервной системе и в первую очередь на ее высшем отделе – коре больших полушарий мозга. Это приводит к деградации всей личности и к возникновению особых алкогольных психозов. Разрушающее действие алкоголя на личность пьянствующего сказывается прежде всего на эмоциональной сфере. Происходит определенное огрубление личности: развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его домогательствам вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с некритическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутовству, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль, которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.

Патологическое влечение к алкоголю представляет собой одно из наиболее ранних проявлений заболевания. Выделяют 2 типа влечения: обсессивный и компульсивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Компульсивное влечение развивается позже, по силе выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя.

Утрата самоконтроля и контроля над количеством выпитого алкоголя также является ранним симптомом алкоголизма. Под влиянием растормаживающего действия даже небольших доз алкоголя у больных возникает потребность принять его в еще больших количествах, которая обычно нарастает до такой степени, что выраженность опьянения делает физически невозможным дальнейшее поглощение спиртных напитков.

Алкогольный абстинентный синдром является наиболее убедительным признаком наличия наркоманической зависимости. Он возникает обычно на следующий день после выпивки и означает сформировавшуюся для организма алкоголика потребность поддерживать постоянной определенную концентрацию этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие.

Наиболее распространено деление алкоголизма на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

**Лечение и профилактика алкоголизма**

Лечение больного алкоголизмом должно быть комплексным (с учетом используемых методов лечения), индивидуальным (исходя из черт личности, стадии алкоголизма), длительным и непрерывным. Лечение больного должно быть направлено на осознание больным своего заболевания, перестройку его отношения к прежнему окружению, иногда и изменения всего уклада жизни, полностью исключающего употребление алкоголя. Это достигает различными методами психотерапии и изменением микросоциальной среды.

Лекарственная терапия направлена на перестройку патогенетических механизмов, которые поддерживают влечение к алкоголю. Это достигается применением солей кальция, глицерофосфата, сульфата магния. Все это не только нормализует солевой обмен, но и снижает эмоциональное напряжение, вызывает седативный эффект. Вместе с тем необходимо урегулирование психических процессов, что наряду с психотерапией достигается назначением малых транквилизаторов: седуксена, тазепама, грандоксина, снижающих напряжение, тоскливость, тревожность. Назначается лечение, способствующее нормализации нарушенных функций внутренних органов и восстановлению витаминного состава в организме, особенно витаминов группы В.

Собственно противоалкогольная лекарственная терапия направлена на выработку отвращения к алкоголю, сенсибилизации к нему организма. Отвращение к алкоголю вызывают методом выработки условных рефлексов. Наиболее часто вырабатывают тошнотно-рвотную реакцию на алкоголь методом апоморфинотерапии. Больному подкожно вводят от 0,2 до 1,5 мл 1%-ного раствора апоморфина до вызывания рвоты. При приближении наступления рвоты больному дают 50 мл алкогольного напитка. Лечение проводится до прочного закрепления условнорефлекторной рвотной реакции на алкоголь.

Для профилактики алкоголизма применяют комплекс социальных и медицинских мероприятий. Вся работа по организации выявления и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, должна проводиться на фоне широко организованного противоалкогольного воспитания населения.

Различают 3 ступени профилактики:

первичная профилактика – предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма;

вторичная профилактика – комплексное лечение с последующими курсами противорецидивной терапии;

третичная – социальная реабилитация и реадаптация больных.

Наиболее эффективной мерой профилактики алкоголизма является антиалкогольное воспитание подрастающего поколения. Большое значение должно придаваться санитарно-просветительной работе, целью которой является ознакомление населения с действием алкоголя на организм, включая и малые его дозы, с риском формирования алкоголизма как болезни.

**Судебно-психиатрическая экспертиза**

Лица, страдающие алкоголизмом, совершающие противоправные действия, относятся к группе повышенного риска – чаще правонарушения совершаются в состоянии алкогольного опьянения.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих алкоголизмом, как правило, не представляет значительных сложностей. Учитывая наличие ряда психических расстройств при этом заболевании и в то же время отсутствие грубых изменений восприятия, мышления, сознания двигательно-волевой сферы тонуса лица, критики, они не лишены способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, поэтому, как правило, признаются вменяемыми. Для установления факта алкогольного опьянения широко применяются индикаторные трубки. Эти трубки содержат сухой реагент – раствор хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте, импрегнирующей вату. Выдыхаемые пары алкоголя меняют желтую окраску индикатора на зеленую или голубую, что и является показателем наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Правонарушающее поведение алкоголиков обычно отличается пассивностью и не является результатом продуманных решений, формой осмысленных, зрелых взглядов, ясных позиций. Многие правонарушители этого типа, особенно из числа многократно судимых лиц старших возрастов, безынициативны и инертны, безразличны к себе и окружающим.

В соответствии с Уголовным Законом РФ лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, подлежит уголовной ответственности. Если будет установлено, что лицо страдает алкоголизмом и нуждается в принудительном лечении, то осужденным наряду с наказанием суд может назначить проведение принудительного лечения по месту отбывания лишения свободы.

Экспертиза дееспособности при хроническом алкоголизме и других наркоманиях занимает значительное место при судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Особенности психики хронических алкоголиков с присущим им общим моральным огрублением, черствостью, эгоизмом, создающие невыносимую обстановку в семье, их влечение к алкоголю, для удовлетворения которого пропиваются все деньги, выносятся из дома, продаются и обмениваются самым невыгодным образом вещи и заключаются явно ущербные сделки, часто могут подать повод к определению дееспособности таких лиц и их права заключать имущественные сделки, воспитывать детей, состоять в браке и т.д. Совершенно очевидно, что эти вопросы должны решаться в строго индивидуальном порядке с учетом совокупности поведения испытуемого, его общего психического состояния, степени моральной и интеллектуальной деградации. Кроме того, может разбираться вопрос о том, что хронический алкоголик мог находиться в момент совершения им гражданского акта в препсихотическом, постпсихотическом или даже психотическом состоянии. Особо следует выделить, вопрос об оценке состояния испытуемого в алкогольном опьянении, во время которого часто могут иметь место имущественные сделки или иные гражданско-правовые отношения.

Проблема алкоголизма является одной из важнейших социально-медицинских проблем. Это связано с тем, что в результате широкого распространения среди населения привычки употребления спиртных напитков и увеличения числа лиц, злоупотребляющих алкоголем, наносится огромный вред здоровью населения и обществу в целом. Вред, наносимый обществу лицами, злоупотребляющими алкоголем, проявляется в том большом объеме правонарушений, которые эти лица совершают в состоянии алкогольного опьянения.

Люди, страдающие наркотической зависимостью, обычно имеют характерные особенности биографий. Эти особенности выделены врачами-наркологами при анализе историй болезни наркоманов.

Например, такие:

1. У матери больного была патология беременности. Беременность сопровождалась токсикозами, инфекционными или тяжелыми хроническими заболеваниями.

2. Роды могли быть затяжными, сопровождались родовой травмой, асфиксией младенца.

3. В детстве больной перенес тяжелые или хронические заболевания, многократные сотрясения мозга.

4. Больной воспитывался в неполной семье, одним из родителей.

5. Родители больного были постоянно заняты на работе, уезжали в длительные командировки, не уделяли ребенку достаточно времени.

6. Больной — единственный ребенок в семье.

7. Близкие родственники больного (отец, мать, дед, брат) страдают алкоголизмом или наркоманией.

8. Близкие родственники больного страдают психическими заболеваниями, часто нарушают общепринятые нормы поведения.

9. Больной начал рано употреблять алкогольные напитки и злоупотреблять летучими одурманивающими веществами (клей «Момент», растворители, бензин и т. п.).

Многие из нас могут обнаружить в этом списке один-два фактора, имеющие место в нашей собственной биографии. Это вовсе не означает, что человек при этом оказывается фатально предрасположенным к наркомании. Но у людей с таким «анамнезом» всегда есть риск заболеть даже при однократном употреблении наркотика.

Условно, отвечая на вопрос, почему люди употребляют наркотики и становятся наркоманами, можно сказать следующее.

- Потому что наркотик стал доступным, и его стремятся реализовать как товар нелегального рынка.

- Потому что среда, ближайшее окружение не видят в этом ничего противоестественного и поощряют к этому человека, а у него нет ресурсов сопротивляться.

- Потому что биохимическое действие наркотика сходно с нормальными процессами в мозге и соответственно сигналы об опасности игнорировать сознанием.

Существует много определений этого понятия, например:

- в медицине наркомания – это болезнь, которая выражается в психической и физической зависимости от наркотиков;

 - в психологии – это психическое состояние, возникшее в результате длительного злоупотребления наркотиками;

 а в общем смысле наркомания (narke – оцепенение, онемение, mania – безумие, страсть, влечение) – болезненное влечение, пристрастие к употреблению наркотиков, приводящее к тяжёлым нарушениям физических и психических функций организма.

Существует несколько видов наркотиков:

* «возбудители» или стимуляторы – наркотики, ускоряющие процессы, происходящие в организме человека. Они помогают преодолеть усталость и получить заряд бодрости (экстази, кокаин, амфитамины, эфедрин, крэк, кофеин); **Кокаиновая наркомания сопровождается выраженной психической зависимостью, которая очень быстро развивается. Физическая зависимость формально не развивается, но часто при отмене наблюдается пониженное настроение, раздражительность, страх.**
* «успокоители» или седативные наркотики – это наркотики, замедляющие процессы, происходящие в организме человека, оказывающие расслабляющее действие (этаминал натрия, фенобарбитал, ноксирон, реланиум, маковая соломка, алкоголь);
* галлюциногены – наркотики, способные вызвать зрительные или слуховые образы, которых на самом деле нет (ЛСД, мескалин, циклодол, димедрол, гашиш, марихуана, «волшебные грибы»); **Психическая зависимость выражена сильно. Физическая зависимость выражена слабо или отсутствует.**
* барбитураты (барбамил, нембутал); **Психическая зависимость развивается очень быстро. Физическая зависимость выражена слабо.**
* транквилизаторы (седуксен, элениум, нитрозепам);
* опийная группа (морфин, кодеин, героин, опий-сырец);
* ингаляниты (клей, растворители, лаки, краски, бензин, эфир).

Многие из них, под жестким контролем, используются в медицине.

Не только государство пытается бороться с проблемой наркомании, но и некоторые врачи тоже пытаются противостоять этой проблеме. Но не всем это удаётся. Одной из самых результативных оказалась работа главного врача клиники «Кундала» - Якова Маршака.

Только здесь обучают специальным психофизическим упражнениям, которые позволяют восстановить нормальную работу мозговых «центров удовлетворения» и контролировать своё эмоциональное и физическое состояние. Эти упражнения были разработаны на основе Кундалини – йоги и теперь взяты на вооружение ведущими американскими наркологами.

Среди причин, по которым наркотики так легко прижились безусловно самыми вескими являются следующие:

 1) Развал системы детских и молодежных организаций.

 2) Резкое изменение социального статуса - расслоение в обществе.

 3) Ценностный кризис в обществе - потеря жизненных ценностей.

 4) Ослабление семейных связей (в частных случаях).

К сожалению, в молодежной среде принимать наркотики сегодня стало модным, престижным и почти обязательным действием; но в подростковом возрасте наиболее актуальной является не уже сформировавшаяся наркомания, а различной степени стойкости злоупотребление наркотиками, обозначаемое как аддитивное поведение. В литературе описано два типа такого поведения:

- полисубстантное (применение широкого спектра психотропных и токсических веществ, среди которых затем выбирается наиболее привлекательное);

- моносубстантное (применение только одного вещества, к которому имеется наилучший доступ). Риск возникновения и развития наркоманий при наличии аддитивного поведения (АП) по данным литературы колеблется в широких пределах (для опиатов это составляет от 19 до 42%).

Наркотики теперь можно купить везде: на рынках, в метро, дискотеках, школах, ВУЗах. Среди факультетов наибольшим спросом наркотики пользуются на журналистских, экономических, философских и «компьтерных». По спец. исследованиям за 2000 год.

Лучшая методика борьбы с наркоманией - профилактика. Ведь как показывает мировая практика, излечить от наркомании удается не более 2-3 процентов заболевших.

Существующая система наркологической помощи ориентирована, прежде всего, на помощь лицам уже страдающим химической зависимостью и недостаточно эффективна для оказания помощи потребителям наркотиков на этапе начала заболевания.

Лечение и освобождение от наркотической зависимости - это целый комплекс медицинских и социальных мероприятий. Их реализация сопряжена с большими материальными и моральными затратами, а положительный исход возможен далеко не всегда, так как на сегодня адекватной системы помощи наркозависимым не существует.

Немедицинское использование психоактивных препаратов неизбежно в любом обществе. Понять, какую роль играют наркотики в жизни молодых людей необходимо.

По силе воздействия на организм человека врачи-специалисты располагают наркотики следующим образом: самый слабый из них – шоколад, затем следует чай и кофе. Указанные выше наркотические вещества являются скорее возбуждающими. А далее идут более сильные – опьяняющие наркотики: никотин, марихуана, алкоголь, опий и др.

***Генетическая предрасположенность.***

Диспропорциональность злоупотребления наркотическими веществами в различных семьях свидетельствует о существовании генетической предрасположенности к этим нарушениям. Природа алкоголизма и наркомании носит генетический характер. Было установлено, что предрасположенность к этим заболеваниям можно выявить ещё в раннем детстве.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности и алкоголизм обусловлены одним и тем же геном, действие которого проявляется в детстве в виде синдрома дефицита внимания, а в зрелом возрасте - в виде депрессии, алкоголизма, наркомании. Вывод напрашивался сам собой: мутантный ген, вызывающий синдром дефицита внимания и гиперактивности или синдром Туретта, вызывает и остальные нарушения.

Недостаточность "природного" релаксанта, полученная "по наследству" от предков, заставляет человека искать другой путь для компенсации стресса.

Согласно теории Скандинавского ученого Ханса Олафа Фекьяера наркомания не являются физическими болезнями, это особенности психики человека.

Выделенные им функции:

- Определение границы между повседневной рутиной и отдыхом. Человек как бы говорит себе: "Сейчас я выпью, покурю и расслаблюсь". Кроме того, применение одурманивающих веществ - удобный повод отказаться от выполнения надоевшей работы. Выпив, человек решает: "Сегодня я уже не смогу работать, буду отдыхать".

- консолидирующая. Люди иногда боятся признаться даже себе, что встречаются с друзьями только ради общения. Гораздо более удобным предлогом для встречи считается приглашение выпить кофе, пива или водки.

- надежное алиби. Человек говорит: "Я плохо танцую и потому перед танцами выпиваю". Заявление парадоксальное, потому что на самом деле алкоголь нарушает координацию. Но парадоксальность эта кажущаяся: неуклюжесть танцора окружающие спишут на действие водки...

- иллюзия своего высокого потенциала. Человек убежден: он многого сумел бы достичь, если бы не зелье... Но расстаться с пагубной привычкой не спешит: тогда все неудачи и неприятности придется объяснять собственным несовершенством.

- эффективного психологического щита.

Сложилось мнение, будто употребление одурманивающих веществ и общепринятые нормы поведения несовместимы. Но тогда почему прием снотворных препаратов не вызывает поведенческих отклонений - ведь их фармакологический эффект очень схож с эффектом воздействия на мозг наркотиков и алкоголя? Может быть, дело в сложившихся общественных стереотипах: прием снотворного - лечебная процедура, выпивка же или прием наркотиков - ритуал, развлечение, отдых. Замечен такой факт: когда непредвиденные события (например, неожиданно возникшая угроза для жизни) делают потерю самоконтроля невыгодной, у пьяных хмель как рукой снимает!

К факторам, оказывающим влияние на злоупотребление наркотическими веществами, относятся этническая среда, культура, пол, возраст, род деятельности, социальное положение, субкультура и религия.

Зависимость не означает пристрастия к чрезмерному употреблению. В этом случае риск развития наркомании хотя и существует, но очень мал.

Ученые выдвинули гипотезу о том, что примерно у 15% людей имеются гены, отвечающие за проявление так называемого комплекса удовольствий. Именно эти гены и определяют склонность человека к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, психотропными веществами и курением. Умная природа, правда, предусмотрела средства защиты от нежелательных пороков, так называемые гены-блокаторы. Такой принцип уже положен в основу создания генных вакцин, которые еще называют "вакцинами четвертого поколения". С их помощью медики успешно борются со смертельно опасными инфекционными заболеваниями.

**Психическая зависимость – болезненное стремление постоянно или периодически принимать наркотические вещества, чтобы испытать желаемые ощущения или снять психический дискомфорт. Возникает при систематическом употреблении наркотика, но нередко и после однократного применения**

**Физическая зависимость – состояние особой перестройки всей жизнедеятельности организма, связанное с систематическим употреблением наркотиков.**

 Первая – «группа жесткой политики», в которую входят Малайзия, Иран, Пакистан. Здесь борьба ведется самыми жесткими мерами, вплоть до смертной казни. Тем не менее количество преступлений, связанных с наркотиками, в этих странах ежегодно возрастает на два-три процента.

 Вторая – «группа жесткого контроля». Сюда можно отнести США, Великобританию, Францию. Так, в США в большинстве штатов существует наказание даже за попытку приобретения наркотика. Одновременно борьба с наркотиками в сфере закона сочетается с мощнейшей информационно-пропагандистской компанией.

 Третья – «либеральная группа». Наиболее известным ее представителем является Голландия. Начавшаяся с середины 50-х годов легализация «мягких» наркотиков (главным образом марихуаны) частично стабилизировало число преступлений и значительно снизило рост сопутствующих наркомании заболеваний.

 Важное средство в борьбе с наркоманией – **правовые меры**, которые включают в себя *медицинские, гражданско-правовые, административные и уголовные*.

Медицинские меры: В соответствии со статьями, лицам, страдающим опасными для окружающих заболеваниями, тяжелыми психическими расстройствами или совершившими общественно-опасные деяния, может оказываться медицинская помощь (мед. освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без их согласия или согласия их законных представителей.

Гражданско-правовые меры: В соответствии со статьей родители или один из них могут быть лишены судом родительских прав, если они являются наркоманами.

Административные меры: Кодекс об административных правонарушениях предусматривает ответственность за:

* Приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств в небольших размерах;
* Потребление наркотических средств без назначения врача (имеются в виду случаи, когда лицо к административной ответственности еще не привлекалось);
* Невыполнение родителями или лицами их заменяющих, обязанностей по воспитанию несовершеннолетних детей, в силу чего они потребляют наркотики без назначения врача;
* Незаконный посев или выращивание масличного мака и отдельных сортов конопли;

Уголовные меры: В уголовном порядке преследуются за:

* Незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотическое средство в крупном размере;
* Незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, пересылка, либо сбыт наркотических средств;
* Хищение, либо вымогательство наркотических средств;
* Склонение к потреблению наркотических средств;
* Организация, или содержание притонов для потребления наркотических средств;
* Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества;

 И всё же вышесказанное – это карательные меры. Главное в борьбе с наркоманией это **профилактика.**

**Использованная литература:**

1. Ю. И. Никитин. Нервно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1999.
2. В.Е. Рожнов. Судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 2004.
3. Алкогольная болезнь. Поражения внутренних органов при алкоголизме (под редакцией проф. В.С. Моисеева), Москва, издательство Университета дружбы народов, 2001.

План.

1. Курение - привычка или болезнь?
	* распространенность табакокурения;
	* состав и свойства табака и табачного дыма;
	* профилактика табакизма.
2. Алкоголизм.
3. Лечение и профилактика алкоголизма.
4. Наркомания.
5. Список использованной литературы.