



Vivat Academia!

№ 49 25 ноября 2001 г.

Газета Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
ГОУВПОСПГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России

ПРИКАЗ № 306-О от 25.10.2001, Санкт-Петербург

В целях трудового воспитания студентов, обеспечения альтернативной занятости, привития любви студентов к ALMA MATER и воспитания у них чувства хозяина, на основании решения Учёного Совета СПГМА от 27 ноября 2000 г и в связи с подготовкой к празднованию 100-летнего юбилея Академии,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Закрепить за студенческими группами I и II курсов участки территории академии на все годы обучения согласно приложению № 1 для поддержания чистоты и порядка.

2. Деканам лечебного и медико-профилактического факультетов профессорам В.Г. Радченко, Г.И. Лобову и кураторам групп организовать постоянную работу по поддержанию закреплённых территорий в чистоте и порядке в соответствии с «Положением о работе студенческой группы на закреплённых участках территории СПГМА» (приложение № 2).

3. Проректору по АХР В.Н. Балакину:
 - 3.1. обеспечить подразделения СПГМА, ответственные за уборку участков территории (см. Приложение № 1) всем инвентарём, необходимым для проведения работ, перечисленных в приложении № 2 в достаточном количестве (выдачу инвентаря со склада произвести под отчётность материально ответственным лицам);
 - 3.2. организовать постоянный контроль за состоянием территорий, закреплённых за студенческими группами.
4. Заведующим кафедрами и руководителям подразделений (см. Приложение № 1) обеспечить сохранность инвентаря и выдачу его закреплённым студенческим группам для выполнения студентами своих обязанностей по уборке территории и поддержанию её в порядке.
5. Главному редактору газеты «VIVAT ACADEMIA!», профессору В.В. Кучеру организовать освещение работы групп на закреплённых участках территории на страницах газеты.
6. Начальнику общего отдела А.Б. Шабановой приказ размножить и направить во все подразделения СПГМА.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Ректор ГОУВПОСПГМА,
профессор А.В. Шабров

ПОЛОЖЕНИЕ о работе студенческой группы на закреплённых участках территории СПГМА

1. Участки территории СПГМА закрепляются за студенческими группами приказами по академии на 5 лет (с I по V курсы) с целью трудового воспитания студентов, обеспечения альтернативной занятости, и воспитания у студентов чувства хозяина и любви к ALMA MATER, самореализации студентов, развития навыков самообслуживания. Студенты закреплённой группы обеспечивают содержание участка территории в чистоте и порядке.

- 1.1. Уборка территории осуществляется вне учебных занятий;
- 1.2. уборке подлежат газоны, дорожки, кустарники, расположенные на закреплённой территории.
 - Категорически запрещается сжигание бытового мусора и опавшей листвы.
 - Бытовой мусор собирается в мешки и выносится в ближайший контейнер для мусора. Мешки используются многократно.

- Опавшая листва собирается и доставляется на специальную площадку на территории СПГМА под наблюдением представителя ОРЭЗБТ.

2. Инвентарь, необходимый для уборки территории (грабли, лопаты, полиэтиленовые мешки), группа получает на кафедре, ответственной за территорию

2.1. для групп, закреплённых за участками № 7, 54-60 инвентарь хранится и выдаётся для работы в ОРЭЗБТ (мастер Л.А. Любушкина, тел.522, пав. № 30, 1 этаж).

3. Необходимость уборки определяется:

- представителем АХЧ
- куратором группы
- старостой группы, цикла
- руководителем подразделения, ответственного за участок.

4. Студенты, шефствующие над участком территории, могут обращаться во все подразделения академии с предложениями по улучшению его состояния и по согласованию с АХЧ участвовать в их реализации, в том числе с участием газеты «VIVAT ACADEMIA!».

5. Состояние закреплённой за группой территории при подведении итогов соревнования на лучшую группу курса и т.д. считается важным критерием для оценки внеучебной деятельности студентов.

6. Плохое состояние закреплённого за группой участка территории влечет за собой наложение взысканий на студентов группы, вплоть до расформирования группы.

Первый проректор ГОУВПОСПГМА,
профессор В.П. Иванов.

и др. В новом учебном году эта работа должна быть продолжена, в связи с чем

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать дежурства деканов и зам. деканов лечебного, медико-профилактического факультетов и факультета по работе с иностранными учащимися на территории академии для контроля за выполнением приказа № 83 от 05.03.2001г. «О запрещении курения на территории СПГМА».

2. Заведующим кафедрами, отделениями, всеми подразделениями академии обеспечить выполнение Приказа № 83 от 05.03.2001г. «О запрещении курения на территории СПГМА» и наглядную агитацию о запрещении курения (в том числе у входа в подразделения) в своих подразделениях и на закреплённых за подразделениями территориях.

3. Начальнику общего отдела А.Б. Шабановой Приказ размножить и направить во все подразделения.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого проректора, профессора В.П. Иванова.

Ректор СПГМА, профессор А.В. Шабров

ДОПОЛНЕНИЕ

к приказу по СПб ГОУВПОСПГМА им. И.И. Мечникова
№ 83 от 05.03.2001г.

«О запрещении курения на территории СПГМА»

С марта 2001 г. в академии проделана большая работа по профилактике табакокурения: Организованы совместные дежурства студентов и преподавателей на территории, проведено анкетирование студентов I курса с целью выявления зависимости от табакокурения, беседы в группах. Студенты и сотрудники ознакомлены с Приказом под расписку, при проведении собеседования с каждым абитуриентом уделялось внимание необходимости выполнения Приказа, в «Памятку для первокурсника» внесён пункт о недопустимости табакокурения на территории академии

Acta diurna

«Текущие новости»

Кураторы работают теперь уже на двух курсах

В новом учебном году кураторами стали и преподаватели кафедр, которые курируют группы II курса. Теперь кураторами работают 99 преподавателей нашей академии. Советание с кураторами провёл первый проректор, профессор В.П. Иванов. Он поставил перед преподавателями-наставниками задачи и отметил, что кураторство будет последовательно вводиться и на последующих курсах.

Перед кураторами выступили также декан ФОП, доцент Т.Н. Чуносова, председатель профкома студентов А.В. Бельков, представитель административно-хозяйственного управления Л.А. Любушкина. Выступившие говорили о средствах, которые есть в арсенале кураторов для реализации задач, поставленных первым проректором. Одной из них является воспитание у студентов чувства уважения к своему вузу и ответственности за него. В связи с этим с весны прошлого учебного года участки территории академии для постоянного шефства были закреплены за студенческими группами младших курсов. Осенью текущего учебного года в организацию этой работы были внесены коррективы и издан Приказ, текст которого приводится ниже. Проведён анализ работы по профилактике курения и сделано дополнение к Приказу от 05.03.2001 г.

Заместитель декана по воспитательной работе,
доцент Т.Н. Варягина

Vita studentica

«Студенческая жизнь»

Воспоминания о летней практике

Этим летом студенты СПГМА родом из Вологодчины проходили профессиональную подготовку в центрах ГСЭН своей родной области.

Практика была организована с некоторыми отступлениями от общепринятых методических рекомендаций. Например, по специальности «социальная медицина и организация здравоохранения» наша работа была продлена до 4 дней за счёт того, что для нас были проведены лекции и практические занятия, в которых освещались правовые, финансовые вопросы, а также организация лабораторного контроля и проблемы радиационной гигиены.

В городах Череповец и Сокол были организованы выездные занятия. В Череповце нам представилась возможность познакомиться с одним из крупнейших промышленных объектов России АО «Северсталь», а также с лучшими в области очистными сооружениями для питьевой воды. Там же, в крупнейшем на Севере центре металлургии, нас ознакомили с ведением социально-гигиенического мониторинга, были прочитаны лекции по проблемам работы врача отдела гигиены труда на крупном промышленном предприятии. Нам удалось присутствовать на очередной пресс-конференции, на которой рассматривались вопросы роста ВГА и кишечных инфекций в Вологодской области в летний период времени. Неизгладимое впечатление произвела предоставленная нам возможность принять участие в юбилейной научно-практической конференции и торжественных мероприятиях, посвящённых 55-летию Сокольского МРЦ. Обсуждаемые на конференции проблемы были нелёгкими для нашего понимания, тем не менее, они привлекли заметный интерес. С чувством глубокого уважения к службе Госсанэпиднадзора прозвучали поздравления в адрес юбиляров от органов местного самоуправления, руководства предприятий, учреждений и ведомств. Состоялось трогательное напутствие ветеранов выпускникам нашей Академии.

Практика помогла нам лучше понять, разобраться и определиться в нашей будущей специальности, убедиться, что санитарный врач, как никто другой, необходим для реализации одного из основных предназначений здравоохранения – профилактики заболеваний. Поэтому мы предлагаем начинать прохождение практики в качестве помощников санитарных врачей с III курса, а в нашей Alma Mater увеличить количество выездных практических занятий на объектах.

В заключение хочется выразить глубокую, сердечную признательность организаторам и руководителям практики и, в первую очередь, главному государственному санитарному врачу Вологодской области Б.В. ЛИМИНУ, а также врачам и помощникам врачей за великолепную организацию нашей летней практики.

Группа студентов VI курса, Вологодская область

НАРКОМАНИЯ — это белая смерть!

Unde sit malum?

«Откуда зло?»

Продолжение,
начало – в № 48 «V A!»

Вторую группу наркотиков представляют вещества **морфинного** типа, или **опиаты**. К ним относятся **опий** и препараты (в том числе полусинтетические), получаемые из него или на его основе. **Опий** (латинские названия – Opium, Abhini, Afina, Imhi, Lac paraveris, Laudanum, Meconium, Paravericulum, Quirinacum, Thebaicum и др.) – это высохший на воздухе млечный сок, выделяющийся из специально наносимых на незрелых коробочках спяточного мака (*Paraver somniferum*). Его родина – Греция и Малая Азия, там же впервые разработана технология его получения. Неочищенный опий в настоящее время в лечебных целях не применяется, но из него получают более 20 алкалоидов и других дериватов. По фармакологическим свойствам производные опиума подразделяются на две основные группы. **I. Производные фенантрена** – **морфин, кодеин и тебаин**. Они действуют преимущественно на центральную нервную систему. **II. Дериваты изохинолина** – папаверин, носкапин, нарпеин, криптопин, протопин, гидрокотарнин, лауданин, лауданозин и др. – вещества, расслабляющие гладкую мускулатуру.

Из большого количества алкалоидов опиума в качестве средств для наркотического опьянения применяются **морфин** и его производные – **омнопон, перекорик, лауданен, наркотен, пектол, опионин**, а также **кодеин**. Имеются и синтетические препараты с морфиноподобным действием, это **фенадон, промедол**. Последний из перечисленных широко применяется в хирургии в качестве обезболивающего средства. Считается, что он не вызывает привыкания и зависимости. Но на самом деле это не совсем так. При постоянном приеме промедола зависимость развивается довольно часто. Заболевание, в основе которого лежит пристрастие к производному морфина, получило название **морфинизм**, в случае появления наркотической зависимости от кодеина говорят о **кодеинизме**.

Морфин ($C_{17}H_{19}NO_3$) действует угнетающе на вставочные нейроны задних рогов спинного мозга, участвующие в передаче **ноцицептивных** реакций. Его влияние на лимбико-диэнцефальном уровне сказывается в виде подавления эмоционально-негативной окраски действительности, т.е. эйфории. Это действие морфина объясняется способностью его молекул мимикрировать (подделываться, подстраиваться) под рецепторы нервных клеток, физиологически предназначенные для восприятия **эндогенных** опиатов (эндорфинов, энкефалинов) – олигопептидов, синтезируемых клетками организма. Удивительно то, что морфин и его препараты оказывают такое же биологическое действие, как и эти естественные олигопептиды – обезболивающее, эйфорическое, галлюциногенное. Разница в том, что **экзогенные** опиаты в отличие от **эндогенных** действуют во много раз сильнее и, что самое пагубное, быстро вызывают наркотическую зависимость. Морфин легко проникает сквозь плацентарный барьер, поэтому плод наркоманки всегда является наркозависимым. Трудно передать мучения новорожденного, у которого на 2-3 день жизни развивается типичная наркотическая «ломка»! Основной путь инактивации морфина в организме человека – конъюгация с гиалуроновой кислотой, в меньшей степени – N-деметилирование. Экзогенные опиаты выводятся почками в виде морфин-3-глюкуронида. Смертельная доза морфия при первом его приеме 0, 1-0, 5 г, у наркоманов хроников она достигает 3-4 г/сут.

Наркодельцами создан полусинтетический препарат морфия, получивший назва-

ние **героин** ($C_{21}H_{23}O_5N \cdot HCl \cdot H_2O$). Это порошок белого цвета, без запаха, имеющий горький вкус. Для медицинской практики он совершенно не нужен, поэтому в СССР его производство и импорт были запрещены. После разрушения СССР были налажены преступные каналы снабжения населения РФ этим наркотиком, в результате чего ежегодно из стран Средней Азии (в первую очередь – Таджикистана и Афганистана), а также из Прибалтики проникают количества героина, измеряемые центнерами. Отравление героином по своим клиническим проявлениям подобно морфинному, он отличается тем, что действует в 2-3 раза сильнее и очень быстро вызывает наркотическую зависимость и деградацию личности; такие наркоманы с огромным трудом поддаются лечению. Значительно чаще наблюдаются также смертельные исходы от передозировки. Отмечены неоднократные случаи смерти наркокурьеров, которых используют в качестве «живых контейнеров», помещая упакованный героин в естественные полости организма. В случаях повреждения упаковки даже за счёт всасывания препарата слизистыми оболочками в организме создается смертельная его концентрация. Поэтому героин традиционно называют «тяжелым» наркотиком. Подсчитано, что продолжительность жизни у наркоманов, перешедших на применение героина, не превышает 5 лет.

Клан всемирных наркобаронов постоянно совершенствует препараты опиатной группы. К этой работе подключаются и работники научных лабораторий с нечистой совестью. В 1970-х годах в США на основе фентанила [$C_{22}H_{28}N_2O$], наркотического аналетика, в 200-400 раз сильнее морфина, применяемого анестезиологами как средство для наркоза, был синтезирован **триметилфентанил (ТМФ)**, называемый «China white», т.е. «Белый китайский». Другое его название по аналогии с азиатским героином – «синтетический героин». Наркотическое состояние может вызывать доза этого препарата в 5500 (!) меньше одной дозы героина. Поэтому считается, что он во столько же раз сильнее, и из 1 грамма ТМФ можно приготовить много сотен тысяч доз этой отравы. Другие его особенности – различная индивидуальная чувствительность разных людей и необходимость очень точной дозировки. В связи с этим его очень легко передозировать, что и явилось причиной смерти уже у не одной сотни наркоманов в США. Как сообщили летом этого года «Санкт-Петербургские ведомости», пограничная финская таможенная конфисковала у гражданина РФ 10 граммов этого вещества. А это означает, что ТМФ пересек уже наши границы и выходит теперь за их пределы.

Морфин и героин на «чёрном рынке» у нас стоят хотя и гораздо дешевле, чем за границей, но всё-таки достаточно дорого. Поэтому ещё в 70-е годы, когда эти препараты были очень труднодоступными, была отлажена технология изготовления суррогата из «маковой соломки». Она предусматривает введение наркотического вещества в виде отвара из стеблей и коробочек мака. Конечно, такая «дьявольская смесь» содержит большое количество ненаркотических алкалоидов и других ксенобиотиков, к тому же перед инъекцией она надлежащим образом не стерилизуется. Тем не менее, такое зелье получило исключительно широкое распространение, особенно в провинции и на окраинах крупных городов. Обычно о таких «подпольных производствах по месту жительства» соседи и другие окружающие великодушно осведомлены, тем не менее, правоохранительные органы этими притонами интересуются мало.

В отличие от препаратов группы гашиша, опиаты вводятся в организм, как правило, парентерально, преимущественно внутривенно, на сленге наркоманов это называется «ширяться». При использовании нестерильных растворов, а также шприцев не для однократного применения возможны самые различные варианты заражения. Это и вирусные болезни (гепатиты В и С, ВИЧ-инфекции), которые встречаются преимущественно среди наркоманов, и бактериальные инфекции (тромбофлебиты, перифлебиты, флегмоны, сепсис). У наркоманов в связи с постоянным травмированием стенок вен, вены быстро тромбируются, развивается облитерация их просвета. Потребность в очередных инъекциях приводит к необходимости вводить экзогенные опиаты внутриаартериально. Вследствие травмы артерий развиваются артерииты, тромбозы с возможным исходом в гангрену конечностей, флегмоны с гнойным расплавлением стенок артерий и тяжёлыми арозивными кровотечениями. С лечением таких осложнений в последние годы всё чаще сталкиваются хирурги.

Привыкание к **опиатам** развивается значительно быстрее, чем к гашишу. Иногда для этого достаточно всего 1-3 приёмов, но чаще всего 10-12 инъекций. Быстро развивается и **толерантность** организма, поэтому доза этих веществ при повторных их введениях очень скоро возрастает во много (в десятки!) раз. После первого приёма морфина в дозе 0,02-0,05 г внутримышечно или внутривенно уже через 20-30 сек ощущается прилив тепла, исчезающий в положении на спине, а также зуд кожи лица. Появляются сухость во рту, общая заторможенность. Зрачки резко суживаются. Эта фаза длится 5-7 мин и сменяется «умиротворением», чувством приятного тепла и тяжести в теле и ногах. Затем появляется иллюзия в виде «сладких грёз». На стенах и потолке отравленный видит причудливые, как правило, приятные для восприятия картины, перед ним разыгрываются целые сцены такого же содержания. После этого наступает сон продолжительностью чаще всего 3-4 часа. У некоторых наркоманов после сна развиваются психический дискомфорт, плохое настроение и общая подавленность.

При остром отравлении опиатами (смертельная их доза составляет 0,3-0,5 г, а наркоманы потребляют его до 2-5 г/сут.!) развивается эйфория, переходящая в психомоторное возбуждение. Развиваются сухость во рту, сонливость, чувство жара, резкая мышечная слабость, шум в ушах, головная боль, потливость и мочеотделение. Может возникнуть глубокий сон. Затем нарушаются функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, цианоз. Иногда бывает сильный зуд кожи лица, она приобретает багровый цвет. Появляются кровавый понос и судороги вплоть до паралича дыхания.

При хронической стадии такой наркомании потребность во всё возрастающих дозах и частоте приёма морфиноподобных средств прогрессивно увеличивается. При воздержании от их употребления развивается синдром абстиненции. Он проявляется в заторможенности, отсутствии сна (чаще всего наркоманы в таких случаях забываются на несколько минут в дневное время суток, «кемарят»). Появляются: чихание (вазомоторный ринит), повышение артериального давления и температуры тела до 38°, липкий пот со специфическим запахом, рвота, диарея. Очень характерным признаком и самым тяжёлым страданием при абстиненции является «ломка»

– мучительные судороги в скелетных мышцах спины и конечностей. Они продолжаются по много часов и доводят больного до иступления.

Зато после приёма очередной дозы пациент становится энергичным, деятельным, подвижным и необыкновенно работоспособным. Первым признаком выхода из абстиненции считается уменьшение диаметра зрачков. Но нарушения сна могут сохраняться ещё многие сутки и даже недели.

Продолжительность хронической морфинной наркомании может составлять 5-10 лет. В далеко зашедших случаях наркоман без этой отравы уже не может жить. Он становится безвольным, навязчивым, быстро утомляется, развиваются астенизация личности, адинамичность. Происходят раннее поседение волос и облысение, выпадают зубы. Ногти становятся ломкими, шелушится кожа, приобретающая обычно серо-зелёный цвет. Со стороны сердечно-сосудистой системы – брадикардия и выраженной гипотония. Часто бывают тромбофлебиты и флеботромбозы, особенно у тех, кто прибегает к внутривенным введениям наркотика. Пищеварительная система реагирует развитием неспецифических гепатитов, диспепсий (частый жидкий стул). В поисках средств на очередную дозу наркоман готов продать всё, что у него имеется, ограбить и убить. В отличие от гашишистов, морфинисты и героинисты слабоумием не страдают, но из-за астенизации центральной нервной системы реализовать свои психические способности они не могут.

К экзогенным опиатам относится также **кодеин**, представляющий собой метиловый эфир морфина ($C_{18}H_{21}NO_3 \cdot H_2O$). Его получают из морфина путём метилирования. В организме он легко деметилируется, превращаясь в морфин, и фармакокинетика действия кодеина такая же, как и при морфинном отравлении. Это белый кристаллический порошок без запаха со слабо горьким вкусом. Кодеин хорошо всасывается слизистыми оболочками, поэтому его чаще всего принимают в таблетках внутрь. По силе угнетающего действия на центральную нервную систему кодеин значительно уступает морфину: эйфория выражена слабо, но легко развивается наркотическая зависимость. А вот абстиненция после прекращения его приёма протекает не менее тяжело, чем при морфинизме. После первых попыток употребления кодеина появляются сужение зрачков, повышение тонуса гладкой мускулатуры. Кодеин по сравнению с морфином в меньшей степени угнетает дыхательный центр, но весьма активно подавляет кашлевой рефлекс, поэтому в прошлом его широко применяли как средство от кашля.

Кодеинизм как форма наркомании появился в конце XIX века, но уже в 1931г в Канаде и в 1933г в США разразились настоящие эпидемии кодеинизма. Причиной явились резкие ограничения в этих странах производства и сбыта морфина и героина. Первые приёмы кодеина в дозах 0,05-0,1 г внутрь сопровождаются в отличие от действия морфина выраженной психофизической стимуляцией – появляются чувство «лёгкости», весёлость, болтливость, зуд кожи лица и грудной клетки. Опьянение

длится 5-6 часов. Потребность во сне снижается до 3-4 часов в сутки, падает аппетит. По мере дальнейших приёмов кодеина быстро вырабатывается толерантность организма, в результате резко увеличивается потребность в очередной дозе. У «продвинутых» кодеинистов суточные количества наркотика достигают 3,0-4,0 г, т.е. в 60-80 (!) раз превышают первоначальные. Если у пациента до этого было пристрастие к алкоголю, то оно обычно сменяется отвращением к спиртному. Абстиненция развивается чаще всего на 4-6 месяц с момента кодеинового старта. При отсутствии медицинской помощи она протекает дольше, чем у морфинистов (3-4 недели).

На 3-5 году кодеинизма снижается переносимость этого наркотика, причём происходит это тем скорее, чем выше были суточные дозы. Проявляется это в виде головных болей, тяжести в желудке, дисфории, психического дискомфорта после каждого приёма кодеина. Наркоман становится мрачным, злобным, испытывает бессилие. Последствием обычно является психофизическое истощение, наступающее раньше, чем при морфинизме. В результате происходит деградация личности, но деменция, как правило, не развивается. В настоящее время кодеинизм встречается редко, так как применение кодеина как средства от кашля теперь ограничено. С другой стороны, получить кодеин можно только из морфина, а это нецелесообразно, т.к. последний является гораздо более сильным наркотиком.

Для экспертизы на морфинизм и исключения симуляции применяются те же препараты, что и для лечения (налорфин – 0,05% – 1,0 внутривенно, либо налоксон 0,5% – 1,0 внутривенно). У здоровых людей они каких-либо проявлений не вызывают, в то время как у наркоманов провоцируют типичную картину абстиненции.

Третья группа наркотических препаратов представлена алкалоидом, содержащимся в листьях южноамериканского кустарника *Erythroxylon coca Lam.*, получившим название **кокаин** ($C_{17}H_{21}NO_4 \cdot HCl$). Это белый кристаллический порошок горького вкуса, без запаха, вызывающий «онемение» языка. После его приёма через 30-40 мин расширяются зрачки, а спустя 6-8 часов их размеры достигают исходного уровня. Внутриглазное давление в зависимости от состояния сосудистой оболочки глаза может как повышаться, так и снижаться. Попадая в организм, кокаин почти полностью разрушается, только не более 5 % его молекул выводится почками в неизменённом состоянии. Кокаин высокотоксичен. Его действие в первую очередь сказывается на состоянии ЦНС вначале в виде возбуждения, которое вскоре переходит в угнетение. Кокаин производит в основном адrenomиметический эффект за счёт снижения обратного захвата катехоламинов пресинаптическими мембранами нервных окончаний.

Кокаинизм в Европе и Северной Америке стал известен с 1884 г. Вначале кокаин в порошке применялся интраназально в качестве средства от насморка, а в виде растворов – для местной анестезии. И только в начале XX века обнаружилась его способность вызывать наркотическую зависимость, сказался, наконец, факт близости терапевтической и эйфорической доз. Сразу после окончания I Мировой войны в Европе возникла настоящая эпидемия кокаинизма, несколько утихшая к концу 20-х годов. К концу XX века (и до настоящего времени) разразилась вторая волна кокаиновой наркомании. Достаточно сказать, что весной этого года американские морские пехотинцы арестовали целый корабль, доверху нагруженный кокаином, вес которого до сих пор точно не известен, по-видимому, он исчислялся не одним десятком тонн. Судно шло из Южной Америки, а его команду составляли преимущественно моряки из России. Не исключено, что конечным адресом этого смертоносного груза могла оказаться и наша родина.

Наркоманы вводят кокаин преимущественно внутривенно, реже – вдыхают через нос в виде тонкого порошка. Ещё в начале XX века было известно, что кокаинисты обладают гнусавым голосом, что связано с развитием атрофического ринита и разрушением носовой перегородки в результа-

те постоянного раздражения слизистых кокаином. Кокаиновое опьянение характеризуется повышением общего тонуса организма, желанием действовать, необычной лёгкостью движений и быстротой мышления. Человек весел без причины, кожа у него бледная, слизистые – сухие (именно поэтому кокаином когда-то лечили насморк), зрачки расширены, повышены АД, диурез и мышечный тонус, наблюдаются тахикардия, тахипноэ и усиление мышечных рефлексов. Нарушаются сон и аппетит. Опьянённый кокаином становится подвижным, суетливым, болтливым, легко раздражается, не способен сосредоточиться. Иногда после первых приёмов развиваются фобии (беспричинные страхи) или идеи отношения. Опьянение длится до 3 часов, затем переходит в слабость, изнеможение, у начинающих – после фазы сна.

При переходе кокаинизма в хроническую форму приёмы наркотика учащаются, а дозы для достижения первоначального действия значительно возрастают за счёт увеличения толерантности к нему. Появляются: бессонница, снижение аппетита и резкое исхудание. Изменяется привычный *modus vivendi*, (образ жизни) – теряется способность к организованной деятельности, движения становятся беспорядочными, суетливыми. В психической сфере преобладают злобность, раздражительность, которые исчезают после приёма очередной дозы. Толерантность к кокаину может повышаться до 6, 0-10, 0 г/сут.

Абстиненция у кокаинистов проявляется обычно спустя 2-6 месяцев после приобщения к наркотику. В первые сутки она проявляется в виде двигательного беспокойства и тревоги. Затем наступают общая слабость, тоска, вялая депрессия, бессонница. Возможны приступы сердцебиений, одышка, обмороки. Появляются гиперактузия (повышенная чувствительность к звукам), мышечная атония с мелким тремором, неловкость движений и походки, суицидальные настроения. Длительность абстинентного синдрома – 2-3 недели, но при нём острые психозы, как правило, не развиваются.

У кокаинистов быстро прогрессируют истощение и раннее старение организма. Кожа приобретает землистый цвет, лицо становится одутловатым, появляются парестезии Маньяна – ложные ощущения ползания насекомых или червяков на коже и в подкожной клетчатке. Больные начинают лихорадочно принимать за несколько дел одновременно, становятся бестолковыми, страдают отсутствием оперативной памяти. Постепенно происходит всё более выраженное эмоциональное огрубение, развиваются крайний эгоизм, гневность, подозрительность и агрессивность. Нравственные представления исчезают, пациенты становятся драчливыми и неряшливыми. На этом этапе кокаинисты чаще всего теряют постоянную работу. По мере прогрессирования слабоумия на первый план выходят прожектерство и графомания.

На любой стадии кокаинизма, даже в начальном его периоде, возможно присоединение психозов. При передозировке даже впервые в жизни принятого наркотика может развиться делирий с характерной зрительной галлюцинацией – *микроскопией*, когда все предметы кажутся резко уменьшенными в размерах, а также слуховыми и зрительными галлюцинациями устрашающего содержания и упомянутые выше парестезии Маньяна. Психоз может длиться 3-5 часов и чаще всего завершается крепким и длительным сном. По мере привыкания к наркотику вероятность делирия снижается, однако у хронических кокаинистов продолжительность делириозного синдрома может составлять много суток. У них же возможно присоединение паранойального бреда (эротический, ревности, преследования). Кокаинисты, страдающие психозами, могут быть очень агрессивными. И вообще, кокаиновое опьянение, в отличие от гашишного и опийного характеризуется более высокой степенью психомоторного возбуждения.

Как правило, смерть у кокаинистов наступает от паралича дыхательного центра.

Продолжение следует

*Д. м. н. профессор П.В. Кузионов,
д. м. н. профессор В.В. Кучер*

ДЕЛИКАТНАЯ ПРОБЛЕМА

Фельетон

Что является по-настоящему основным предметом беспокойства студентов нашей Alma Mater? Для того чтобы ответить на такой вопрос, по-моему, не требуется проведение каких-либо сложных социологических опросов. Экзамены, зачёты, тестирования, рефераты – это, в общем, состояние перманентного, непрекращающегося стресса, усугубляемого ещё и тяжёлыми погодными условиями, – то снег, то дождь... А, как известно, любые неблагоприятные влияния на столь уязвимую нервную систему отражаются и на остальных органах и системах, в частности, пищеварительной и мочевыделительной. Ах, какое же несовершенное создание человек! И это несовершенство становится особенно ощутимым, как это не странно, в условиях сверхцивилизованного мегаполиса. Кажется, что сегодня в Санкт-Петербурге легче отыскать нефтяное месторождение, нежели обыкновенный туалет. На улицах зачастую видишь людей, готовых отдать любые деньги за то, чтобы посетить не музей или театр, а столь банальное, но – увы! – жизненно необходимое заведение. Не удивительно, поэтому, что у некоторых гостей нашей Северной Венеции впечатление от красот города бывает безнадежно испорченным.

А как обстоят дела с удобствами этого рода в нашей Академии? Казалось бы, проблемой быть не должно – всё-таки территория больницы, где всё, надо полагать, заранее предусмотрено. Но так, увы, считают лишь люди наивные и искренне верящие в справедливость. На самом деле же туалеты – это одна из особенно больных тем, занимающих важное место в списке актуальных проблем студенческой жизни. К сожалению, об этом не принято говорить вслух, ведь вопрос довольно тонкий. Поэтому обсуждение его, как правило, не выносятся за пределы групп и домашнего круга. Каждый полагает, что возмущаться и требовать чего-либо бесполезно, а то и вредно, – зачастую глас студенческий остаётся «гласом вопиющего в пустыне», да и каждый раз рискуешь впасть в немилость...

Чтобы не быть голословной, приведу несколько примеров, кстати, с подробным описанием маршрутов к ближайшим туалетам. На первом этаже 9 павильона проводятся лекции, и – упаси Боже! – у Вас возникает какое-либо неприличное, но, тем не менее, естественное желание. Если при этом открыта дверь балкона, то можно пробежаться по травке до 11 павильона и насладиться посещением клозета там. Правда, лучше предпочтительно надеть противогаз. Существует и другой вариант, но он также предусматривает прогулку по улице, что особенно впечатляет, когда идёт дождь

На заседании ректората 30 октября в адрес редакции «VA!» было высказано критическое замечание о том, что наши студенты не сообщают в газете о тяжёлом состоянии «мест общего пользования» в академии. Раз уж решение «проблемы отхожих мест» зависит только от газеты, мы решили незамедлительно представить материал, подготовленный студенткой V курса.

или снег. Так вот, надо выйти уже не через балкон, а через дверь, через соседнюю дверь вновь войти в южное крыло здания, подняться на второй этаж (кафедра физиологии) и пройти по коридору направо. Будьте готовы к тому, что там уже стоит изрядная очередь, а также имейте в виду, что попадающиеся на Вашем пути сотрудники кафедры не встретят Вас с сочувствием и гостеприимством. На третьем этаже этого же павильона (кафедра биологии) студентам вообще рекомендуют посетить туалет только в 26 павильоне и нигде более. Позвольте, мы же ведь не птички, как Ваши подопечные, уважаемые биологи, и так быстро летать не умеем... Научите – с удовольствием полетим!

Примерно такое же положение в 33 павильоне. Ни деканат, ни кафедры, расположенные вплоть до IV этажа сострадания к испытывающим «нужду» студентам проявить не могут. И только на вождя IV этаже, выстояв изрядную очередь, можно проникнуть в одну из заветных кабинок. На некоторых кафедрах, не отличающиеся изобретательностью сотрудники, просто вешают на дверь туалета табличку с важной информацией о его аварийном состоянии. Наивные студенты могут даже этому поверить, однако вскоре обнаруживается, что для преподавателей «место уединения» всё-таки работает, судя по тому, как активно оно посещается кафедральными сотрудниками. Мы далеки от мысли, что преподаватели ходят туда по очереди, чтобы, проявив самоотверженность, починить неработающее сантехоборудование. На выездных занятиях (к счастью, не на всех наших базах) вообще запрещают пользоваться отхожими местами, мотивируя тем, что студенты приезжают «учиться и только учиться», а всё остальное им положено делать утром дома. В качестве варианта можно воспользоваться «памперсами». Одной студентке, находившейся на сносках, даже предложили воспользоваться раковиной умывальника, если ей так уж невмоготу. Пошутили, наверное... Естественно, так шутят далеко не все преподаватели, но было бы лучше, если такие ситуации не возникали бы вообще.

Убедительная просьба ко всему начальству нашей академии: не забывайте, пожалуйста, что и у студентов иногда бывают простые человеческие желания!

Марина Киселёва, 507 группа

От ред.: Мы сделали то, что от нас зависит, теперь слово за администрацией. Эта «деликатная» проблема, как и проблема отсутствия гардеробчиков (помните, у К.С. Станиславского «театр начинается с вешалки») требуют отнюдь не деликатного, а радикального решения.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И.И. Мечникова**

**ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРСНЫЙ ОТБОР
НА ВАКАНТНЫЕ ДОЛЖНОСТИ**

• **Доцентов кафедр:** санитарно-гигиенических лабораторных исследований ФДПО; коммунальной гигиены и гигиены труда – имеющих учёное звание доцента или учёную степень кандидата наук.

• **Старших преподавателей кафедр:** латинского и иностранных языков (2,5 ставки); русского языка (0,5 ставки) – имеющих педагогический стаж не менее 3 лет.

• **Ассистентов кафедр:** пропедевтики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии; акушерства и гинекологии № 1; внутренних болезней № 1 с курсами семейной медицины ФДПО и клинической фармакологии; социально-гуманитарных наук (0,5 ставки) – имеющих стаж научно-педагогической работы не менее 1 года.

Срок подачи документов в управление кадров – месяц со дня опубликования объявления. Телефоны: 543-15-00, местный 484

