ТҮЙІН

Л.М. ЖАМАЛИЕВА, А.К. МАМБЕТЖАНОВА, А.Ж. АТЫМБЕКОВА,
Б.Т. БҮРКІТБАЕВА, А.Б. БӨРТБАЕВА, И.Ф. РОГОЖИНА

ТАҒАМНАН БОЛАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ АЛЛЕРГИЯСЫ: ҚАУІПТІ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтөбе қаласы

Мақалада тағамнан болатын аллергияның қауіпті себептері мен оның клиникалық белгілері жазылған.

SUMMARY

L.M. ZHAMALIYEVA, A.K. MAMBETZHANOVA, A.ZH. ATYUMBEKOVA,
B.T. BERKUTBAYEVA, A.B. BURTBAYEVA, I.F. ROGOZHINA

FOOD ALLERGY IN CHILDREN: RISK FACTORS AND CLINICAL SYMPTOMS

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

Risk factors of food allergy and clinical symptoms of the diseases caused by intolerance of foodstuff are described in the article.

Ж.А. НУРКЕЕВА, Ж.Ш. БИРМАНОВА, А.Б. ИЗТЛЕУОВ, А.Н. ИБАТОВ

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАШИШИЗМА

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Гашиш является одним из наиболее распространенных наркотиков, употребляемых после «легальной триады ПАВ» - кофеина, никотина и алкоголя. Большого размаха злоупотребление препаратами конопли достигло в странах Америки. В США его употребляют 4 % населения, пик приходится на возраст от 18 до 29 лет. Более 72 млн. американцев старше 12 лет (33 % населения) пробовали этот наркотик, по меньшей мере, один раз в жизни. Сходная ситуация наблюдается и в Европе. Марихуана, чарас, ганджа, гашиш, анаша, бханг - все это препараты индийской конопли, которые использовались в древности как лекарство в качестве анестетика. Любопытно, что в средние века в Аравии существовала секта, члены которой занимались ритуальными убийствами, и для большей решительности возбуждавшие себя гашишем. От названия этой секты - «хаши-шин», т.е. поедатель гашиша, произошло и слово «убийца» во французском и английском языках» [1-4].

Среди различных ингредиентов, содержащихся в марихуане, наиболее выраженными психоактивными свойствами (транквилизирующее, эйфорическое и галлюциногенное) обладает тетрагидроканнабиол (ТГК). Терапевтический эффект ТГК и его метаболитов связан со способностью депонироваться в жировой и мышечной ткани. Обычный способ применения - курение, гашиш также жуют, добавляют в пищу или приготавливают из него напитки.

При гашишизме ТГК нередко выявляется в лобных, теменных, префронтальных отделах коры головного мозга; накоплением каннабиноидов в гипокампе объясняется патология памяти, а в мозжечке - нарушение координации и равновесия у потребителей марихуаны. Наркогенный эффект наркотика соответствует высоким концентрациям ТГК в нейронах хвостатого ядра, префронтальной коры, вентральной области покрышки (И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап, 2007).

Считают, что ТГК и другие алкалоиды конопли связываются с каннабиноидными рецепторами, которые находятся на мембранах нейронов, расположенных преимущественно в ядрах базальных ганглиев, гипокампа и мозжечка. Различают 2 типа каннабиноидных рецепторов CB1 и CB2. Рецепторы 1-го типа синтезируются нейронами центральной и периферической нервной системы, а рецепторы 2-го типа - клетками иммунной системы. В начале 90-х годов были обнаружены эндогенные эндоканнабиноиды (анандамид, 2-арахидонилглицерол и ноладин), которые в эксперименте оказывали сходное с ТГК агонистическое влияние на каннабиноидные рецепторы обеих типов.

Физиологическое значение эндоканнабиноидов как и самих каннабиноидных рецепторов не выяснено. Активация CB1-рецепторов сопровождается уменьшением продолжительности пресинаптического потенциала действия, что приводит к угнетению высвобождения пресинаптической мембраной дофамина, норадреналина, ацетилхолина, серотонина, глутамата и ГАМК.

Острая интоксикация марихуаной возникает спустя несколько минут после ингаляционного приема, или через 20-40 минут после перорального употребления, и продолжается в среднем 2,5-3,5 часа. Длительность наркотической интоксикации каннабиноидами зависит от дозы наркотика, способа его употребления, опыта наркотизации и т.д. Действие гашиша начинается с физических ощущений - жажды, голода, некоторой сухости слизистых оболочек. Затем появляется чувство теплоты, разливающейся по всему тему. Нарастает состояние легкого опьянения (дурмана), невесомости. Появляется неадекватная веселость, идеаторная и моторная расторможенность: больные много смеются; малейшее движение, поза сокурильщика и окружающих вызывают неудержимые повторные приступы смеха; внимание рассеяно, ассоциации же возникают легко, но долго не задерживаются на одном предмете; ускоряется темп мышления, мыслей много, они текут чередой, быстро сменяя друг друга, наплывая одна на другую. Характерен речевой напор - многословие, фразы строятся нередко без окончаний, не выражая четкого смысла. Курильщик теряет контакт с окружающими (ему кажется странным, что они не разделяют его веселья), становится раздражительным, злобным.

Отмеченные расстройства могут легко сменяться вялостью, отрешенностью, преходящей тревогой, тревожно - напряженным состоянием с элементами экзальтации, ажитации, параноидальной настроенностью, и даже злобностью, агрессией. На этом фоне появляются безудержные фантазии и иллюзии. Окружающий мир приобретает яркие цвета, звуки становится громкими, гулкими, иногда приобретая звучание эха. Нарушены представления о времени, пространстве, отмечается искажение восприятий (явления микро-макро-порропсии, гиперестезия, необычайно обостряются зрение, слух). При высоких дозах (передозировке) - отмечаются усталость, вегетативное перевозбуждение (мидриаз, нередко анизокория, вялая реакция зрачков на свет, гиперемия лица, сухость слизистых, учащенное сердцебиение и дыхание, гипертензия, иногда повышение температуры, нарушение координации, походки, тремор рук и тела, дизартрия, усиленное чувство голода и жажды), спутанность сознания, признаки параноического бреда, а иногда и явный психоз (разнообразные иллюзии и истинные галлюцинации, деперсонализации и сенестопатии, дезориентировка в месте, времени, бессвязность речи, отсутствие контакта); психоз носит ундулирующий характер, продолжается до 7-15 дней, выход - постепенный, через длительный сон и глубокую астению до 2-3 недель.

Эпизодическое употребление гашиша (2-3 раза в неделю) продолжается 1-1,5 года. Нет предпочтения именно гашиша, курильщик с удовольствием принимает алкоголь. Но он и не отказывается, если ему предлагают гашиш. У некоторых пациентов в первое время повышаются либидо и потенция, возникает необходимость в повторных приемах, что создает предпосылки для развития систематического употребления гашиша. Ослабляется контроль количества выкуриваемых сигарет, необходимых для поддержания ощущения комфорта. Толерантность возрастает от 1-2 до 4-6 сигарет за вечер.

Наркотизация становится систематической, отсутствие гашиша уже вызывает неудовлетворенность. Больной «привязан» к наркотику и ищет его. Обсессивное влечение к гашишу выражено как к средству, дающему эйфорию, и беспокойством, неудовлетворенностью из-за его отсутствия.

Во 2-й стадии наркомании синдром психической зависимости достигает своего апогея, рельефно выступает и синдром измененной реактивности (рост толерантности, систематический прием, изменение картины опьянения и т.д.). Для пациента желанная наркотическая эйфория представляет единственно возможное оптимальное функционирование, приносящее психический комфорт. Вне опьянения пациент несобран, расслаблен, нетрудоспособен психически.

Вскоре интоксикация становится единственным состоянием физического комфорта, поскольку способность к физической нагрузке вне опьянения также начинает падать. Потребность в наркотике как в необходимом средстве поддержания психического и физического благополучия, подтверждается

формирующимся компульсивным влечением, хотя оно выражено не столь сильно, как при опиомании и не сопровождается выраженными вегетативными реакциями и психической напряженностью.

Абстиненция при гашишизме очерчена недостаточно четко, развивается на фоне продолжительного приема наркотика в высоких дозах. Наблюдаются вялость, апатия, быстрая утомляемость, сенестопатии, раздражительность, крайне неустойчивое настроение, расстройство сна, дрожание пальцев рук, мышечные боли. Иногда наблюдаются состояния, когда пациент ощущает нереальность окружающей обстановки, или нарушение самосознания, отчуждение, изменение своей личности, эпизоды сумерек и делирия.

Длительность абстиненции составляет от 7 до 14 дней и от 1 до 1,5 месяцев. Нормализация сна и аппетита указывает на перелом в течение абстиненции.

Длительное злоупотребление наркотиков приводит к медленно нарастающим нарушениям познавательных функций, к общей, и психической утомляемости, к постепенной утрате интересов, снижению способности к волевым действиям, систематическому труду, теряется интерес к окружающему («амотивационный синдром»), к личностному огрублению; отмечаются астения, вялость, неустойчивость внимания, ослабление памяти, снижение критики. Наблюдаются нарушение питания, истощение, раннее старение, сердечная, печеночная, почечная недостаточность, поражение сетчатки глаз. Возможно развитие психоза типа острых экзогенных реакций (сумерки, делирий, затяжной галлюцинаторно - бредовый психоз с сенестопатиями). Эти психотические состояния бедны соматовегетативными и неврологическими расстройствами (нет гипергидроза, общего и крупноразмашистого тремора, атаксических знаков). Выход из психоза постепенный, через астению.

В нейропсихологическом статусе у таких больных преобладают нейродинамические и регуляторные когнитивные нарушения, проявляющиеся нарушением внимания, быстрой истощаемостью, снижением работоспособности, умеренными модально-неспецифическими дефектами памяти, связанными с нарушениями активности и избирательности запоминания и воспроизведения в отсутствие существенных операциональных нарушений (афазии, агнозии, апраксии и др.).

Предполагают, что когнитивный дефект у больных гашишизмом связан со значительной концентрацией в глубинных отделах мозга (гиппокамп, хвостатое ядро, префронтальная кора, вентральная область покрышки) каннабиоидных рецепторов.

Лечение гашишизма. Терапию проводят в стационаре. Наркотик отнимается сразу. Проводят дезинтоксикационную и дегидратационную терапию для купирования остаточных явлений интоксикаций, гипоксии мозга и профилактики токсической энцефалопатии. Терапия включает следующие компоненты: капельное в/венное введение гемодеза № 3-5; внутривенные капельные инфузии изоосмолярных кристаллоидов с добавлением солей калия и магния - от 800 до 1200 мл/сут № 3-5; витаминотерапия: витамины группы В (В1 - 100-200 мг/с; В6 - 0,8-1,6 г/с; В12 - 0,1 мг/с через день), аскорбиновая кислота (100-250 мг/с); естественные метаболиты (рибоксин - 0,6-2,4 г/сут, глицин - 300-600 мг/с, биотредин - 300-600 мг/с); 20 мл 30 % раствора тиосульфата натрия в/венно, № 3-5; 5 % раствор унитиола в/мышечно или в/венно, № 3-5; 25 % раствор сернокислой магнезии 5,0-10,0 мл в/венно или в/мышечно, № 3-5. После завершения парентеральных вливаний указанных препаратов в течение 5-7 дней их заменяют на другие поливитамины с микроэлементами (компливит, олиговит). Назначаются препараты, улучшающие реологические показатели (трентал до 1,0 г/сут), нейрометаболиты (сермион 4-8 мг/с, мексидол 200-400 мг/с), гепатопротекторы (эссенциале 250-500 мг/с, гептрал - 400-800 мг/с). Купирование психопатоподобных расстройств достигается назначением галоперидола по 1-2 мл 1-2 раза в сутки (с одновременным назначением циклодола 2-4 мг внутрь), до исчезновения ажитации и двигательного возбуждения, галлюцинации, нарушенного сознания; эффективно введение бутироксана по 1-2 мл в/в, капельно вместе с физиологическим раствором или подкожно, каждые 2 часа, до 10 мл в сутки; длительность введения 3-4 суток. При тревоге и беспокойстве необходимо назначать сонопакс (от 75 до 150 мг per os) или эглонил. При нарушении сна назначают хлорпротиксен, азалептин, клоназепам. Для терапии обсессивного влечения к наркотику, возможно использование финлепсина внутрь по 200 мг 2-3 раза в день в течение 14-20 дней.

Пациентам желательно курсовое назначение ноотропов для профилактики или лечения вялости, адинамии (токсической энцефалопатии) 3-4 раза в течение года (первые 3 месяца предпочтителен) пантогам, поскольку он улучшает состояние больных при церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза, по 0,25 г 3 раза в день через 15-30 минут после еды. Затем следует назначение дифенина, обладающего широким спектром действия. Он влияет на энергетические процессы в клетках мозга, снимает ликвородинамические нарушения, улучшает память, является антиконвульсантом,

купирует влечение к наркотику, при длительном применении он нормализует эмоциональную деятельность, снимает вегетативно-сосудистые расстройства, назначается в дозе: 1 таблетка 2-3 раза в день в течение 2-3 месяцев с постепенной отменой. В последующем возможно назначение инстенона, играющего важную роль в восстановлении адаптационных ресурсов организма, снижении патологического влечения к наркотику и профилактике ранних рецидивов. Он стимулирует обмен веществ в головном мозге, способствует увеличению глюкозы и кислорода за счет перехода на анаэробный гликолиз и активизации пентозных циклов, улучшает нейрональный метаболизм и память, оказывает вегетостабилизирующий эффект. Наконец, последние три месяца года предпочтительно назначение таким пациентам антиоксидантов и препаратов, улучшающих митохондриальную функцию: танакан, никотинамид, креатин, - липовая кислота, ацетил-L- карнитин, коэнзим-10. При купировании депрессивных расстройств эффективным является ливерон по 30 мг утром и вечером; возможно назначение триттико-частичного ингибитора обратного захвата серотонина с тимолептическим, анксиолитическим и транквилизирующим эффектом. При астено-адинамической депрессии эффективен золофт - селективный ингибитор обратного захвата серотонина, антидепрессант сбалансированного действия с преобладанием антиоксилитического действия. Он купирует обсессивно-компульсивные расстройства: начальная доза 50 мг/с, через неделю - до 100 мг. Лечение продолжается 1-1,5 месяца.

Таким образом, как показывает наша многолетняя клиническая практика, на всех этапах лечения необходимо проводить метаболическую терапию аминокислотами (глицином, биотредином, глютаминовой кислотой) в сочетании с серьезной психотерапевтической работой.

Литература:

1. Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. -Ленинград. - 1991. - 230 с.
2. Ибатов А.Н. Ингаляционная токсикомания // Вопросы наркологии. - Москва. - 1987. - № 2-3. - С. 17-19.
3. Иванец Н.Н., Стрелец Н.В., Даренский Н.Д. Лечение алкоголизма, наркомании, токсикоманий (в таблицах). - Москва: "Анарсис". - 2000. - 230 с.
4. Кудьярова Г.М., Ибатов А.Н. Трагедия алкоголизма и спасение страждущих лекарственными травами. - Алматы. - 1998. - 86 с.
5. Лекции по наркологии / Под ред. проф. Иванца Н.Н. - Москва: " Медицина". - 2000.- С. 160-201.
6. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. - Москва: "Медицина". - 1999. - С. 9-21.
7. Шабанов П.Д. Наркомании. - Санкт-Петербург. - 2001. - 460 с.

ТҮЙІН

Ж.А. НҰРКЕЕВА, Ж.Ш. БІРМАНОВА, А.Б. ІЗТЛЕУОВ, А.Н. ИБАТОВ

ГАШИШ НАШАҚОРЛЫҒЫ: КЛИНИКАСЫ МЕН ЕМДЕУІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтөбе қаласы

Мақалада гашиш нашақорлығының клиникасы мен емдеу жолдары сипатталған.

SUMMARY

ZH.A. NURKEYEVA, ZH.SH. BIRMANOVA, A.B. IZTLEUOV, A.N. IBATOV

CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF HASHISH ADDICTION

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

The authors of the article described clinical and treatment aspects of the hashish addiction.