Г.М. Энтин

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Москва „МЕДИЦИНА“ 1990

CCCR
SH
GROUP

ББК 56.14
Э 67
УДК 616.89—008.441.13—08(035)

Рецензенты.
доктор мед. наук, проф. И. В. Бокий,
доктор мед наук, проф И. К. Сосин

Энтин Г. М.

Э 67 Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. 416 с.
ISBN 5—225—01589—1

В монографии приводятся основные клинические проявления алкоголизма, диагностика и классификация алкогольных заболеваний Подробно изложены современные методы лечения больных алкоголизмом, алкогольными психозами, алкоголизмом в сочетании с психическими заболеваниями, наркоманиями и токсикоманиями, заболеваниями внутренних органов, туберкулезом, особенности терапии алкоголизма у подростков, женщин Изложены основы организации наркологической помощи в современных условиях

Для наркологов, психиатров, врачей других специальностей, организаторов здравоохранения

Э $\frac{4108110000—187}{039(01)—90}$ 138—89 ББК 56.14

ISBN 5—225—01589—1

© Издательство «Медицина», Москва, 1979
© Энтин Г М, 1990, с изменениями

OCR SH GROUP

ПРЕДИСЛОВИЕ

Успешное решение задач экономического и социально-культурного развития, коренной перестройки всей жизни нашего общества, поставленных XXVII съездом ЦК КПСС и последующими пленумами ЦК КПСС, требует решительного преодоления негативных явлений, вредных привычек, прежде всего пьянства, алкоголизма, наркомании.

В приказах Министерства здравоохранения СССР, изданных во исполнение постановлений партии и правительства, подчеркивается, что борьба с пьянством и алкоголизмом является важнейшей и неотложной задачей органов и учреждений здравоохранения, всей медицинской общественности.

За последние годы произошли существенные изменения в организации стационарного и амбулаторного лечения больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями. Значительно увеличился коечный фонд, выросло количество наркологических диспансеров, наркологических кабинетов, полустационарных учреждений.

Для улучшения руководства наркологической службой реорганизованы организационно-методические кабинеты при республиканских, краевых и областных наркологических диспансерах, штаты их расширены, они превратились в организационно-методические консультативные отделы. На всех территориях организованы межрайонные наркологические диспансеры, призванные улучшить помощь больным в сельской местности, приблизить ее к населению.

Достаточно широкое распространение получило анонимное амбулаторное лечение больных алкоголизмом; для платного анонимного амбулаторного лечения создаются хозрасчетные наркологические амбулатории и кабинеты. Выросло количество дневных наркологических стационаров, деятельность которых регламентируется специально созданным положением об этих учреждениях.

Организованы отделения для проведения принудительного лечения больных алкоголизмом, страдающих тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями. Дальнейшее

развитие и совершенствование наркологической помощи определено «Основными направлениями охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке на период до 2000 года», утвержденными ЦК КПСС и Советом Министров СССР в ноябре 1987 г.

За последние 5 лет резко увеличилось количество врачей-наркологов, многие из которых до недавнего времени работали по другим специальностям. В ближайшие годы количество их должно еще более увеличиться, так как оно будет определяться числом состоящих на учете больных алкоголизмом, а не численностью обслуживаемого населения. В предлагаемой читателям монографии представлены современные данные по клинике, диагностике и лечению алкоголизма и алкогольных заболеваний в амбулаторных, стационарных наркологических учреждениях, в учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом, а также основные противоалкогольные профилактические мероприятия и основы организации наркологической помощи.

CCCR SH GROUP

ГЛАВА 1

Клиника, классификация и диагностика алкоголизма и алкогольных заболеваний

Формы употребления алкоголя, предшествующие хроническому алкоголизму

Среди веществ, вызывающих привыкание и болезненное пристрастие, этиловый, или винный, спирт (этанол), называемый обычно алкоголем, наряду с никотином является наиболее распространенным. Этому способствуют укоренившиеся на протяжении столетий традиции и обычаи.

Распространению алкоголя способствовала простота изготовления спиртных напитков. Еще в глубокой древности люди научились готовить алкогольсодержащие напитки из плодов, ягод, злаков, меда. Промышленное производство крепких спиртных напитков в сочетании с социальными и экономическими факторами капиталистического производства привело к повсеместному распространению пьянства. К. Маркс в вышедшей в 1847 г. работе «Нищета философии» писал, что «громадное распространение водки», являющейся отравой, своего рода «европейским опиумом», объясняется следствием капиталистического способа производства, диктующего свои законы потреблению[1]. Это же подтвердил Ф. Энгельс в вышедшей в 1876 г. работе «Прусская водка в Германском рейхстаге». Он указывал, что быстрый рост промышленного винокурения в первой четверти XIX века привел к значительному удешевлению водки и «... вся Германия была прямо-таки затоплена бурным потоком прусской картофельной сивухи... Пьянство, которое раньше обходилось в три—четыре раза дороже, стало повседневно доступным даже самым неимущим людям... Это острое действие дешевой водки продолжалось много лет, пока оно мало-помалу в большей или меньшей степени не притупилось. Но ее влияние на нравы не исчезло полностью; водка осталась в большей степени, чем раньше, жизненной потребностью рабочего класса»[2].

В России активное спаивание народа господствующими классами началось еще в XVII веке, а со времени царствования Петра I пьянство распространилось на дворянство, купечество, т. е. алкогольные традиции и обычаи укреплялись во всех слоях общества.

В конце XIX века царское правительство ввело государственную монополию на продажу спиртных напитков, чем

---

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 4, с. 97.
[2] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 19, с. 41—44.

обеспечило поступление доходов в казну от спаивания народа. В 1913 г. в статье «Свободная наличность» В. И. Ленин разоблачил «финансовых гениев», которые создали «свободную наличность», т. е. постоянное поступление денежных доходов за счет продажи огромных количеств «сорокаградусной сивухи»[1].

Несомненно, это способствовало укреплению и распространению алкогольных традиций и обычаев, о чем писал выдающийся общественный деятель и страстный борец с алкоголизмом В. М. Бехтерев: «Все дело в том, что пьянство является вековым злом, оно пустило глубокие корни в нашем быту и породило целую систему диких питейных обычаев. Эти обычаи требуют питья и угощения при всяком случае»[2].

Фармакологи и клиницисты относят алкоголь к наркотическим веществам, вызывающим привыкание и болезненное пристрастие. Это подтверждает высказывание В. М. Бехтерева: «Бесспорно, что алкоголь является наркотическим веществом, каковому свойству алкоголь главным образом и обязан своим распространением»[3]. Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения по лекарственной зависимости включил этиловый спирт в число веществ алкогольно-барбитурового ряда, вызывающих зависимость (болезненное пристрастие)[4].

К свойствам этилового спирта, ставящего его в ряд веществ с наркотическим действием, относятся: 1) способность при длительном потреблении вызывать болезненное влечение, т. е. потребность в приеме опьяняющих доз алкоголя с целью достижения эйфории с последующей аналгезией, что создает чувство удовольствия или облегчает физическое и психическое напряжение; 2) при длительном повторном употреблении нарастание толерантности (устойчивости) к алкоголю как следствие адаптации с потребностью во все возрастающих дозах, дающих этот же эффект опьянения; 3) возникновение и становление алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома, проявляющегося в соматоневрологических и психических нарушениях при выходе алкоголя из организма и устраняемых или облегчаемых опохмелением, т. е. приемом определенной дозы спиртных напитков. Абстинентный синдром обусловливает возникновение вторичного патологического влечения к алкоголю (физической зависимости); 4) способность вызывать острые, подострые, затяжные

---

[1] Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 23, с. 26—27.

[2] Бехтерев В. М. Алкоголизм и борьба с ним. — 1927, с. 13.

[3] Бехтерев В. М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием. — В кн.: Вопросы алкоголизма. Вып. 1. С.Пб., 1913, с. 20.

[4] Серия технических докладов ВОЗ № 551. Комитет экспертов по лекарственной зависимости. Двенадцатый доклад. — Женева, 1975, с. 16.

и хронические алкогольные психозы, а также нарушения поведения и специфические изменения личности; 5) выраженное общетоксическое действие, проявляющееся сначала в функциональных, а в дальнейшем и в органических поражениях внутренних органов и нервной системы.

Таким образом, алкоголь обладает практически всеми свойствами наркотических веществ, в достаточной степени выраженными и опасными. Неправильно рассматривать спиртные напитки, даже такие слабые, как пиво или сухие виноградные вина, как пищевые продукты. Алкогольсодержащие напитки с позиций фармакологии, токсикологии и наркологии — наркотические вещества. Однако алкоголь не внесен в официальный список наркотических веществ, поэтому юридически алкоголизм не считается наркоманией, а относится к бытовым токсикоманиям. Алкоголизм представляет основную форму бытовых токсикоманий.

В научной литературе прежних лет был распространен термин «умеренное употребление спиртных напитков», противопоставлявшееся «неумеренному употреблению», т. е. пьянству и алкоголизму. Под «умеренным употреблением» подразумевались совершенно различные формы потребления алкоголя. Так, если следовать определению пьянства как «неумеренного употребления спиртных напитков, отрицательно влияющего на труд, быт, здоровье людей и благосостояние общества в целом»[1], то понятие «умеренное употребление» становится весьма относительным, так как любое употребление спиртных напитков неизбежно укрепляет алкогольные традиции и обычаи, препятствует преодолению пьянства и алкоголизма.

Несомненно устарело и предлагавшееся нами ранее понятие «умеренного употребления алкоголя»[2], которое подразумевало употребление спиртных напитков не чаще одного раза в месяц, количество спиртного, вызывающее лишь легкое опьянение с сохранением контроля и критической оценки своего поведения, употребление спиртных напитков как «дань традиции», без активного желания, преимущественно слабых спиртных напитков (виноградные вина, пиво), выраженную интоксикацию с последующим отвращением к спиртному при случайных передозировках алкоголя. Необходимо признать, что и такие формы употребления алкоголя опасны не только в общественно-социальном плане как способствующие укреплению алкогольных традиций, но и в индивидуаль-

---

[1] Энтин Г. М., Сточик А. М. Пьянство. БСЭ, 3-е изд., т. 21, с. 278—279.

[2] Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979, с. 7.

но-личностном, так как могут стать переходом к злоупотреблению алкоголем, пьянству и алкоголизму [Иванец Н. Н., Лукомская М. И., Меньшикова Е. С., 1986]. Термин «умеренное употребление спиртных напитков» должен быть окончательно изъят из научной и научно-популярной литературы, а также из публицистики и обиходной речи. Это тем более необходимо, что под «умеренным употреблением» может скрываться весьма тяжелое пьянство. Так, например, И. Г. Ураков, Э. С. Дроздов и Э. Е. Бехтель (1983) выделяют «умеренное пьянство». Тут уж, как говорится, «слова воюют»: какое пьянство может быть умеренным? Авторы подразумевают под этим лиц, употребляющих 1—4 раза в месяц по 100—250 мл 40% алкоголя (максимально 300—400 мл) при сохранении количественного контроля и мало выраженной прогредиентности. В дальнейшем, в монографии «Донозологические формы злоупотребления алкоголем» (1986) Э. Е. Бехтель заменяет термин «умеренное пьянство» термином «умеренное употребление алкоголя» для этих же лиц, хотя непосредственно за этой группой стоит группа систематического пьянства (алкогольная акцентуация), т. е. от «умеренного употребления алкоголя» сразу к «систематическому пьянству».

Для первичной профилактики пьянства и алкоголизма целесообразно разделить людей, не страдающих алкоголизмом, по употреблению спиртных напитков на следующие 4 группы.

Первую группу составляют люди, совершенно не употребляющие спиртных напитков и практически не употребляющие их. К последним Э. Е. Бехтель (1986) относит людей, которые употребляют 2—3 раза в год не более 100 мл вина, пьют без желания, под давлением окружающих (чтобы «отдать дань традициям»). Э. Е. Бехтель обследовал 4241 человека (рабочие промышленного предприятия, население двух сельских населенных пунктов, студенты политехнического института и учащиеся СПТУ) и выявил лишь 9% практически непьющих (4,9% абсолютных абстинентов и 4,1% относительных), среди них мужчин 5,8%, женщин — 13,1%, большинство (57,7%) старше 50 лет[1].

Причинами воздержания от алкоголя в большинстве случаев являются различные заболевания, реже — биологическая непереносимость спиртных напитков, в ряде случаев непьющие используют диагноз заболевания как мотив отказа от употребления спиртных напитков.

По мере преодоления пьянства и алкоголизма число лиц,

---

[1] Данные, полученные Э. Е. Бехтелем, относятся к периоду до постановлений партии и правительства о мерах по преодолению пьянства и алкоголизма (1985).

воздерживающихся от спиртных напитков по морально-этическим мотивам, вероятно, будет возрастать как среди молодежи, так и среди людей среднего возраста.

Вторую группу составляют лица, эпизодически употребляющие спиртные напитки. Э. Е. Бехтель (1986) относит этих лиц к «случайно пьющим». Речь идет не о том, что эти люди употребляют спиртные напитки «случайно», а о том, что случай, ситуация вынуждают их к употреблению спиртных напитков. Они составляют, по данным Э. Е. Бехтеля, 37,9% всех обследованных (57,7% женщин и 15,9% мужчин). Эти люди употребляют спиртные напитки от 1 раза в 2—3 мес до 1—2 раз в месяц, нерегулярно и лишь в ситуациях, в какой-то степени вынуждающих их выпить. Они активно стремятся ограничить количество выпитого 50—150 мл в пересчете на крепкие напитки, предпочитают слабые виноградные вина. Толерантность к алкоголю не нарастает. Опьянение у них бывает легким, скоропроходящим. Они употребляют спиртные напитки дома на семейных праздниках или в гостях, реже в ресторанах, только за праздничным столом, в количестве не более 40—50 г абсолютного алкоголя (100—150 мл водки или коньяка, 0,3—0,5 л виноградного вина). Такое количество алкоголя элиминируется за 4—5 ч, т. е. человек «садится за стол трезвым и встает из-за стола трезвым».

При такой форме употребления спиртных напитков алкоголь не дает выраженного эйфоризирующего или тем более наркотического эффекта, потребность в повторных приемах алкоголя отсутствует.

По данным Э. Е. Бехтеля, после 35—50 лет у лиц этой группы урежаются алкогольные эпизоды, они употребляют алкоголь лишь при активном нажиме окружающих. У них усиливается негативное отношение к пьянству окружающих (особенно у женщин), появляется воинственность в борьбе за трезвость.

Однако в ряде случаев эпизодическое употребление спиртных напитков может быть лишь этапом в динамике злоупотребления, особенно у молодых людей, и в дальнейшем под влиянием ситуации (активное вовлечение в пьянство окружающими, семейная ситуация, психическая травма и пр.) переходит в несистематическое, а далее в систематическое пьянство и хронический алкоголизм.

Таким образом, из числа обследованных Э. Е. Бехтелем лишь 46,9% не злоупотребляли алкоголем (70,8% женщин, 21,7% мужчин).

Третья группа — ситуационно злоупотребляющие алкоголем (ситуационное пьянство). Как уже говорилось, Э. Е. Бехтель (1986) совершенно необоснованно называет эту группу «умеренно употребляющими алкоголь». Они составили 33,4%

всех обследованных (48,4% мужчин и 19,2% женщин). Эти лица употребляют в среднем 1—4 раза в месяц количества спиртных напитков, эквивалентные 100—150 мл водки (до 300 мл). Опьянение достигает средней степени, но возможно более глубокое. У лиц этой группы формируется количественный контроль потребления спиртных напитков, т. е. установление индивидуально допустимого количества. Количественный контроль соответствует нарастающей толерантности к алкоголю, т. е. в процессе злоупотребления количества спиртных напитков, необходимые для получения эйфоризирующего эффекта, возрастают, но пьющий контролирует количество, останавливаясь на том, которое еще не вызывает глубокого опьянения.

На этой стадии злоупотребления алкоголем уже начинает формироваться первичное патологическое влечение к спиртным напиткам: пьющие берут на себя инициативу в организации выпивки, находят различные оправдания очередной выпивке в силу традиций и обычаев.

Опасность ситуационного пьянства состоит в том, что употребление алкоголя в большинстве случаев осуществляется в своей референтной группе, в которой пьющему навязываются частота выпивок и количество потребляемых спиртных напитков. Такая форма пьянства весьма распространена (48,4% всех обследованных Э. Е. Бехтелем мужчин) и создает предпосылки для перехода в более тяжелые формы злоупотребления алкоголем, являющиеся продромальной стадией хронического алкоголизма.

Четвертую группу составляют лица с систематическим или привычным пьянством, в процессе которого формируются основные клинические симптомы начальной стадии хронического алкоголизма. Э. Е. Бехтель (1986) различает систематическое пьянство (алкогольная акцентуация) и привычное пьянство. По частотно-количественному критерию Э. Е. Бехтель относит к систематически пьющим употребляющих 200—300 мл водки (максимум — 500 мл) 1—2 раза в неделю, к привычно пьющим — употребляющих 300—500 мл водки (и более 500 мл) 2—3 раза в неделю. Четкого различия здесь нет, систематическое пьянство сливается с привычным. Для практического врача нет принципиальной разницы в лечебно-профилактических мероприятиях в отношении этих групп больных.

Среди обследованных Э. Е. Бехтель (1986) установил 13,1% систематически пьющих, 6,6% привычно пьющих (всего 19,7%); систематическое пьянство отмечено у 18,3% мужчин, привычное — у 11,6% (всего 29,9%). Среди женщин систематическое пьянство было у 8,1%, привычное — у 1,9% (всего 10%).

Кроме частотно-количественных критериев привычного пьянства, которые поддерживают и Ю. П. Лисицын и Н. Я. Копыт (1983), — употребление спиртных напитков 1—3 раза в неделю в количествах, вызывающих выраженное опьянение (не менее 200 мл 40% спиртных напитков или 0,5 л 16—18 % вина), дополнительными критериями можно считать употребление спиртных напитков без повода, преимущественно в случайных местах, асоциальное поведение в опьянении. Следствием этого являются нарушения общественного порядка, трудовой дисциплины, семейные конфликты, сопровождающие и привычное пьянство, и хронический алкоголизм.

Основным клиническим признаком привычного пьянства является возникновение и формирование влечения к алкоголю, которое Э. Е. Бехтель (1984) называет «желательностью алкоголизации» или «усилением алкогольной потребности». Одним из очень существенных и ранних признаков формирования влечения к алкоголю служит усиление влечения в периоды вынужденного воздержания от спиртных напитков. При этом ухудшается настроение, появляется чувство, что «чего-то не хватает», «не по себе». Прием алкоголя снимает эти ощущения. Возникновение указанных состояний делает пьянство систематическим.

Вторым существенным признаком является нарастание толерантности. По данным Э. Е. Бехтеля (1986), разовое опьяняющее количество алкоголя у лиц этой группы составляет 300—750 мл водки, в ряде случаев — 0,75—1 л и более. У 68% привычных пьяниц подавлен защитный рвотный рефлекс, изменен характер опьянения. Привычные пьяницы стремятся обязательно достигнуть эйфории. При этом удлиняется фаза возбуждения в опьянении, сопровождающаяся повторным употреблением алкоголя, лишь после этого наступает насыщение. Период опьянения затягивается до 6—8 ч и более.

Периоды эпизодического злоупотребления алкоголем, ситуационного и привычного пьянства у разных людей различны и зависят от сочетания личностных и социально-семейных факторов. Э. Е. Бехтель (1986) выделяет медленный (слабо прогредиентный), умеренный (прогредиентный), выраженный (быстро прогредиентный) и галопирующий типы.

Медленный и умеренно прогредиентный типы течения пьянства, по-видимому, могут не переходить в алкоголизм, а с течением времени стабилизироваться и претерпевать обратное развитие. С возрастом, присоединением различных заболеваний толерантность в этих случаях снижается и злоупотребление алкоголем прекращается. При быстро прогредиентном и галопирующем типах течения ситуационное пьянство

сравнительно быстро переходит в привычное, а последнее — в алкоголизм.

Наиболее существенным отличием всех форм пьянства, в том числе и привычного, от алкоголизма является сохранение контроля за количеством потребляемого алкоголя и ситуацией потребления. При привычном пьянстве наряду с опьяняющими могут употребляться и относительно небольшие количества спиртных напитков, возможны периоды воздержания от алкоголя или переход к менее злокачественным формам потребления.

Согласно «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» (МКБ) 9-го пересмотра, адаптированной для использования в СССР (1982), злоупотребление алкоголем относится к рубрике 305.0, включающей «случаи острой алкогольной интоксикаций», «пьянство», «привычку напиваться». Вполне понятно, что эти определения трудно привести в соответствие с приведенной выше классификацией. Кроме острой алкогольной интоксикации, относящейся к острым отравлениям, остальные термины применимы к различным формам пьянства.

Эпизодическое употребление спиртных напитков (вторая группа), естественно, не требует каких-либо лечебных мероприятий, кроме общеоздоровительных мер как первичной профилактики пьянства.

Ситуационное злоупотребление алкоголем (ситуационное пьянство — третья группа) уже следует рассматривать как этап перехода к привычному пьянству и далее к алкоголизму. Такие лица безусловно подлежат социальному воздействию, направленному на прекращение пьянства. Психопрофилактическую работу с людьми этой группы проводят медицинские работники общемедицинской сети, прежде всего лечебных учреждений промышленных предприятий, организаций, ведомств, а также территориальных амбулаторий и поликлиник. В консультации нарколога такие злоупотребляющие алкоголем, как правило, не нуждаются.

Лица четвертой группы (привычное пьянство) безусловно нуждаются не только в общественно-воспитательном (социальном), но и в медицинском воздействии. Если меры, принимаемые администрацией и общественными организациями, медицинскими работниками учреждений общемедицинской сети оказываются неэффективными, то привычное пьянство прогрессирует. Привычно пьющих необходимо направлять к наркологу для противоалкогольного лечения — как амбулаторного, так в отдельных случаях и стационарного, их берут на профилактический учет в наркологическом кабинете. Если в течение 1 года они аккуратно лечатся, не употребляют спиртных напитков, то их снимают с профилактического уче-

та. При прогрессировании заболевания таких лиц можно перевести на диспансерный учет.

При диагностировании преклинических или доиозологических форм злоупотребления алкоголем не следует пользоваться термином «бытовое пьянство», так как, во-первых, всякое пьянство «бытовое», нет «профессионального», во-вторых, пьянство дифференцируется на эпизодическое (случайиое), ситуационное и систематическое (привычное).

Клиника I (начальной) стадии хронического алкоголизма

Установление диагноза хронического алкоголизма и взятие больного иа диспансерный учет являются ответствеиным решением и входят в компетенцию специалиста — психиатра-нарколога, работающего в соответствующем лечебном учреждеиии. Согласно ст. 36 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении и Законам о здравоохранении союзиых республик (ст. 54 Закона РСФСР о здравоохранении) хронический алкоголизм наряду с туберкулезом, психическими, венерическими заболеваниями, лепрой, СПИДом, наркоманиями и карантинными (острозаразными) заболеваниями отнесен к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, и в целях охраны здоровья населения органы здравоохранения обязаны осуществлять специальные меры профилактики и лечения этих заболеваиий.

Для больных хроническим алкоголизмом установлены определенные ограничения в профессиональной деятельиости (например, они не допускаются к работе в качестве водителей транспортных средств), к ним могут быть применены принудительное лечение от алкоголизма, ограничение дееспособиости, лишение родительских прав. В связи с этим необходимы четкие критерии диагностики алкоголизма, прежде всего его начальной стадии, так как диагностика развернутых и исходных стадий не представляет затруднений.

Сам термин «хронический алкоголизм», введенный шведским врачом Магнусом Гуссом в середине XIX века, вызывает возражения, так как нет «острого алкоголизма». В научной и популярной литературе, в докладах, лекциях правомерно пользоваться термином «алкоголизм», когда речь идет о заболеваиии. Однако термин «алкоголизм» прнменяют и в значительно более широком социальном плане, отождествляя его с понятием «пьянство»[1].

---

[1] Пятницкая И. Н., Сточик А. М. Алкоголизм. БМЭ, 3-е изд., т. 1, с. 244.

Диагноз заболевания конкретного больного должен соответствовать «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» 9-го пересмотра, адаптированной для использования в СССР (М., 1982, с. 52, рубрика 303 «Хронический алкоголизм»). Термин «хронический алкоголизм» используется во всех официальных документах и законодательных актах государства — законах о здравоохранении, уголовных кодексах, кодексах о браке и семье и др. Во всех официальных медицинских документах — историях болезни, амбулаторных картах, актах медицинского освидетельствования, отчетных материалах допустимо применение только официально принятого термина «хронический алкоголизм».

Используемый в научной литературе термин «хроническая интоксикация алкоголем» неправомерно отождествлять с термином «хронический алкоголизм», так как хроническая интоксикация алкоголем — понятие более широкое, в него включаются заболевания внутренних органов (алкогольный гепатит и цирроз печени и др.), нервной системы (алкогольная полиневропатия и др.) на почве длительного злоупотребления алкоголем (например, виноградным вином в винодельческих районах), но без признаков хронического алкоголизма как психического заболевания. Хронический алкоголизм — понятие более узкое, это те формы хронической алкогольной интоксикации, при которых имеются специфические признаки привыкания и болезненного пристрастия к алкоголю. Хронический алкоголизм включен в раздел V — Психические расстройства «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» 9-го пересмотра.

Основные признаки I стадии хронического алкоголизма формируются на этапе привычного пьянства. Для I стадии характерны их окончательное сформирование и устойчивость на протяжении определенного времени.

Становление болезненного влечения к алкоголю. Первичное влечение к алкоголю — это потребность в приеме опьяняющего количества спиртных напитков для достижения эйфории, получения необычных ощущений или с целью снятия субъективно неприятного психического состояния, обусловленного воздержанием от алкоголя. Ц. П. Короленко, Т. А. Донских, Л. Ф. Перекрестова (1984) называют это в первом случае гедонистической, во втором — анксиолитической мотивацией влечения. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) рассматривают активное стремление больных алкоголизмом к употреблению спиртных напитков как психопатологический феномен. Эти авторы (1979) связывают появление или усиление первичного патологического влечения, т. е. возникающего вне состояния опьянения, с индивидуальными факторами (раздражительность, усталость, травма, сексуаль-

ные расстройства и др.), семейно-бытовыми обстоятельствами, окружением на работе, по месту жительства. Формированию устойчивого первичного патологического влечения к приведению себя в состояние опьянения в I стадии хронического алкоголизма способствуют алкогольные традиции и обычаи. Как указывают В. В. Кришталь и соавт. (1985), употребление опьяняющих количеств алкоголя становится основным средством общения с окружающими. Одновременно формируются и укрепляются интеллектуально-идеаторные изменения, сопутствующие влечению. В. Б. Альтшулер (1985) называет этот феномен защитой алкоголиком «права» употреблять алкоголь как одного из «прав свободы личности». Это проявляется активным сопротивлением обстоятельствам, противодействующим пьянству — несмотря на семейные конфликты, служебные неприятности, административные и дисциплинарные меры, применяемые к пьющему, несмотря на многократные обещания прекратить пьянство, он продолжает все больше и больше злоупотреблять алкоголем.

В отличие от привычного пьяницы, который может активно сопротивляться возникшему влечению к алкоголю, может и не реализовать его, если внешние обстоятельства противодействуют этому, больной алкоголизмом и в I стадии заболевания в значительной мере теряет такую способность. Влечение к опьянению становится навязчивым. Многие авторы возражают против термина «навязчивое» или «обсессивное» влечение к алкоголю, так как оно не соответствует понятию «навязчивость», «обсессия» в клинической психопатологии, поскольку отнюдь не чуждо личности больного [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983]. Это определение отражает характер первичного патологического влечения с борьбой мотивов и чувством тягостной незавершенности, если не удается реализовать влечение, т. е. напиться до желаемого опьянения.

Сформировавшееся первичное патологическое влечение к приведению себя в состояние опьянения, т. е. к употреблению опьяняющих количеств алкоголя, объективно проявляется в употреблении спиртных напитков в среднем 1—2 раза в неделю. Одновременно резко сокращается и длительность периодов воздержания от алкоголя по сравнению с этапом привычного пьянства. Это объясняется значительным усилением «психологического дискомфорта» в периоды воздержания, что и приводит к реализации влечения. Если при привычном пьянстве число «трезвых» дней превосходит число дней пьянства, то с формированием алкоголизма число дней пьянства возрастает, а в дальнейшем превосходит число «трезвых» дней.

Повышение толерантности к алкоголю с утратой защитного рвотного рефлекса. Повышение толерантности к алкоголю

происходит постепенно в процессе употребления спиртных напитков и в значительной степени связано с изначальной толерантностью, определяющейся индивидуальными особенностями. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) указывают, что толерантность определяется максимальным количеством алкоголя, не вызывающим выраженного опьянения. Согласно классификации алкоголизма, предложенной Национальным Советом по алкоголизму США в 1972 г., толерантность считается повышенной, если признаки опьянения появляются при содержании алкоголя в крови не менее 150 мг/100 мл (0,15%).

Вполне понятно, что очень высокая толерантность к алкоголю может свидетельствовать об алкоголизме. Так, регулярное и длительное (год и более) употребление алкоголя в количествах, эквивалентных 0,5—0,75 л водки и более, объективно подтверждает диагноз алкоголизма. Кроме определения толерантности на данный момент, необходимо выявить динамику ее нарастания, т. е. насколько увеличилось опьяняющее количество алкоголя по сравнению с изначальным. Как правило, в I стадии хронического алкоголизма толерантность повышается в 2—3 раза по сравнению с изначальной, достигает 0,3—0,5 л водки или эквивалентного количества других спиртных напитков (обычно 16—18% крепленых вин) в день. В I стадии алкоголизма толерантность продолжает нарастать сравнительно быстро, особенно если пьющий перешел на употребление крепких спиртных напитков, а ранее употреблял слабые и средней крепости.

Нарастание толерантности к алкоголю в процессе формирования алкоголизма объясняется активизацией защитно-охранительных реакций организма на интоксикацию алкоголем. Повышается активность алкогольдегидрогеназы и других биохимических систем, ускоряющих метаболизм и элиминацию алкоголя из организма. Наряду с этим повышается устойчивость нервной системы к непосредственному действию алкоголя: при высокой концентрации алкоголя в крови — 0,2—0,3% и даже больше опьянение у больного алкоголизмом не столь тяжелое, как у непьющего человека.

Существенным признаком изменения реактивности служит утрата защитного рвотного рефлекса, т. е. исчезновение рвоты при передозировке алкоголя. Рвотная реакция при тяжелом опьянении является показателем интоксикации и защитой от дальнейшего поступления алкоголя в организм. Однако уже на стадии привычного пьянства даже очень большие количества алкоголя, вызывающие тяжелое опьянение, как правило, не вызывают рвоты. При формировании I стадии хронического алкоголизма защитный рвотный рефлекс утрачивается полностью. Поскольку исчезновение рвоты в ответ на передо-

зировку алкоголя является объективным и достаточно точно датируемым больным признаком, его можно использовать в ряду других признаков, чтобы определить начало заболевания ретроспективно, по анамнестическим данным.

В некоторых случаях (при заболеваниях желудка, поджелудочной железы, печени) рвотный рефлекс на передозировку алкоголя может сохраняться и даже восстанавливаться после ряда лет злоупотребления алкоголем.

Изменение картины опьянения, появление амнестических форм. Изменение картины опьянения — существенный и достаточно характерный признак I стадии хронического алкоголизма, связанный с двумя факторами. Во-первых, вследствие повышения толерантности к алкоголю постоянно поглощаются токсические количества спиртных напитков, эквивалентные 0,3—1 л водки и более, причем за сравнительно короткое время, что создает высокую концентрацию алкоголя в крови. Это проявляется опьянением средней (II), а в ряде случаев и тяжелой (III) степени. Как и при привычном пьянстве, опьянение затягивается до 6—8 ч, причем значительно удлиняется стадия возбуждения с расторможенностью (до 3—5 ч). При спаде опьянения часто возникает желание выпить еще, что, как правило, реализуется. Во-вторых, значительно меняется характер опьянения. Кратковременная эйфория нередко сменяется дисфорическими состояниями, эксплозивностью, склонностью к буйству, агрессивности в отношении окружающих. В ряде случаев в опьянении возникают вяло-апатические, депрессивные состояния, иногда истерические реакции с демонстративными суицидальными попытками. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) считают, что картины опьянения тесно связаны с изменением личности при алкоголизме и совпадают с основными личностными свойствами больных. Опьянение способствует быстрой реализации побуждений по типу «короткого замыкания», импульсивности, часто приводящим к антисоциальным поступкам.

В начальной стадии алкоголизма появляются парциальные амнестические формы опьянения. Амнезия отдельных периодов опьянения возможна при употреблении больших количеств алкоголя у людей, не страдающих алкоголизмом. При ситуационном и привычном пьянстве такие состояния повторяются часто, но амнезируются лишь период наркотического сна и предшествующее ему возбуждение. Амнезия этого периода бывает полной: проснувшись, человек не помнит, что он делал и что с ним произошло с определенного момента опьянения. При сохранении количественного и ситуационного контроля человек после столь тяжелого опьянения избегает употреблять количества алкоголя, превосходящие его толерантность, и амнестические формы опьянения повторяются

редко. На стадии привычного пьянства амнестические формы опьянения повторяются чаще, а при формировании I стадии алкоголизма они становятся достаточно устойчивым признаком. Для начальной стадии алкоголизма характерны частичные, парциальные формы амнезии — так называемые алкогольные палимпсесты (палимпсесты — книги из пергамента, с которых смывали первоначальный текст для нового использования) отрывочные, как бы частично смытые воспоминания периода опьянения. В литературе на английском языке эти состояния называются blackout (провал, затемнение памяти). Парциальная амнезия периода опьянения объясняется тем, что ранее всего нарушается краткосрочная память (сохранение событий на протяжении лишь 20—30 мин), а непосредственное запоминание сохраняется. Опьяневший ориентируется в окружающей обстановке и совершает вполне целесообразные действия, например приходит домой, если напился вне дома. Однако из-за нарушенной краткосрочной памяти он либо полностью, либо частично не может вспомнить о событиях и своем поведении в состоянии опьянения. Алкогольные палимпсесты, срок возникновения которых больной, как правило, может определить достаточно точно, являются дополнительным критерием диагностики начала I стадии алкоголизма. При дальнейшем течении заболевания, переходе алкоголизма из I стадии во II, с началом формирования абстинентного синдрома палимпсесты сменяются амнезией все более длительных периодов опьянения.

Утрата количественного и ситуационного контроля потребления спиртных напитков. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) определяют утрату количественного контроля как неспособность больного алкоголизмом ограничиться небольшим количеством спиртных напитков. После первой же рюмки вина или водки, кружки пива у больного может возникнуть компульсивное, практически непреодолимое влечение к приведению себя в состояние опьянения. Он продолжает пить, пока не напьется до выраженного опьянения. Поскольку толерантность к алкоголю значительно повышена, больной выпивает достаточно большое количество спиртного, практически до физической невозможности дальнейшего поглощения.

Утрата количественного контроля больными алкоголизмом была отмечена еще С. С. Корсаковым (1901), который писал о том, что больной «теряет меру» в количестве спиртных напитков, начав пить с целью быть только навеселе, он не может остановиться, так как небольшое количество водки вызывает у него ослабление волевых задержек.

E. Jellinek (1960) предложил считать симптом утраты контроля (Loss of control) кардинальным признаком алкоголизма.

В отечественной литературе симптом утраты количественного контроля рассматривается как первый вариант вторичного патологического влечения к алкоголю [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973; Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983], т. е. возникновение непреодолимого влечения при первых, начальных признаках опьянения.

Частичная утрата количественного контроля есть и на донозологических стадиях алкоголизма — при ситуационном и особенно при привычном пьянстве. Однако на этих стадиях контроль утрачивается, во-первых, далеко не во всех случаях, во-вторых, лишь после употребления относительно больших количеств спиртных напитков.

A. Ludwig и соавт. (1978) объясняют потерю контроля над количеством потребляемого алкоголя нейрофизиологической дисфункцией обратной связи, определяющей неспособность регулировать прием алкоголя. Отсутствие количественного контроля становится постоянным, практически каждое употребление спиртных напитков заканчивается глубоким опьянением. Это отмечают как сами пациенты, так и члены их семей. Они довольно точно могут определить момент, с которого больной, начав пить, уже никак не мог остановиться: в гостях он старается «опередить круг», т. е. пить чаще, чем другие, и каждый раз как можно больше и обязательно крепких напитков

Время, когда сформировался постоянный симптом утраты количественного контроля, следует считать началом I стадии алкоголизма и с этого момента определять давность заболевания

Потеря количественного контроля — один из наиболее устойчивых и необратимых признаков алкоголизма. Раз возникнув и укрепившись, он не исчезает после любых видов лечения и многих лет полного воздержания от алкоголя. Этим в основном и обусловлена невозможность перейти к «умеренному», даже крайне редкому употреблению спиртных напитков после лечения и воздержания. Всякая попытка употребления опьяняющего количества спиртных напитков неминуемо приведет к рецидиву. В этом коренное, качественное отличие больного алкоголизмом, в том числе I стадии, от привычного пьяницы. Привычный пьяница может под влиянием семейной или социальной ситуации, в связи с ухудшением здоровья или по другим причинам значительно уменьшить не только частоту выпивок, но и количества спиртных напитков—перейти к ситуационному или даже эпизодическому их употреблению. Больной алкоголизмом полностью и навсегда лишен такой возможности — утрата количественного контроля неизбежно приведет к рецидиву алкоголизма.

При утрате количественного контроля потребления спирт-

ных напитков на этапах ситуационного и привычного пьянства не утрачен ситуационный контроль их потребления [Пятницкая И. Н., 1966; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973]. Ситуационный контроль — это способность определять, в каких ситуациях употребление спиртного допустимо и в каких непозволительно [Еникеева Д. Д., 1984]. Формирование ситуационного контроля во многом определено отношением общества к употреблению спиртных напитков. Так, после принятия в нашей стране постановлений о мерах по преодолению пьянства и алкоголизма в обстановке всенародной борьбы за трезвость ситуационный контроль значительно повысился у каждого человека. Это объясняется не только мерами общественного и административного воздействия, но и изменившимися требованиями общества к образу жизни.

Ситуационный контроль определяется значительно больше социальными факторами, чем чисто биологическими, и направлен на активное подавление первичного влечения к алкоголю. При формировании I стадии алкоголизма, когда утрачивается количественный контроль, пьющий осознает, что, начав пить, не сможет остановиться, напьется и будет вести себя непристойно. Он старается избегать ситуаций, когда его пьянство может быть обнаружено, пьет в одиночестве либо в постоянной компании, со случайными собутыльниками, либо дома. «На людях» (в гостях или в других местах, где напиваться непозволительно) он либо совсем не пьет, либо ограничивается минимальной («субкритической») дозой, не вызывающей даже начальных признаков опьянения. В кругу постоянных собутыльников, вне семейного и служебного контроля, он «отводит душу», напивается до глубокого опьянения. Д. Д. Еникеева (1984) называет такое состояние малопрогредиентным вариантом течения алкоголизма, когда больной может долго удерживаться на I или I—II стадиях.

Утрата ситуационного контроля способствует прогрессированию алкоголизма, учащению алкогольных эксцессов и переходу заболевания в последующие стадии.

Изменение форм пьянства и характерологических особенностей. В начальной стадии алкоголизма форма употребления алкоголя мало отличается от таковой на стадии привычного пьянства. Частота выпивок, как правило, не превышает 2—3 в неделю, они тесно связаны с актуализацией влечения, обусловленной ситуационными факторами [Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1983; Морозов Г. В., 1983]. Бывают сравнительно большие перерывы в приеме спиртных напитков, также обусловленные ситуацией, или, напротив, периоды почти ежедневного пьянства в течение нескольких недель. В отличие от привычных пьяниц больные алкоголизмом I стадии достигают выраженного опьянения в результате практически каж-

дого однодневного алкогольного эксцесса (вследствие утраты количественного контроля). Утяжеляются похмельные явления, хотя и без потребности в опохмелении, что уже предвещает формирование II стадии алкоголизма, переход к скрытым формам пьянства (в одиночестве, со случайными собутыльниками или в постоянной компании).

Наиболее характерны для I стадии алкоголизма однодневные эксцессы с перерывами в 1—2 дня. Это объясняется тем, что после однодневного пьянства наступают тяжелые постинтоксикационные явления с отвращением к алкоголю и непереносимостью его больших количеств. В этот день больной вынужден воздерживаться от алкоголя. Лишь при употреблении сравнительно небольших количеств алкоголя пьянство может затягиваться на 2—3 дня и более и возможно даже длительное постоянное (ежедневное) пьянство.

В I стадии алкоголизма прогрессируют типичные изменения личности, наметившиеся на этапах ситуационного и привычного пьянства. На первом месте стоит рост потребности в алкоголе с одновременным снижением других неосновных потребностей личности [Бехтель Э. Е., 1986]. Практически одним из основных интересов личности становится создание реальной возможности выпить: поиск средств для покупки спиртных напитков, организация повода и ситуации для выпивки. Наряду с этим акцентируются преморбидные черты личности и появляются новые патологические черты характера. Это лживость, бесцеремонность, доходящая до наглости, хвастливость, переоценка своих возможностей, стремление взяться за дело, которое заведомо не может быть выполнено, настойчивость и изобретательность в добывании денег на выпивку и слабоволие перед побуждением окружающих к очередной выпивке. Больной утрачивает интерес к культурному отдыху, развлечениям, не связанным с выпивкой, проявляет безразличие и черствость к членам своей семьи, знакомым, сослуживцам. Лживость больных алкоголизмом выявляется в системе обманных и оправдательных мер. Все это ведет к снижению моральных качеств и пренебрежению этическими нормами и в дальнейшем — к алкогольной деградации личности.

У значительной части больных в I стадии алкоголизма выявляются аффективные и психопатоподобные симптомы, реже — неврастенические нарушения.

В ряде случаев происходит заострение преморбидных характерологических особенностей, которые могут способствовать формированию алкоголизма, т. е. образуется порочный круг.

Диагноз алкоголизма I стадии устанавливается на основании перечисленных симптомов, хотя выраженность каждого

из них может быть различной Важность правильной и повсеместно одинаковой диагностики алкоголизма как заболевания, представляющего опасность для окружающих, требующего специальных мер профилактики и лечения, заставила определить его основные диагностические признаки по стадиям в «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» 9-го пересмотра, адаптированной для использования в СССР (М, 1982, раздел V «Психические расстройства» Рубрика 303. Хронический алкоголизм — с. 52)

I стадия хронического алкоголизма определяется как злоупотребление алкоголем с утратой контроля за количеством употребляемого алкоголя, первичным патологическим влечением к алкоголю (возникающим перед алкогольным эксцессом), нарастающей толерантностью к алкоголю, регулярными однократными выпивками и редкими, ситуационно обусловленными периодами ежедневного пьянства в течение нескольких дней. Абстинентные состояния с опохмелением отсутствуют.

Как следует из этого определения, наиболее постоянным диагностическим признаком I стадии алкоголизма является утрата контроля за количеством употребляемых спиртных напитков. Сформировавшийся и устойчивый симптом утраты количественного контроля свидетельствует о переходе привычного пьянства в алкоголизм. Этот признак может быть непостоянным, возникать после употребления «сверхкритического» количества алкоголя, а не после каждого употребления спиртных напитков. Сами больные могут отрицать у себя этот симптом, утверждать, что могут «пить умеренно», что напились, потому что «напоили». Непостоянная потеря количественного контроля при наличии других признаков не дает оснований для отрицания диагноза алкоголизма.

Первичное патологическое влечение к алкоголю возникает вне опьянения. Его удовлетворение приводит к состоянию комфорта, а при воздержании от алкоголя сохраняется дискомфорт. Это является непреложным субъективным признаком всех стадий алкоголизма, но может быть достаточно выраженным и на стадии привычного пьянства. Этот симптом больные могут скрывать либо умышленно, когда не хотят признать у себя алкоголизм, либо из-за недостаточно отчетливого представления о понятии «влечение», «тяга» к алкоголю.

Толерантность следует оценивать в динамике, т е сравнивать, какой она была изначально и насколько возросла к моменту обследования, продолжает ли нарастать Определяют, какое количество спиртных напитков обследуемый может выпить одномоментно и в течение дня для достижения эйфо-

рии Как уже говорилось, толерантность к алкоголю на I стадии алкоголизма составляет не менее 0,3—0,5 л водки или эквивалентного количества других спиртных напитков Так, R E Kendell (1979) считает, что алкоголизм формируется при систематическом (не менее нескольких месяцев) потреблении алкоголя 120 г/сут (т е 0,3 л водки), и именно количество и длительность потребления алкоголя, а не личность, психодинамика или биохимические особенности определяют, станет пьющий больным или нет Однако частое потребление спиртных напитков и форма пьянства служат лишь относительными диагностическими признаками алкоголизма I стадии Диагностическое значение имеет давность систематического злоупотребления алкоголем (более 3—5 лет) У длительно пьющего можно подозревать алкоголизм

Сравнительно редкое и нерегулярное употребление спиртных напитков не противоречит диагнозу алкоголизма, если в периоды воздержания, часто вынужденного, сохраняется влечение к алкоголю с нарастающим чувством дискомфорта, а каждое употребление алкоголя приводит к потере контроля, глубокому опьянению с возбуждением, палимпсестами, амнезией, особенно если при этом имеются и типичные для начальной стадии алкоголизма изменения личности

В ряде случаев, особенно при направлении на принудительное лечение, приходится дифференцировать начальную стадию алкоголизма и формы пьянства с антисоциальным поведением, в первую очередь у психопатических личностей При этом следует учитывать возраст начала злоупотребления алкоголем и его давность к моменту обследования чем раньше началось пьянство и чем дольше оно продолжается, тем больше данных за алкоголизм

Н Н Иванец (1986) придает существенное значение в скорости формирования алкоголизма индивидуальной чувствительности к алкоголю, связанной с активностью системы дофамин-β-гидроксилазы Так, у лиц со стеническими чертами характера в преморбиде, у которых активность дофамин-β-гидроксилазы наибольшая, алкоголизм формируется долго, за 8—10 лет У лиц с истеровозбудимыми чертами в преморбиде, при наименьшей активности этого фермента, алкоголизм формируется наиболее быстро, за 1—2 года Ю М Островский, В И Сатановская, М Н Садовник (1986) выявили биологические предпосылки к развитию алкоголизма, связанные с эндогенно образующимися ацетальдегидом и этанолом

Продолжительность I стадии алкоголизма зависит от прогредиентности заболевания и составляет 1—6 лет и более [Пятницкая И Н, Еникеева Д Д, 1985] При злокачественно-прогредиентном алкоголизме I стадия может занимать

менее года — у подростков, у лиц, перенесших травмы головы, психические травмы, у людей, попавших в необычные бытовые условия При малопрогредиентном алкоголизме, сохранении ситуационного контроля длительность I стадии может составлять 10 лет и более По данным Ю П Лисицына, Н Я Копыта (1983), в населении число больных алкоголизмом I стадии относится к числу больных со II и III стадиями как 0,7 1, т е составляют около 40% всех больных алкоголизмом в населении

В связи с мерами по преодолению пьянства и алкоголизма, меньшей доступностью спиртных напитков переход I стадии алкоголизма во II замедляется и число больных с I стадией будет, вероятно, возрастать

Хронический алкоголизм II (развернутой) стадии

Если переход привычного пьянства в I стадию алкоголизма определяется формированием первого варианта вторичного патологического влечения к алкоголю, предопределяющего утрату количественного контроля то переход I стадии алкоголизма во II стадию определяется формированием и становлением алкогольного абстинентного синдрома с вторым вариантом вторичного патологического влечения к алкоголю и потребностью в опохмелении Все другие симптомы, сформировавшиеся в I стадии, во II стадии либо усиливаются, либо видоизменяются

Первичное патологическое влечение к алкоголю во II стадии алкоголизма в большинстве случаев становится насильственным компульсивным По мнению И А Классена (1980), оно превращается в страсть определяющую мотивы поведения и включающую психологические, психопатологические и физические компоненты Н Н Иванец, Ю В Валентик (1984) различают экзогенный вариант патологического влечения к алкоголю у лиц с преморбидными чертами неустойчивого и синтонного круга, у которых влечение актуализируется под влиянием внешних, в основном микросоциальных факторов, и эндогенный вариант у лиц с преморбидными чертами астенического истеро-возбудимого и стенического круга У этих лиц актуализация влечения определяется преимущественно личностными факторами

В Б Альтшулер (1981, 1983) отмечает, что во II стадии алкоголизма патологическое влечение к алкоголю становится генерализованным, отсутствуют критика и сознание болезни, больной убежден в невозможности и ненужности отказа от алкоголя, проявляет оппозиционность и враждебность попыткам окружающих навязать трезвость Во II стадии алкоголизма к психологическому дискомфорту в периоды воздер-

жания от алкоголя периодически присоединяется и физический дискомфорт — к колебаниям настроения, склонности к депрессивным и дисфорическим состояниям, постоянной неудовлетворенности и беспричинному беспокойству, внутреннему напряжению, беспричинной придирчивости к окружающим, прежде всего к членам семьи, сотрудникам по работе, особенно зависимым от больного, присоединяются физическая слабость, бессонница, общее недомогание, головная боль и др. Это сопровождается тягостными ощущениями при воспоминании о выпивке и снимается приемом алкоголя. Первичное влечение к алкоголю достигает такой силы, что больной алкоголизмом обычно не в состоянии сдерживаться, несмотря на все противостоящие факторы.

Толерантность к алкоголю при переходе I стадии во II и в начале II стадии продолжает возрастать, достигая максимума. Этот максимум, как правило, в 5—6 раз превосходит изначальное количество и в 2—3 раза — количество алкоголя на стадиях привычного пьянства и в I стадии алкоголизма. В сутки потребляется 0,6—2 л водки или эквивалентное количество других спиртных напитков. В отличие от I стадии, когда все суточное количество алкоголя выпивается в 1—3 приема (как правило, вечером), во II стадии суточное количество алкоголя, как правило, распределяется на весь день: утреннее опохмеление сравнительно небольшим количеством для снятия похмельных явлений, не вызывающим эйфории, несколько большее количество в середине дня (второе опохмеление) и основное количество в несколько приемов в вечерние часы, что заканчивается тяжелым опьянением.

Концентрация алкоголя в крови больных алкоголизмом II стадии достигает 0,3—0,4% и более. У людей, непривычных к алкоголю, при такой концентрации в крови возникает сопорозное и коматозное состояние, у больных алкоголизмом она обусловливает лишь последнюю степень опьянения. Рвотный рефлекс во II стадии алкоголизма отсутствует, так как защитно-охранительные механизмы достигают наивысшего напряжения. После длительных и тяжелых алкогольных эксцессов, в конце запоя возникает рвота, что свидетельствует о срыве защитно-охранительных механизмов. Рвота у больных алкоголизмом II стадии может возникать в состоянии опьянения или после него вследствие сопутствующих заболеваний желудка, печени, поджелудочной железы.

Достигнув максимума, толерантность держится на этом уровне (плато) в течение ряда лет. Больной употребляет в основном крепкие напитки (водка, крепленые вина), в некоторых случаях — суррогаты (одеколон, политура, спиртсодержащие бытовые и технические жидкости). Начавшееся снижение толерантности и срыв защитно-охранительных меха-

низмов (появление рвоты после опьянения) свидетельствуют о начале перехода заболевания в III стадию.

Картина опьянения во II стадии алкоголизма определяется продолжающимся нарастанием толерантности к алкоголю. Небольшие количества алкоголя, употребляемые для опохмеления (0,1—0,2 л водки), почти не опьяняют, они лишь купируют абстинентные явления. Большие дозы алкоголя (0,5—0,75 л водки) дают сравнительно короткий эйфоризирующий эффект, который сменяется расторможенностью, двигательной активностью, в некоторых случаях злобностью, склонностью к аффективным вспышкам, агрессивному поведению.

Палимпсесты, характерные для I стадии алкоголизма, во II стадии сменяются амнестическими формами опьянения, причем амнезируются все более длительные периоды. Протрезвев, больной вспоминает лишь короткий период после выпивки, дальнейшие несколько часов, как правило, амнезируются, хотя все это время он вел себя адекватно ситуации, самостоятельно добрался домой. Когда ему говорят, что он вел себя этот период непристойно, он не верит, считает, что окружающие, особенно члены семьи, специально на него клевещут.

Учащаются также и сопорозные формы опьянения. Поскольку больные алкоголизмом во II стадии пьют, как правило, вне дома, со случайными собутыльниками, многие из них засыпают на улице, в подъездах, в общественных местах, их доставляют в медицинские вытрезвители. Так, по данным Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта (1983), среди доставленных в медицинские вытрезвители больные алкоголизмом составляют 66,1 % (мужчин 67,4 %, женщин 32,6 %).

Кроме утяжеления опьянения во II стадии алкоголизма, особенно в периоде апогея толерантности, возникают психопатоподобные картины опьянения с эксплозивными и истерическими формами поведения, больные пристают к окружающим, озлобляются по самому незначительному поводу, демонстративно наносят самоповреждения, совершают демонстративные суицидальные попытки, которые могут кончиться трагически, если больной «переиграет».

Утрата количественного и ситуационного контроля потребления спиртных напитков. Во II стадии алкоголизма в отличие от I стадии полностью утрачен количественный и ситуационный контроль потребления спиртных напитков. Утрата количественного контроля определяется сочетанием первичного и первого варианта вторичного патологического влечения к алкоголю. Постоянное первичное патологическое влечение, ставшее неудержимым, заставляет больного найти повод для выпивки. Количество алкоголя, вызывающее началь-

ное опьянение, так называемая критическая доза [Авербах Я. К., 1963], приводит к интенсивному неодолимому влечению продолжать выпивку до насыщения (первый вариант вторичного патологического влечения к алкоголю). Каждая выпивка неизбежно заканчивается тяжелой или в крайнем случае средней степенью опьянения. Следует иметь в виду, что «критическая доза» во II стадии заболевания, при высокой толерантности, не менее 0,15—0,2 л водки, поэтому с целью опохмеления больные алкоголизмом обычно выпивают в течение дня небольшие количества водки, оставаясь относительно трезвыми, и напиваются лишь к вечеру.

Утрата ситуационного контроля во II стадии алкоголизма объясняется как первичным, так и вторичным влечением к алкоголю. Когда ситуация не допускает пьянства, больной рассчитывает, что выпьет немного и остановится. Однако после «критической дозы» (меньшее количество эйфоризирующего эффекта не дает) его уже не остановят никакие этические, семейные, социальные препятствия и он напьется до глубокого опьянения, к каким бы тяжелым последствиям это ни привело. Лишь в редких случаях, описанных Д. Д. Еникеевой (1984), при малопрогредиентном течении алкоголизма, даже во II стадии сохранившийся ситуационный контроль позволяет больному алкоголизмом не пить совсем или выпивать заведомо субкритическое количество (одну рюмку сухого вина) в ситуациях, не допускающих пьянства, т. е. количественный контроль как бы охраняется контролем ситуационным. «Охрана» эта, естественно, весьма ненадежная, так как субкритическое количество может меняться и иногда достаточно рюмки вина, чтобы возникло неодолимое влечение продолжать пить.

Алкогольный абстинентный синдром. Кардинальным признаком II стадии алкоголизма является формирование и становление алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома — выраженные соматовегетативные и психические нарушения, возникающие с началом протрезвления и снимаемые или по крайней мере значительно облегчаемые опохмелением, т. е. приемом определенного количества алкоголя.

Похмельные явления вследствие интоксикации продуктами неполного окисления алкоголя после выраженного опьянения бывают у случайно пьющих людей, у ситуационно пьющих и привычных пьяниц, у больных алкоголизмом I стадии. У этих лиц в похмелье преобладает общесоматическая симптоматика — слабость, головная боль, сердцебиение, неприятный вкус во рту и другие диспепсические явления. Человек испытывает отвращение к алкоголю, а прием спиртных напитков может вызывать значительное ухудшение. Для облегчения состояния в этих случаях стараются употреблять анта-

гонисты алкоголя — крепкий чай, кофе, жидкости, нормализующие кислотно-основное равновесие (огуречный рассол, квас, минеральные воды и т. д.).

По мере формирования II стадии алкоголизма качественно меняется клиника похмелья. К перечисленным выше соматическим нарушениям присоединяются вегетативные и статокинетические: резкая потливость, усиливающийся тремор рук, языка, в дальнейшем — общий тремор, повышение температуры тела, тахикардия, повышение артериального давления, полипноэ, нарушения координации движений — адиадохокинез, неустойчивость в позе Ромберга, нетвердая походка, промахивание при пальценосовой пробе и др. Возникают специфические психические нарушения: поверхностный сон с кошмарными сновидениями, пониженное настроение, чувство тревоги, беспокойство, пугливость, настороженность, иногда параноидная настроенность.

Пьющий обнаруживает, что эти явления облегчаются или даже полностью снимаются опохмелением, т. е. употреблением определенного количества алкоголя. Потребность в опохмелении формируется постепенно, сначала после употребления лишь больших количеств алкоголя (0,5—0,7 л водки), а после меньших количеств (0,3—0,4 л водки) симптомы похмелья незначительные и опохмеления не требуют. Абстинентные явления на начальных этапах формирования ограничиваются соматическими и сосудисто-вегетативными нарушениями, ликвидируются через 1—2 дня после прекращения приема алкоголя.

При дальнейшем злоупотреблении алкоголем, нарастании толерантности, усилении патологического влечения к алкоголю, к соматическим и вегетососудистым нарушениям присоединяются статокинетические и психические расстройства. Для облегчения или снятия этих расстройств возникает стойкая потребность в опохмелении. Потребность в опохмелении является вторым вариантом вторичного патологического влечения к алкоголю, определяет так называемую физическую зависимость от алкоголя и свидетельствует о полностью сформировавшейся II стадии алкоголизма. Это положение было четко сформулировано С. Г. Жислиным в 1929 г.: «У каждого алкоголика рано или поздно наступает важнейший в алкогольной биографии момент возникновения абстинентных или похмельных явлений, отличительным признаком которых является то, что они могут быть устранены или смягчены лишь повторным введением известной дозы алкоголя».

Патогенез и клиника алкогольного абстинентного синдрома детально изучались на протяжении последних десятилетий. В зарубежной литературе на английском языке он описывается как «синдром отнятия» (withdrawal syndrome).

В английском языке термин «абстиненция» (abstinence) означает «воздержание», «трезвенность» и используется не в смысле «похмелья», а для обозначения воздержания от алкоголя после лечения.

Явление на первый взгляд парадоксальное: прием алкоголя, который раньше лишь утяжелял похмельные явления, начинает их облегчать и даже полностью купирует. Как показали работы отечественных и зарубежных авторов [Анохина И. П., Коган Б. М., 1974, 1975; Анохина И. П., 1975, 1976; Коган Б. М., Нечаев Н. В., 1980; Сытинский И. А., 1980; Морозов Г. В., Анохина И. П., 1981, 1983; Feuerlein W., 1979, и др.], это объясняется возникающим при алкоголизме нарушением обмена катехоламинов — медиатора дофамина и гормонов адреналина и норадреналина. Систематический прием алкоголя активизирует как выделение, так и разрушение дофамина, являющегося химическим предшественником норадреналина и адреналина в цепи их синтеза, и самих гормонов симпатико-адреналовой системы — адреналина и норадреналина.

От содержания катехоламинов в организме зависят клинические проявления опьянения: избыточным содержанием высвободившегося норадреналина в гипоталамусе и среднем мозге объясняется фаза психического и двигательного возбуждения в опьянении, а после снижения концентрации норадреналина наступает фаза психической и двигательной заторможенности [Морозов Г. В., Анохина И. П., 1983].

Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к дефициту дофамина и норадреналина, что вызывает снижение работоспособности, подавленное настроение, а поскольку прием алкоголя усиливает выброс катехоламинов, нормализует состояние и дает эйфоризирующий эффект, возникает постоянное или периодически возобновляемое первичное патологическое влечение к алкоголю, формирующееся, как говорилось выше, на стадии привычного пьянства и в I стадии алкоголизма. В зарубежной и отечественной литературе первичное патологическое влечение к алкоголю необоснованно называют «психической зависимостью от алкоголя», противопоставляя его вторичному влечению, называемому «физической зависимостью». Исследование нейрохимических механизмов формирования патологического влечения к алкоголю показывает, что такое разделение неправомерно — в основе того и другого лежат одни и те же нейрохимические процессы.

Повышение толерантности к алкоголю тоже в определенной степени связано с компенсаторным усилением синтеза катехоламинов, для разрушения которых требуются все большие дозы алкоголя [Морозов Г. В., Анохина И. П., 1983].

При формировании II стадии алкоголизма стимуляция синтеза катехоламинов приводит к постоянно повышенному их содержанию в крови — по данным И. П. Анохиной (1975, 1976), у больных алкоголизмом II стадии в первое время после прекращения пьянства вне абстиненции концентрация дофамина в крови на 48% выше нормы. Этим объясняется усиление первичного патологического влечения к алкоголю и его компульсивность. Особенно резко повышается содержание дофамина при алкогольном абстинентном синдроме — более чем вдвое, на 108—114% выше нормы. Этим можно объяснить нейровегетативные и психические нарушения в абстиненции у больных во II стадии алкоголизма и непреодолимую потребность в опохмелении — второй вариант вторичного патологического влечения к алкоголю. После опохмеления концентрация дофамина на некоторое время снижается и наступает облегчение, но алкоголь стимулирует его повышенный выброс, он вновь накапливается и требуется новая порция алкоголя.

Абстинентный синдром формируется, как правило, после 2—7 лет течения I стадии алкоголизма. В ряде случаев, особенно у подростков, при крайне интенсивной алкогольной интоксикации абстинентный синдром формируется значительно быстрее — в течение 1—1,5 лет. Это так называемое раннее похмелье. При малопрогредиентном течении алкоголизма абстинентный синдром может сформироваться через 7—10 лет злоупотребления алкоголем (позднее похмелье). На первых этапах формирования абстинентного синдрома, в течение первых 5—6 лет, когда нарастает толерантность к алкоголю и тяжелые алкогольные эксцессы чередуются с периодами потребления меньших доз алкоголя, абстинентные явления не столь тяжелые, проявляются соматовегетативными и неврологическими расстройствами [Гофман А. Г., Графова И. В. 1979; Крылов Е. Н. и др., 1984; Минутко В. Л., Лифшиц Н. А., Лозинский И. Н., 1984]. Продолжительность выраженных абстинентных явлений при этом не превышает 2—3 дней, затем они облегчаются.

В дальнейшем, когда толерантность достигает максимума, в абстиненции, кроме общего недомогания, сердцебиения, повышения артериального давления, резкой потливости, общего тремора, тошноты, иногда рвоты (не в опьянении, а именно в абстиненции), поноса, резко выраженных статокинетических нарушений присоединяются и заметные нервно-психические расстройства. Прежде всего это нарушения сна: тревожный сон, часто с кошмарными сновидениями, иллюзорными расстройствами, иногда гипнагогическими галлюцинациями вплоть до абсолютной бессонницы.

Подавленное настроение, чувство стыда, раскаяния, вины

могут формировать выраженные депрессивные состояния с суицидальными мыслями и тенденциями.

Наиболее тяжелые абстинентные явления сопровождаются судорожными припадками, элементарными галлюцинациями, особенно в ночное время на фоне абсолютной бессонницы, могут быть продромальной фазой алкогольного делирия.

Абстинентный синдром сопровождается выраженными и устойчивыми сдвигами биохимических показателей, электролитного баланса [Бокий И. В., Лапин И. П., 1976], нарушениями высшей нервной деятельности. Нормализация этих показателей наступает намного позже исчезновения клинических симптомов — через 2—6 нед.

В. С. Глебов, Н. Н. Попова (1986) с помощью структурно-динамического анализа I и II стадий алкоголизма выделили 3 «сквозных» синдрома на всем протяжении заболевания, начиная с I стадии. Помимо синдрома патологического влечения к алкоголю, выделены синдромы металкогольного токсикоза и системной алкогольной энцефало- и висцеропатии, которые возникают в I стадии, а при переходе во II стадию металкогольный токсикоз приобретает клинические признаки алкогольного абстинентного синдрома. Авторы выделяют токсическую, биохимическую и иммуноаллергическую составляющие металкогольного токсикоза, которые являются патогенетической основой начала формирования алкогольного абстинентного синдрома еще в I стадии заболевания.

Алкогольный абстинентный синдром, раз сформировавшись, неизбежно повторяется при возобновлении пьянства. Он еще больше, чем симптом утраты контроля, свидетельствует о необратимых изменениях реакции организма на алкоголь. Он не исчезает после лечения и многолетнего воздержания от алкоголя — при возобновлении злоупотребления алкоголем в прежних формах абстинентные явления выявляются в ближайшее время, наступает рецидив алкоголизма той же стадии, на которой началась ремиссия. В связи с этим тактика при лечении больных алкоголизмом должна быть однозначна: полное исключение спиртных напитков на всю дальнейшую жизнь.

Формы пьянства. В I стадии алкоголизма пьянство, как говорилось выше, непостоянное, в виде однодневных эксцессов, в значительной степени обусловленных внешними факторами, хотя бывают более длительные периоды непостоянного и даже постоянного, ежедневного пьянства, но без опохмеления. Во II стадии хронического алкоголизма выделяют 5 основных форм пьянства: однодневные эксцессы с опохмелением, непостоянное, постоянное, запойное и перемежающееся пьянство.

Однодневные эксцессы с опохмелением

возникают при формировании I—II стадии алкоголизма. В отличие от I стадии больные во II стадии алкоголизма после однодневного эксцесса опохмеляются, хотя и относительно небольшим количеством алкоголя. Однодневные эксцессы во II стадии алкоголизма обычно чередуются с другими формами пьянства и лишь в редких случаях представляют собой основную форму. По данным А. Л. Игонина, С. А. Овсепяна (1983), эта форма пьянства была основной лишь у 5 из 718 обследованных ими больных (0,7%).

Непостоянное пьянство с опохмелением[1]. При этой форме злоупотребления алкоголем в течение нескольких дней, реже 1—2 нед, ежедневно вечером употребляются опьяняющие количества спиртных напитков на фоне относительно невысокой толерантности. Похмельные явления относительно легкие, поэтому больной опохмеляется небольшим количеством алкоголя (кружка пива) или откладывает опохмеление до обеда (отставленное опохмеление). После протрезвления или опохмеления небольшим количеством алкоголя пьющий сравнительно трезв, сохраняет работоспособность. Периоды пьянства чередуются с периодами относительной трезвости, обусловленной служебной или семейной ситуацией, отсутствием средств для приобретения спиртных напитков и др. Периоды воздержания могут быть сравнительно длительными, число «трезвых» дней может быть таким же и даже больше, чем число дней пьянства. Непостоянное пьянство — благоприятная форма алкоголизма, характерная для переходной I—II стадии, при малопрогредиентном течении заболевания может продолжаться ряд лет.

Постоянное пьянство с опохмелением на фоне нарастающей или высокой толерантности. При этой форме употребление алкоголя ежедневное или почти ежедневное на протяжении ряда месяцев, а иногда и лет, употребляются опьяняющие количества спиртных напитков с утренним, дневным или вечерним опохмелением. «Трезвых» дней при этой форме пьянства значительно меньше, чем дней пьянства, а иногда их практически нет на протяжении нескольких месяцев и даже лет. Ежедневные количества спиртных напитков колеблются, могут увеличиваться в связи с нарастанием толерантности, останавливаются на

[1] В наших прежних работах (Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979, с. 20) эта форма потребления алкоголя называлась «перемежающимся пьянством», что не соответствовало этому термину в «Глоссарии стандартизованных психопатологических симптомов и синдромов для унифицированной оценки алкоголизма и алкогольных психозов» (Качаев А. К. и др. М., 1976). В связи с этим данная форма описывается как «непостоянное пьянство с опохмелением», а «перемежающееся пьянство» соответствует понятию, приведенному в Глоссарии.

«плато», достигающем 0,75—1,5 л водки или эквивалентного количества других спиртных напитков в течение дня. Наибольшее количество алкоголя приходится на вечер, опьянение глубокое, в ряде случаев с амнестическими и сопорозными явлениями. Однако для опохмеления нужны относительно небольшие количества алкоголя, так как абстинентный синдром выражен нерезко, могут сохраняться работоспособность, социальные и семейные связи. Суррогаты, как правило, не употребляются. Течение такого заболевания обычно умеренно прогредиентное.

Запойное пьянство представляет собой наиболее тяжелую форму алкогольных эксцессов и определяет злокачественное течение алкоголизма. По нашим данным [Энтин Г. М., 1972], у большинства больных алкоголизмом II стадии, находящихся на стационарном лечении, пьянство запойное.

В отечественной литературе [Качаев А. К. и др., 1976] употребляется термин «псевдозапои» применительно ко II стадии алкоголизма. «Псевдозапои» противопоставляются «истинным», или циклическим, запоям, возникающим в III стадии заболевания. Однако Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) отмечают, что крайние (полярные) варианты истинных запоев и «псевдозапоев» встречаются редко, обычно преобладают смешанные формы и альтернативная квалификация этих синдромов затруднена. Следует полагать, что термин «псевдозапой», или «ложный» запой, совершенно неправомерен, так как любая форма запойного пьянства есть запой. Все формы запойного пьянства обусловлены единым патогенетическим механизмом — повышенным выбросом в кровь катехоламинов с необходимостью их нейтрализации приемом алкоголя. Типы запоев — кратковременные или длительные во II стадии алкоголизма объясняются сохранением защитно-компенсаторных механизмов, а периодичность (цикличность) запоев в III стадии объясняется снижением толерантности и прорывом этих защитно-охранительных механизмов.

Клинически запой проявляется неодолимой потребностью в приеме нового, опьяняющего (именно опьяняющего) количества алкоголя, как только наступает протрезвление. Влечение к алкоголю при этом насильственное, безудержное. Во время запоя периоды протрезвления очень кратковременные, их достаточно только для того, чтобы раздобыть очередную порцию алкоголя. В связи с этим абстинентный синдром не успевает полностью развернуться — больной практически все время находится в состоянии более или менее выраженного опьянения либо неполного протрезвления.

В начале II стадии алкоголизма, когда толерантность еще не достигает максимума, запои бывают кратковременными

(2—3 дня, преимущественно в выходные, реже до 5—7 дней). Они возникают лишь после приема больших количеств спиртных напитков, чередуются с однодневными эксцессами и непостоянным пьянством с опохмеленнем. Кратковременные запои могут прерываться в связи с необходимостью идти на работу, при отсутствии денег на спиртное и по другим причинам. Абстинентный синдром по окончании кратковременного запоя выражен не столь сильно, после опохмеления небольшим количеством алкоголя запой прекращается на несколько дней — до следующей выпивки. Такую форму пьянства называют «ложными запоями», хотя, как говорилось выше, оснований к такому названию нет и правильнее их называть кратковременными запоями. Как разовые, так и суточные количества алкоголя при кратковременных запоях могут варьировать, длительность промежутков между запоями также может быть различной у одного и того же больного и зависит от внешних обстоятельств.

При дальнейшем нарастании толерантности, достижении ее максимума и переходе на «плато» длительность запоев возрастает до 1—3 нед и более, а перерывы сокращаются, т. е. намечается периодичность запоев. Запои возникают практически после каждого употребления спиртных напитков, однодневные эксцессы и непостоянное пьянство прекращаются. Во время запоя спиртные напитки употребляются в более или менее равномерных количествах, с разной частотой, нередко и ночью, в сутки 0,8—1,5 л водки, а в ряде случаев и больше (до 2—3 л). Влечение к алкоголю столь безудержное, что больные пропивают все свои деньги, продают за бесценок вещи, употребляют суррогаты (одеколон, политура и др.). К концу запоя намечается тенденция к снижению толерантности — количество алкоголя несколько снижается. В то же время усиливаются абстинентные явления, они не полностью купируются очередным приемом алкоголя. Больной пьет уже не для того, чтобы достичь эйфории, а лишь для облегчения тяжелых соматоневрологических и психических расстройств.

Абстинентный синдром после длительных запоев включает нарушение сна, сначала в форме относительной бессонницы, т. е. засыпание возможно только после приема относительно большого количества алкоголя, в состоянии опьянения. В конце запоя может наступить абсолютная бессонница, когда и после приема большого количества алкоголя наступает лишь поверхностный кратковременный сон с элементарными гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями в виде шумов, звонков, окликов, с устрашающими сновидениями, вестибулярными расстройствами (ощущение падения, проваливания). Часто возникают выраженные депрессивные состо-

яния, чувство тревоги, беспокойство, страх, больной испытывает раскаяние, виновность. При этом усиливаются соматовегетативные и статокинетические расстройства, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, диспепсические явления.

Если в конце запоя снижается переносимость алкоголя, то больной опохмеляется несколько раз в течение дня, но небольшими количествами спиртных напитков — «выхаживается». Несколько дней, реже 1—2 нед после выхода из запоя держится астеническое состояние, больной воздерживается от спиртного, даже испытывает отвращение к алкоголю. Воздержанию способствует и то, что больной знает об опасности первой рюмки, которая неизбежно приведет к запою, и стремится оттянуть время. Однако в ряде случаев первичное влечение к алкоголю становится компульсивным и возникает «цепная реакция»: первая рюмка, утрата контроля, большое количество алкоголя, глубокое опьянение, опохмеление опьяняющим количеством спиртного, новый запой.

Межзапойные периоды могут быть различной продолжительности (от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев) не только у разных больных, но и у одного и того же больного.

В ряде случаев в период запоя долго сохраняется относительно устойчивая толерантность к алкоголю, абстинентные явления при этом не нарастают, больные могут пить спиртное 3 раза в день, утром опохмеляться относительно небольшим количеством, после чего сохраняется работоспособность. Это форма, промежуточная между запойным и постоянным пьянством. Однако в отличие от постоянного пьянства через 1—3 мес у больного возникают астенодепрессивные состояния, одышка, боль в области сердца и другие соматовегетативные нарушения, заставляющие прекратить пьянство, как правило, на несколько недель, реже — месяцев, до следующего запоя.

Перемежающееся пьянство характерно для перехода II стадии алкоголизма в III стадию и связано с начинавшимся снижением толерантности, т. е. прорывом защитно-охранительных механизмов. На фоне постоянного пьянства с употреблением установившихся для данного больного количеств алкоголя с утренним опохмелением периодически на протяжении нескольких дней употребляются более высокие дозы спиртного, вызывающие соответственно более глубокое опьянение и по клинической картине соответствующие запойному пьянству. После нескольких дней такого интенсивного пьянства в связи с утяжелением абстинентных явлений, выраженными соматоневрологическими расстройствами больной либо возвращается к меньшим количествам алкоголя, либо

делает кратковременные перерывы в пьянстве. А. К. Качаев и соавт. (1976), Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) считают эту форму злоупотребления алкоголем переходной между постоянным пьянством II стадии алкоголизма и периодическими (циклическими) запоями III стадии.

Кроме перечисленных основных 5 форм злоупотребления алкоголем во II стадии алкоголизма, могут быть и другие варианты: переходные, смешанные формы, особенно при сочетании алкоголизма с психопатиями, сосудистыми и другими органическими заболеваниями головного мозга, при выраженных заболеваниях внутренних органов, при сочетании алкоголизма с психическими болезнями.

Изменения личности. Во II стадии алкоголизма личностные изменения, наметившиеся еще в периоде привычного пьянства и в I стадии, значительно усугубляются, в психическом облике больных алкоголизмом укрепляются черты нравственного огрубения. Б. С. Братусь (1974), предлагающий рассматривать психопатологические проявления алкогольной болезни в концепции патологического развития личности, связывает со злоупотреблением алкоголем утрату социальной направленности личности, разрушение ее нравственных норм, потерю индивидуальной продуктивности и способности к творческому труду. В. Б. Альтшулер (1983), обследовавший 349 больных алкоголизмом (217 мужчин и 132 женщины), выявил у большинства из них черты нравственных и эмоционально-волевых нарушений: сужение круга интересов (89,7%), эмоциональное огрубение (90,5%), эгоцентризм (79,9%), непостоянство и лживость (70,8%), ослабление чувства долга (84,5%), притупление родственных чувств (81,7%), некритическое отношение к своей болезни (69,9%). Интеллектуально-мнестические нарушения встречались значительно реже: ухудшение памяти — у 39,5%, интеллектуальное снижение — у 26,7%, т. е. эмоционально-волевые нарушения возникают гораздо раньше, чем интеллектуально-мнестические.

Свойственны большинству больных алкоголизмом и достаточно четко проявляются во II стадии заболевания лживость и бесцеремонность, эгоистичность и эгоцентризм, чрезвычайное упорство при изыскании средств для выпивки, игнорирование интересов семьи, близких людей, легкомыслие, переоценка своей личности, хвастовство, приписывание себе несуществующих заслуг. Больной алкоголизмом охотно берется за дело, которое ему заведомо не под силу, дает обещания, которые не сможет выполнить. Разоблаченный во лжи, он нисколько этим не смущается и продолжает лгать. Алкогольные изменения личности нередко сопровождаются грубым юмором — склонностью к плоским, часто пошлым шуткам,

имеющим целью унизить, оскорбить окружающих, подметить недостатки и грубо, бестактно их высмеять.

Во II стадии алкоголизма в той или иной степени выражены аффективные расстройства. И. Г. Ураков, М. Л. Рохлина (1983) выявили аффективные расстройства у 28,3% больных алкоголизмом — у 19,6% они укладывались в рамки психопатии и у 8,7% — в рамки невротических состояний. По данным зарубежных авторов, аффективные расстройства у больных алкоголизмом достаточно часты и встречаются у 35% больных первичным алкоголизмом [Cooney J. et al., 1979].

Аффективные расстройства у больных алкоголизмом непосредственно связаны с состояниями опьянения, абстиненции и воздержания и проявляются в выраженных колебаниях настроения. Беспричинная веселость, общительность, оптимизм в состоянии опьянения сменяются подавленностью, мрачностью, злобностью, гневливостью в состоянии абстиненции и при воздержании от алкоголя. В. А. Лавренко, Г. В. Шестакович, С. В. Рокутов (1985), И. Г. Ураков, М. Л. Рохлина, Е. А. Яскевич (1986) указывают на тенденцию к тревоге, замкнутости, эмоциональной лабильности, депрессиям в процессе формирования алкоголизма. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1983) подчеркивают, что депрессивный аффект при алкоголизме неустойчив и может быстро исчезать. Однако И. И. Лукомский (1972) описал алкогольное слабодушие и дисфории с приступами отчаяния, чувства безысходности вплоть до раптусов с суицидальными тенденциями и попытками, которые наиболее выражены в состоянии абстиненции после запоев.

Очень характерны и своеобразны нарушения волевой сферы во II стадии алкоголизма. Больные проявляют крайнюю настойчивость, изобретательность и изворотливость при изыскании средств на приобретение спиртных напитков. Они легко поддаются дурному влиянию, совершают неблаговидные поступки и даже преступления. Вполне понятно, что это объясняется стремлением реализации компульсивного влечения к алкоголю.

Первичное патологическое влечение к алкоголю сопровождается ослаблением волевых задержек в ситуациях, связанных с воздержанием от алкоголя. Несмотря на заверения и клятвы перестать пить, в которые больной сам искренне верит, в соответствующей ситуации он напивается, забыв о клятвах, и не чувствует стыда за свое поведение.

Интеллектуально-мнестическое снижение во II стадии алкоголизма выражено, как правило, незначительно и далеко не у всех больных, о чем свидетельствуют приведенные выше данные В. Б. Альтшулера (1983). Оно проявляется в ухуд-

шении внимания, истощаемости, некотором ослаблении памяти, преимущественно способности к запоминанию и приобретению новых навыков, при достаточном сохранении прежних запасов знаний. Отмечаются поверхностность суждений, значительное снижение критической оценки своей личности, поведения, положения в семье и на работе. Больной проявляет легкомыслие по отношению к своему здоровью, особенно снижена критика к злоупотреблению алкоголем. Во II стадии алкоголизма обычно нарушены и утрачены социальные и семейные связи, больные работают по сниженной квалификации и переходят на неквалифицированную работу, допускают асоциальное поведение, нарушения общественного порядка. По данным А. К. Качаева, И. Г. Уракова (1975), социальный статус снижен у 47% мужчин и 64,4% женщин, больных алкоголизмом, асоциальное поведение свойственно 54,5% мужчин и 81,7% женщин.

Социальная декомпенсация и глубина личностных изменений в значительной степени зависят и от преморбидных личностных особенностей, в первую очередь от аффективной патологии в анамнезе [Лавренова П. Н., 1980; Небаракова Т. П., 1984], органических поражений головного мозга [Калина О. М., 1980] и др.

У некоторых больных и во II стадии алкоголизма особенно при ее переходе в III стадию личностные изменения могут быть столь стойкими и выраженными, что ряд авторов [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1968; Виленский О. Г., 1972; Гирич Я. П., 1975] рассматривают их как псевдодементные состояния.

В отечественной литературе последних лет выделяются различные варианты изменений (заострений) личности во II стадии алкоголизма [Свинииников С. Г., 1969; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973; Братусь Б. С., 1974; Качаев А. К., Иванец Н. Н., Игонин А. Л. и др., 1976; Бурно М. Е., 1981; Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983; Кондрашенко В. Т., Скугаревский А. Ф., 1983, и др.]. Из всех выделенных типов чаще встречаются эксплозивный (психопатоподобный), неустойчивый, астенический и синтонный.

При эксплозивном типе изменений личности преобладают раздражение, недовольство, неприязнь, злобность, гневливость, приводящие в ряде случаев к агрессивным поступкам. Поведение больных напоминает поведение психопатических личностей из круга возбудимых (психопатоподобный вариант), в других случаях бывают вязкость аффекта, дисфории, прямолинейность, требовательность (эпилептоидный вариант). При неустойчивом типе отмечают нестойкость интересов и целей, неспособность к систематическому труду, стремление к веселому времяпрепровождению

в кругу собутыльников, повышенную внушаемость, подверженность антисоциальному влиянию. Астенический тип изменений личности отличают раздражительная слабость, проявляющаяся в раздражительности, возбудимости, обидчивости, склонности к бурным аффективным вспышкам. Больным свойственны истощаемость при умственных и физических нагрузках, переход от возбуждения к вялости, апатии, заторможенности. При синтоном типе преобладает беспричинно повышенное настроение с оптимизмом, самодовольством, хвастливостью. Больные излишне общительны, склонны к грубому юмору, но без стремления обидеть окружающих.

Другие типы заострения личности (дистимический, истерический, шизоидный) встречаются значительно реже [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983]. При переходе II стадии алкоголизма в III стадию заострение личности нивелируется и усиливается интеллектуально-мнестическое снижение.

Алкогольные психозы — наиболее тяжелое и опасное проявление алкоголизма. Психозы возникают во II и III стадиях заболевания, как правило, при запойном пьянстве. С. Г. Жислин (1965) указывал, что острые алкогольные психозы возникают при давности алкоголизма 5 лет и более (со времени сформировавшегося абстинентного синдрома), на фоне тяжелого алкогольного абстинентного синдрома, который сам по себе содержит элементы психотических состояний. В. М. Белоусова и соавт. (1983) рассматривают психотические варианты абстинентного синдрома — «пределириозные состояния» как неразвернутые, стертые алкогольные психозы. Это подтверждают данные Г. В. Морозова, И. П. Анохиной (1983), согласно которым при тяжелом абстинентном синдроме содержание дофамина крови возрастало на 114% выше нормы. Авторы рассматривают это как пределирий. В состоянии алкогольного делирия содержание дофамина превышало норму на 358%. Увеличение содержания дофамина в крови свидетельствует о качественно новом психопатологическом состоянии — алкогольном психозе. Следовательно, алкогольные психозы следует рассматривать как этап алкоголизма, на что указывают А. А. Портнов (1971), И. И. Лукомский (1974), А. Г. Гофман (1974) и др. Некоторые авторы называют алкогольные психозы «металкогольными» [Wyss R., 1967], подчеркивая этим их связь с последствиями алкогольной интоксикации.

Для II стадии алкоголизма характерны острые алкогольные психозы — алкогольный делирий, галлюциноз, реже встречаются острые алкогольные параноиды (острые бредовые психозы алкоголиков). Из затяжных и хронических алкогольных психозов наиболее типичен алкогольный бред ревности, реже возникают алкогольные энцефалопатии. Возможны так-

же атипичные острые, затяжные и хронические алкогольные психозы на измененной почве (травмы, сосудистые заболевания головного мозга и др.), психозы при вторичном алкоголизме. Основные клинические проявления алкогольных психозов излагаются в соответствующих разделах.

Диагностика II стадии алкоголизма не вызывает затруднений, так как клинические признаки выражены отчетливо и имеют достаточную давность.

В «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» 9-го пересмотра (рубрика 303.2) приводится следующее определение II стадии хронического алкоголизма: злоупотребление алкоголем с абстинентными состояниями, сопровождающимися соматовегетативными расстройствами, нарастающей или максимальной толерантностью к алкоголю, многодневным употреблением алкоголя в виде «псевдозапоев» или постоянного пьянства. Изменения личности, как правило, ограничиваются заострением преморбидных особенностей.

Наиболее существенным диагностическим признаком II стадии алкоголизма являются формирование и становление алкогольного абстинентного синдрома с потребностью в опохмелении. По этому признаку можно судить о моменте перехода I стадии алкоголизма во II стадию. Понятно, что переход от одной стадии к другой — процесс постепенный. Как правильно указывает А. А. Портнов (1962), больной не может лечь в постель в I стадии алкоголизма, а проснуться уже во II стадии. Переход между I и II, так же как и между II и III стадиями, длится, как правило, несколько лет, реже месяцев. Не полностью сформированный абстинентный синдром следует рассматривать как переходную, I—II стадию.

Главным критерием не полностью сформировавшегося алкогольного абстинентного синдрома является непостоянное опохмеление. Первичное патологическое влечение к алкоголю при этом может быть компульсивным, но вторичное патологическое влечение, особенно его второй вариант (влечение к опохмелению), может быть выражено значительно слабее. Толерантность может быть достаточно высокой, но продолжает нарастать, в переходной стадии она еще не достигает максимума. Амнестические формы опьянения с полной амнезией (в отличие от алкогольных палимпсестов в I стадии) уже есть, но бывают не после каждого алкогольного эксцесса. Очень важным диагностическим критерием переходной I—II стадии являются формы пьянства, тесно связанные с абстинентным синдромом: это однодневные эксцессы с опохмелением, непостоянное пьянство с опохмелением, постоянное пьянство на фоне нарастающей толерантности и кратковременные запои. В переходной I—II стадии может быть частич-

но сохранен ситуационный контроль потребления спиртных напитков, изменения личности выражены незначительно, в ряде случаев сохранены социальные и семейные связи. Алкогольные психозы в переходной I—II стадии возникают крайне редко, лишь под влиянием каких-либо дополнительных факторов (заболевание, травма, обстоятельства, способствующие интенсивной алкоголизации и т. п.). Диагноз переходной I—II стадии ставится, как правило, при относительно небольшой давности алкоголизма, так как полное формирование абстинентного синдрома занимает в большинстве случаев 1—2 года.

Продолжительность II стадии алкоголизма от ее полного формирования до перехода в III стадию 10—12 лет при прогредиентном течении алкоголизма. При лечении алкоголизма, длительных терапевтических ремиссиях продолжительность II стадии может увеличиваться до 15—20 лет. II стадия может не перейти в III стадию до конца жизни больного.

Хронический алкоголизм III (конечной) стадии

В III (конечной) стадии алкоголизма возникают качественно новые симптомы, определяемые выраженной токсической энцефалопатией, глубокими поражениями внутренних органов, обменных процессов, приводящих к ослаблению защитно-охранительных механизмов. Алкоголизм переходит в III стадию при давности 10—20 лет, но не обязательно у пожилых людей, средний возраст больных в этой стадии — 45 лет [Энтин Г. М., 1972].

В III стадии происходит дальнейшая трансформация основных симптомов алкоголизма, в первую очередь это снижение толерантности к алкоголю, изменяются и все другие симптомы и синдромы.

Первичное патологическое влечение к алкоголю значительно видоизменяется. Уменьшается его навязчивость, дискомфорт в периоды воздержания объясняется не столько ситуационными факторами, сколько аффективными расстройствами с депрессивной окраской настроения. В связи с полной утратой ситуационного контроля даже незначительная психическая травма может вызвать безудержное влечение к алкоголю, которое приводит к очередному алкогольному эксцессу.

Толерантность к алкоголю начинает снижаться в переходной II—III стадии, а в сформировавшейся III стадии она значительно снижена по сравнению с максимальной, бывшей во II стадии. Наиболее ранним признаком перехода II стадии в III является падение разовой толерантности, т. е. опьянение наступает от значительно меньшего количества алкоголя.

Однако в течение дня больной выпивает в несколько приемов еще достаточно много спиртного. В дальнейшем происходит снижение суточного количества алкоголя, больной переходит к более слабым напиткам, так как крепкие (водка) переносятся плохо. Снижение суточного количества на 50% и более по сравнению с максимальным свидетельствует о переходе алкоголизма в III стадию.

Снижение толерантности объясняется истощением защитно-охранительных механизмов за счет уменьшения активности алкогольдегидрогеназы и других ферментных систем, а также уменьшением устойчивости к алкоголю центральной нервной системы вследствие гибели значительного числа нейронов в коре и других отделах головного мозга (токсическая энцефалопатия) и снижения компенсаторных возможностей.

Одним из признаков перехода в III стадию алкоголизма является срыв защитно-охранительных механизмов, возникновение рвоты после алкогольных эксцессов, которой не было в I и II стадиях. При переходе II стадии в III рвота возникает лишь в конце запоя, после длительной и тяжелой интоксикации. При сформировавшейся III стадии рвота и другие диспепсические явления возникают после употребления относительно небольших количеств спиртных напитков, что заставляет больного употреблять алкоголь дробными дозами.

Сочетание снижения толерантности с рвотой после опьянения является существенным диагностическим признаком, свидетельствующим о переходе алкоголизма в III стадию, так как толерантность может снизиться в связи с присоединением тяжелых соматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и др.) и в более ранних стадиях алкоголизма, но при этом рвоты после выпивки нет.

Характер опьянения в III стадии алкоголизма тесно связан со снижением толерантности. Поскольку значительно уменьшено разовое количество алкоголя (не более 0,15—0,2 л водки или эквивалентного количества других спиртных напитков), не наступает столь тяжелого опьянения, как во II стадии. В опьянении, как правило, отсутствует или незначительно выражена эйфория, гораздо меньше расторможенность, злобность, агрессивность, поэтому поведение больного алкоголизмом становится более терпимым в общественных местах и дома. Он превращается из «буйного» в «тихого». Когда употребляются бо́льшие количества алкоголя, быстро наступают оглушение и сопорозные явления. В III стадии опьянение, даже после сравнительно небольших количеств алкоголя, может сопровождаться амнезией значительного периода.

Потеря количественного контроля в III стадии отмечается после самых небольших количеств алкоголя — рюмки водки

или вина, кружки пива. «Критическая доза», вызывающая насильственное, непреодолимое влечение, составлявшая в I и II стадиях 0,1—0,15 л водки или вина, в III стадии может снижаться до минимума. **Ситуационный контроль** в III стадии значительно снижен или отсутствует, что является следствием выраженной алкогольной деградации.

Алкогольный абстинентный синдром в III стадии возникает после приема относительно небольших количеств алкоголя, сопровождается более стойкими, чем во II стадии, соматовегетативными и соматическими расстройствами, общим тягостным состоянием и непреодолимым влечением к опохмелению для облегчения состояния (второй вариант вторичного патологического влечения к алкоголю). Тревога, беспокойство выражены незначительно. И. Н. Пятницкая (1968) объясняет это истощением адреналовой (эрготропной) системы в III стадии алкоголизма, с чем связаны также брадикардия, склонность к коллаптоидным состояниям в абстиненции.

В III стадии алкоголизма одноразовые количества алкоголя сравнительно небольшие. Несмотря на это, через несколько часов возникают явления абстиненции с насильственным влечением к опохмелению. Для постороннего наблюдателя опьянение у больного в III стадии менее заметно — он пассивен, ощущает комфорт, зато в абстиненции больной крайне активен, беспокоен, дрожащей рукой тянется за спиртным, попрошайничает, унижается, но бывает и агрессивен при стремлении добыть средства на опохмеление, употребляет любые алкогольсодержащие жидкости (одеколон, резоль, политура и др.).

Если во II стадии алкоголизма абстинентный синдром может быть выражен нерезко, то в III стадии он является постоянным и наиболее ярким клиническим признаком.

Формы пьянства. Для переходной II—III стадии характерно, как говорилось выше, перемежающееся пьянство, свидетельствующее о начавшемся снижении толерантности к алкоголю. В дальнейшем формируется либо постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности, либо наиболее характерные для III стадии циклические (периодические) запои.

Постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности — употребление в течение дня с интервалами 2—4 ч дробных порций алкоголя (не более 0,1—0,15 л водки или вина). Больной постоянно находится в состоянии легкого или среднего опьянения. Для купирования абстинентных явлений он пьет не только днем, но и ночью, запасаясь спиртным впрок. Вынужденный перерыв в приеме спиртных напитков даже на несколько часов вызывает тягостные соматовегетативные и неврологические расстройства

(особенно выражен тремор), снимаемые очередным приемом алкоголя. Постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности в такой форме продолжается многие месяцы и даже годы. При этом не возникают диспепсические явления, а суточная толерантность остается на уровне 0,5—0,6 л водки или эквивалентного количества вина. Больные при этом могут работать по своей специальности или перебиваются случайными заработками.

Запойное пьянство в III стадии алкоголизма протекает в форме периодических или циклических запоев, являющихся наиболее характерными клинически очерченными признаками III стадии заболевания.

В первые дни циклического запоя больные употребляют дробными порциями сравнительно большие количества спиртных напитков — до 1 л водки или вина. Эти количества вызывают достаточно тяжелое опьянение с возбуждением, антисоциальным поведением, часто с глубокой амнезией, сопорозным состоянием. После 3—5 дней такого пьянства толерантность значительно снижается, для купирования абстинентных явлений больные вынуждены через каждые 1,5—3 ч выпивать немного алкоголя (0,05—0,1 л водки или вина). Запой сопровождается резкими соматовегетативными нарушениями, анорексией (больной ничего не ест во время запоя), выраженными диспепсическими явлениями (рвота, понос), расстройством деятельности сердечно-сосудистой системы. Если больной не может достать спиртное для опохмеления, у него в ряде случаев возникает страх смерти, он умоляет окружающих «дать хоть глоточек спиртного, чтобы поправиться». На 7—8-й день запоя больной не может переносить даже небольших количеств спиртного. Он не ест, лишь пьет воду, возникают повторная рвота, гипертонические кризы или преколлаптоидные состояния. Постепенно состояние улучшается, он «выхаживается». Раньше такую форму запойного пьянства называли «послабляющими запоями». После окончания запоя больной некоторое время воздерживается от спиртных напитков, даже испытывает к ним отвращение. Однако после нескольких дней, недель или месяцев воздержания вновь возникает первичное влечение к алкоголю, а первая же выпитая рюмка приводит к возникновению вторичного влечения и новому запою.

В отечественной литературе прежних лет был принят термин «дипсомания» для обозначения самостоятельной формы заболевания. Под дипсоманией подразумевалось периодическое приступообразное пьянство, внезапно возникающее в связи с аффективным расстройством и непреодолимым влечением к алкоголю. Запой внезапно начинался и так же внезапно обрывался. Периоды между запоями, достаточно дли-

тельные, до нескольких месяцев, сопровождались отвращением к алкоголю. В настоящее время термин «дипсомания» в таком понимании практически утратил свое значение, хотя он еще упоминается в МКБ 9-го пересмотра (рубрика 303.4, с. 53).

По данным И. В. Стрельчука (1973), подобные формы встречаются лишь у 0,5—0,6% стационарных больных, преимущественно при сочетании алкоголизма с эпилепсией, сосудистыми заболеваниями головного мозга и другими психическими заболеваниями, сопровождающимися аффективными расстройствами.

По нашему мнению, нет оснований разделять запойное пьянство на «псевдозапои» или «псевдодипсоманию» и истинные запои. При этом подразумевают, что «псевдозапой» начинается не вследствие спонтанного безудержного влечения к алкоголю, а после ситуационного употребления спиртных напитков с потерей контроля, опьянением, возникновением абстинентного синдрома, опохмелением и продолжением пьянства, что характерно для II стадии алкоголизма. Под «истинным запоем» понимают возникновение влечения к алкоголю без внешнего повода и считают, что «истинное» запойное пьянство характерно для III стадии алкоголизма.

Нет оснований для противопоставления механизмов «псевдозапоев» во II стадии и «истинных запоев» в III стадии. Различие заключается в динамике и прекращении запоя. Нарастающая интолерантность и непереносимость алкоголя при запоях в III стадии обусловливают периодический (циклический) характер запоев. Неправомерно использовать термины «псевдозапои» и «истинные запои», потому что все запои — истинные.

Следует разделять запои на кратковременные или длительные во II стадии и периодические (циклические) в III стадии алкоголизма.

Алкогольная деградация личности. В III стадии алкоголизма наступает более или менее выраженная социальная, физическая и психическая деградация личности. Наиболее существенным признаком социальной деградации личности является снижение, а в дальнейшем и утрата способности к производительному труду, снижение и утрата приобретенных ранее профессиональных знаний и навыков. При постоянном, а тем более запойном пьянстве в III стадии алкоголизма больной лишается возможности производительно трудиться, соблюдать установленный порядок работы, трудовую дисциплину, он часто меняет место работы, профессионально снижается, выполняет малоквалифицированную случайную работу, стремится вообще не работать, вести паразитический образ жизни за счет родных и близких. Больные алкоголиз-

мом III стадии утрачивают семейные связи, превращаются в тяжелое бремя для окружающих.

Физическая деградация зависит от выраженности соматических органических заболеваний, что подробнее освещено в разделе о лечении сочетаний алкоголизма с заболеваниями внутренних органов.

Психическая деградация в III стадии алкоголизма определяется длительным токсическим действием алкоголя и продуктов его метаболизма на головной мозг и развивающейся в связи с этим хронической алкогольной энцефалопатией [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973]. Заострения преморбидных особенностей личности, наиболее рельефно проявляющиеся во II стадии, при переходе в III стадию нивелируются, перекрываются симптомами алкогольной деградации личности.

Множество вариантов алкогольной деградации личности при отсутствии единства мнений по данному вопросу наиболее целесообразно объединить в 3 основных типа: алкогольно-психопатоподобный, органически-сосудистый и смешанный, включающий элементы первых двух [Энтин Г. М., 1979].

Деградация по алкогольно-психопатоподобному типу — это утрата морально-этических норм поведения, проявляющаяся в лживости, хвастливости, грубом алкогольном юморе, переоценке своей личности и своих возможностей, полной некритичности к своему пьянству в сочетании с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, недержанием аффекта, гневливостью с элементами агрессивности и вне опьянения, быстрым переходом от эйфоричности к субдепрессивным состояниям.

У этих больных мнестико-интеллектуальные нарушения выражены незначительно, долго могут сохраняться запасы прежних знаний и профессиональные навыки. Однако эти возможности, как правило, не реализуются, так как больные либо активно уклоняются от труда, склонны вести паразитический образ жизни, либо конфликтуют на работе из-за систематических нарушений трудовой дисциплины или особенностей своего поведения.

Эти лица не имеют установки на прекращение употребления спиртного и на противоалкогольное лечение, попав в наркологический стационар, они активно уклоняются от лечения, хотят лишь «подкрепиться» после длительных алкогольных эксцессов, нередко нарушают режим отделения и отрицательно влияют на других больных. Большая социальная опасность таких деградировавших лиц заключается в том, что они активно стремятся втянуть в пьянство окружающих, в том числе молодежь, подростков, ревниво относятся к своим бывшим собутыльникам, воздерживающимся от алкоголя после

лечения, стремятся склонить их к возобновлению пьянства.

Эти больные должны находиться под особым наблюдением, к ним в первую очередь следует применять меры принудительного лечения в лечебно-трудовых профилакториях, а при противопоказаниях по состоянию здоровья или по возрасту — в специальных отделениях для принудительного лечения больных алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Деградация по органически-сосудистому типу. При этом типе алкогольной деградации на первый план выступает мнестико-интеллектуальное снижение, проявляющееся в ухудшении памяти и внимания, апатичности, повышенной умственной и физической утомляемости, значительном снижении трудоспособности. Наряду с этим имеются расстройства сна, депрессивный фон настроения, слабодушие. Более резко органически-сосудистый тип деградации выражен у больных при сочетании алкоголизма с сосудистыми, травматическими и другими органическими заболеваниями головного мозга.

Для больных с деградацией по органически-сосудистому типу характерны депрессивные состояния с суицидальными тенденциями, возникающими в абстиненции. В отличие от больных с деградацией по алкогольно-психопатоподобному типу, у которых суицидальные попытки имеют демонстративно-истерический оттенок (нанесение себе поверхностных ранений и др.), больные с деградацией по органически-сосудистому типу могут совершать реальные суициды.

Крайними формами алкогольной деградации по органическому типу являются псевдопаралитический и псевдотуморозный синдромы. При псевдопаралитическом синдроме на первый план выступают благодушие, болтливость, хвастовство при полной утрате критического отношения к своему состоянию. Реже встречается псевдотуморозный синдром, возникающий при сочетании алкоголизма с тяжелыми формами травматической энцефалопатии, атеросклероза сосудов головного мозга и с другими органическими заболеваниями головного мозга. Этот синдром проявляется апатичностью, эмоциональной тупостью, доходящей до такой выраженности, что больной производит впечатление находящегося в состоянии оглушения.

Больные с явлениями деградации по органически-сосудистому типу не столь тяжелы в быту, как больные с деградацией по алкогольно-психопатоподобному типу, они охотно обращаются за медицинской помощью, госпитализируются в наркологические отделения и не сопротивляются противоалкогольному лечению. Однако лечение активными методами им, как правило, противопоказано из-за сопутствующих забо-

леваний, а в связи с ослаблением воли и колебаниями настроения трудно рассчитывать на длительную ремиссию.

Деградация по смешанному типу. Чаще встречаются не крайние формы алкогольной деградации, а смешанные, включающие как интеллектуально-мнестические нарушения, связанные с повреждающим действием алкоголя, так и эмоционально-волевые [Братусь Б. С., 1974; Альтшулер В. Б., 1983].

Как правило, на более ранних этапах заболевания преобладают эмоционально-волевые нарушения по алкогольно-психопатоподобному типу, в дальнейшем мнестико-интеллектуальное снижение вытесняет психопатоподобные изменения личности и на первый план выступают признаки органически-сосудистой деградации.

Кроме типа алкогольной деградации, для объективной оценки личности больного необходимо различать глубину изменений личности и степень деградации. Начальные изменения личности больных алкоголизмом, проявляющиеся в нерезком снижении интеллектуальных возможностей, нарушениях морально-этических норм поведения, огрубении личности при сохранении профессиональных навыков и способности к адаптации характерны для начала II стадии алкоголизма.

При утяжелении перечисленных признаков и снижении способности к адаптации, характерных для выраженной II и переходной II—III стадий, можно диагностировать парциальную деменцию [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Диковский А. Н., 1971]. При выраженной алкогольной деградации в III стадии алкоголизма нарушаются адаптационные возможности и стойко утрачивается трудоспособность.

Алкогольные психозы. Острые алкогольные психозы (делирии, галлюцинозы и параноиды) чаще возникают в переходной II—III стадии, когда еще сохраняется относительно высокая толерантность к алкоголю и пьянство перемежающееся, с длительными запоями. В этом периоде могут возникать и такие тяжелые состояния, как корсаковский амнестический психоз, алкогольная энцефалопатия Гайе — Вернике, различные атипичные психозы с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, которые встречаются и во II стадии.

В III стадии алкоголизма, при выраженной деградации личности, нередко возникают затяжные и хронические алкогольные психозы, в том числе бредовые.

Диагностика III стадии алкоголизма. Существенным объективным признаком перехода алкоголизма из II стадии в III является снижение толерантности к алкоголю, не связанное непосредственно с непереносимостью спиртных напитков из-за присоединившихся к алкоголизму заболеваний. Снижение толерантности на 30—50% максимальной следует рассмат-

ривать как переходную стадию (II—III), а снижение на 50% и более — как III стадию алкоголизма. Для диагностики сформировавшейся III стадии следует учитывать такие признаки, как потеря количественного контроля после потребления минимальных количеств спиртных напитков, возникновение рвоты не только в абстиненции, но и в опьянении (срыв защитно-охранительных механизмов), резко выраженный соматовегетативный компонент абстинентного синдрома с тяжелыми общесоматическими явлениями и непреодолимой потребностью в опохмелении для облегчения состояния (второй вариант вторичного патологического влечения к алкоголю, или так называемая физическая зависимость от алкоголя), перемежающееся или постоянное пьянство на фоне снижающейся толерантности (II—III стадия), постоянное потребление дробных количеств алкоголя на фоне сниженной толерантности и в форме циклических запоев (III стадия), умеренные (II—III стадия) или выраженные (III стадия) явления деградации личности.

Как II—III, так и III стадия алкоголизма шифруется по МКБ 9-го пересмотра по рубрике 303.3: злоупотребление алкоголем с абстинентными состояниями, сопровождающимися соматоневрологическими и психическими расстройствами, циклическими запоями с возникновением непереносимости алкоголя к концу запоя, постоянным потреблением алкоголя дробными дозами со сниженной толерантностью, алкогольной деградацией личности.

Больных алкоголизмом в III стадии, как состоящих на учете, так и поступающих на стационарное лечение, в последние годы стало меньше. Если раньше больных во II—III и III стадиях было около 20%, то в последние годы их 10—12%. Это можно объяснить более ранним обращением больных алкоголизмом в наркологические учреждения и более активным лечением больных, большинство которых как бы фиксируется во II стадии и болезнь не переходит в III стадию.

Длительность III стадии можно определить лишь по косвенным показателям. Следует учитывать, что относительно велика и смертность больных алкоголизмом III стадии, как правило, они умирают от сопутствующих заболеваний. Определенная часть больных алкоголизмом III стадии из-за непереносимости алкоголя, связанной с сопутствующими заболеваниями, полностью или почти полностью прекращают употреблять спиртные напитки. Это дало основание L. Drew (1968) считать алкоголизм «спонтанно исчезающей болезнью». Вообще, если до возникновения III стадии алкоголизма проходит 12—15 лет (I и II стадии), то на III стадию приходится 5—6 лет, и больной алкоголизмом состоит на учете в общей сложности около 20 лет [Портнов А. А., 1962].

Методы лабораторной диагностики алкоголизма

Клиническая диагностика алкоголизма не представляет затруднений, если больной сам обратился к врачу, дает о себе достаточно подробные сведения, тем более если они подкреплены объективными данными родственников и других знающих больного людей. Однако в ряде случаев больные приуменьшают или даже полностью отрицают злоупотребление алкоголем и нет сведений, достоверно подтверждающих пьянство больных. Это прежде всего относится к больным алкоголизмом, направляемым на экспертизу для применения принудительного лечения в лечебно-трудовых профилакториях или в местах лишения свободы, для установления диагноза хронического алкоголизма в ряде спорных случаев, для подтверждения ремиссии при снятии с наркологического учета. В этих случаях объективная диагностика с помощью лабораторных методов обследования больного становится весьма существенным подспорьем.

Более того, лабораторная диагностика может помочь преодолеть отрицание больным алкоголизма и отказ от противоалкогольного лечения. Разработка и внедрение объективных и доступных для использования в практической работе методов лабораторной диагностики алкоголизма значительно повышают эффективность противоалкогольных мероприятий.

Наиболее достоверным биохимическим тестом, позволяющим идентифицировать алкоголизм, является исследование в сыворотке крови активности ферментов трансаминаз [Панченко Л. Ф., Яковченко В. Я., 1983; Рихтер Г., Никель Б., 1986; Schuckit M. A., Griffits J. C., 1982; Kristenson H. et al., 1982; Timsit J. P., 1983; Nalpas B. et al., 1986].

И. Н. Пятницкая и сотр. разработали объективный биохимический метод диагностики алкоголизма, основанный на определении в сыворотке крови трех ферментов — γ-глутамилтрансферазы (ГГТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) [Пятницкая И. Н. и др., 1984; Пятницкая И. Н., Чернобровкина П. В., Горюшкин И. И., 1984, 1985].

По мнению авторов, обнаруженное при одноразовом обследовании увеличение активности ГГТ в сыворотке крови человека, не страдающего заболеваниями внутренних органов, может свидетельствовать об алкоголизме I стадии, а сочетание более выраженного повышения активности ГГТ с повышением активности АСТ и АЛТ — об алкоголизме II стадии.

Для уточнения диагноза необходимы повторные исследования этих ферментов с интервалами 2—3 дня (всего 3—4 исследования). При этом у лиц, не страдающих алкоголизмом, содержание ферментов оказывается стабильным: если

оно повышено в результате заболеваний печени и других органов, то остается повышенным и при повторных обследованиях. У больных алкоголизмом имеются значительные колебания содержания ГГТ и АСТ в сыворотке крови, так как их уровень повышается в состоянии алкогольной интоксикации, достигает максимума в абстиненции, снижается в периоды воздержания от алкоголя. У непьющих людей, как здоровых, так и больных, этих колебаний не наблюдается, поэтому колебания содержания ферментов в сыворотке крови свидетельствует о продолжающемся пьянстве. При длительном воздержании от алкоголя (более 3 мес) активность ГГТ и АСТ постепенно снижается.

Для практической лабораторной диагностики алкоголизма в биохимической лаборатории, проводящей эти исследования, вырабатывается средняя арифметическая величина содержания соответствующих ферментов, рассчитанная по показателям контрольной группы здоровых лиц. Ее выражают в международных единицах активности на 1 л крови и обозначают буквой М.

По данным И. Н. Пятницкой и соавт. (1984), умеренное увеличение активности сывороточной ГГТ (до 1,6 М), снижающееся при воздержании от алкоголя (до 0,2 М), при уровнях активности АСТ (0,4—1,5 М) и АЛТ (0,3—1,9 М) в пределах нормы свидетельствует о преклинических (донозологических) стадиях алкоголизма — привычном пьянстве или формирующейся I стадии алкоголизма.

Дальнейшее увеличение активности ГГТ (1,7 М и более) и колебания ее активности более 0,6 М при повторных исследованиях с АСТ (0,6—1,8 М) и АЛТ (0,7—1,9 М) в пределах нормы позволяют диагностировать алкоголизм I стадии.

Резкое увеличение активности ГГТ (выше 2,4 М), АСТ (выше 1,6 М) хотя бы в одной из трех проб, колебания активности этих ферментов 0,6 М и более при незначительном повышении активности АЛТ (0,9—2,2 М) указывают на алкоголизм II стадии.

В III стадии алкоголизма активность ГГТ и АСТ может быть как повышена, так и в пределах нормы и даже снижена, что является следствием глубоких нарушений функции печени. Это необходимо иметь в виду при сопоставлении с клиническими данными.

Простой способ лабораторной диагностики алкоголизма разработали А. Е. Коваленко, А. И. Белкин и соавт. (1985). Обследуемому дают этиловый спирт в дозе приблизительно 0,4 г/кг (человеку массой 70 кг 80 мл 40 % водки) и через 2—8 ч определяют содержание метилового спирта в крови. Алкоголизм диагностируется при его содержании более 0,01 г/л.

Предложено множество других методов лабораторной ди-

агностики алкоголизма, например выявление нарушения гемостаза. Типичным признаком регулярного употребления алкоголя служит макроцитоз [Шапиро Ю. Л., 1959; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986] с признаками макроцитарной анемии или без нее в результате дефицита фолиевой кислоты у больных алкоголизмом. Т. А. Наумова, В. С. Глебов (1984) считают диагностическим критерием алкоголизма тромбоцитопению во время интоксикации и в первые дни абстиненции с переходом в реактивный тромбоцитоз на 11—12-й день абстиненции.

Более сложными являются методы радионуклидной гепатографии [Колупаев Г. П. и др., 1980, 1981], определения активности альдегиддегидрогеназы [Кершенгольц Б. М., Серкина Е. В., 1980], определения содержания катехоламинов [Анохина И. П., 1982, 1983], условнорефлекторной лейкоцитарной реакции [Слабунов О. С., Софроньева Н. М., 1985] и др.

Типы течения, исход, прогноз алкоголизма

Тип течения алкоголизма в значительной мере определяют его клинические закономерности, эффективность лечебных и профилактических мероприятий. Рассматривая алкоголизм как прогредиентный процесс, следует учитывать на каждом этапе заболевания динамику основных симптомов и синдромов, определяющих тип течения. На различных этапах заболевания течение алкоголизма может существенно меняться под влиянием различных факторов — социально-семейных отношений, сопутствующих заболеваний, а также лечебно-профилактических мероприятий. Для определения типа течения алкоголизма на момент обследования больного необходимо учитывать динамику заболевания на протяжении не менее 2—3 последних лет.

Как для хронического заболевания для алкоголизма целесообразно выделить 4 основных типа течения: 1) прогредиентный; 2) стационарный; 3) ремиттирующий; 4) регредиентный [Энтин Г. М., 1972, 1975, 1979, 1983].

Прогредиентный тип течения преобладает у состоящих на учете больных. Злоупотребление алкоголем практически не прекращается на протяжении ряда лет, лечение оказывается мало эффективным, воздержание от алкоголя после лечения не превышает в среднем 6 мес, и, что самое существенное, продолжается прогрессирование основных симптомов алкоголизма, переход заболевания в последующие стадии. Д. Д. Еникеева (1984) называет такой тип течения безремиссионным. По данным Н. В. Удинцевой-Поповой (1966), прогредиентный тип течения алкоголизма наблюдается у 64% больных, Г. М. Энтина (1979) — у 56,3%. А. К. Качаев,

И. Г. Ураков (1975), А. Г. Гофман (1985), Е. Р. Петушков (1985) также считают, что прогредиентный тип течения алкоголизма наблюдается у большинства больных.

По темпу прогрессирования симптомов алкоголизма и по выраженности клинических проявлений можно различать злокачественно или высокопрогредиентный, прогредиентный с быстрым течением и умеренный или малопрогредиентный типы алкоголизма.

При злокачественно-прогредиентном течении алкоголизма II стадия заболевания формируется не более чем через 6 лет от начала злоупотребления алкоголем [Ураков И. Г., Качаев А. К., 1976], проявляется длительными запоями с короткими перерывами или постоянным пьянством с высокой толерантностью — до 1 л водки в день и более, употреблением суррогатов. Пьянство сопровождается тяжелым опьянением в ряде случаев с неконтролируемым поведением, агрессивностью, амнезиями, сопором. Первичное патологическое влечение к алкоголю безудержное, с полной утратой количественного и ситуационного контроля. Поведение больного подчинено одной цели — приобретению спиртных напитков. Быстро прогрессируют осложняющие алкоголизм заболевания внутренних органов и нервной системы. Спонтанные ремиссии отсутствуют, а терапевтические не превышают 3—6 мес. При злокачественно-прогредиентном типе течения алкоголизма наиболее часты алкогольные психозы, быстро нарастает деградация личности, чаще по алкогольно-психопатоподобному типу, утрачиваются социальные и семейные связи. При таком типе течения алкоголизма больные нередко умирают от причин, непосредственно связанных с пьянством (отравления алкоголем или суррогатами, транспортный травматизм или другие несчастные случаи и пр.).

По данным Н. Н. Иванца (1985), злокачественно-прогредиентное течение алкоголизма свойственно больным с истеровозбудимыми чертами характера в преморбиде. С. З. Пащенков (1974) выявил такой тип течения алкоголизма у больных, имеющих семейную отягощенность алкоголизмом и рано начавших злоупотреблять алкоголем. Однако А. И. Кузнецов, И. Г. Ураков (1971) установили, что и при позднем начале злоупотребления алкоголем, но большой интенсивности пьянства течение алкоголизма также злокачественно-прогредиентное из-за возрастных изменений реактивности организма.

По нашим данным [Энтин Г. М., Кузнецов О. Н., Лавренова П. Н., 1980], прогредиентность и злокачественность течения алкоголизма возрастают при депрессивных состояниях и у преморбидно психопатических личностей. Однако и при неосложненных формах заболевания в ряде случаев имеется злокачественное течение алкоголизма, определяемое преиму-

щественно социально-бытовыми факторами [Тихонов В. Н., 1980].

При прогредиентном алкоголизме с быстрым течением II стадия формируется также в среднем через 6 лет после начала злоупотребления алкоголем. Однако течение алкоголизма менее злокачественное, не столь резко выражены социальное снижение и деградация личности, более длительны межзапойные периоды и терапевтические ремиссии, сравнительно редки алкогольные психозы. Такой тип течения характерен для алкоголизма при злоупотреблении крепленными винами [Наку А. Г., Кирьяк В. А., Наку А. А., 1984]. Хотя он формируется медленнее, его течение также неблагоприятное.

При прогредиентном алкоголизме с медленным течением II стадия формируется также относительно быстро, за 6—8 лет, но течение заболевания, хотя постоянно прогрессирующее, все же относительно доброкачественное — длительно сохраняются семейные и социальные связи, нет значительного профессионального снижения, пьянство непостоянное с опохмелением, постоянное на фоне умеренно повышенной толерантности или кратковременные запои с относительно длительными межзапойными периодами (несколько недель и даже месяцев), более длительны терапевтические ремиссии (до 6 мес, иногда дольше), бывают спонтанные ремиссии. Алкогольные психозы встречаются крайне редко. Н. Н. Иванец (1985) указывает, что такой сравнительно благоприятный тип течения алкоголизма свойствен лицам со стеническими чертами характера в преморбиде.

У больных, находящихся в стационаре, преобладает злокачественно-прогредиентные формы алкоголизма. Так, Е. Р. Петушков (1985) среди 918 больных алкоголизмом выявил у 72,8% высокопрогредиентное течение, умеренно-прогредиентное — у 24,6 % и малопрогредиентное — лишь у 2,6 %.

Стационарное течение алкоголизма отличается от медленно-прогредиентного тем, что II стадия формируется долго (10—15 лет и более), 2—3 года и более нет заметного прогрессирования симптомов, сохраняются профессиональная работоспособность, социальные и семейные связи. Пьянство сравнительно умеренное, алкогольных психозов, как правило, не бывает. Однако спонтанные и терапевтические ремиссии столь же непродолжительны, как и при прогредиентном алкоголизме с медленным течением. Д. Д. Еникеева (1985) называет данный тип течения алкоголизма малопрогредиентным и рассматривает его как самостоятельную форму заболевания, при которой характерны большая давность и незначительная прогредиентность. Больные при стационарном (малопрогредиентном) течении алкоголизма в значительном числе случаев не обращаются за наркологической помощью на про-

тяжении многих лет и десятилетий. Среди состоящих на учете и особенно среди находящихся в стационаре таких больных немного: по нашим данным [Энтин Г. М., 1979], лишь 7,4%.

Ремиттирующее течение алкоголизма сопровождается сравнительно длительными ремиссиями — от 6 мес до года и более. Ремиссии как терапевтические, так и спонтанные. Однако при ремиттирующем течении алкоголизма в отличие от регредиентного не наблюдается обратного развития алкогольной симптоматики в период ремиссии, а при рецидивах, в ряде случаев достаточно длительных, возобновляются основные симптомы алкоголизма, бывшие до лечения. Ремиттирующее течение алкоголизма относительно благоприятное, во многом зависит от активности лечебно-профилактических и общесоциальных противоалкогольных мероприятий. В благоприятных случаях, когда ремиссии длительные и рецидивы кратковременные, ремиттирующее течение сменяется регредиентным. Однако не исключен обратный переход ремиттирующего течения в стационарное и даже в прогредиентное.

Регредиентное течение алкоголизма наиболее благоприятное, является результатом эффективных лечебно-профилактических мероприятий. Терапевтические или спонтанные ремиссии длительные (не менее года), в это время происходит обратное развитие алкогольной симптоматики. При кратковременных рецидивах, во время которых алкогольная симптоматика не достигает остроты, бывшей до ремиссии, регредиентное течение можно рассматривать как этап ремиттирующего [Еникеева Д. Д., 1985]. Отсутствие рецидивов на протяжении 3 лет и более рассматривается как условное выздоровление, больных снимают с наркологического учета.

При регредиентном течении алкоголизма возможны и длительные спонтанные ремиссии [Анохин Ю. А., Путникова Г. И., 1980; Кузнецов О. Н., Александрова Н. В., 1981; Tuchfeld B. S., 1981]. Возникновению спонтанных ремиссий способствуют особенности личностного склада, ухудшение состояния здоровья, препятствующее пьянству, либо активное воздействие семьи, создавшаяся семейная ситуация.

При регредиентном течении алкоголизма восстанавливаются социальные и семейные связи, нивелируются алкогольные изменения личности и поведения. Таким образом, практически полностью восстанавливается психическое здоровье, значительно улучшается физическое состояние, так как прекращается токсическое действие алкоголя и больные следят за своим здоровьем, обращаются к врачам соответствующих специальностей, чего не было в периоды пьянства. Однако сохранение патогенетических механизмов, обусловливающих готовность к рецидивам в случае употребления спиртных на-

питков, заставляет считать это состояние длительной ремиссией, а не выздоровлением.

Исходы заболевания и прогноз при алкоголизме. Без лечения и соответствующего социального воздействия, направленного на пресечение дальнейшего пьянства, прогноз при алкоголизме неблагоприятный. Предоставленный самому себе и имеющий возможность приобретать спиртные напитки, больной алкоголизмом продолжает злоупотреблять алкоголем до смерти или возникновения непереносимости алкоголя вследствие присоединения заболеваний, вызывающих непереносимость или приводящих к исчезновению эйфоризирующего эффекта алкоголя. Однако в ряде случаев больные алкоголизмом, перенесшие тяжелый инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения с гемипарезом и расстройствами речи, острые панкреатиты, страдающие циррозом печени, тяжелыми формами бронхиальной астмы, больные активным туберкулезом легких, другими тяжелыми заболеваниями, а также лица весьма пожилого возраста (65—70 лет) продолжают злоупотреблять алкоголем. У части из них сохраняются достаточно высокая толерантность к алкоголю и эйфоризирующий эффект [Энтин Г. М., 1962, 1970, 1972, 1979, 1985].

Высокая смертность больных алкоголизмом приводится в ряде современных работ отечественных и зарубежных авторов [Благонравов Ю. И., Ярославцев С. А., 1980; Мирошниченко Л. Д., Творогова Н. А., 1980; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1983; Weissman M. M., Myers J. K., Harding P. S., 1980; Edwards G. et al., 1983]. Г. Т. Красильников и соавт. (1984) выявили, что среди умерших больных алкоголизмом было 87% мужчин и 13% женщин (соотношение 6,6 : 1), 76,9% больных умерли в течение первых 10 лет заболевания (в возрасте 20—29 лет — 5,7%, 30—39 лет — 19,1%, 40—49 лет — 35,5%, 50—59 лет — 32,3%, старше 60 лет — 7,4%). Причины смерти: травмы и другие несчастные случаи (утопление, замерзание) — 30,6%, отравление алкоголем и суррогатами — 26,6%, суициды — 12,7%, т. е. в 63,9% случаев смерть была насильственной. Умерли от заболеваний сердечно-сосудистой системы 11,9%, органов дыхания — 10,6%, желудочно-кишечного тракта — 9,2%, других заболеваний — 4,4% больных алкоголизмом. Из этих данных следует, что больные алкоголизмом умирают в молодом и среднем возрасте в большинстве случаев от причин, непосредственно связанных с пьянством.

Прогноз при алкоголизме значительно больше, чем при других заболеваниях, зависит от лечебно-реабилитационных мероприятий и общегосударственных социальных и административно-правовых мер.

Можно утверждать, что при неосложненном алкоголизме путем соответствующих современных лечебно-реабилитационных мероприятий и социального воздействия удастся прекратить прогрессирование заболевания и добиться если не полного, то во всяком случае значительного восстановления нарушенных функций у большинства больных. Естественно, прогноз тем благоприятнее, чем раньше начаты лечение заболевания и реабилитационные мероприятия.

Больной в I, I—II и в начале II стадии алкоголизма после лечения, в периоды длительного полного воздержания от алкоголя становится практически здоровым человеком, но больной в конце II, II—III и III стадии, при наличии психоорганического синдрома, обусловленного энцефалопатией, а также с необратимыми поражениями внутренних органов и нервной системы и после лечения и длительного воздержания от алкоголя остается с теми или иными нарушениями. Несомненно неблагоприятен прогноз при осложненных формах алкоголизма, обусловленных тяжелыми органическими поражениями головного мозга, хронических алкогольных психозах, глубокой алкогольной деградации, когда и полное прекращение употребления алкоголя не приводит к выздоровлению.

Низкая эффективность лечения больных алкоголизмом, их высокая смертность объясняются тем, что они не обращаются своевременно за медицинской помощью. Аналгезирующее действие алкоголя маскирует симптомы заболеваний внутренних органов, кроме того, больным свойственна алкогольная анозогнозия. В связи с этим важнейшим разделом наркологической помощи становятся своевременное выявление больных алкоголизмом, активное привлечение их к противоалкогольной терапии, энергичное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

ГЛАВА 2

Методика активного выявления и клинического обследования больных алкоголизмом. Психотерапевтическая тактика и этапность лечебного процесса

Принципы активного выявления и привлечения к лечению больных алкоголизмом

Обязательность активного выявления и привлечения к лечению больных хроническим алкоголизмом определяется советскими законами. Больные хроническим алкоголизмом подлежат обязательному диспансерному наблюдению и лечению.

Это определяют Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.03.74 г. «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков» и соответствующие указы президиумов Верховных Советов других союзных республик. «Установить, что хронические алкоголики обязаны проходить полный курс специального лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения. Хронические алкоголики, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, подлежат направлению в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и трудового перевоспитания на срок от одного года до двух лет» (ст. 1).

«Хронические алкоголики, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями, препятствующими их пребыванию в лечебно-трудовых профилакториях, инвалиды I и II групп, мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, подлежат направлению для принудительного лечения в специальные наркологические отделения на срок от трех месяцев до одного года» (ст. 11[1] в редакции Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.10.85 г.).

Постановление Совета Министров СССР от 07.05.85 г. № 410 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения», изданный во исполнение его приказ Министерства здравоохранения СССР от 25.06.85 г. № 850 требуют активного выявления, строгого учета, диспансерного наблюдения и эффективного лечения всех без исключения больных хроническим алкоголизмом. Это является делом большой государственной важности и без комплексного решения этих вопросов невозможно преодоление пьянства и алкоголизма.

Выявление и привлечение к лечению больных алкоголизмом связаны со значительными трудностями, которых нет при выявлении других заболеваний. В начальных стадиях алкоголизм не вызывает заметных для больного расстройств здоровья, а само употребление спиртных напитков с эйфоризирующим эффектом имеет притягательную силу. Симптомы начальной стадии алкоголизма недооцениваются как самими пьющими, так и людьми ближайшего окружения (в семье, в коллективе на работе). Пьющие не связывают нарушения своего здоровья с употреблением спиртных напитков, активно отрицают у себя признаки алкоголизма и не признают, даже внутренне, опасности заболевания. И. И. Лукомский (1962) называет такое состояние «алкогольной анозогнозией». В далеко зашедших случаях заболевания, при длительном запойном пьянстве, тяжелых семейных и служебных конфликтах, выраженных расстройствах здоровья, несомненно обуслов-

ленных пьянством, больные алкоголизмом откладывают обращение за медицинской помощью, надеясь на то, что смогут «сами справиться», начать «пить умеренно» или вообще прекратить употребление спиртных напитков без лечения. Само обращение к наркологу, признание себя «алкоголиком» рассматриваются больными как постыдный факт, пьющие всячески стараются отсрочить этот шаг.

Вследствие этого первично обращаются за медицинской помощью больные в выраженных стадиях алкоголизма — во II и даже в III стадии, с давностью заболевания более 5—10 лет, при злокачественном течении алкоголизма. Стимулом для обращения чаще всего служат острые семейные конфликты, критическая служебная ситуация, нарушения трудовой дисциплины и общественного порядка на почве пьянства, значительно реже — заболевания и травмы, связанные с пьянством.

Несвоевременность обращения больных алкоголизмом за медицинской помощью и несоответствие числа состоящих на учете больных их истинному количеству в населении подтверждаются многочисленными исследованиями. Так, Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1983) выявили, что из общего числа больных алкоголизмом в населении больные в I стадии заболевания составляют 40%. Однако среди состоящих на учете их лишь 3—6% [Энтин Г. М., 1983]. В работах Д. А. Зайцева (1980), Я. Л. Гуревича (1981), Н. К. Боровковой, Э. Е. Бехтеля (1981), М. А. Хотияну (1981) указывается на большое число невыявленных больных алкоголизмом в населении. По нашим данным [Энтин Г. М., 1983], выявлено и состоит на учете лишь 30—40% всех больных алкоголизмом в населении. Активное выявление и привлечение к лечению больных алкоголизмом остаются первейшей обязанностью амбулаторий наркологической службы и главным звеном первичной профилактики алкоголизма.

Вполне понятно, что наиболее желательно своевременное обращение за медицинской помощью больных алкоголизмом по собственной инициативе, а также по настоянию родных и близких. Данные Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта (1983) свидетельствуют о том, что 75% первичных больных обратились вследствие влияния родных и близких, 10% — самостоятельно и лишь 15% — по направлению административных органов и общественных организаций. Следовательно, население должно знать основные клинические признаки алкоголизма, понимать необходимость своевременного обращения за медицинской помощью при злоупотреблении алкоголем. Несомненно также, что чем активнее административные и общественные меры по борьбе с пьянством и алкоголизмом, тем больше больных алкоголизмом будут самостоятельно обращаться к

наркологу на более ранних стадиях заболевания. На это же направлено анонимное лечение больных алкоголизмом. Кабинеты анонимного лечения больных алкоголизмом созданы при всех республиканских, краевых, областных, городских и межрайонных наркологических диспансерах, при хозрасчетных лечебных учреждениях. Стационарное лечение больных алкоголизмом, самостоятельно обратившихся в наркологические лечебные учреждения во время отпуска, способствует раннему лечению тех, кто по тем или иным причинам избегает обращения к наркологу и наркологического учета.

Не менее важной мерой первичной профилактики алкоголизма является привлечение как к амбулаторному, так и к стационарному лечению пациентов с преклиническими формами злоупотребления алкоголем — систематическим (привычным) пьянством. Эти лица с диагнозами по рубрике 305.0 МКБ 9-го пересмотра берутся на профилактический учет, наблюдаются в течение 1 года, и если в этот период они прекращают злоупотребление алкоголем, то снимаются с учета. В случаях продолжения злоупотребления алкоголем, прогрессирования заболевания им ставят диагноз хронического алкоголизма и берут на диспансерный учет с заполнением соответствующей документации (ср. № 030 — 1/у).

Необходимо широко использовать все возможности активного выявления и привлечения к лечению больных алкоголизмом. Необходимость активного выявления больных алкоголизмом определяется алкогольной анозогнозией, свойственной большинству больных в начальных стадиях заболевания [Небаракова Т. П., Зенченко Е. И., 1984; Мейроян А. А., Гузиков Б. М., 1985] и достаточно выраженной в средних и даже в конечных стадиях. Выявлять больных алкоголизмом должны администрация и общественные организации по месту работы, учебы или жительства больных, административные органы, учреждения общемедицинской сети.

Наиболее существенную роль в активном выявлении и привлечении к лечению больных алкоголизмом безусловно должны играть общественные организации по месту работы, прежде всего комиссии по борьбе с пьянством. Наш многолетний опыт по профилактике алкоголизма [Эитин Г. М., 1960, 1967, 1973, 1979, 1980, 1983, 1985] свидетельствует, что наиболее эффективны активное выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, именно в их трудовом коллективе, направление их к наркологу и постоянный контроль за лечением и воздержанием от алкоголя. В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1973) также указывали на необходимость активного выявления общественными организациями лиц, страдающих алкоголизмом, и привлечение их к лечению, не дожидаясь, когда они сами обратятся за помощью.

Об эффективности таких мероприятий свидетельствуют данные А. К. Качаева, И. Г. Уракова (1975): у 40% активно выявленных больных на промышленных предприятиях диагностировалась I стадия заболевания, у 51% — II и лишь у 9% — III стадия. По данным В. В. Рябоконя (1974), из 1060 человек, направленных в наркологический кабинет администрацией и общественными организациями предприятий, у 365 (34%) установлено привычное пьянство, у 695 — алкоголизм, из них I стадия была у 447 (64%), II стадия — у 248 (36%) человек.

Наиболее активную роль в выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, и привлечении их при необходимости к лечению играют комиссии по борьбе с пьянством, образуемые на предприятиях, в учреждениях, организациях и их структурных подразделениях в соответствии с Положением об этих комиссиях, утвержденным Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.10.85 г. и с положениями о комиссиях по борьбе с пьянством в других союзных республиках.

Наркологу передают все сведения о злоупотребляющем алкоголь члене трудового коллектива и сам он в сопровождении представителя общественности и родственников (если имеется такая возможность) направляется на обследование. Желательно, чтобы злоупотребляющий алкоголем сам приходил к врачу после рекомендации комиссии по борьбе с пьянством, собрания трудового коллектива или по предложению представителей администрации (начальник цеха, отдела, начальник отдела кадров и др.). Помощь в этом вопросе должны оказывать активисты Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость, которые устанавливают контакты с семьей пьющего, проводят с ним разъяснительную работу, убеждают в необходимости обратиться к врачу и пройти противоалкогольное лечение.

Значительно облегчается доставка к врачу-наркологу лиц, злоупотребляющих алкоголем, положением Указа Президиума Верховного Совета СССР от 07.01.88 г., обязывающим работников милиции «доставлять в установленном порядке в соответствующие медицинские учреждения лиц, злоупотребляющих алкоголем или потребляющих наркотические средства в немедицинских целях, для определения необходимости их лечения от алкоголизма или наркомании, если они уклоняются от медицинского освидетельствования» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1988, № 2, ст. 20).

В случаях упорного отказа от обращения к наркологу и продолжения пьянства администрация, общественные организации, комиссии по борьбе с пьянством возбуждают перед судебными органами ходатайство о направлении данного лица на принудительное лечение от алкоголизма в лечебно-тру-

довой профилакторий, а при медицинских противопоказаниях — в специальное наркологическое отделение для принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. При этом следует иметь в виду, что в соответствии со ст. 26 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 16.05.85 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения» (и соответствующих указов президиумов Верховных Советов других союзных республик) такое ходатайство могут возбуждать, кроме общественных организаций, трудовых коллективов и государственных органов, также члены семьи и близкие родственники больного.

В. Г. Запорожченко (1983) подробно разработаны формы и методы активного выявления, учета лиц, злоупотребляющих алкоголем, направления на противоалкогольное лечение и обеспечения его эффективности для комиссий по борьбе с пьянством на предприятиях. Определенная роль в этой работе отводится наркопостам Общества Красного Креста [Милюков В. Д., 1983], являющимся первичным наркологическим активом в производственных коллективах.

Кроме получения информации о больных алкоголизмом в производственных коллективах, могут использоваться и некоторые специальные методы обследования. Так, Л. Н. Лежепекова и соавт. (1980) использовали для выявления риска по алкоголизму среди молодых рабочих (20—30 лет) и учащихся СПТУ (16—18 лет) модификацию Мичиганского теста для скрининга алкоголизма (МТСА) — анонимную анкету, включающую 4 наиболее диагностически важных вопроса. Утвердительный ответ на 3 или все 4 вопроса означает высокий риск по алкоголизму.

Положительно ответили на 3 и 4 вопроса 85% (контроль) больных алкоголизмом, 27% молодых рабочих, 25% учащихся СПТУ. Риск заболевания алкоголизмом среди молодых рабочих и учащихся СПТУ достаточно высок, требует активного выявления подверженных такому риску и их профилактического учета.

М. А. Дальсаев (1984) провел массовое одномоментное обследование рабочих промышленных и автотранспортных предприятий на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе во время рабочей смены, при отсутствии у них заметных клинических признаков алкогольного опьянения. Среди тех, у кого был обнаружен алкоголь в выдыхаемом воздухе, у 30—40% при дальнейшем обследовании был установлен алкоголизм, 25% были взяты на профилактический учет по поводу привычного пьянства, остальные употребляли алкоголь эпизодически — под влиянием пьющих «отрицательных лидеров». По мнению автора, такие массовые рейды весьма эффективны

как для активного выявления больных алкоголизмом, так и для действенной профилактики пьянства в трудовых коллективах.

Не менее существенную роль в активном выявлении и привлечении к лечению больных алкоголизмом играют органы милиции. Медицинские вытрезвители являются источниками оперативной информации о больных алкоголизмом в населении [Турченков Л. А., 1985]. По данным В. П. Бугаенко (1983), 78% лиц, доставляемых в медицинские вытрезвители, больны алкоголизмом, как и практически все доставленные 2 раза и более в течение года. Необходимо организовать осмотр наркологом лиц, доставляемых в медицинские вытрезвители, во-первых, для выявления лиц, страдающих алкоголизмом и не состоящих на наркологическом учете, во-вторых, для привлечения к лечению ранее лечившихся больных в состоянии рецидива алкоголизма. Нарколог при этом может принимать оперативное решение о направлении того или иного больного в стационар, а также совместно с работниками милиции возбуждать перед судом ходатайство о принудительном лечении.

Помимо медицинских вытрезвителей, осмотр лиц, состоящих на учете в органах милиции по поводу нарушений общественного порядка, связанных с употреблением спиртных напитков, должны регулярно осуществлять участковые наркологи в отделениях милиции и в общественных пунктах охраны порядка [Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С., 1980]. Выявленных больных алкоголизмом берут на диспансерный учет и направляют на лечение. Относительно злостно уклоняющихся от лечения возбуждается ходатайство перед судом о направлении на принудительное лечение. Лиц, у которых диагностировано привычное пьянство с антисоциальным поведением, берут на профилактический учет под совместное наблюдение работников милиции и наркологического кабинета.

Наконец, необходимо участие учреждений общемедицинской сети в раннем выявлении и активном привлечении к лечению больных алкоголизмом. Лица, злоупотребляющие алкоголем, многократно обращаются в различные медицинские учреждения по поводу травм, различных заболеваний, особенно часто к ним вызывается скорая медицинская помощь [Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1983; Morse R. M., Hurf R. D., 1979]. По данным Ф. Г. Мухарлямовой (1980), после просмотра в поликлинике без выборки 420 амбулаторных карт больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др., не состоящих на наркологическом и психиатрическом учете, у 106 (25,1%) больных при наркологическом обследовании установлен диагноз алкоголизма большой давности. Много больных алкого-

лизмом в соматических стационарах — по данным Э. С. Дроздова, Е. П. Соколовой, И. Л. Омельянович (1984), они составляют 13,8% всех больных, в том числе в гепатологических отделениях 70,2% мужчин и 29,3% женщин, в кардиологических — 15,2 % мужчин и 4,7 % женщин.

Тем не менее работники общемедицинской сети выявляют и направляют к наркологу лишь единичных больных. По данным В. Г. Ярауса (1979), только 2,7% больных алкоголизмом, взятых на учет в наркологическом кабинете на промышленном предприятии, направлены к наркологу врачами различных специальностей.

А. К. Качаев, И. Г. Ураков (1975) указывают, что наиболее эффективный метод раннего выявления алкоголизма — это всеобщая диспансеризация населения с участием врачей всех специальностей. По нашим данным [Энтин Г. М., 1985], врачи, проводящие диспансеризацию, прежде всего участковые и цеховые терапевты, а также невропатологи и врачи других специальностей обязаны целенаправленно обследовать диспансеризуемых, умело собирать алкогольный анамнез, увязывать вопросы об употреблении спиртных напитков с выявленными расстройствами здоровья. При проведении диспансеризации врачи должны располагать и объективными сведениями о доставлении обследуемого в медицинские вытрезвители, травмах в состоянии опьянения, срочных вызовах врача (в том числе и скорой медицинской помощи) в связи с расстройствами здоровья на почве пьянства, о попытках получения листков нетрудоспособности после алкогольных эксцессов и др.

При диспансерном обследовании обязательно должны фиксироваться как объективные клинические данные, непосредственно предшествующих алкогольных эксцессов (тремор, статокинетические и вегетососудистые расстройства, воспаление слизистых оболочек ротоглотки и верхних дыхательных путей, диспепсические нарушения и др.), так и соматические и неврологические нарушения, свойственные алкоголизму (алкогольная миокардиопатия, гепатит, алкогольная полиневропатия и др.).

Вполне понятно, что врачи общемедицинской сети, в первую очередь участвующие в диспансеризации населения, должны хорошо знать клинические признаки продромальной стадии алкоголизма (т. е. формы пьянства), а также становление и динамику его основных симптомов и синдромов, соматические и неврологические проявления, клиническую диагностику. Необходимо организовать практическую подготовку врачей общемедицинской сети по этим вопросам, а наркологи должны оказывать им консультативную помощь.

Своевременное активное выявление больных алкоголиз-

мом и привлечение их к противоалкогольному лечению остаются одной из наиболее актуальных задач как наркологической помощи, так и преодоления пьянства и алкоголизма.

Первичное обследование больного алкоголизмом

Первичное обследование больного алкоголизмом, установление диагноза, преодоление алкогольной анозогнозии, назначение лечения имеют большое психотерапевтическое значение. Нередко от первой встречи врача с больным зависит успех лечения. Для первичного обследования нарколог должен принимать не более 2—4 больных в течение дня как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. О каждом первично обратившемся больном необходимо иметь объективные сведения. Они совершенно обязательны для лиц, направленных администрацией и общественными организациями, милицией и учреждениями общемедицинской сети. Этих больных должны сопровождать родственники и представители направивших организаций, присутствие которых не позволит больным отрицать или преуменьшать злоупотребление алкоголем. Самостоятельно обращающихся больных также желательно принимать в присутствии родственников, хотя, естественно, нельзя отказать в приеме больному лишь на том основании, что он пришел без сопровождающих. Это прежде всего относится к обращающимся за наркологической помощью анонимно. В условиях стационара объективные сведения можно собрать у родственников и других лиц в процессе лечения больного.

В амбулаторных условиях беседу с больным целесообразно проводить в присутствии родственников, которые корригируют сведения, сообщаемые больным. Окончив расспрос и приступая к осмотру, врач просит родственника выйти, и больной может дать дополнительные сведения, оставшись наедине с врачом. Когда врач делает лечебные назначения, целесообразно вновь пригласить сопровождающих больного лиц, чтобы они знали рекомендации и назначения.

Для установления психотерапевтического контакта с больным и выявления его личностных особенностей беседу лучше начинать с вопросов о наследственной отягощенности, дошкольном и школьном периодах жизни, службе в армии, семейно-бытовых условиях, профессиональной деятельности, перенесенных заболеваниях и травмах, интересах и склонностях больного, особенностях характера и других сведений, составляющих общий анамнез жизни.

Анамнез заболевания, или «алкогольный анамнез», следует начинать с выяснения алкогольных обычаев в семье и ближайшем окружении, возраста и обстоятельств приобщения

к спиртным напиткам, их переносимости. Целенаправленно, поэтапно выясняют приобщение к спиртным напиткам и дальнейшее злоупотребление алкоголем в формах эпизодического, ситуационного и систематического (привычного) пьянства. На каждом этапе устанавливают частоту и количества употреблявшихся спиртных напитков, обстоятельства, способствующие или, напротив, препятствующие дальнейшему пьянству.

Необходимо умело определять формирование основных симптомов и синдромов алкоголизма. Сохранные больные, как правило, дают правильные сведения о нарастании количества употребляемого спиртного, о переходе к более крепким напиткам, об утрате защитного рвотного рефлекса. При выяснении форм опьянения больные правдиво рассказывают о «провалах памяти» относительно отдельных периодов опьянения, но умалчивают о состояниях возбуждения, скандалах в семье, нарушениях общественного порядка, трудовой дисциплины. Эти сведения нужно корригировать объективными данными.

Больные неохотно раскрывают такие важнейшие симптомы алкоголизма, как болезненное влечение к алкоголю и утрата количественного контроля. Эти симптомы целесообразно устанавливать косвенными вопросами, например, какое количество алкоголя вызывает желание пить еще, поскольку оказывается недостаточным. Очень важный вопрос: возникают ли повышенная раздражительность, неустойчивость настроения, неопределенное беспокойство, тревога в периоды воздержания от алкоголя, ликвидируются ли или облегчаются ли эти состояния после приема спиртных напитков? Ответ может, как правило, объективно свидетельствовать о наличии и выраженности первичного патологического влечения к алкоголю.

Для диагностики стадии алкоголизма очень важно выяснить наличие (или отсутствие) абстинентного синдрома с потребностью в опохмелении и время его появления. Следует иметь в виду, что некоторые больные алкоголизмом не понимают, в чем заключается потребность в опохмелении, и отрицают ее. Это относится к больным с постоянным пьянством, с малопрогредиентным алкоголизмом. Другие больные, напротив, зная, что потребность в опохмелении свидетельствует о далеко зашедших стадиях алкоголизма, умышленно ее отрицают. На заданный «в лоб» вопрос: «Когда начали опохмеляться?» больной может ответить, что вообще никогда не опохмеляется. Целесообразно подходить к вопросу об опохмелении исподволь: спросить у больного о его состоянии на следующий день после выпивки (общее недомогание, головная боль, тошнота, неприятный вкус во рту, подавленное настроение, беспокойство, сердцебиение, потливость, дрожание

рук и др.) и выяснить, каким образом он устраняет неприятные ощущения. На этот вопрос больной обычно отвечает, что «опохмеляется кружкой пива или рюмкой водки». Некоторые больные, поняв, что врач вынуждает их признаться в опохмелении, активно отрицают это, заявляя, что «никогда не опохмеляются», скрывая таким образом потребность в опохмелении. Следует также учитывать, что в I—II и в начале II стадии опохмеление бывает лишь после употребления больших количеств алкоголя, а не после каждого эксцесса, возможно и отставленное опохмеление — не утром, а днем, во время обеденного перерыва или после работы.

Поскольку абстинентный синдром является важнейшим признаком алкоголизма, следует выяснить его тяжесть, длительность, наличие соматовегетативных, неврологических и психических нарушений (расстройства сна, чувство страха, тревоги, расстройства восприятия и др.).

Формы пьянства необходимо выявить в динамике — от однодневных эксцессов и несистематического пьянства без опохмеления до постоянного, запойного и перемежающегося пьянства. В ряде случаев больному необходимо разъяснить, как проявляется каждая форма пьянства, чтобы он мог правильно оценить свое состояние. Нередко больные пытаются отрицать у себя запои, понимая, что именно во время запоя происходит большинство нарушений трудовой дисциплины и общественного порядка. Отрицают больные и употребление суррогатов (одеколон, политура, различные настойки и др.), случаи, когда они пропивали всю зарплату, продавали домашние вещи и др. Ответы на эти вопросы следует уточнять у родственников больного.

Для выяснения имевшихся ранее психотических расстройств следует подробно расспросить больного о бывших у него нарушениях сна (относительная и абсолютная бессонница), зрительных, слуховых, тактильных иллюзорных эпизодах, а также о выраженных психотических состояниях, эпилептиформных припадках и других психических нарушениях, связанных со злоупотреблением алкоголем.

В присутствии родственников или других хорошо знающих больного лиц выявляют его характерологические особенности (грубость, безразличное отношение к семье, бесцеремонность, злобность, склонность к аффективным вспышкам и др.). Выясняют, как сказывается злоупотребление алкоголем на отношениях в семье, на работе, семейные и служебные конфликты и др. При выяснении всех этих обстоятельств врач ни в коем случае не должен выступать с позиций «моралиста», осуждающего больного, нужно проявлять участие в судьбе больного и его семьи.

В анамнезе необходимо отразить, какие заболевания и

травмы непосредственно связаны с алкоголизмом больного, как лечили эти заболевания.

Очень важно выяснить, нет ли у больного ослабления половой функции. Этот вопрос целесообразно задавать в присутствии жены больного (но, естественно, не в присутствии посторонних), так как можно корригировать ответ больного. В ряде случаев ослабление половой функции, обусловленное пьянством, может заставить больного согласиться на противоалкогольное лечение и в дальнейшем полностью воздерживаться от алкоголя.

Заключительный раздел анамнеза составляют сведения о том, когда впервые больной обратился по поводу алкоголизма (если это не первичное обращение), о проводившемся ранее лечении, где и когда оно проводилось, какими методами лечился, как переносил лечение и насколько оно было эффективно, сколько времени воздерживался от алкоголя после каждого курса лечения, каковы причины возобновления злоупотребления алкоголем.

Последний вопрос, отражаемый в анамнезе: когда и какое количество спиртных напитков больной выпил последний раз и какие он предъявляет жалобы на здоровье в настоящий момент.

Как уже упоминалось, присутствующие при беседе с больным родственники корригируют и дополняют сведения, даваемые больным. После опроса больного и сопровождающих его лиц проводится объективное обследование (сопровождающих просят выйти из кабинета). Больной должен обязательно раздеться до пояса, врач обращает внимание на состояние кожных покровов (следы травм, татуировка и др.), слизистых оболочек зева, склер (гиперемия). Подсчитывают пульс, измеряют артериальное давление, выслушивают сердце и легкие и др. При обследовании органов брюшной полости особое внимание обращают на состояние печени (болезненность при пальпации, уплотнение, увеличение или уменьшение). Достаточно подробно обследуют состояние нервной системы, выявляют статокинетические и вегетативные нарушения — тремор рук, языка, общий тремор, адиадохокинез, атаксию, неустойчивость в позе Ромберга, акроцианоз, мышечный тонус, гипергидроз, выраженность дермографизма, реакцию зрачков, нистагм, состояние черепных нервов и т. д.

По окончании обследования врач приглашает в кабинет сопровождающих больного лиц и в их присутствии проводит психотерапевтическую беседу с больным. В этой беседе врач указывает больному на выявленные у него признаки алкоголизма, а также на нарушения внутренних органов и нервной системы вследствие злоупотребления алкоголем. При этой первой психотерапевтической беседе нужно убедить больного

в том, что имеющиеся у него нарушения безусловно свидетельствуют об алкоголизме, поэтому необходимо немедленно начать противоалкогольное лечение. Больные, которые обратились самостоятельно или под активным воздействием родственников, как правило, не возражают против лечения, но в ряде случаев у них нет внутренней убежденности в необходимости лечения и установка на него чисто формальная. Более того, некоторые надеются, что врач ограничится беседой и они сами смогут воздерживаться от алкоголя или «пить умеренно». Это объясняется алкогольной анозогнозией, в той или иной степени присущей практически каждому больному алкоголизмом и заключающейся в том, что больной не осознает до конца своего заболевания и не способен критически оценить свое пристрастие к спиртному [Сметанников П. Г., 1984]. Важно объявить диагноз алкоголизма больному для убеждения в необходимости лечения [Feurlein W. et al., 1979; Smith J. W., 1983; Twerski A. J., 1983]. Если больной утверждает, что он сам, без лечения сможет воздерживаться от алкоголя, то ему следует разъяснить, что это возможно, но практически никому не удается без лечения избавиться от алкоголизма.

После беседы врач назначает больному дополнительные обследования и консультации и в тот же день начинает лечение в амбулаторных условиях или, при показаниях, направляет больного в стационар.

Приведенная схема первичного обследования больного алкоголизмом, обратившегося за наркологической помощью как впервые, так и повторно, но впервые в данное лечебное учреждение, рекомендуется для амбулаторных наркологических учреждений. Эта схема применима и для первичного обследования больного в стационаре (в том числе и в учреждениях для принудительного лечения) с той разницей, что беседа с родственниками проводится при посещении ими врача. На беседу с родственниками целесообразно приглашать и больного, после того, как врач уточнит вопросы, которые следует решать без больного. Разъяснительная работа с родственниками больного, желательно со всеми взрослыми членами семьи, не менее важна, чем психотерапевтическое воздействие на самого больного.

Создание устойчивой установки на лечение и трезвеннической установки у больных алкоголизмом

Создание устойчивой установки на лечение и воздержание от алкоголя, требование безусловного отказа от употребления спиртных напитков на всю дальнейшую жизнь как единст-

венной возможности излечения остаются основной психотерапевтической доктриной на всех этапах лечения больных алкоголизмом, при каждом общении врача с больным.

Тем не менее отдельные зарубежные и отечественные наркологи считают, что требование полного воздержания от алкоголя может «отпугнуть» больных, побудить их отказаться от лечения. Они рекомендуют сначала требовать от больного воздержания «на время лечения», «на один год» и т. п., что импонирует больным алкоголизмом, оставляет у них надежду «пить умеренно» после лечения. В своих прежних работах [Энтин Г. М., 1967, 1972, 1979, 1983, и др.] мы неоднократно подчеркивали, что требование врача о воздержании от алкоголя лишь на какой-то срок с расчетом, что больной в дальнейшем сам «осознает» необходимость полного воздержания, является непростительной ошибкой, обрекающей лечение на неудачу. Любое ограничение врачом срока воздержания неизбежно вызовет у больного мысль, что после этого срока он сможет перейти на «умеренное» употребление спиртных напитков, а это создает предпосылки для рецидива. Больные, как правило, не выдерживают даже установленного для них срока, считая, что если врач ограничил воздержание одним годом, то достаточно не пить и полгода, 3 мес, а то и меньше.

Необходимость абсолютного воздержания от алкоголя в некоторых случаях целесообразно обсудить с больным через некоторое время после начала лечения, когда будет дезактуализовано влечение к алкоголю.

Авторы, специально изучавшие причины рецидивов алкоголизма [Авербах Я. К., 1963; Либих С. С., 1963, и др.], указывают, что в значительном числе случаев причиной рецидива после длительного воздержания служит надежда больного на умеренное употребление спиртных напитков. Примером такого заранее индуцированного рецидива является следующее наблюдение.

Больной В., 37 лет, учитель физики в средней школе. Злоупотреблял алкоголем в течение 7—8 лет, течение алкоголизма малопрогредиентное, пьянство непостоянное с опохмелением и 2—3-дневные запои, толерантность — до 0,8 л водки в день. После неприятностей на работе в связи с пьянством обратился с просьбой о лечении от алкоголизма. С целью анонимности лечение проходил в другом городе, во время летних каникул. Лечился в стационаре 1,5 мес, проведен курс условнорефлекторной терапии, гипнотерапии, 2—3 мес амбулаторно принимал тетурам. Лечащий врач дал установку на воздержание от алкоголя в течение года с явкой на контрольное обследование через год.

В течение года после выписки не пил, временами возникало желание выпить, но подавлял его, «так как год еще не прошел». Во время летних каникул, через год после лечения, на контрольное обследование в другой город не поехал, а попробовал выпить немного (посмотреть «что будет»). После первой же рюмки возникло непреодолимое желание пить еще, напился до опьянения и с этого дня начался запой. Выпивал 1 л водки и бо-

лее в день, на 8-й день обратился к наркологу, был госпитализирован в наркологическое отделение.

После лечения (психотерапия, имплантация эспераля) ремиссия более 8 лет, установка на полную трезвость, работает директором школы.

В данном случае социально сохранный больной при малопрогредиентном течении алкоголизма, с установкой на лечение, обусловленной его служебным положением (учитель), мог бы и после первого курса лечения полностью прекратить употребление алкоголя, если бы была правильная психотерапевтическая установка на полное воздержание от алкоголя навсегда, а не на год.

Это подтверждается высказыванием и Г. В. Зеневича (1987) о том, что основное противорецидивное мероприятие — воспитание у больного твердой трезвеннической установки с предупреждением о невозможности перехода к «умеренному» употреблению спиртного. Аналогичного мнения придерживаются зарубежные авторы. Так, T. Kirn (1986) считает конечной целью лечения больного алкоголизмом установку на полное воздержание как единственно возможное средство излечения от алкоголизма.

При построении психотерапевтического (лечебного) и психагогического (воспитательного) процесса во всех лечебных учреждениях, на всех этапах лечения необходимо решение 3 основных задач: 1) убеждение больного в наличии у него алкоголизма, как болезни; 2) убеждение в необходимости противоалкогольного лечения; 3) убеждение в необходимости и неизбежности полного отказа от алкоголя на всю жизнь как единственной возможности излечения.

Первая задача состоит в преодолении алкогольной анозогнозии, в признании пациентом наличия у него алкоголизма, как болезни. Американский нарколог M. Kissen (1961) называет этот этап «идентификацией», т. е. отнесение пациентом своего поведения, своих действий к аналогичным действиям людей, которых он несомненно считает алкоголиками. Э. Е. Бехтель (1981, 1984), S. Blume (1974) считают это преодолением «защитных мотивов», направленных на оправдание своего пьянства как в отдельном случае, так и вообще объясняющих пьянство как «систему жизни», обусловленную семейной, служебной ситуацией, состоянием здоровья и другими причинами.

А. К. Качаев, Н. Т. Марков, В. В. Политов (1983), А. К. Качаев, В. В. Политов (1984), В. Г. Андреев и соавт. (1984) выделяют парциальную и тотальную алкогольную анозогнозию. При парциальной анозогнозии больной относит к признакам алкоголизма нарушения наиболее тяжелые и не свойственные ему (резкое падение толерантности к алкоголю, употребление суррогатов и др.), а поскольку эти признаки у него отсутст-

вуют, он больным алкоголизмом себя не считает. При тотальной анозогнозии больной отрицает алкоголизм у себя без каких-либо доказательств, что часто свидетельствует о выраженной алкогольной деградации. Тотальная анозогнозия наиболее типична для больных, находящихся на принудительном лечении. Эти больные, несмотря на выраженность и многолетнюю давность алкоголизма с тяжелыми последствиями, упорно не считают себя больными и рассматривают лечение как наказание.

Хорошо собранный субъективный и объективный анамнез помогает врачу убедить больного в существовании у него ряда несомненных признаков алкоголизма. Не только при индивидуальной психотерапевтической работе, но и в процессе групповой, коллективной психотерапии необходимо разъяснять больным значение отдельных признаков алкоголизма, особенно необратимость потери контроля, потребности в опохмелении и др., что делает невозможным переход на «умеренное» употребление спиртных напитков.

Н. Н. Иванец, Ю. В. Валентик (1986) разработали методику ситуационно-психологического тренинга больных алкоголизмом по преодолению алкогольной анозогнозии на основе аутоидентификации патологического влечения к алкоголю. Это групповые дискуссии, при которых больные делятся на две группы — с экзогенным и эндогенным вариантом патологического влечения к алкоголю.

Вторая задача — убедить больного в необходимости противоалкогольного лечения — непосредственно следует за первой. Многие больные, признавшие у себя алкоголизм, отказываются от противоалкогольного лечения, заявляя, что они сами справятся и перестанут пить, что «алкоголизм — болезнь воли, а воли у меня еще хватит» и др. Особенно часто такие заявления приходится слышать от больных, направленных администрацией и общественными организациями, органами милиции, приведенных родственниками, т. е. не имеющих внутренней установки на лечение. Так же нередко говорят больные, поступившие по поводу алкогольных психозов. После окончания психоза они заявляют, что получили очень серьезный урок и сами никогда больше пить не будут.

Однако, как показывает опыт, на практике этого осуществить не удается. Бывают случаи самостоятельного прекращения употребления спиртных напитков больными алкоголизмом без лечения, под влиянием ситуации, так называемые спонтанные ремиссии, но эти случаи редки. Еще реже больной относительно долго воздерживается от алкоголя после однократной беседы с врачом, убедившим в заболевании алкоголизмом. В частности, о таких случаях сообщается в обзоре зарубежной литературы Л. Д. Мирошниченко и И. Г. Ура-

кова (1986). Однако, вероятно, такие больные не страдают алкоголизмом, эти случаи касаются различных форм ситуационного и привычного пьянства, которое зарубежные авторы отождествляют с алкоголизмом. В отечественной литературе случаи длительной терапевтической ремиссии алкоголизма после одной «душеспасительной» беседы с врачом практически не описаны. Если они и бывают, то являются редким исключением из правила: без лечения больной не может избавиться от алкоголизма.

Признание больным необходимости и неизбежности противоалкогольного лечения M. Kissen (1961) называет «капитуляцией», т. е. пациент отдает себя в руки врача. Признавший необходимость лечения больной выполняет назначения врача, и по его отношению к лечению врач может судить, насколько глубоко осознана необходимость такого лечения.

Достаточно много больных алкоголизмом либо по своей инициативе, либо под влиянием родственников стремятся получить наиболее современное и эффективное, по их мнению, противоалкогольное лечение. Однако таких больных, к сожалению, меньшинство. Так, по данным Е. Д. Красика (1974), большинство больных в начальных стадиях заболевания и значительная часть в выраженных стадиях заболевания не считают себя больными и во всяком случае не настроены на лечение. Даже среди стационарных больных, добровольно поступивших на противоалкогольное лечение, многие не имеют установки на лечение и воздержание от алкоголя во время пребывания в стационаре. Они стремятся нарушить режим трезвости и склоняют к этому других больных. Вообще установка на лечение у больных алкоголизмом крайне неустойчива, может сегодня быть, а завтра исчезнуть. В связи с этим не только создание такой установки, но и повседневное ее поддержание на всех этапах противоалкогольной терапии — непременное условие успешности лечения.

Третья задача — убедить больного в том, что единственная возможность излечения — это полный отказ от употребления каких бы то ни было спиртных напитков навсегда, на всю жизнь. M. Kissen (1961) называет это «реализацией», т. е. созданием новых социальных отношений с новыми группами людей, не употребляющих спиртные напитки, перестройкой в этом направлении своего поведения, убеждением в том, что творческая, счастливая жизнь возможна только без алкоголя.

И. С. Павлов (1980, 1981, 1985) считает создание устойчивой трезвеннической установки главной целью в лечении больных алкоголизмом. Он рекомендует для этого подробно обсуждать с больными необходимость трезвого образа жизни после лечения, индивидуально прогнозировать варианты трезвого образа жизни для каждого больного, осуществлять мо-

тивированное внушение модели трезвого образа жизни, т. е. неуступчивости в алкогольных ситуациях. В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1973), Б. С. Братусь (1974), Ц. П. Короленко, А. С. Тимофеева, В. Ю. Завьялов (1985) также подчеркивают, что основная задача всей системы психотерапевтического воздействия — это формирование новых мотивов поведения, связанных с необходимостью воздержания от алкоголя и подавления влечения к алкоголю. Таким образом, выработка трезвеннической установки — это длительный процесс на протяжении всех этапов противоалкогольного лечения, включающий различные приемы психотерапии при амбулаторном, стационарном и принудительном лечении больных алкоголизмом.

В первой беседе больного алкоголизмом с наркологом, после установления диагноза алкоголизма, больному и его родственникам разъясняют, что основное отличие больного алкоголизмом от «умеренно» пьющих людей в том, что больной не может и никогда в жизни не сможет пить «умеренно». По отношению к алкоголю он может быть лишь в двух состояниях: «пьющим алкоголиком» (испытывающим болезненное влечение к алкоголю, вследствие потери количественного контроля употребляющим опьяняющие количества спиртных напитков часто с неконтролируемым поведением в опьянении, непреодолимой потребностью в опохмелении, запойным пьянством со всеми вытекающими последствиями) либо «непьющим алкоголиком», т. е. абсолютным трезвенником, не выпивающим ни капли спиртного ни при каких обстоятельствах. Абсолютная трезвость после лечения не может быть ограничена каким-либо сроком. Первая же попытка выпить даже через весьма отдаленные сроки после окончания лечения и полного воздержания от алкоголя (5—15 лет и более) неминуемо приведет к возврату пьянства. У больного алкоголизмом нет и не может быть надежды на возможность «умеренного» употребления спиртных напитков.

В одной из наших работ (1967) приводился пример рецидива алкоголизма у больного после 22-летней ремиссии. В настоящее время мы располагаем случаем рецидива после 26-летней ремиссии.

Больной К., 61 года, пенсионер. В возрасте 35 лет первый раз в жизни лечился стационарно по поводу хронического алкоголизма II стадии в форме длительных запоев. В стационаре находился 42 дня, проведено лечение апоморфином (15 сеансов), тетурамом без алкогольных проб. После выписки работал слесарем-сборщиком на заводе, жил с семьей (двое детей, ко времени рецидива алкоголизма взрослые, живут отдельно, больной живет с женой).

В течение 26 лет спиртные напитки не употреблял, «хотя сколько было соблазнов — мать похоронил, дочь замуж выдал, сына женил», никакого влечения к алкоголю не испытывал, дома спиртных напитков не было, не

разрешал пить в своем присутствии ни сыну, ни зятю. Последние 1,5 года на пенсии, в свободное время занимался домашними поделками, много времени уделял внукам. Все эти данные подтверждены женой и дочерью больного. За 3 нед до поступления в стационар встретил своих старых товарищей, которые пригласили в гости. Хотя товарищи знали, что он лечился и давно не пьет, уговорили его выпить «хоть рюмочку». Выпил очень немного, опьянения не было. Через день опять встретился с этими же товарищами, снова выпил, уже несколько больше (около 200 мл водки), было опьянение.

В ближайшие дни возникло непреодолимое влечение к алкоголю. Несмотря на активные протесты жены и дочери, пил водку вне дома в возрастающих количествах, возникли похмельные явления, начал по утрам опохмеляться сначала пивом, а потом и водкой. Суточное количество водки достигло 0,5--0,7 л. По настоянию родных обратился к наркологу. Госпитализирован.

В данном случае первое же употребление спиртных напитков, несмотря на 26-летнюю ремиссию, привело к возобновлению сначала первичного патологического влечения к алкоголю, а потом к молниеносному развертыванию всей картины алкоголизма II стадии. Больной 26 лет противостоял алкогольным традициям, привычкам, попыткам окружающих склонить его к пьянству, и стоило лишь один раз не проявить твердости, поддаться уговорам, как тут же возник рецидив.

При воспитании установки на трезвость в течение всей дальнейшей жизни больных следует предупредить, что им придется повседневно проявлять высокие волевые качества в противодействии собственным привычкам, побуждениям и желаниям, а главное — в противостоянии влиянию окружающих, которые могут не только уговаривать и склонять, но и насильно принуждать к выпивке.

Основная психотерапевтическая доктрина — это безусловное и абсолютное исключение употребления спиртных напитков навсегда и для всех больных алкоголизмом, в том числе и в самых ранних стадиях. Эту психотерапевтическую доктрину должны обязательно соблюдать все врачи, не только наркологи и психиатры, но и врачи других специальностей при контактах с больными. Каждый врач обязан быть хорошо информированным в этих вопросах и давать такую установку больному алкоголизмом, обратившемуся в связи с сопутствующими алкоголизму заболеваниями.

К сожалению, не все врачи, в том числе не все наркологи, до конца понимают важность этого вопроса. Ради дешевой популярности среди больных и их родственников иногда обещают «излечение» на определенный, нередко устанавливаемый самими больными срок воздержания, оставляя больному надежду, что ему удастся после этого срока «пить умеренно». Больные охотно идут лечиться к таким врачам, и хотя на собственном опыте убеждаются, что «пить умеренно» они не могут, что каждая такая попытка приводит к рецидиву, они

отрицательно индуцируют других больных, ссылаясь на авторитетное заявление врача о том, что «пить умеренно» после лечения можно.

Выработка трезвеннической установки — самая трудная задача во всей системе лечения больных алкоголизмом. Ее решение зависит не только от непосредственного воздействия на данного больного, но и от всей системы наркологической помощи.

Формы и методы психотерапевтического и психагогического (воспитательного) воздействия в системе лечения больных алкоголизмом

Психотерапевтическое, т. е. непосредственно лечебное, и психагогическое, т. е. воспитательное, корректирующее поведение воздействие на больного алкоголизмом безусловно играет решающую роль на всех этапах лечебного процесса — от первого общения с наркологом до снятия больного с наркологического учета. В систему психотерапевтических мероприятий должно быть вовлечено и ближайшее окружение больного — члены его семьи и близкие родственники. Если сама по себе психотерапия без медикаментозного и других видов лечения недостаточна, то и только лекарственное лечение без психотерапии неэффективно.

Специальные методы психотерапии, являющиеся методами активного противоалкогольного лечения, рассматриваются в соответствующих разделах. Здесь необходимо остановиться на принципах общего психотерапевтического воздействия в формах индивидуальной рациональной психотерапии, групповой, коллективной и семейной психотерапии.

Индивидуальная рациональная психотерапия, т. е. разъяснение и убеждение — основной метод непосредственного воздействия врача на больного. И. В. Бокий, С. В. Цыцарев (1983) считают задачами индивидуальной психотерапии больных алкоголизмом анализ глубинных механизмов возникновения болезни, воздействие на сознательные и неосознанные установки больных посредством детальной реконструкции их анамнеза, установления причинно-следственных связей между преморбидными особенностями личности, образом жизни и злоупотреблением алкоголем. На основании такого анализа врач находит пути создания у больного критики к своему заболеванию, установки на трезвость и подготовки к трудностям перехода на трезвый образ жизни. В основе индивидуальной психотерапии лежит тщательное изучение анамнеза жизни и болезни (эксплорация) с целью выявления конфликтов, трудных ситуаций и компенсаторных возможностей больного [Иванов Н. В., 1963; Зеневич Г. В.,

Либих С. С., 1965]. Е. И. Зенченко (1981, 1983), Т. П. Небаракова, Е. И. Зенченко (1984) указывают, что индивидуальная психотерапия должна быть личностно ориентированной в отношении каждого больного и ее основная задача — не только укрепление трезвеннической установки, но и обучение больного способам дезактуализации первичного патологического влечения к алкоголю в случае его обострения во время ремиссии.

Для успешного проведения индивидуальной психотерапии врач должен очень хорошо знать не только анамнез, но и личностные особенности, установки каждого больного. Как говорил С. С. Корсаков, больной должен быть для врача не нумером, а личностью, ему хорошо знакомой. Индивидуальная психотерапия будет беспредметной, если врачу не удастся установить с больным правильный психотерапевтический контакт, вызвать доверие к себе. Совершенно недопустим морализующий, осуждающий, а тем более «распекающий» и угрожающий тон в беседе с больным, как бы сам больной ни был неприятен врачу. В этих случаях больной замыкается в себе и никакого контакта с ним не будет. Врач не должен разговаривать с больным так, как с ним разговаривали в семье, на работе, в других местах, где он держал ответ за свое поведение, связанное с пьянством. Нельзя также «подстраиваться» под тон больного, держаться с ним «запанибрата», принимать его алкогольный юмор.

В. А. Рязанцев (1983) подчеркивает, что в психотерапевтической беседе с больным врач должен сознавать высокую ответственность за каждое свое слово, его доводы должны быть логично обоснованными, аргументы — убедительными и неотразимыми. Беседа врача должна потрясти больного, затронуть самые дальние уголки его души.

Больной должен проникнуться доверием к врачу, осознать, что врач поможет ему избавиться от алкоголизма, восстановить здоровье, наладить семейные отношения и реабилитироваться на работе, но при условии, что больной будет беспрекословно выполнять все назначения врача.

Изучение психотерапевтического стиля наркологов, проведенное Е. Ф. Бажиным, И. В. Бокий, В. Н. Николаенко (1984), показало, что лучший психотерапевтический контакт с больными (100%) устанавливают наркологи с сопереживающе-партнерским психотерапевтическим стилем, несколько ниже результаты (71%) при сопереживающе-руководящем стиле, значительно ниже — при директивно-руководящем (42%) и эмоционально-нейтрально-партнерском (33%). Из этого следует, что при излишне директивном стиле, так же как и при эмоционально-нейтральном отношении к больному, должного психотерапевтического контакта установить не уда-

ется. В установлении психотерапевтического контакта с больными большую помощь врачам могут оказать психологи, работающие в наркологических учреждениях, на что указывают Б. М. Гузиков и соавт. (1980), В. А. Худик (1983) и др.

В психотерапевтическом воздействии врач должен стимулировать активность больного в лечебном процессе, более того, больному необходимо доказать, что если он сам не будет активно участвовать в лечебном процессе, попытается уклоняться от назначенного лечения, употреблять спиртные напитки после лечения, то эффекта не получится. Необходимо решительно опровергать распространенное среди больных мнение: «Наше дело — пить, а дело врачей — лечить». Этому нужно противопоставить следующую установку: «Дело врачей — лечить, а наше дело — не пить, чего бы это ни стоило, как бы это ни было трудно!»

Необходимо разоблачить и другую распространенную среди больных алкоголизмом формулу: «Раз я болен алкоголизмом, то спиртное для меня лекарство и не пить я не могу». На это надо возражать, что алкоголь — яд для всех людей, но для больных алкоголизмом он особенно опасен, так как уже сделал свое дело — вызвал тяжелое заболевание, которое будет прогрессировать и приведет к гибели, если продолжать пить. Излечение как раз и состоит в том, чтобы прекратить пить. Неизлечимых алкоголиков нет, в любой стадии, на любом этапе заболевания больной алкоголизмом может и должен вылечиться.

Нередко больные, особенно с выраженной алкогольной деградацией личности, скептически относятся к лечению, заявляют, что лечение на них не действует, как и на других больных, что оно бесполезно и др. На это следует отвечать, что нет такого больного алкоголизмом, которому нельзя провести достаточно эффективный курс лечения. Однако необходимое условие — искреннее желание больного лечиться и не пить.

Некоторые больные уклоняются от противоалкогольного лечения, ссылаясь на то, что активное лечение им противопоказано в связи с заболеваниями, но пить они, естественно, могут. Таким больным следует разъяснять: «Можешь пить — можешь и должен лечиться». При противопоказаниях к одним методам лечения можно использовать другие.

При построении психотерапевтического процесса не следует обманывать больных, грозить им репрессивными мерами (выписка из стационара за нарушение режима, сообщение на работу, в милицию об уклонении от лечения и др.), которые потом не применяются. Если врач ставит такие условия, то они обязательно должны выполняться. С больными следует поступать строго, но справедливо

Групповая рациональная психотерапия имеет те же задачи, что и индивидуальная — преодоление алкогольной анозогнозии, создание установки на лечение и трезвый образ жизни. Как отечественные [Гузиков Б. М. и др., 1980; Зенченко Е. И., 1981, 1983; Бурно М. Е., 1981; Кавешникова Л. В., 1981; Меерзон М. М., Парнат К. Ф., 1983; Рязанцев В. А., 1983; Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1983; Бугаенко В. П., 1983; Валентик Ю. В., 1984; Цетлин М. Г., 1984; Качаев А. К., Игонин А. Л., 1985; Павлов И. С., 1985], так и зарубежные авторы [Zimberg S., Wallace J., Blume S. B., 1978; Brandsma J. M., Pattison E. M., 1985] отмечают в числе преимуществ групповой психотерапии перед индивидуальной возможность значительно большего охвата больных при меньших затратах времени, положительную взаимную индукцию больных, преодоление влияния «отрицательных лидеров» в стационаре, составление программ с широким кругом вопросов, которые не удается решать индивидуально с каждым больным, а в числе недостатков — невозможность строго индивидуального воздействия, пассивность части больных и др. Индивидуальная и групповая психотерапия взаимодополняется и проводится параллельно, что дает возможность наиболее полного психотерапевтического воздействия на всех больных.

Наиболее простой метод групповой психотерапии — проведение тематических бесед со всеми больными, находящимися в стационаре или посещающими наркологический кабинет. Эти беседы целесообразно проводить с участием родственников больных — в амбулаторных условиях приглашать больных с родственниками на сеансы лечения, перед сеансом врач проводит психотерапевтическую беседу. В беседах следует использовать наглядные пособия (плакаты, диапозитивы, диафильмы и др.), короткометражные кинофильмы, магнитофонные записи и др.

Более сложные формы групповой психотерапии, осуществляемые преимущественно в стационаре, заключаются в создании психотерапевтических групп из 7—40 человек, проведении с ними групповых сеансов психотерапии, часть из которых проводит психолог. Занятия проводятся по заранее составленной программе [Гузиков Б. М. и др., 1980], включают разыгрывание сцен застолья, в которых вновь поступившие больные уговаривают, заставляют выпить больных, готовящихся к выписке. Отказ от выпивки больные строят с оборонительно-оправдательных позиций («ролевые игры» по В. П. Бугаенко, 1983), занятия сочетаются с сеансами групповой аутогенной тренировки [Зенченко Е. И., 1983; Валентик Ю. В., 1984].

При всех формах групповой психотерапии используют дис-

куссии, обмен мнениями между больными, обсуждение вопросов лечения. Целесообразно приглашать на эти диспуты и занятия больных, ранее лечившихся и длительно воздерживающихся от алкоголя. Желательно, чтобы больные приходили с женами и родственниками, можно зачитывать письма больных и их родственников, прослушивать магнитофонные записи, сделанные на дому, при посещении больных, находящихся в длительной ремиссии. Как известно, больным свойственно верить другим больным больше, чем врачу, а к больным алкоголизмом это относится в первую очередь.

Как уже упоминалось, недостатками групповой психотерапии являются недоучет индивидуальных особенностей больного и малая индивидуальная направленность психотерапевтического воздействия. С целью преодоления этих недостатков, создания индивидуально направленного психотерапевтического воздействия, а также активизации участвующих в процедуре больных мы разработали [Энтин Г. М., 1968, 1972, 1979] простую методику активирующей групповой психотерапии.

Нарколог формирует группу из 8—12 больных, с которой психотерапевтические сеансы проводятся 2—3 раза в неделю в стационаре и 1—2 раза в неделю в амбулаторных условиях. Во время занятия один из больных, как правило, готовящийся к выписке или заканчивающий курс амбулаторного лечения и уже посетивший 8—10 занятий, подробно излагает историю своей жизни и, естественно, историю своего заболевания алкоголизмом. Он рассказывает о причинах приобщения к алкоголю, формировании симптомов алкоголизма, обращении в лечебные учреждения, своем отношении к проводившемуся ранее лечению, периодах воздержания от алкоголя, срывах и рецидивах, повторном лечении, о лечении в настоящее время, своих планах на будущее. В процессе рассказа врач, хорошо знающий больного, задает ему дополнительные вопросы, направляет изложение в нужное русло.

После окончания рассказа вопросы «докладчику» задают в обязательном порядке все больные: врач называет каждого из них и просит задать какой-либо вопрос. Это активизирует слушателей. После ответов на вопросы врач предлагает каждому участнику сеанса, также в обязательном порядке, высказать свое мнение по поводу обсуждаемого больного, а главное, дать дружеский совет, как вести себя после лечения, как строить отношения с окружающими, как добиться стойкой ремиссии, трезвого образа жизни. Таким образом, активное участие в психотерапевтической процедуре принимают все больные и на каждом сеансе.

После выступлений больных врач делает общее заключение, отвечает на возникшие вопросы и на примере данного

больного рассказывает о признаках алкоголизма, задачах лечения, разъясняет необходимость воздержания от алкоголя после лечения. Назначается время следующего сеанса, выделяется «докладчик» на этот сеанс и «дублер», если «докладчик» по какой-либо причине не сможет участвовать в сеансе. «Докладчик» и «дублер» (который будет выступать через сеанс) должны подготовиться к своим выступлениям.

Длительность сеанса не превышает 1—2 ч. Состав группы постоянно обновляется — в стацнонаре одни больные выбывают, другие поступают, в амбулаторных условиях одни заканчивают курс активного лечения, другие начинают. В стационаре за 1,5 мес лечения больной может посетить 10—12 сеансов, при лечении на протяжении 3—4 мес сеансы целесообразно проводить реже — 1—2 раза в неделю. Врач может вести 2—3 группы. Общее число сеансов для одного больного не должно превышать 12—15, их однообразие надоедает, эффективность снижается. Однако каждый больной обязательно должен рассказать о себе.

Регулярное проведение таких активизирующих психотерапевтических бесед воспитывает у больных установку на лечение и воздержание от алкоголя, препятствует уклонению от лечения, нарушениям режима трезвости. Одновременно врач может изучить индивидуальные особенности каждого больного, наблюдать динамику его психического состояния в процессе лечения. Эффективность такой свободной дискуссии достаточно высока несмотря на то, что группа включает больных разного возраста, разного образовательного и интеллектуального уровня, в том числе больных с явлениями алкогольной деградации, не имеющих установки на воздержание от алкоголя, скептически относящихся к лечению.

Данную методику можно использовать в женских и подростковых отделениях, в лечебно-трудовых профилакториях.

Семейная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом играет существенную роль. Так, В. Е. Рожнов, И. С. Павлов (1979) рекомендуют исследовать психологический климат в семье и на основании результатов проводить индивидуальную психотерапию с больным и его женой. A. J. Twerski (1983) для создания «психологической платформы» против пьянства данного пациента рекомендует активное воздействие на него всех членов семьи и родственников, не допускающих отказа больного от лечения. Детально семейную психотерапию разработали Б. М. Гузиков и соавт. (1980, 1986). Авторы рекомендуют индивидуальную психотерапию для больного и его жены, для супружеской пары, а на следующей стадии — ликвидации конфликта, связанного с пьянством, психотерапевтические задачи заключаются в установлении адекватного отношения супружеской пары к за-

болеванию мужа, в укреплении установки больного на трезвость, в ослаблении невротизации жены, в восстановлении взаимопонимания и эмоциональной близости супругов.

С этой целью авторы рекомендуют создавать психотерапевтические группы жен и проводить с ними занятия по тематике: 1) алкоголизм как болезнь; 2) влияние алкоголизма мужа на семейные отношения; 3) роль и характер участия семьи в лечении больного алкоголизмом; 4) «алкогольные» конфликты и возможность их разрешения; 5) необходимость участия жен в семейной психотерапии.

После выписки из стационара больные и их жены могут объединяться в группы супружеских пар. В группах самостоятельно решаются конфликтные вопросы, проводится неформальное общение: совместный отдых, проведение летних отпусков и др. При соответствующем подборе больных Т. Г. Рыбакова (1983) отмечает высокую эффективность семейной психотерапии — по данным катамнеза, ремиссии более года имели 75,3 % больных, рецидивы были кратковременными и быстро купировались.

Коллективная психотерапия — высшая форма психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом. Коллективная психотерапия отличается от групповой тем, что при ней больные объединяются не в группы, а в коллективы, которые в отличие от групп представляют устойчивую общность людей, объединены общими целями и общей социально полезной совместной деятельностью, не замкнутой внутри коллектива. Коллектив имеет внутреннюю структуру, управление, распределение обязанностей между своими членами. Психотерапевтический коллектив больных алкоголизмом также представляет собой устойчивую общность людей, находящихся в деловом, дружеском, бытовом и идеологическом общении, объединенных общей социально-значимой целью — излечением от алкоголизма. Коллективная психотерапия используется при реабилитации больных алкоголизмом.

Различные формы коллективной психотерапии больных алкоголизмом — устойчивые психотерапевтические коллективы или сообщества, антиалкогольные клубы и др. обеспечивают наиболее длительные терапевтические ремиссии [Новак В. М., 1980, 1981; Энтин Г. М., Гребенников В. С., Новак В. М., 1976; Михалев П. В., Михалева Л. Д., Самович В. В., 1985; Гузиков Б. М., 1986]. В устойчивом психотерапевтическом коллективе не только формируются и окончательно утверждаются трезвеннические установки, но, что не менее важно, изменяются образ жизни и самосознание больного [Бокий И. В., Удальцова М. С., 1981; Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1986].

Нарколог формирует психотерапевтический коллектив из

15—20 больных алкоголизмом, прошедших курс стационарного или амбулаторного лечения и имеющих твердую установку на трезвость. Б. М. Гузиков, В. М. Зобнев, А. А. Мейроян (1986) рекомендуют формирование психотерапевтических коллективов в 3 этапа: 1) групповая психотерапия в стационаре или в амбулаторных условиях наряду с медикаментозным лечением в течение 30—45 дней; 2) групповая психотерапия в амбулаторных условиях в качестве подготовки к вступлению в коллектив и формирование коллектива; 3) создание устойчивого психотерапевтического коллектива (сообщества) со сроком пребывания больного в нем до 10 лет.

В деятельности коллектива используются педагогические принципы А. С. Макаренко — самоуправление, ответственность каждого члена коллектива перед коллективом и ответственность коллектива за каждого члена. С этой целью коллектив избирает органы самоуправления (старосту, его заместителя, контрольную комиссию, культорга, физорга, при участии в работе коллектива жен больных — женсовет и др.). Коллектив собирается у нарколога с определенной периодичностью (1—2 раза в месяц), врач осуществляет лечебные мероприятия — назначает лекарства, проводит сеанс коллективной гипнотерапии или аутотренинга. В присутствии врача больные сообщают о событиях своей жизни за прошедший от предыдущего собрания период, обсуждают просмотренные телепередачи и кинофильмы, события международной жизни и др. Староста докладывает об отсутствующих и о причинах их отсутствия. Если причины отсутствия неизвестны, контрольной комиссии поручается выяснить, что с этими больными, и принять необходимые меры, если произошел срыв. Кроме обязательных посещений нарколога, коллектив проводит самостоятельные культурно-развлекательные мероприятия (коллективные посещения театров, кино, музеев, выезды за город, обязательно отмечаются дни рождения членов коллектива, а также различные семейные и общие праздники, т. е. налаживается постоянное неформальное общение членов коллектива и их семей). Так создается микроколлектив с твердыми трезвенническими традициями, взаимно поддерживаемыми и контролируемыми.

Естественно, что одним из важнейших разделов деятельности коллектива остается неукоснительное соблюдение трезвости всеми его членами. В случае попытки употребления спиртных напитков кем-либо из членов психотерапевтического коллектива староста, члены контрольной комиссии используют свой товарищеский авторитет, чтобы заставить его немедленно явиться к врачу и пройти соответствующее лечение (если необходимо, то и стационарное). По данным наркологов, длительно проводящих эту работу (Новак В. М.,

1981; Сапунов А. Б., Солодчикова Л. М., 1984], один нарколог может руководить 8—10 устойчивыми психотерапевтическими коллективами, насчитывающими 150—200 больных.

Психотерапевтические коллективы наркологического диспансера могут объединяться в сообщества по типу клубов [Бурно М. Е., 1982; Лежепекова Л. Н., Якубов Б. А., 1982; Гриненко А. Я., Корчагина Г. А., Бурова Н. П., 1986]. Больные аклоголизмом, участвующие в устойчивых психотерапевтических коллективах, психотерапевтических сообществах, антиалкогольных клубах и др., являются не пассивными объектами этой работы, а активными ее участниками. Деятельность больных распространяется не только друг на друга, но и на общество в целом, способствует искоренению алкогольных традиций и обычаев, а также привлечению к лечению больных алкоголизмом из ближайшего окружения, для которых пример трезвой жизни «бывших алкоголиков» эффективнее любой антиалкогольной пропаганды.

Этапность лечебного процесса

Алкоголизм представляется хроническим прогредиентным заболеванием, поэтому его лечение не может быть ограничено каким-либо курсом. Разнообразие личностных особенностей, стадий, форм и вариантов течения требует строгой индивидуализации лечебного процесса для каждого больного. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» для больных алкоголизмом устанавливается диспансерное наблюдение и лечение в течение 3 лет при условии стойкой ремиссии.

Лечение каждого больного включает следующие задачи: 1) устранение нарушений в психической и соматической сферах, вызванных злоупотреблением алкоголем; 2) подавление болезненного влечения к алкоголю, выработка отвращения к спиртным напиткам и их непереносимости; 3) поддержание установки на трезвеннический образ жизни, непереносимости спиртных напитков, дезактуализации влечения к алкоголю во время ремиссий одновременно с социально-семейными реабилитационными мероприятиями.

В одном курсе лечения эти задачи разделяются на 3 этапа. Они впервые описаны Ю. А. Поворинским (1956) и С. З. Пащенковым (1957), в дальнейшем разработаны И. И. Лукомским (1960, 1963, 1968), В. М. Банщиковым (1960, 1961, 1963), J. Lereboulett (1964) и другими авторами.

Первый этап включает купирование острых явлений алкогольной интоксикации и абстиненции, нормализацию психического состояния (ликвидацию нарушений сна, аффек-

тивных расстройств, различных невротических и неврозоподобных состояний и др.), интенсивную терапию, направленную на устранение нарушений сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, неврологических расстройств. Одновременно с этим устанавливается психотерапевтический контакт с больным, создается установка на лечение, стимулируются волевые качества больного, корригируется поведение, проводятся необходимые обследования, консультации. Психотерапию, преимущественно разъяснительную, сочетают с интенсивным лекарственным дезинтоксикационным лечением, немедикаментозной терапией, гигиеническим режимом. Длительность первого этапа при амбулаторном лечении 3—15 дней в зависимости от тяжести интоксикации и абстиненции, общего состояния больного, возможностей амбулаторной наркологической помощи. Длительность первого этапа в стационаре также всецело зависит от состояния больного — если он поступил после массивной и длительной алкогольной интоксикации, в препсихотическом состоянии или с выраженными соматоневрологическими нарушениями, то первый этап может затянуться до 2—3 нед, в случаях средней тяжести — до 5—10 дней, а у больных, несколько дней и даже недель воздерживающихся от алкоголя, он занимает не более 3—5 дней.

Второй этап является обязательным для каждого больного и предполагает активную противоалкогольную терапию, направленную на подавление болезненного влечения к алкоголю, выработку отвращения к спиртным напиткам и их непереносимости. На втором этапе используются все формы активного психотерапевтического воздействия на больного, направленные на выработку устойчивой трезвеннической установки. Симптоматическое лечение в полной мере продолжается и на втором этапе, в отдельных случаях допустимо только сочетание симптоматических средств с рациональной психотерапией, но эффективность такого лечения невысока и его можно использовать лишь в порядке исключения (абсолютные противопоказания к активной терапии).

Применяемые в настоящее время методы активной противоалкогольной терапии можно разделить на две группы: условнорефлекторные (аверсионные) методики, создающие у больного отвращение к спиртным напиткам, и сенсибилизирующие, вызывающие непереносимость алкоголя. Цель второго этапа может считаться достигнутой лишь тогда, когда при проведении алкогольной пробы, т. е. непосредственном соприкосновении пациента со спиртным напитком, объективно и субъективно определяется достаточно выраженное отвращение к алкоголю или его непереносимость вследствие выраженной вегетесосудистой реакции и других проявлений.

Длительность второго этапа зависит от применяемых мето-

дов активной терапии, их индивидуальной эффективности и других факторов. Как при амбулаторном, так и при стационарном лечении длительность второго этапа составляет 1—2 мес.

Третий этап — это продолжение психотерапевтического воздействия, направленного на укрепление трезвеннической установки и трезвого образа жизни, поддерживающего медикаментозного лечения для дезактуализации первичного патологического влечения к алкоголю. Третий этап включает различные реабилитационные мероприятия: воздействие на микросреду больного с целью ее оздоровления, участие больного в работе клубов трезвости, устойчивых психотерапевтических коллективов и др. При необходимости на третьем этапе можно проводить повторные сеансы и даже курсы активной противоалкогольной терапии. Основная задача третьего этапа — предупреждение срывов и рецидивов алкоголизма, т. е. вторичная профилактика.

В идеальном случае третий этап длится все 3 года наблюдения и заканчивается снятием больного с наркологического учета. Реально ремиссии более года имеются лишь у 20—25 % больных, а ежегодно в связи с длительной ремиссией снимаются с учета около 3 % больных. У большинства больных происходят рецидивы, и поэтапное лечение приходится начинать сначала. Недостаточная эффективность противоалкогольной терапии объясняется в большинстве случаев плохой организацией или полным отсутствием поддерживающего (противорецидивного) лечения и реабилитационных мероприятий.

Перед началом амбулаторного или стационарного лечения больной и его родственники должны быть ориентированы на длительную поддерживающую терапию, без которой нет шансов на успех.

ГЛАВА 3

Купирование острой алкогольной интоксикации, абстиненции, запоев. Применение симптоматических средств. Психофармакотерапия алкоголизма. Немедикаментозные способы лечения алкоголизма

Купирование острой алкогольной интоксикации (опьянения)

Купирование тяжелой, угрожающей жизни острой алкогольной интоксикации осуществляется, как правило, в токсикологических отделениях и отделениях скорой медицинской

помощи. В наркологических учреждениях в ряде случаев купирование запоя приходится начинать с вытрезвления. В обязанности нарколога входит методическое руководство работой медицинского персонала медицинских вытрезвителей, поэтому каждый нарколог должен хорошо знать методику вытрезвления.

Купирование опьянения средней и среднетяжелой степени, когда опьяневший способен к самостоятельному передвижению и с ним возможен контакт, следует начинать с освобождения желудка. Опьяневшему предлагают выпить 1—1,5 л теплой воды или слабого раствора перманганата калия и вызывают рвоту раздражением задней стенки глотки до тех пор, пока рвотные массы не перестанут пахнуть алкоголем. После этого дают выпить 5—10 капель нашатырного спирта в 30 мл воды или вдыхать пары аммиака (осторожно, чтобы не вызвать ожог слизистых оболочек рта!). При психомоторном возбуждении хорошо успокаивает прохладный душ или обливание головы прохладной водой. В легких случаях этих процедур вполне достаточно для того, чтобы опьяневший успокоился и заснул.

Эффективный способ протрезвления — введение 0,3—0,5 мл 1 % раствора апоморфина подкожно и одновременно 2 мл кордиамина и 1—2 мл 10 % раствора кофеина. Апоморфин является антагонистом алкоголя, после инъекции апоморфина возникает рвота. Опьяневшему рекомендуется выпить 1—1,5 л теплой воды для облегчения рвотной реакции и полного освобождения желудка. После рвоты возбуждение сменяется вялостью, сонливостью, наступает протрезвление.

Следует иметь в виду, что введение апоморфина противопоказано лицам пожилого возраста, при тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, дыхания и др. В медицинских вытрезвителях, не имея сведений о состоянии пациента и возможности его обследовать (аускультация сердца, измерение артериального давления и др.), апоморфин следует применять с большой осторожностью. В медицинских учреждениях возможно более широкое использование апоморфина с целью протрезвления.

И. В. Стрельчук и соавт. (1975) разработали очень простой метод ускоренного вытрезвления в медицинском вытрезвителе. Опьяневшему дают смесь 0,2 г коразола, 0,01 г фенамина и 0,1 г никотиновой кислоты. Порошок размешивают в 10—15 мл воды (в мензурке), опьяневший выпивает взвесь, запивает ее водой, после чего ему внутримышечно вводят 10 мл 5 % раствора витамина B_6. В случаях возбуждения, отказа принимать лекарство, а также при сонливости, препятствующей приему лекарств, сначала делают инъекцию витамина B_6, а при улучшении состояния дают выпить лекар-

ственную смесь. Недостатком этой методики является использование фенамина — препарата, находящегося на строгом учете как наркотическое лекарственное вещество.

В амбулаторных условиях с целью протрезвления можно использовать большие дозы метронидазола (трихопола) — на первый прием дают 1,5—2 г препарата (6—8 таблеток по 0,25 г), в дальнейшем через каждые 1,5—2 ч еще по 1—1,5 г до появления рвоты и отвращения к алкоголю. В дальнейшем лечение продолжается обычными дозами препарата — 0,75—1 г 3 раза в день.

Для уменьшения алкогольной интоксикации можно использовать ацетилсалициловую кислоту по 1 г 2—3 раза, что вызывает обильное потоотделение, ввести подкожно 10—20 ЕД инсулина с последующим внутривенным введением 40—60 мл 40 % раствора глюкозы [Кондрашенко В. Т., Скугаревский А. Ф., 1983].

Последнее время рекомендуют немедикаментозные способы протрезвления — подкожное вдувание 300—500 см^3 кислорода [Лукашев В. А., 1961], поверхностную управляемую краниоцеребральную гипотермию [Згонникова Т. Б., 1985], гипербарическую оксигенацию [Сосин И. К., Волков А. С., 1985]. Этими методами удается достигнуть быстрого (в течение 1—1,5 ч) и полного протрезвления без каких-либо осложнений, но они требуют специальной аппаратуры и обученного персонала.

Все перечисленные методы можно использовать лишь тогда, когда с опьяневшим удается установить контакт и убедить или заставить выполнять назначенные процедуры. Однако нередко опьяневшие находятся в состоянии резкого возбуждения, проявляют агрессивность к окружающим и персоналу. Такие формы опьянения свойственны больным алкоголизмом.

Методика купирования острого возбуждения в алкогольном опьянении успокаивающими смесями из нейролептических или антигистаминных препаратов с аналептиками разработана Р. Х. Вельшикаевым, П. Е. Резником (1974).

Нейролептические препараты — аминазин, левомепромазин (тизерцин), галоперидол и др. являются синергистами алкоголя, потенцируют алкогольное опьянение, переводя его из стадии возбуждения в стадию угнетения, т. е. возбужденный, агрессивный опьяневший человек становится вялым, сонливым, засыпает, а после сна наступает протрезвление. Аналогичное действие оказывают антигистаминные препараты — димедрол, дипразин (пипольфен) и др.

Однако опасность применения нейролептических, а также антигистаминных препаратов заключается в том, что во время

сна может наступить ослабление деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания, возникнуть коллаптоидное и даже коматозное состояние. Для профилактики этого, так же как и при использовании апоморфина, в одном шприце с нейролептическими или антигистаминными препаратами внутримышечно вводят аналептические средства, по 1—3 мл кордиамина или этимизола.

Авторы рекомендуют следующие успокаивающие смеси. Внутримышечно в одном шприце: а) 2—4 мл 0,5 % раствора диазепама (седуксена) с 1—2 мл кордиамина или 2—3 мл 1,5 % раствора этимизола; б) 2—3 мл 1 % раствора димедрола или 2—3 мл 2,5 % раствора дипразина (пипольфена) также с 1—2 мл кордиамина или 2—3 мл 1,5 % раствора этимизола.

Через 10—15 мин после введения указанной смеси наступает успокоение, в дальнейшем возникает сонливость, переходящая в сон. Во время сна необходимо следить за состоянием сердечно-сосудистой системы и дыханием. При необходимости повторно вводят аналептические препараты — кордиамин, этимизол, кофеин, цититон, лобелин. Пробуждение сопровождается протрезвлением.

Купирование тяжелого алкогольного опьянения, угрожающего переходом в сопор и кому, а также сопровождающегося ослаблением деятельности сердечно-сосудистой системы и расстройствами дыхания, осуществляется в специальных токсикологических центрах и стационарах с реанимационными отделениями. Своевременное доставление пациентов на машине скорой помощи определяет благоприятный исход [Лужников Е. А., 1982]. Однако такая возможность не всегда есть, и успех лечебных мероприятий во многом зависит от оказания помощи на догоспитальном этапе.

Алкогольный сопор и кому необходимо дифференцировать с ургентными состояниями, возникающими после употребления спиртных напитков, когда в связи с запахом алкоголя изо рта больного принимают за пьяного. Кроме сопутствующих опьянению ургентных состояний (острые нарушения мозгового кровообращения, диабетическая, уремическая, печеночная кома, острое отравление угарным газом, барбитуратами и другими токсическими веществами, травмы головы и др.), нередко в состоянии опьянения развивается острая сердечная недостаточность из-за нарушения коронарного кровообращения. Клинически при этом наблюдаются цианоз, одышка, периодическое дыхание, нитевидный пульс, глухость тонов сердца.

Догоспитальная помощь заключается в введении кофеина, кордиамина, коразола, этимизола, лобелина, цититона, сер-

дечных гликозидов (строфантин, коргликон), вдыхании кислорода. Больного нужно согреть.

Р. Х. Вельшикаев, П. Н. Резник (1974) рекомендуют при тяжелой алкогольной интоксикации, угрожающей развитием сопора и комы, внутривенное введение аналептических смесей.

Аналептическая смесь № 1 (при тяжелом алкогольном опьянении): 10 мл 0,5 % раствора бемегрида, 1 мл кордиамина, 1 мл 10 % раствора коразола, 1 мл 20 % раствора кофеина, 17 мл 40 % раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия. Всего получается 30 мл смеси, ее вводят внутривенно двумя шприцами. Через 5—10 мин после введения смеси опьяневшие пробуждаются, отвечают на вопросы, состояние улучшается.

Аналептическая смесь № 2 (при алкогольном сопоре): 15 мл 0,5 % раствора бемегрида, 1 мл 1,5 % раствора этимизола, 2 мл 20 % раствора кофеина, 2 мл 10 % раствора коразола, 13 мл 40 % раствора глюкозы (или изотонического раствора хлорида натрия). Через 10—15 мин после внутривенного введения смеси состояние больного улучшается, повышается артериальное давление, улучшается деятельность сердца, углубляется дыхание, больной начинает реагировать на раздражители, отвечать на вопросы. Угроза перехода сопора в кому устраняется.

Аналептическая смесь № 3 рекомендуется авторами для лечения алкогольной комы. Наряду с аналептиками она включает активный реактиватор холинэстеразы — дипироксим, применяемый при отравлениях фосфорорганическими соединениями. Состав смеси: 20 мл 0,5 % раствора бемегрида, 1 мл 15 % раствора дипироксима, 2 мл 1,5 % раствора этимизола, 2 мл кордиамина, 2 мл 20 % раствора кофеина, 2 мл 10 % раствора коразола, 10 мл 40 % раствора глюкозы (или изотонического раствора хлорида натрия).

После внутривенного введения 40 мл смеси двумя шприцами кожные покровы приобретают нормальный цвет, углубляется и выравнивается дыхание, повышается артериальное давление, улучшается деятельность сердца.

В наиболее тяжелых случаях внутривенно капельно вливают изотонический раствор глюкозы или хлорида натрия, к которым добавляют перечисленные выше аналептики, а также сердечные средства.

При энергично проведенных лечебных мероприятиях в течение 2—6 ч наступает улучшение, в тяжелых случаях сопорозное и коматозное состояние может затягиваться до 1—2 сут. После того как больной пришел в сознание, ему назначают постельный режим не менее чем на 2—5 дней, продолжают лечение симптоматическими средствами.

В наиболее тяжелых случаях алкогольной комы прихо-

дится осуществлять реанимационные мероприятия [Лужников Е. А., 1982]: при аспирационно-обтурационных расстройствах дыхания вводят воздуховод, делают интубацию, а при необходимости — искусственную вентиляцию легких с предварительной интубацией трахеи. После установления адекватного дыхания показано промывание желудка через зонд в положении на боку 5—8 л воды по 400—700 мл до получения чистых промывных вод.

При тяжелых гемодинамических расстройствах внутривенно капельно вводят плазмозаменители — полиглюкин, гемодез, реополиглюкин (по 400 мл), 5 % раствор глюкозы или изотонический раствор хлорида натрия (400 мл), 10 000—20 000 ЕД гепарина, 60—120 мг преднизолона или 125—250 мг гидрокортизона. В дальнейшем под контролем pH крови вводят 600—1000 мл 4 % раствора гидрокарбоната натрия, 500 мл 20 % раствора глюкозы с инсулином (20 ЕД) и комплексом витаминов (3—5 мл 6 % раствора витамина B_1, 3—5 мл 5 % раствора витамина B_6, 3—5 мл 1 % раствора никотиновой кислоты, 5—10 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты). Эти мероприятия обеспечивают успех лечения.

У больных алкоголизмом после выхода из алкогольной комы возможны психомоторное возбуждение, кратковременные делириозно-галлюцинаторные состояния, судорожные припадки и даже развернутые формы алкогольного делирия. При этих состояниях можно использовать седуксен (внутримышечно), оксибутират натрия.

Дезинтоксикационные, общеукрепляющие, симптоматические и седативные средства

Первый этап лечения больных алкоголизмом, осуществляемый как в амбулаторных условиях, так и в стационаре, обязательно включает дезинтоксикацию и симптоматическую лекарственную терапию, направленную на ликвидацию последствий алкогольной интоксикации, нормализацию обменных процессов, устранение нарушений функций внутренних органов, нервной системы, стабилизацию психического состояния. Все эти мероприятия являются подготовкой ко второму основному этапу — активной противоалкогольной терапии.

При амбулаторном лечении на первом этапе необходимо обеспечить общегигиенический режим — исключение излишних физических и умственных нагрузок, пребывание на воздухе, легкие физические упражнения. Необходимо запретить посещение кафе, ресторанов, визиты к знакомым и в другие места, где употребляют спиртные напитки. Больным рекомендуют избегать острых, соленых блюд, увеличить количество

молочных, овощных блюд, сладостей. Из напитков рекомендуют щелочные минеральные воды, но не фруктовые воды, квас, напитки типа «Байкал», которые могут содержать спирт. В качестве антагонистов алкоголя и стимулирующих средств рекомендуют натуральный кофе, чай.

Лечение включает дезинтоксикационные, общеукрепляющие и симптоматические средства и методы, которые назначают на 2—3 нед и более.

Как в амбулаторных условиях, так и в стационаре всем больным алкоголизмом нужно провести достаточно подробное клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, исследования содержания билирубина (желательно всем больным) и холестерина крови (по показаниям), рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ. При тех или иных жалобах и объективных клинических данных назначают дополнительные исследования. В стационаре обязательна консультация терапевта и по показаниям — других специалистов.

Все лечебные назначения должны строго соответствовать клиническим данным и корригироваться в зависимости от клинических и лабораторных показателей.

Активные методы противоалкогольной терапии назначаются после подробного обследования больного и при отсутствии противопоказаний.

Дезинтоксикационные средства показаны практически всем больным алкоголизмом, особенно при затянувшейся абстиненции, астенических состояниях, обусловленных предшествующей интоксикацией.

Сульфат магния способствует нормализации баланса электролитов крови, снимает эмоциональное напряжение, дисфорию, так как катион магния дает седативный и транквилизирующий эффект [Бокий И. В., Лапин И. П., 1976]. Сульфат магния показан при повышении артериального давления, последствиях травмы головы. Назначают внутримышечно по 5—10 мл 25 % раствора сульфата магния, лучше в одном шприце с 5—10 мл 0,5 % раствора новокаина, всего 10—15 инъекций через день. Сульфат магния можно назначать внутривенно с 40 % раствором глюкозы — 2—8 мл 25 % раствора сульфата магния с 15—20 мл 40 % раствора глюкозы через день, на курс до 10 вливаний. Перед назначением глюкозы желательно сделать анализ крови на содержание сахара, так как у больных алкоголизмом имеется склонность к нарушениям углеводного обмена и может быть скрытый диабет.

Тиоловые препараты являются эффективным дезинтоксикационным средством и их целесообразно назначать практически всем больным алкоголизмом при стационарном и амбулаторном лечении. Тиоловые препараты способствуют повышению активности сульфгидрильных групп, входящих в

состав белков и ферментов, что обеспечивает быстрое выведение из организма токсичных продуктов обмена алкоголя (ацетальдегид, пировиноградная кислота и др.), а также восстановление ферментных систем, нарушенных в период злоупотребления алкоголем. Считается, что тиоловые препараты облегчают абстинентные явления, уменьшают влечение к алкоголю и способствуют выработке отвращения к спиртным напиткам. Их можно использовать для потенцирования условнорефлекторных методик и даже как средства активной противоалкогольной терапии.

Применяется 30 % раствор тиосульфата натрия внутривенно по 15—20 мл ежедневно, всего 10—15 вливаний. Унитиол можно использовать для купирования абстинентных явлений по 10—20 мл 5 % раствора внутримышечно в течение 3—5 дней, а затем по 5 мл еще 7—10 дней. Для потенцирования условнорефлекторных методик на период активной противоалкогольной терапии назначают 10 ежедневных внутримышечных инъекций по 5 мл, далее 10 инъекций через день, курс лечения проводят в течение месяца.

Н. Н. Чередник, П. П. Мецов (1987) для купирования абстинентного синдрома использовали металкоптазу. Это аналог пеницилламина (купренила) — комплексообразующего препарата, более активного, чем тиоловые соединения (натрия тиосульфат, унитиол). Препарат применяют внутрь по 0,25—0,3 г 3 раза в день в течение 10 дней, как правило, в комбинации с витаминами и другими симптоматическими средствами. Преимущества перед тиоловыми препаратами — прием внутрь, возможность использовать в амбулаторных условиях.

С целью нормализации водно-солевого обмена больным дают обильное питье, лучше щелочные растворы (в связи со склонностью к ацидозу в постинтоксикационный период) — щелочные минеральные воды или гидрокарбонат натрия (питьевая сода) до 6 г в первые дни абстиненции.

Витаминные препараты применяются на всех этапах лечения больных алкоголизмом, особенно на первом, так как после длительных алкогольных эксцессов возникает выраженный дефицит витаминов, прежде всего группы В.

Витамин B_1 (тиамин) является эффективным средством предупреждения и лечения неврологических осложнений алкоголизма, купирования алкогольной абстиненции, лечения алкогольных психозов, особенно алкогольных энцефалопатий. Больным алкоголизмом назначают большие дозы витамина B_1, доходящие в первые дни лечения от 0,1 до 0,3 г/сут.

Первые 10 дней в амбулаторных условиях и стационаре витамин B_1 целесообразно вводить внутримышечно по 2—3 мл 6 % раствора, остальное суточное количество давать

внутрь. В наркологической практике целесообразно применять поливитаминные порошки, например, такого состава: тиамина бромида 0,04 г, аскорбиновой кислоты 0,2 г, никотиновой кислоты 0,1 г, рутина 0,05 г, рибофлавина 0,002 г по 1 порошку 3 раза в день натощак.

Витамин B_1 можно вводить парентерально вместе с аскорбиновой и никотиновой кислотами, но не с пиридоксином (витамин B_6) и не с цианокобаламином (витамин B_{12}), так как витамин B_6 затрудняет превращение витамина B_1 в биологически активную форму, а витамин B_{12} усиливает аллергизирующее действие витамина B_1. Внутривенно витамин B_1 следует применять с большой осторожностью, только по витальным показаниям (тяжелые формы алкогольного делирия, алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике), так как при этом возможны аллергические осложнения вплоть до анафилактического шока.

Кокарбоксилаза является готовой формой кофермента, в который преобразуется тиамин в процессе его превращений в организме. Препарат применяется при печеночной и почечной недостаточности, нарушениях коронарного кровообращения, алкогольной полиневропатии, вводят внутримышечно и внутривенно по 0,05—0,1 г (выпускается в ампулах по 0,05 г вместимостью 3 мл в комплекте с растворителем). По данным J. Ruser (1980), внутривенное введение 0,05—0,1 г кокарбоксилазы с витамином B_1 быстро купирует абстинентные явления.

Витамин B_2 (рибофлавин) стимулирует обменные процессы в организме, восстанавливает нарушенные алкогольной интоксикацией функции печени. Применяется обычно в профилактических дозах (0,002 г 2—3 раза в день), при показаниях (нарушения питания, астения, нарушения функций кишечника и др.) — по 0,005—0,01 г 2—3 раза в день.

Витамин PP (никотиновая кислота, витамин B_3) * — благоприятно влияет на восстановление функций печени, нарушенных алкогольной интоксикацией. Считается, что регулярный прием никотиновой кислоты подавляет влечение к алкоголю. Никотиновую кислоту целесообразно применять повторными курсами как в период дезинтоксикации, так и при поддерживающем лечении. Никотиновая кислота, как и ее амид (никотинамид), участвует в промежуточном обмене алкоголя, облегчает абстинентные явления и применяется при алкогольной абстиненции.

---

* На препараты, отмеченные звездочкой, имеются инструкции по применению для лечения больных алкоголизмом (издание официальное). Фармакологический комитет Минздрава СССР, вып. I (1975), вып. II (1976), вып. III (1978), вып. IV (1981), вып. V (1985), вып. VI (1985). Сводное издание, 1985.

Никотиновую кислоту назначают внутрь в индивидуально подбираемых дозах — по 0,05—0,2 г на прием 3 раза в день или натощак, а также в витаминных смесях (см. выше). Парентерально назначают 0,5—1 мл 1 % раствора никотиновой кислоты. В частности, с успехом можно использовать смесь: 20 мл 40 % раствора глюкозы, 2 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты и 0,3—1 мл 1 % раствора никотиновой кислоты внутривенно медленно, ежедневно или через день, всего 10—15 вливаний. После введения смеси возникает вегетососудистая реакция (гиперемия лица, приливы крови к голове, чувство жара в теле). После 8—10 вливаний с повышением доз никотиновой кислоты в смеси до 1 мл 1 % раствора в ряде случаев возникают непереносимость алкоголя и значительное усиление условнорефлекторных реакций на алкоголь. Курс таких вливаний целесообразно провести на втором этапе лечения в сочетании с активной противоалкогольной терапией.

Вегетососудистая реакция после приема никотиновой кислоты позволяет использовать ее в качестве сенсибилизирующего к алкоголю средства и при выработке отрицательной эмоциональной и тошнотно-рвотной реакции путем алкогольно-никотиновых проб, что подробно изложено в соответствующем разделе.

Длительное применение никотиновой кислоты в больших дозах может способствовать жировой дистрофии печени. Для предупреждения этого осложнения одновременно с никотиновой кислотой необходимо назначать метионин, оказывающий липотропное действие, т. е. удаляющий из печени избыток жира. Метионин назначается по 0,5—1,5 г 3—4 раза в день.

При плохой переносимости никотиновой кислоты (головокружения, длительное чувство прилива крови к голове, крапивница, парестезии, падение артериального давления) ее отменяют. Никотиновую кислоту можно заменить близким по действию никотинамидом, который не дает сосудорасширяющего эффекта, применяется для восстановления функции печени (при алкогольной гепатопатии и гепатите), при хронических гастритах, колитах. Никотинамид назначают больным алкоголизмом внутрь по 0,05 г 3 раза в день или внутримышечно по 1—2 мл 2,5—5 % раствора.

Пантотенат кальция относится к витаминам группы В, участвует в жировом и углеводном обмене, входит в состав кофермента А, играющего важную роль в процессах ацетилирования и окисления. Препарат оказывает детоксикационное действие, нормализует кислотно-основное состояние в результате устранения ацидоза, предупреждает отрицательные последствия лечения тетурамом [Петров В. Н., 1985, 1986]. Пантотенат кальция показан также при алкогольных поли-

невропатиях, аллергических состояниях, бронхиальной астме, сердечной недостаточности. Препарат назначают внутрь по 0,1—0,2 г 2—4 раза в день, вводят подкожно или внутримышечно по 1—2 мл 20 % раствора 1—2 раза в день. Препарат хорошо переносится при длительном лечении.

Витамин B_6 (пиридоксин) нормализует обмен веществ в центральной и периферической нервной системе, улучшает белковый и липидный обмен, нарушенный алкогольной интоксикацией, наиболее показан при алкогольных поражениях периферической нервной системы (полиневропатии).

Назначают внутрь по 0,01—0,02 г 2—3 раза в день, вводят внутримышечно по 1 мл 5 % раствора (не смешивать в одном шприце с витаминами B_1 и B_{12}).

Витамин B_c (фолиевая кислота) необходим при лечении больных алкоголизмом, так как алкогольная интоксикация нарушает обмен фолатов, играющих существенную роль в гемопоэзе.

Выраженная недостаточность фолатов проявляется полиневритом, резким похуданием, сухостью кожи, ломкостью ногтей, красным «лакированным» языком. Фолиевую кислоту назначают по 0,005 г 1—2 раза в сутки в течение 20—30 дней.

Витамин B_{12} (цианокобаламин) обладает высокой биологической активностью, участвует в гемопоэзе, синтезе аминокислот, благоприятно действует на функции печени и нервной системы. Больным алкоголизмом его назначают на первом и втором этапах лечения внутримышечно по 200—500 мкг (1 мл 0,02—0,05 % раствора), а также внутрь в таблетках, содержащих цианокобаламин и фолиевую кислоту.

Витамин B_{15} (пангамат кальция) благоприятно влияет на обмен веществ, особенно на липидный обмен, показан больным среднего и пожилого возраста, при сочетании алкоголизма с атеросклерозом, хроническим гепатитом, эмфиземой легких, пневмосклерозом. Назначают по 0,05—0,1 г 3—4 раза в день в течение 20 дней. Противопоказания: гипертоническая болезнь и глаукома.

Витамин С (аскорбиновая кислота) широко применяется при лечении больных алкоголизмом, так как длительная и массивная алкогольная интоксикация приводит к гиповитаминозу С. Потребность в аскорбиновой кислоте у больных алкоголизмом повышена. На этапе активной терапии аскорбиновая кислота предупреждает побочные действия и осложнения активных методов лечения. Лечебная доза аскорбиновой кислоты для больных алкоголизмом высокая — 0,2 г 3 раза в день (как приведенная выше в прописи поливитаминных порошков). Аскорбиновую кислоту вводят по

1—3 мл 5 % раствора внутримышечно с витаминами B_1 и PP, внутривенно с глюкозой и этими витаминами.

В наркологических стационарах аскорбиновую кислоту добавляют в компот. Применяют различные препараты, содержащие витамин С (комбинированные поливитаминные таблетки, сироп из плодов шиповника и др.).

Витамин Р (рутин) используют в комплексе с аскорбиновой кислотой, он уменьшает проницаемость и ломкость капилляров. Целесообразно назначать препараты витамина Р перед условнорефлекторной терапией и во время нее (предупреждение диапедезных кровотечений из пищевода и желудка) по 0,05 г 2—3 раза в день. Витамин Р входит в состав различных комбинированных препаратов.

Общеукрепляющие (восстанавливающие, тонизирующие и стимулирующие) средства применяются не только на первом этапе, но и на последующих этапах противоалкогольной терапии в соответствии с индивидуальными показаниями.

Аминокислоты используют для восстановления нарушенного алкоголем белкового обмена.

Глутаминовая кислота способствует обезвреживанию аммиака, который накапливается в организме больных алкоголизмом вследствие нарушенного алкогольной интоксикацией белкового обмена. Препарат назначают на этапе дезинтоксикации, после алкогольных психозов, на этапе активной терапии для предупреждения нарушения азотистого обмена вследствие активных методов лечения, а также при поддерживающей терапии — при упадке питания, затянувшихся астенических и астенодепрессивных состояниях. Доза — 1 г 2—3 раза в день в течение 20—30 дней и более.

Метионин оказывает липотропное действие, о котором упоминалось выше, обезвреживает токсические вещества, в том числе продукты неполного окисления алкоголя, активирует гормоны и витамины (аскорбиновая, фолиевая кислоты, витамин B_{12}). Применение метионина целесообразно на всех этапах противоалкогольной терапии, особенно больным с поражениями печени, упадком питания, при лечении тетурамом и другими сенсибилизирующими к алкоголю препаратами. Метионин назначают по 0,5—1,5 г 3—4 раза в день за 0,5—1 ч до еды в течение 10 дней повторными курсами с перерывом 10 дней.

Церебролизин — гидролизат мозгового вещества, содержащий 18 аминокислот. Его можно использовать при лечении больных алкоголизмом после травм головного мозга, тяжелых алкогольных психозов, нарушений мозгового кровообращения. Препарат вводят внутримышечно по 1 мл ежедневно или через день, или по 1—2 мл через 2—3 дня, всего необходимо 20—40 ампул (по 1 мл) на курс.

Биогенные стимуляторы используются в составе противоалкогольной терапии для усиления обменных процессов. Применяют жидкий экстракт алоэ по 1 мл подкожно ежедневно, 15—25 инъекций на курс, стекловидное тело подкожно по 2 мл ежедневно или через день, всего 8—10 инъекций. Биогенные стимуляторы наиболее показаны при алкогольной полиневропатии.

И. К. Сосин, Я. Л. Гуревич, Г. Н. Мысько (1986) применяли для купирования алкогольной абстиненции биогенный стимулятор из плацентарной крови — полибиолин по 0,5—1 г на 5 мл 0,5 % раствора новокаина внутримышечно один раз в сутки.

Иммуномодуляторы также следует использовать при лечении больных алкоголизмом. Л. А. Стукалова и соавт. (1985) предложили включить в комплексное лечение больных алкоголизмом нуклеинат натрия — препарат, ускоряющий процессы регенерации, стимулирующий деятельность костного мозга, лейкопоэз, стимулирующий естественные факторы иммунитета. Нуклеинат натрия применяется в состоянии абстиненции, в ремиссии, при курсовом лечении в сочетании с тетурамом внутрь в порошках по 0,4—0,5 г 2—3 раза в день после еды, курс лечения 20—60 дней, повторные курсы проводят в ремиссии и после рецидивов. Нуклеинат натрия положительно влияет на самочувствие, настроение, работоспособность, сон, аппетит, улучшает половую функцию, смягчает проявления абстинентного синдрома. При сочетании с длительным поддерживающим лечением тетурамом и другими сенсибилизирующими к алкоголю препаратами нуклеинат натрия устраняет побочные действия этих препаратов (в том числе отрицательное влияние на половую функцию).

Препараты фосфора, железа и мышьяка применяются на всех этапах лечения больных алкоголизмом также для стимуляции обменных процессов, коррекции отрицательных последствий активной противоалкогольной терапии. Назначают глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день, фитин по 0,5 г 3 раза в день, церебролецитин, липоцеребрин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 15—20 дней. Одновременно с препаратами фосфора дают больным препараты, содержащие железо (глицерофосфат и лактат железа, таблетки фитоферролактол, таблетки Бло, ферроплекс, феррокаль и др.), а также назначают мышьяк в виде 1 % раствора арсената натрия по 0,2—1 мл подкожно, 10—20 инъекций на курс, и препарат дуплекс по 0,2—1 мл подкожно, всего 10—20 инъекций.

Стимулирующие препараты также целесообразно применять при лечении больных алкоголизмом. Особое место среди них занимает стрихнин, способствующий нор-

мализации нарушенных алкоголем функций высшей нервной деятельности. Особенно показан стрихнин в сочетании с препаратами фосфора, мышьяка и железа при общей астении, нарушениях половой функции. Стрихнин назначают внутрь в пилюлях вместе с мышьяком, железом по 0,001 г (нитрата стрихнина и мышьяковистого ангидрида по 0,06 г, лактата железа 6 г — 60 пилюль; по 1 пилюле 2 раза в день после еды).

Стрихнин назначают парентерально по 1—2 мл 0,1 % раствора или в составе препарата дуплекс, на курс лечения 20 ежедневных подкожных инъекций.

Кроме стрихнина, применяется близкий к нему по действию, но менее токсичный секуринин в таблетках по 0,002 г 2 раза в день или подкожно по 1 мл 0,2 % раствора ежедневно, на курс 20 инъекций, сапарал по 0,05 г 2—3 раза в день, пантокрин в таблетках по 0,15 г 2 раза в день или подкожно по 1—2 мл ежедневно.

Тонизирующие средства не следует назначать при повышенной возбудимости, нарушениях сна, повышенном артериальном давлении, нарушениях сердечной деятельности, особенно на этапе купирования абстинентного синдрома. Целесообразно назначать их одновременно с активной противоалкогольной терапией, а также после ее окончания и на этапе поддерживающего лечения для ликвидации астенических состояний, вызванных активными противоалкогольными сеансами.

Не рекомендуется также применять тонизирующие средства в форме спиртовых настоек и экстрактов (настойки чилибухи, лимонника, женьшеня, заманихи, аралии, экстракт левзеи, элеутерококка и др.), так как спирт, на котором они приготовлены, может вызвать влечение к алкоголю.

Гормональные препараты применяются по специальным показаниям. При лечении мужчин среднего и пожилого возраста целесообразно по показаниям назначать мужские половые гормоны как на первом и втором, так и на третьем этапе лечения, при поддерживающей терапии. После противоалкогольного лечения, при воздержании от алкоголя, некоторые больные жалуются на ухудшение половой функции, что также может быть связано с астенией после активных методов лечения алкоголизма, применения сенсибилизирующих к алкоголю препаратов (тетурам).

Инсулин широко используется при лечении больных алкоголизмом.

При внутривенном введении глюкозы, особенно капельным методом, когда вводится 500—800 мл 5 % раствора глюкозы (содержание глюкозы 25—40 г), рекомендуется добавить к раствору инсулин из расчета 1 ЕД на 4 г глюкозы.

При выраженных нарушениях функции печени целесообразно назначать небольшие дозы инсулина (2—10 ЕД) в течение 10—12 дней на этапе купирования абстинентного синдрома, так как в этот период имеется дефицит инсулина [Бокий И. В., Лапин И. П., 1976]. Перед курсом инсулинотерапии исследуют содержание сахара в крови и проводят пробу с нагрузкой глюкозой. Инсулинотерапию назначают при нормальной сахарной кривой.

Более длительные курсы инсулинотерапии с доведением доз инсулина до 20—30 ЕД, создающих выраженные гипогликемические состояния, целесообразно проводить физически истощенным больным, страдающим хроническим гастритом, гепатитом, начальными формами цирроза печени. Инсулин вводят утром, натощак. Возникающую гипогликемию через 2—2,5 ч после инъекции инсулина купируют сахаром (150—200 г с чаем) и завтраком. При возбуждении или неожиданном возникновении сопорозного состояния для быстрого купирования гипогликемии внутривенно вводят 20—40 мл 40 % раствора глюкозы. Курс лечения инсулином составляет 15—30 процедур с постепенным повышением доз препарата.

Инсулинотерапия способствует ослаблению влечения к алкоголю. Возможно проведение алкогольных проб на высоте гипогликемического состояния (больному на нос и рот отжимают ватки, смоченные 40 %, а при повторных пробах — 96 % спиртом). Это вызывает отрицательную эмоциональную реакцию на алкоголь и может быть использовано в качестве условнорефлекторной терапии алкоголизма, прежде всего у больных, которым по соматическому состоянию противопоказаны более активные условнорефлекторные методики.

По специальным показаниям больным алкоголизмом можно проводить инсулинокоматозную терапию (при затяжных и хронических бредовых алкогольных психозах, сочетаниях алкоголизма с шизофренией, тяжелыми формами психопатии и др.). Для этого лечения необходимы соответствующие условия и подготовленный персонал.

Симптоматические средства при лечении больных алкоголизмом применяются дифференцированно на всех этапах терапии.

Аналептические средства назначают как в амбулаторных условиях, так и в стационаре для поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания при абстиненции, особенно после длительных, тяжелых запоев. Используется кофеин-бензоат натрия — психомоторный стимулятор и физиологический антагонист алкоголя. Препарат назначают внутрь по 0,1—0,2 г 3—4 раза в день и подкожно по 1—2 мл 10 % раствора (по состоянию больного). Одновременно с кофеином назначают кордиамин — 30—40 капель

2—3 раза в день или 1—2 мл подкожно (можно в одном шприце с кофеином). Аналептические препараты применяют в течение 2—4 дней для профилактики возможных сердечно-сосудистых расстройств. При более серьезных расстройствах деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания по показаниям назначают сульфокамфокаин (по 2 мл 10 % раствора подкожно, внутримышечно или внутривенно), дыхательные аналептики — этимизол (по 2 мл 1,5 % раствора внутримышечно), цититон или лобелин (по 1 мл 1 % раствора внутримышечно), сердечные гликозиды (коргликон, строфантин) и др. Перечисленные препараты всегда должны быть наготове в амбулаторных и стационарных наркологических учреждениях.

Спазмолитические и коронаролитические средства применяются в абстинентном периоде и при дальнейшем лечении у больных, у которых имеется склонность к спазмам коронарных и мозговых сосудов, выраженному повышению артериального давления. В качестве профилактического средства наиболее целесообразно назначение папаверина по 0,02 г 2—3 раза в день или комбинированных таблеток, содержащих папаверин (люпаверин, пафиллин, келливерин, никоверин, андипал, бепасал, палюфин, папазол, теоверин, тепафиллин, дивенал) и дибазол (амазол, келлатрин, теодибаверин, теодинал) в комбинации с теобромином, платифиллином, фенобарбиталом, келлином, атропином, никотиновой кислотой и другими препаратами. Папаверин и дибазол можно применять парентерально в виде 2 % раствора папаверина гидрохлорида или 0,5 % раствора дибазола по 1—2 мл подкожно.

Эффективным спазмолитическим средством является но-шпа, применяется внутрь по 0,04—0,08 г (1—2 таблетки) 2—3 раза в день, при сильном болевом приступе (спазмы желудка, кишечника, язвенная болезнь, холецистит, почечнокаменная болезнь), нередко в состоянии абстиненции, внутримышечно 2—4 мл 2 % раствора. При спазмах мозговых и периферических сосудов применяется комбинированный препарат никошпан, в состав которого входят но-шпа и никотиновая кислота, по 1 таблетке 3 раза в день или внутримышечно по 1—2 мл.

Эуфиллин применяется при тяжелой интоксикации в абстинентном периоде, при застойных явлениях в системе кровообращения, при повышении внутричерепного давления, угрозе развития отека и набухания мозга, а также при спазмах бронхов, астматических приступах. Эуфиллин назначают внутрь по 0,15—0,3 г (в таблетках или капсулах, после еды), ректально в свечах, содержащих 0,2—0,4 г препарата, внутримышечно по 1—2 мл 24 % раствора, внутривенно 5—10 мл

2,4 % раствора эуфиллина с 10—20 мл 40 % раствора глюкозы (вводить медленно), внутривенно капельно 0,24—0,48 г эуфиллина (10—20 мл 2,4 % раствора) на 500 мл 5 % раствора глюкозы (вводить 2—2,5 ч), в микроклизме 0,3—0,5 г (10—20 мл 24 % раствора на 20—25 мл теплой воды).

К активным спазмолитическим средствам относятся тифен, дипрофен и ганглерон, показанные при спазмах сосудов сердца и мозга, спазмах органов брюшной полости, почечных коликах, бронхиальной астме. Тифен дают в дозе 0,03 г, дипрофен — 0,05 г в таблетках 2—3 раза в день, ганглерон, особенно показанный при стенокардитических приступах, назначают в капсулах внутрь по 0,04 г 3—4 раза в день или по 1—2 мл 1,5 % раствора внутримышечно до 3 раз в день.

Коронароактивные средства — корвалол (валокордии) по 15—30 капель 3 раза в день, валидол, кардиовален, нитроглицерин, дифрил (коронтин), капли Зеленина и др. применяются как в период купирования абстинентных явлений, так и на дальнейших этапах лечения. Для курсового лечения при дистрофических изменениях сердечной мышцы в сочетании со спазмами коронарных сосудов, диэнцефальных нарушениях целесообразно применение АТФ (фосфобион) по 1—2 мл 1 % раствора внутримышечно ежедневно, до 30—40 инъекций на курс. При этих же состояниях, но сопровождающихся нарушениями сердечного ритма (экстрасистолия, бигеминия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия) применяется кокарбоксилаза внутримышечно по 0,05 г на 2 мл растворителя ежедневно, 15—30 инъекций на курс, или в таблетках по 1—2 таблетки 3 раза в день. Для купирования приступа аритмии раствор панангина (в ампуле 10 мл) разводят 20—30 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы и вводят внутривенно медленно. Для капельного введения содержимое 1—2 ампул разводят в 250—500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы, с добавлением при необходимости коргликона или других сердечных гликозидов. Применяют также различные антиартмические средства.

Циннаризин (стугерон) улучшает мозговое, периферическое и коронарное кровообращение, способствует уменьшению головной боли, шума в ушах, церебрастенических проявлений. Назначается на всех этапах лечения длительными курсами в дозе от 0,025 г 2—3 раза в день до 0,05 г 3 раза в день в течение нескольких недель с постепенным снижением доз перед окончанием курса лечения.

Препараты кальция целесообразно включать в комплекс лечебных средств как на этапе купирования абстинентных явлений и дезинтоксикации, так и в качестве подго-

товки к активной противоалкогольной терапии для предупреждения осложнений во время алкогольно-рвотных сеансов (кровотечение из пищевода, желудка) и в процессе поддерживающего лечения. Препараты кальция необходимо назначать при алкогольных гепатитах, при нефритах, повышении проницаемости сосудистых стенок. Внутрь назначают 5—10 % раствор хлорида кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день, глюконат кальция по 1—2 г 3—4 раза в день, лактат кальция по 0,5—1 г 3—4 раза в день, 10 % раствор хлорида или глюконата кальция по 5—10 мл внутривенно через день или через 2 дня, 10 инъекций на курс. Глюконат кальция можно вводить внутримышечно больным, у которых плохо выражены кубитальные вены, но при внутримышечном введении глюконата кальция могут быть инфильтраты и даже некрозы тканей.

Гепатотропные и желчегонные препараты назначают больным алкоголизмом в период купирования абстиненции и на последующих этапах лечения при явлениях гепатопатии (увеличение и болезненность печени, повышение содержания билирубина в крови). В легких случаях дают липоевую кислоту или липамид по 0,025—0,05 г 3 раза в день внутрь, вводят по 2—4 мл 0,5 % раствора липоевой кислоты внутримышечно ежедневно, курс лечения занимает 20—30 дней. Липоевая кислота и липамид оказывают гепатотропное действие и служат средством профилактики и лечения начальных форм коронарного атеросклероза.

При более тяжелых поражениях печени назначают витамин B_{12} по 200—500 мкг (1 мл 0,02 % или 0,05 % раствора) внутримышечно, а также содержащие его препараты — витогепат или сирепар по 1—2 мл внутримышечно, 10—20 инъекций на курс. При плохой переносимости витогепата и сирепара после 2—4 инъекций одного из этих препаратов можно перейти к введению витамина B_{12}.

Холина хлорид является активным липотропным веществом, его применение целесообразно при алкогольных гепатопатиях, гепатитах и циррозах печени, а также при атеросклерозе и для предупреждения побочных действий активной противоалкогольной терапии. Назначают внутрь по 1 чайной ложке (5 мл) 20 % раствора 3—5 раз в день (3—5 г/сут). В тяжелых случаях вводят внутривенно капельно 1 % раствор холина хлорида на изотоническом растворе хлорида натрия или 5 % растворе глюкозы по 200—300 мл раствора (2—3 г холина хлорида) со скоростью 30 капель в минуту. Внутривенное введение дополняется приемом 20 % раствора холина хлорида внутрь. Курс лечения составляет от 7—10 дней до 3—4 нед, общее количество препарата на курс 80—100 г.

Наряду с гепатотропными средствами применяются жел-

чегонные препараты: кислота дегидрохолевая (хологон) по 0,2 г 3 раза в день, аллохол, лиобил, холензим, вигератин, оксафенамид, циквалон, никодин и др., холосас по 1 чайной ложке 3 раза в день. Все желчегонные препараты назначают за полчаса до еды.

Гепатотропные и желчегонные препараты применяются до нормализации содержания билирубина в крови и исчезновения клинических признаков гепатита.

Препараты гипохолестеринемического действия назначают больным алкоголизмом при атеросклерозе, повышенном содержании холестерина в крови. К этим препаратам относятся клофибрат (мисклерон) по 0,5—0,75 г (2—3 капсулы) 3 раза в день, курс лечения 20—30 дней, перерыв 20—30 дней — всего 4—6 курсов, цетамифен по 0,5 г 3—4 раза в день, полиспонин по 0,1—0,2 г 2—3 раза в день, линетол по 20 мл (1/2 столовой ложки) один раз в день. С этой же целью используются йодистые препараты: 3—5 % раствор йодида калия по 1 столовой ложке 3 раза в день, кальцийодин (сайодин) по 0,5 г 3 раза в день после еды, а также пилюли такого состава: йода 0,04 г, йодида калия 0,4 г, экстракта валерианы сколько требуется для получения 40 пилюль, по 1 пилюле 2—3 раза в день после еды.

Препараты, содержащие йод, назначаются курсами по 20—30 дней, их следует принимать после еды, запивать молоком. Не рекомендуется проводить лечение препаратами йода в сырое, холодное время года.

Седативные и снотворные препараты применяются преимущественно на этапе купирования абстинентных явлений и запоев, но могут по показаниям назначаться и на дальнейших этапах, в том числе и при поддерживающем лечении больных алкоголизмом.

Седативные средства — препараты брома, валерианы, пустырника, пассифлоры инкарнатной применяются в различных смесях, например: 3 % раствора бромида натрия 200 мл, настойки пустырника и настойки валерианы по 6 г, кофеина 1,2 г по 1 столовой ложке 3 раза в день; 3 % раствора бромида натрия 200 мл, настойки пустырника и настойки валерианы по 3 г, настойки пассифлоры 6 г по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Используют и седативные препараты в таблетках: бромкамфору по 0,25 г 2—3 раза в день, баллатаминал (белласпон), беллоид и др.

И. В. Стрельчук (1981) рекомендует 7 % отвар травы чабреца (15 г на 200 мл воды) в качестве средства, купирующего абстинентные явления, нормализующего сон, настроение, уменьшающего влечение к алкоголю, по 50 мл 2 раза в день или 100 мл 1 раз в день.

Курс лечения отваром чабреца — 10—12 дней, его можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Снотворные препараты, особенно барбитурового ряда, следует назначать больным алкоголизмом с большой осторожностью ввиду возможного привыкания к ним. Барбитураты являются синергистами алкоголя, у больных алкоголизмом имеется перекрестная толерантность к ним, поэтому снотворное действие наступает лишь при использовании доз, в 2—3 раза превышающих обычные терапевтические. Для нормализации сна, расстройства которого имеются в состоянии абстиненции и после запоя, целесообразнее использовать психотропные препараты — транквилизаторы и нейролептики со снотворным эффектом (нитразепам, метаквалон, сибазон, феназепам, мепротан, левомепромазин и др.) в сочетании с обладающими седативными и снотворными свойствами антигистаминными препаратами — димедролом по 0,05 г, дипразином (пипольфен) по 0,025 г или супрастином по 0,025 г или комбинированными успокаивающими препаратами (беллатаминал, беллоид), назначаемыми на ночь.

Как в амбулаторных условиях, так и в стационаре снотворные препараты следует назначать лишь при упорной бессоннице в период абстиненции, при возникновении препсихотической симптоматики (иллюзии, галлюцинаторные переживания по ночам) и не более чем на 2—3 дня подряд. Хорошо зарекомендовала себя смесь Е. А. Попова — большие дозы фенобарбитала (в последней модификации — барбамила)[1] с небольшим количеством спирта. Готовится смесь ex tempore: 0,3—0,4 г фенобарбитала (или 0,3—0,4 г барбамила) растворяют в 20—40 мл 96 % этилового спирта, после чего добавляют 100—150 мл воды. В воде фенобарбитал не растворяется, поэтому 3—4 таблетки по 0,1 г препарата сначала тщательно растирают, к порошку добавляют спирт, размешивают до полного растворения, к спиртовому раствору добавляют воду. Барбамил можно растворять в 100—150 мл 20—40 % спирта. Больные выпивают смесь очень охотно, так как она близка к водке, одновременно под кожу вводят 2 мл кордиамина или дают внутрь 50—60 капель. После приема смеси наступает глубокий сон продолжительностью 6—8 ч. Если после 2—3 дней приема смеси сон не восстанавливается, то еще на 2—3 дня можно назначить различные снотворные препараты, например 0,1—0,2 г барбамила с 0,1 г

---

[1] Амитал-натрий (барбамил, амобарбитал) и этаминал-натрий (нембутал, пентобарбитал) включены в список наркотических лекарственных средств с 01.03.1988 г. Использование барбамила в снотворных лекарственных смесях должно быть ограниченным.

димедрола или 0,3 г барбитал-натрия (мединал) с 0,6 г бромизовала (бромурал) и 0,5 г амидопирина.

А. Г. Гофман, В. И. Бегунов (1978), В. Т. Ящук, Р. С. Ромась, В. В. Дегтяр (1987) рекомендуют при возбуждении больных в состоянии абстиненции увеличивать в смеси А. Е. Попова дозы снотворных препаратов до 0,5—0,7 г барбамила или 0,4—0,5 г фенобарбитала на 40—50 мл спирта, так как при меньших дозах возбуждение может усилиться и больной не уснет.

При возбуждении, в пределириозном состоянии снотворные препараты можно вводить в клизме — 0,2—0,3 г барбамила в 25 мл теплой воды или 1 г хлоралгидрата в 50 мл коллоидного раствора крахмала либо внутримышечно 5—10 мл 5 % раствора барбамила. Наиболее эффективно одновременное введение внутримышечно 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума) и капельно внутривенно 5—20 мл 20 % раствора оксибутирата натрия. Одновременно с введением барбамила и седуксена с оксибутиратом натрия вводят аналептические средства (кордиамин, коразол). Сон наступает через 10—20 мин и длится 6—8 ч. Дальнейшее лечение назначается после пробуждения больного.

Антигистаминные препараты — димедрол, дипразин (пипольфен), супрастин и тавегил, дающие седативный и снотворный эффект, можно использовать и самостоятельно, как успокаивающие и снотворные, особенно при парентеральном применении (1 % раствор димедрола по 1 мл внутримышечно 1—2 раза в день, 2,5 % раствор дипразина по 1 мл, 2 % раствор супрастина по 1 мл и тавегил в ампулах по 2 мл внутримышечно). Антигистаминные препараты нельзя назначать больным в состоянии алкогольного опьянения, можно лишь в абстиненции и постабстинентных состояниях.

Психотропные препараты в комплексном лечении больных алкоголизмом

Психотропные препараты — нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы и ноотропы прочно вошли в арсенал средств лечения больных алкоголизмом, их применение составляет специальный раздел — психофармакотерапию алкоголизма [Морозов Г. В., 1983; Альтшулер В. Б., Анучин В. В., 1979; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981; Еникеев Д. Г., Еникеева Д. Д., Пятницкая И. Н., 1982; Анучин В. В., 1983; Авруцкий Г. Я., 1984; Гамбург А. Л. и др., 1980; Afficot P., 1981, и др.].

Психотропные препараты способствуют купированию абстинентных явлений, ликвидации психопатологических симп-

томов, обусловленных алкогольной интоксикацией, и подавлению влечения к алкоголю.

Нейролептические препараты применяются не только для лечения алкогольных психозов и купирования психомоторного возбуждения, препсихотических состояний, но и как терапевтические средства на всех этапах лечения алкоголизма.

Аминазин (хлорпромазин, плегомазин) * применяется в случаях тяжелого послезапойного состояния с бессонницей или тревожным сном с кошмарными сновидениями, иллюзорными и галлюцинаторными расстройствами, аффектами тревоги, страха, двигательным беспокойством. В амбулаторных условиях аминазин назначают внутрь по 0,025 г 2—3 раза в день (вечерняя доза может быть увеличена до 0,05—0,075 г в сочетании с 0,05 г димедрола или 0,025 г дипразина или супрастина). Для предупреждения коллапса одновременно назначают кордиамин в каплях. В стационаре дневные дозы дают внутрь, а вечернюю при показаниях вводят внутримышечно (0,5—1,5 мл 2,5 % раствора аминазина развести в 5 мл 0,5 % раствора новокаина, можно добавить 0,5—1 мл 1 % раствора димедрола). Одновременно внутримышечно вводят 1—2 мл кордиамина или 1,5 % раствора этимизола.

Через 2—4 дня после ликвидации острых абстинентных явлений дозы аминазина уменьшают и через 5—10 дней аминазин заменяют «малыми нейролептиками» и транквилизаторами. Более длительное лечение аминазином, 3—4 нед и дольше, с использованием больших доз препарата (0,075 г 3 раза в день) рекомендуется проводить в стационаре, особенно в учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом, применять больным с эксплозивным развитием личности, склонным к дисфориям. Это предупреждает нарушение режима больными и облегчает их привлечение к активной противоалкогольной терапии.

Левомепромазин (тизерцин) * оказывает значительно большее седативное действие, чем аминазин, после его приема быстро наступает седативный и снотворный эффект. Левомепромазин показан для купирования абстинентных явлений с выраженной бессонницей, психомоторным возбуждением, соматовегетативными проявлениями. Левомепромазин назначают преимущественно на ночь, а днем используют аминазин и транквилизаторы. Е. И. Цымбал (1984) рекомендует при абстиненции небольшие дозы препарата — 0,025 г днем и на ночь 1 мл 2,5 % раствора внутримышечно. В более тяжелых случаях абстиненции, при препсихотических состояниях днем дают 0,05—0,075 г, на ночь вводят 2—3 мл 2,5 % раствора внутримышечно с одновременным введением кор-

диамина. Левомепромазин, как и аминазин, входит в состав успокаивающих смесей для купирования возбуждения в абстиненции, для предупреждения алкогольных психозов, купирования острых алкогольных галлюцинозов и параноидов. А. Л. Гамбург и соавт. (1980) рекомендуют длительное применение левомепромазина в дозах 25—100 мг/сут при дистимиях с явлениями тревоги и ажитации. Наиболее эффективным в этих случаях авторы считают сочетания левомепромазина в таких дозах с амитриптилином также по 25—100 мг/сут. Левомепромазин противопоказан при стойкой гипотонии, больным пожилого возраста, при сердечно-сосудистой недостаточности, выраженных поражениях печени.

Алимемазин (терален) * близок к аминазину и левомепромазину, но обладает более выраженной антигистаминной активностью, дает не столь резкий седативный и депримирующий эффект, малотоксичен, не вызывает выраженных экстрапирамидных нарушений, поэтому может применяться у пожилых больных и при различных соматических нарушениях, препятствующих назначению аминазина и левомепромазина.

Алимемазин назначается для купирования тяжелых абстинентных явлений и препсихотических состояний внутримышечно по 5—10 мл 0,5 % раствора 2—3 раза в день с последующим переходом на прием внутрь в дозах 50—400 мг/сут (выпускается в таблетках по 0,005 г, в 4 % растворе, в 1 капле раствора 1 мг препарата). Алимемазин показан для курсового лечения больных алкоголизмом, в сочетании с другими заболеваниями, при тревожной депрессии, страхе, аффективной напряженности, ипохондричности, нейровегетативных нарушениях, бессоннице. При поддерживающем лечении алимемазин показан для устранения психопатических и психопатоподобных проявлений, колебаниях настроения с тревогой, дисфорическими расстройствами, которые могут привести к срывам ремиссии и рецидивам. Снотворный эффект препарата заставляет назначать его при поддерживающем лечении в небольших дозах — 15—75 мг в вечерние часы, а утром лишь в минимальных дозах (5—10 мг).

Метеразин (прохлорперазин) по строению близок к аминазину, оказывает выраженное антипсихотическое действие (ослабляет бред, галлюцинации), одновременно обладает активирующим, стимулирующим, энергизирующим свойством. Применяется при затяжных алкогольных психозах с бредом, галлюцинациями, при преобладании вялости, апатии, астенических явлениях. Метеразин применяют внутрь, начиная с 0,0125 г (0,5 таблетки) с постепенным увеличением суточной дозы до 0,15—0,3 г/сут (2—4 таблетки по 0,025 г 3 раза в день) в течение 1—2 мес.

Этаперазин (перфеназин, трилафон) * — нейролептический препарат широкого спектра действия. Обладает высокой антипсихотической активностью, показан при затяжных алкогольных психозах с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой. Уменьшает двигательное беспокойство, тревогу, страх в состоянии абстиненции. По данным В. Б. Альтшулера, В. В. Анучина (1979), А. Л. Гамбурга и соавт. (1980), этаперазин является эффективным средством подавления первичного и вторичного патологического влечения к алкоголю, как в ремиссии, так и при злоупотреблении алкоголем. С этой целью этаперазин назначают в период абстиненции и при подготовке к лечению активными методами в амбулаторных условиях и стационаре. При этом происходят снижение аффективной напряженности, дезактуализации влечения, больные легче поддаются психотерапевтическому воздействию, у них вырабатывается установка на лечение. Однако на период УРТ этаперазин необходимо отменять, так как он обладает выраженным противорвотным свойством (в 10 раз сильнее аминазина). При поддерживающем лечении этаперазин также следует назначать для дезактуализации влечения к алкоголю на периоды перерывов в приеме сенсибилизирующих к алкоголю средств.

При лечении больных алкоголизмом применяют небольшие дозы этаперазина — 0,004—0,01 г 2—3 раза в день, начиная с минимальных доз 8—10 мг/сут (до 20—30 мг/сут). При лечении алкогольных психозов дозы этаперазина повышают до 50—80 мг/сут и более (по показаниям). При лечении этаперазином могут возникать экстрапирамидные нарушения в виде акатизии, повышенного мышечного тонуса, тремора, скованности. В этих случаях назначаются корректоры — циклодол (ромпаркин) по 0,002—0,004 г 2—3 раза в день.

Френолон (метофеназин) * — нейролептический препарат, в дозе до 15—20 мг не вызывающий вялости, сонливости, оказывающий стимулирующее действие. При купировании алкогольной абстиненции, препсихотических состояний френолон может использоваться лишь в комбинации с другими нейролептическими препаратами (аминазин, левомепромазин), транквилизаторами, снотворными средствами. Препарат эффективен при лечении депрессий, возникающих у больных алкоголизмом и протекающих с заторможенностью, слабодушием, тревогой, астенией. Френолон в небольших дозах не дает побочных эффектов и с успехом может применяться в амбулаторных условиях на этапе поддерживающего лечения в дозе 0,005 г 2—3 раза в день в течение 1—3 мес.

Трифтазин (стелазин, трифлуперазин) * является одним из наиболее эффективных антипсихотических

препаратов и применяется при лечении острых, затяжных и хронических алкогольных психозов. Его можно использовать для купирования психомоториого возбуждеиия в состоянии алкогольной абстинеиции внутримышечно по 1—2 мл 0,2 % раствора через каждые 4—6 ч до полной ликвидации абстинентных явлений, но, как правило, не более 2—3 дней. Для курсового лечения больных алкоголизмом трифтазин показаи при сверхценном отношении и интенсивном патологическом влечении к алкоголю [Альтшулер В. Б., Анучин В. В., 1979], для выравнивания психопатоподобного поведения больного, охваченного влечением к алкоголю. В этих случаях для установления психотерапевтического контакта с больным трифтазин более эффективен, чем этаперазин. Для курсового лечения трифтазин назначают внутрь сначала в дозах 0,005—0,01 г 2—3 раза в день с постепенным повышением доз до 0,015—0,02 г 3—4 раза в день, в дальнейшем дозу снижают до поддерживающей (0,005—0,01 г 2 раза в день).

Курсовое лечение трифтазином можно сочетать с назначением корректоров: циклодол (ромпаркин) по 0,002 г вместе с трифтазином, при возникновении экстрапирамидных расстройств — акатизии, скованности, тремора — 1—2 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума) внутримышечно, 0,5—1 мл 0,1 % раствора атропина подкожно, 1—2 мл 20 % раствора кофеина подкожно, 5—15 мл 25 % раствора сульфата магния внутримышечно. Дозы трифтазина снижают или препарат отменяют.

Фторфеназин-декаиоат (модитен-депо) * — активный нейролептик пролонгированного действия, наиболее эффективен при неврозоподобных и галлюцинаторных расстройствах. По данным В. Б. Альтшулера, В. В. Анучина (1980), А. Л. Гамбурга и соавт. (1980), В. В. Шевченко (1980), В. В. Анучина (1983), Е. И. Зенченко, М. Р. Гарбель, Е. М. Новикова (1984), модитен-депо подавляет патологическое влечение к алкоголю, способствует его дезактуализации, что обеспечивает длительные терапевтические ремиссии.

Применение модитен-депо больным со злокачественным, безремиссионным течением алкоголизма показано в стационаре, в учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом. Это способствует оздоровлению «внутрибольничного климата».

В стационаре модитен-депо вводят по 0,5—1 мл 2,5 % раствора внутримышечно 1 раз в 1—3 нед. Для предупреждения экстрапирамидных расстройств на все время лечения модитен-депо назначаются корректоры — циклодол по 0,002 г 2—3 раза в день, а если необходимо, то и в большей дозе. На фоне лечения модитен-депо проводят психотерапию (внушение в гипнозе, аутогенная тренировка). После введения моди-

тен-депо апоморфин не вызывает рвоты [Альтшулер В. Б., Анучин В. В., 1980], но усиливаются тошнота, слабость, головная боль, отвращение к запаху алкоголя. Рвотная реакция восстанавливается через 2,5 нед после введения модитен-депо. После выписки из стационара для поддерживающего лечения вводят те же дозы модитен-депо с интервалом 2—4 нед, больной получает корректоры. Наши данные [Энтин Г. М. и др., 1986] свидетельствуют о том, что применение модитен-депо позволяет удерживать на лечении в стационаре подростков 16—17 лет, активно уклоняющихся от лечения, стремящихся к нарушениям режима и побегам. Е. И. Зенченко и соавт. (1984) рекомендуют назначение модитен-депо в сочетании с сенсибилизирующими к алкоголю препаратами и пирацетамом в дозе 2,4 г/сут.

Перициазин (неулептил) * относится к «малым» нейролептикам [Авруцкий Г. Я., 1984] с преобладанием седативного компонента действия и незначительным антипсихотическим эффектом. Седативное действие препарата сочетается с выраженным влиянием на нарушения поведения при психопатических и психопатоподобных расстройствах. Наиболее эффективен неулептил у больных алкоголизмом в сочетании с психопатиями и при психопатоподобных изменениях личности, сопровождающихся конфликтностью, неуживчивостью, недержанием аффекта. Неулептил купирует эндогенный вариант первичного патологического влечения к алкоголю [Валентик Ю. В., 1984], поэтому он эффективен при возникновении дистимических и диссомнических расстройств в ремиссии, сопровождающихся актуализацией влечения к алкоголю. Неулептил можно применять в комплексе с другими нейролептиками и транквилизаторами для купирования абстинентного синдрома, а также при абортивных формах алкогольного делирия. При купировании абстинентных явлений неулептил применяют по 0,02 г 3 раза в день (до 60 мг/сут — В. Б. Альтшулер, 1983). В таких же дозах препарат применяют при грубых нарушениях поведения, аффективных вспышках. После нормализации поведения и при жалобах на вялость, сонливость, разбитость дозы снижают до 0,01—0,02 г (1—2 капсулы или 10—20 капель) 1—2 раза в день. При поддерживающем лечении суточная доза 0,01—0,02 г [Бажин А. А., Жук И. Б., 1980] в течение 1—3 мес, после чего ее уменьшают до 0,01—0,005 г в день (5—10 капель или 1 капсула).

Препарат обычно хорошо переносится, из побочных эффектов отмечаются лишь вялость, сонливость, снижение артериального давления. Длительное применение неулептила не вызывает привыкания, что дает ему значительные преимущества перед транквилизаторами.

Тиоридазин (меллерил, сонапакс) * также относится к «малым» нейролептикам, не обладает антигистаминными и холинолитическими свойствами, поэтому хорошо переносится больными. Препарат применяется для купирования абстинентных явлений, сопровождающихся тревожно-депрессивными и астенодепрессивными расстройствами, беспокойством, страхом, психомоторным возбуждением. В этих случаях дают максимальные дозы — 0,05—0,1 г 3 раза в день (суточная доза 0,15—0,3 г) в течение 5—7 дней.

При курсовом и поддерживающем лечении в ремиссии тиоридазин купирует состояния, сопровождающиеся возобновлением влечения к алкоголю, различные дисфорические, истероподобные проявления. В малых дозах оказывает активирующее действие и может использоваться при алкогольных депрессиях. В более высоких дозах препарат проявляет седативное действие и эффективен для купирования раздражительности, вспыльчивости, возбудимости. В связи с этими особенностями при курсовом и поддерживающем лечении дозы препарата подбирают индивидуально: от 0,025 г 2—3 раза в день до 0,1 г 2—3 раза в день, курс лечения 1—3 мес и более.

Хлорпротиксен (трускал, тарактан) * является нейролептическим препаратом с седативным эффектом, обладающим умеренным антипсихотическим и противотревожным свойствами, применяется для лечения острых, затяжных и хронических алкогольных психозов, купирования абстинентных состояний с тревожно-боязливым аффектом, напряжением, повышенной возбудимостью, подозрительностью, расстройствами сна. Для купирования абстинентных явлений и при лечении алкогольных психозов препарат назначают в максимальных дозах — от 0,005 г 2—4 раза в день до 0,05 г 2 раза в день, внутрь или внутримышечно по 1—2 мл 2,5 % раствора 2 раза в день в течение 5—7 дней с последующим снижением доз. Хлорпротиксен противопоказан при алкогольном и наркотическом опьянении

При поддерживающем лечении и в ремиссиях хлорпротиксен используется как успокаивающее средство при аффективных расстройствах, психопатоподобном поведении, при возникновении влечения к алкоголю в дозах 0,005—0,015 г 2—3 раза в день.

Галоперидол * — один из наиболее активных современных нейролептиков, оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему, купирует возбуждение. В отличие от аминазина и других производных фенотиазина не вызывает у больных вялости, апатии, а наоборот, в небольших дозах активизирует.

Галоперидол применяется при лечении алкогольных пси-

хозов, сопровождающихся психомоторным возбуждением, купирования явлений абстиненции с двигательным беспокойством, тревогой, страхом, а также для лечения неврозоподобных и психопатоподобных нарушений у больных алкоголизмом.

С целью купирования психомоторного возбуждения при психозах назначают внутримышечно по 1—2 мл 0,5 % раствора. Галоперидол входит в состав литических смесей с кордиамином или этимизолом. Через 2—3 дня после купирования острого состояния переходят на прием внутрь по 0,0015 г (1 таблетка или 15 капель 0,2 % раствора, содержащего 1 мг галоперидола в 10 каплях) 2—3 раза в день. При длительном применении галоперидола возможны экстрапирамидные нарушения (паркинсонизм, акатизии, гиперкинезы, дистонии), для предупреждения которых вместе с галопериодолом назначают корректоры — циклодол (ромпаркин).

Флуспирилен (ИМАП — интрамускулярный антипсихотик) * — нейролептический препарат, по действию близкий к галоперидолу, выпускается в виде суспензии в ампулах по 2 мл, содержащих 0,004 г действующего вещества. Действие, пролонгированное после однократного внутримышечного введения препарата, продолжается 1 нед. При лечении больных алкоголизмом ИМАП применяется в ремиссии как противорецидивное средство для купирования неврозоподобных нарушений, аффективных расстройств. Препарат уменьшает астенические и адинамические расстройства, повышает работоспособность, облегчает психотерапию, вводится внутримышечно 1 раз в неделю по 1—3 мл (2—6 мг препарата). Перед введением ампулу сильно встряхнуть. Для предупреждения экстрапирамидных расстройств одновременно назначают корректоры (циклодол) или аминазин. При расстройствах сна, беспокойстве в первые дни лечения показаны транквилизаторы.

Пимозид (орап — оральный антипсихотик) * — близкий к галоперидолу нейролептик относительно продолжительного действия (до 24 ч после последнего приема), не дает гипноседативного эффекта, удобен для применения в амбулаторных условиях. По данным В. Б. Альтшулера (1984), комбинация пимозида по 0,003 г 1 раз в день вечером с постепенным снижением дозы до 0,001 г и мезапама (рудотеля) по 0,01 г 2 раза в день в амбулаторных условиях подавляет болезненное влечение к алкоголю и приводит к прекращению пьянства.

Пенфлюридол (семап) — близкий к пимозиду нейролептик, но с еще более пролонгированным действием — эффект разовой дозы сохраняется около недели. По данным В. Б. Альтшулера (1984), во избежание экстрапирамидных

расстройств целесообразно назначать больным 0,01 г препарата (0,5 таблетки) 2 раза в неделю. Этой дозы достаточно для снижения влечения к алкоголю в период ремиссий, особенно при купировании срывов.

Карбидин — отечественный нейролептический препарат, сочетающий антипсихотическое, антидепрессивное и стимулирующее действие. По данным В. Б. Альтшулера, В. В. Анучина (1979), В. В. Анучина и соавт. (1980), в дозах, применяемых для лечения больных алкоголизмом, не дает побочных эффектов. У больных в состоянии алкогольной абстиненции карбидин способствует уменьшению депрессивных, депрессивно-ипохондрических и дисфорических расстройств. В течение 1—3 дней ликвидируются сосудисто-вегетативные и неврологические проявления абстиненции. Самочувствие больных улучшается после первого же введения 2 мл 1,25 % раствора карбидина внутримышечно, в последующем карбидин дают внутрь по 0,025—0,05 г 3—4 раза в день. При алкогольных психозах вводят внутримышечно по 2—4 мл 1,25 % раствора карбидина (25—50 мг) 3—4 раза в день, затем уменьшают число инъекций и заменяют их приемом внутрь.

Курсовое и поддерживающее лечение проводится в стационаре и в амбулаторных условиях в течение 5—7 дней и более. Дозы препарата 50—150 мг/сут внутрь (0,025—0,05 г 2—3 раза в день) или внутримышечно по 2—4 мл 1,25 % раствора 1—2 раза в день. Карбидин способствует успокоению, уменьшению и исчезновению влечения к алкоголю, облегчает выработку установки на воздержание от алкоголя. В амбулаторных условиях и стационаре после курса лечения карбидином проводится активное противоалкогольное лечение со значительно большим психотерапевтическим эффектом. В периоды ремиссии повторные курсы лечения карбидином назначают по клиническим показаниям: колебания настроения, расстройства сна, а также при приближении ситуаций, опасных возможностью рецидива (командировки, перегрузки, приближающиеся праздники и др.) [Альтшулер В. Б., Анучин В. В., 1979; Дикий Н. Т., 1986]. Необходимо учитывать, что действие карбидина ослабевает через 2—3 нед после окончания курса лечения и возможно возобновление влечения к алкоголю. В связи с быстрым эффектом после приема карбидина больным в ремиссии рекомендуют иметь при себе препарат, чтобы начать принимать его самостоятельно при возникновении конфликтных ситуаций в семье и на работе и в других обстоятельствах, опасных возможностью рецидива.

Клозапин (лепонекс, азалептин) * является нейролептиком с сильным седативным и антипсихотическим действием, не дает побочных экстрапирамидных расстройств. Это, по данным В. Б. Альтшулера, В. В. Анучина (1979),

делает лепонекс весьма эффективным средством подавления патологического влечения к алкоголю.

Лепонекс противопоказан при алкогольных и других токсических психозах, недопустимо его применение в состоянии алкогольной абстиненции, так как это может привести к развитию делирия. Лепонекс можно назначать лишь после полной ликвидации абстинентного синдрома и постинтоксикационного астенического состояния. Препарат используют, как правило, в стационаре, после дезинтоксикации, при сохранившемся влечении к алкоголю, для подготовки к лечению активными методами. Клозапин назначают внутрь начиная с 0,025 г 2 раза в день с повышением дозы до 0,05 г 2—3 раза в течение 10—14 дней.

Сульпирид (эглонил) является нейролептиком стимулирующего и тимолептического (антидепрессивного) действия. Сульпирид можно использовать как активирующее средство при вялости, заторможенности, анергии, а также при посттравматических и психосоматических расстройствах, проявляющихся головной болью, головокружением. Препарат назначается преимущественно при поддерживающем лечении больных алкоголизмом. Суточная доза 100—300 мг (по 50—100 мг 2—3 раза в день) в течение 2—3 нед.

Резерпин (рауседил, серпазил) оказывает выраженное седативное и гипотензивное действие, уменьшает тревогу, страх, способствует удлинению и углублению сна. Его действие уступает другим нейролептикам, но препарат хорошо переносится, практически не вызывает побочных явлений, поэтому назначается больным пожилого возраста, страдающим гипертонической болезнью, заболеваниями печени, когда противопоказаны более активные нейролептические препараты.

Резерпин можно использовать для купирования абстинентных явлений в комбинации с транквилизаторами. Назначают в дозах до 0,001 г (4 таблетки по 0,00025 г) 2—3 раза в день. Курс лечения длительный, 1—3 мес.

Транквилизаторы. Применение транквилизаторов, ранее широко использовавшихся при лечении больных алкоголизмом, следует ограничить, назначать их строго дифференцированно и на небольшие сроки. Это объясняется, во-первых, перекрестной толерантностью к транквилизаторам, так же как и к снотворным препаратам, у больных алкоголизмом, что заставляет превышать терапевтические дозы и наращивать их [Еникеева Д. Д., 1980]. Во-вторых, длительный прием ряда транквилизаторов, прежде всего бензодиазепинового ряда — сибазона (диазепам, седуксен, реланиум), хлозепида (хлордиазепоксид, элениум, напотон), нозепама (тазепам, оксазепам), мезапама (рудотель), нитразепама (эуноктин,

радедорм), а также мепротана (мепробамат, андаксин) может вызвать привыкание, болезненное пристрастие — лекарственную токсикоманию [Еникеева Д. Д., 1981] с парадоксальным эффектом больших доз этих препаратов. Ю. А. Александровский и соавт. (1982) с целью профилактики привыкания к транквилизаторам рекомендуют назначать минимальные дозы, чередовать препараты и комбинировать с нейролептиками. Ю. В. Буров и соавт. (1982) резко ограничивают назначение бензодиазепиновых транквилизаторов больным алкоголизмом из-за побочного действия (астения, головокружение) или парадоксального эффекта (возбуждение, бессонница) больших доз. Н. Г. Найденова (1984) указывает, что назначение таких транквилизаторов, как седуксен, элениум, мепробамат, на срок, превышающий 10—14 дней, вызывает у больных алкоголизмом привыкание к этим препаратам, а при их отмене возникают абстинентные явления — бессонница, раздражительность, тревога, подавленность с актуализацией влечения к алкоголю. Зарубежные авторы [Shipley T. E., 1982, и др.] также сообщают о необходимости резкого ограничения применения бензодиазепиновых транквилизаторов из-за опасности привыкания к ним больных алкоголизмом.

Хлозепид (элениум, напотон, либриум, хлордиазепоксид) * в больших дозах можно использовать для купирования алкогольного абстинентного синдрома (0,03—0,06 г/сут и более в течение 3—4 дней). Хлозепид не следует назначать совместно с нейролептиками, производными фенотиазина (аминазин, левомепромазин и др.), а также с антидепрессантами ингибиторами моноаминоксидазы (ниаламид, нуредал). При курсовом и поддерживающем лечении хлозепид применяют кратковременными циклами (не более 14 дней) по 0,005—0,01 г 2—3 раза в день для нормализации настроения, смягчения напряженности, раздражительности.

Сибазон (диазепам, седуксен, реланиум, валиум) * является одним из наиболее активных транквилизаторов, обладает противосудорожной активностью, дает выраженный снотворный эффект, вызывает миорелаксацию. Имеются лекарственные формы препарата для парентерального применения. Сибазон и его аналоги с успехом применяют для купирования алкогольной и наркотической абстиненции, препсихотических состояний, при лечении острых алкогольных психозов (делирии, галлюцинозы). Для купирования абстинентного синдрома сибазон назначают внутрь по 0,005—0,015 г 3—4 раза в день (вечерняя доза выше дневных), 0,015—0,06 г/сут, для купирования пределириозных состояний дозы 0,04—0,06 г/сут, преимущественно парентерально — по 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена или реланиума внутримы-

шечно или внутривенно на 10—20 мл 40 % раствора глюкозы (вводить медленно). Внутривенные введения препарата купируют судорожные состояния. Для лечения алкогольных психозов внутримышечные введения 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена сочетают с внутривенным введением 1—2 мл 0,5 % раствора галоперидола или 10 мл 20 % раствора оксибутирата натрия [Битенский В. С., 1975; Бегунов В. И., 1975]. Сибазон и его аналоги целесообразно сочетать с антигистаминными препаратами (димедролом, дипразином, супрастином), которые потенцируют действие сибазона, а также с нейролептическими препаратами и антидепрессантами (кроме ингибиторов моноаминоксидазы).

В амбулаторной практике сибазон и его аналоги у больных алкоголизмом можно использовать лишь в крайних случаях (купирование запоев), не более 5—6 дней и выписывать не более 20 таблеток. В стационаре его применяют также короткими курсами — не более 2 нед в связи с возможностью привыкания.

Феназепам* — высокоактивный отечественный транквилизатор бензодиазепинового ряда, по силе транквилизирующего и анксиолитического действия превосходит другие транквилизаторы. Дает выраженный снотворный эффект, по данным Л. Н. Лежепековой, Е. А. Тимофеевой, В. А. Бережной (1979. 1980), П. Н. Лавреновой (1979), быстро купирует аффективные нарушения у больных алкоголизмом, способствует выработке установки на лечение. Феназепам особенно эффективен при абстинентных состояниях, сопровождающихся расстройствами сна, тревожно-боязливым аффектом, выраженными вегетативными дисфункциями. Для купирования абстиненции применяют большие дозы феназепама — 0,002—0,003 г на ночь, они вызывают продолжительный ночной сон [Данилин В. П. и др., 1985]. Дневные дозы несколько меньше — 0,001—0,0015 г 2—3 раза. По мере ослабления явлений абстиненции дозы феназепама снижают. Продолжительность лечения феназепамом 4—5 дней, реже 7—10 дней. По данным Г. Н. Нечаева и соавт. (1979), Л. М. Савченко, Т. Н. Небараковой (1983), феназепам является одним из наиболее эффективных средств купирования алкогольного абстинентного синдрома в амбулаторных условиях и стационаре. Г. В. Морозов, Н. Н. Иванец (1983), Н. Н. Иванец (1984) рекомендуют для быстрого купирования абстинентного синдрома комбинацию феназепама и грандаксина, поскольку феназепам способствует быстрой нормализации сна, ликвидации обсессивно-фобических проявлений, а грандаксин снимает соматовегетативные расстройства (тремор, гипергидроз, жажда и пр.).

При лечении алкогольных психозов феназепам применя-

ется в комбинации с нейролептиками и другими препаратами, дозы феназепама можно увеличить до 0,005—0,01 г/сут с назначением большей дозы на ночь. Для курсового лечения вне абстиненции используются небольшие дозы — 0,0005—0,001 г на ночь для нормализации сна.

Повышение доз феназепама может вызвать атаксию, мышечную слабость, головокружение, тошноту. В качестве антагонистов миорелаксантного действия феназепама используют стрихнин (по 1 мл 0,1 % раствора 2—3 раза в день), 10 % раствор коразола (по 1 мл 1—2 раза в день подкожно), а также сиднокарб (0,005 г 3 раза в день). До настоящего времени нет данных о привыкании и болезненном пристрастии к феназепаму, как к другим транквилизаторам — производным бензодиазепина. Это делает феназепам наиболее приемлемым транквилизатором в наркологической практике.

Нитразепам (эуноктин, радедорм) * является также производным бензодиазепина и подобно феназепаму дает выраженный снотворный эффект, но оказывает меньшее миорелаксирующее, аналгезирующее и противосудорожное действие. Сон наступает через 20—45 мин после приема препарата и длится 6—8 ч. Сон, вызванный нитразепамом и его аналогами, близок к физиологическому, после пробуждения нет тяжести в голове, разбитости. Нитразепам показан при нарушениях сна в состоянии абстиненции, в послеабстинентном и межзапойных состояниях, в стационаре и в амбулаторных условиях. Нитразепам наиболее эффективен тогда, когда засыпание сопровождается тревогой, неприятными воспоминаниями, а сон — кошмарными сновидениями, ранним пробуждением. Препарат включают в комплексную терапию абстинентного синдрома и назначают на ночь вместо других транквилизаторов и нейролептиков или в дополнение к ним. Доза составляет 0,005—0,02 г за полчаса до сна. Курс лечения не должен превышать 7—10 дней (до нормализации сна). Дольше применять нитразепам и его аналоги нельзя, так как к ним может наступить быстрое привыкание и потребность в увеличении доз.

Нозепам (тазепам, оксазепам) * близок по фармакологическим свойствам к сибазону, но менее токсичен, легче переносится, хотя и менее эффективен. Для купирования абстинентных явлений применяется у соматически ослабленных больных с сопутствующими заболеваниями печени и почек. Для ликвидации тревожно-депрессивных, невротических и психопатоподобных состояний в абстиненции применяют дозы 0,01—0,02 г 3—4 раза в день (до 0,06—0,08 г/сут). Курс лечения до 2 нед. по показаниям дольше.

При курсовом лечении препарат назначают по 0,01 г 2—3 раза в день (во второй половине дня). При амбулатор-

ном лечении нозепам и его аналоги следует назначать также во второй половине дня и на ночь, не назначать, как и сибазон, водителям транспортных средств и лицам, работающим в условиях повышенной опасности, ввиду замедления сенсомоторных реакций и ухудшения координации движений после приема этих препаратов.

Привыкание и болезненное пристрастие к нозепаму и его аналогам встречаются реже, чем к сибазону, хлозепиду, нитразепаму и их аналогам, но при длительном лечении прежние дозы оказываются неэффективными, поэтому курсы лечения также не должны превышать 2 нед.

Мезапам (рудотель) * также относится к производным бензодиазепина, его успокаивающее действие сочетается с некоторым активирующим эффектом, поэтому его можно использовать как «дневной» транквилизатор и применять в амбулаторной практике. При лечении состояний алкогольной абстиненции мезапам способствует уменьшению тревоги, страха, раздражительности, устранению вегетососудистых расстройств. В этих случаях он применяется в ударных дозах — по 0,02 г 3—4 раза в день (до 0,08 г/сут). После купирования абстинентных явлений дозу постепенно уменьшают до 0,01 г 3 раза в день.

Мезапам можно использовать для купирования неврозоподобных и психопатоподобных состояний при курсовом лечении и во время ремиссий. При этом также используются более высокие дозы — 0,02 г 2—3 раза в день, постепенно их снижают. При поддерживающем лечении используют небольшие дозы — 0,01 г 2—3 раза в день. Длительность лечения, как и для других транквилизаторов этой группы, не должна превышать 2 нед.

Мепротан (мепробамат, андаксин) * — транквилизатор из группы производных пропандиола. Оказывает выраженное транквилизирующее действие, дает умеренный снотворный эффект, усиливает действие снотворных средств, уменьшает раздражительность, устраняет беспокойство, тревогу. Препарат применяют при купировании абстиненции с тревогой, страхом, чувством внутреннего напряжения, бессонницей. Для купирования абстинентных явлений и тревожно-депрессивных состояний применяют большие дозы — 0,4—0,8 г 2—3 раза в день, вечерняя доза должна быть больше дневных. Курс лечения 7—10 дней при постепенном снижении доз. При поддерживающем лечении и в период ремиссии дозы значительно меньше — 0,2—0,4 г 2—3 раза в день. Небольшие дозы мепротана — 0,2—0,4 г (1—2 таблетки) можно использовать при невротических реакциях и состояниях для снятия напряжения и достаточно быстрого успокоения. Курс лечения не должен превышать 2 нед из-за воз-

можного привыкания. Для отмены препарата дозу постепенно снижают, оставляя только вечерний прием.

Амизил (бенактизин) относится к группе центральных холинолитиков, оказывает транквилизирующее, а также спазмолитическое и противогистаминное действие, усиливает эффект снотворных. Это способствует уменьшению вегетативных расстройств в состоянии абстиненции, уменьшается тремор, снимаются тревожное настроение, фобии, ослабляется депрессивный фон настроения. А. К. Качаев, Ю. В. Шишкин (1984) считают амизил эффективным препаратом для купирования вегетативных дисфункций у больных алкоголизмом. Р. Х. Вельшикаев (1971) рекомендует применять амизил для купирования абстинентного синдрома у больных в III стадии алкоголизма, так как амизил уменьшает потребность в опохмелении, наиболее выраженную в конечной стадии заболевания.

Дозы амизила — 0,001—0,002 г 2—4 раза в день, курс лечения до 2—3 нед. Амизил обладает атропиноподобными свойствами и противопоказан при глаукоме.

Мебикар* является «дневным» транквилизатором, так как не оказывает прямого снотворного действия, его транквилизирующий эффект не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. Мебикар применяют для купирования психопатологических расстройств в состоянии абстиненции (тревога, страх, сенестоипохондрические и вегетососудистые нарушения). Препарат нетоксичен, не вызывает привыкания, по данным Ю. В. Бурова и соавт. (1982), В. Г. Трескова и соавт. (1985), может применяться в больших дозах — 1—1,5 г 3—4 раза в день и более (максимальная разовая доза 3 г, суточная — 10 г). Максимальные дозы применяют для купирования пределириозных и делириозных состояний в комбинации с другими психотропными препаратами. При курсовом и поддерживающем лечении мебикар можно использовать длительными курсами — до 2—3 мес по 0,5—1 г 2—3 раза в день.

Триоксазин относится к «малым» транквилизаторам, не вызывает миорелаксации, заторможенности, не дает снотворного эффекта. Препарат уменьшает тревогу, мнительность, нерешительность, неуверенность в себе, поэтому показан при психастенических состояниях [Александровский Ю. А., 1973], применяется для курсового лечения при постзапойных и постпсихотических астенических состояниях, одновременно с активной противоалкогольной терапией и при поддерживающем лечении. Дозы составляют 0,3—0,6 г 2—3 раза в день. Привыкания и болезненного пристрастия не возникает, но при передозировке возможны возбуждение, бессонница.

Оксилидин является успокаивающим и гипотензивным

средством, оказывает спазмолитическое действие, потенцирует действие снотворных препаратов, показан при сочетании алкоголизма с гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга. При парентеральном введении оксилидин купирует гипертонические кризы. Обладает умеренными антидепрессивными свойствами, применяется в стационаре и в амбулаторных условиях. Дозы при приеме внутрь составляют 0,02—0,1 г 3—4 раза в день, подкожно и внутримышечно вводят по 1—2 мл 2 % или 5 % раствора. Курс лечения от 15 дней до 2 мес, привыкания и кумуляции не наблюдается.

Грандаксин* — транквилизатор бензодиазепинового ряда, обладает транквилизирующей активностью, но в отличие от сибазона, хлозепида, нитрозепама и других транквилизаторов этого ряда и их аналогов не оказывает миорелаксирующего действия, не вызывает сонливости. Грандаксин с успехом применяется при неврозоподобных состояниях, сопровождающихся напряжением, вегетативными расстройствами, а также при апатии и пониженной активности.

Препарат с успехом используется для купирования алкогольной абстиненции в амбулаторных условиях и в стационаре. Целесообразно сочетание грандаксина с феназепамом [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Савченко Л. М., 1980], о чем упоминалось выше, так как грандаксин обеспечивает транквилизирующий эффект и купирует нейровегетативные расстройства, а феназепам нормализует аффективную сферу и сон. Дозы грандаксина при купировании абстиненции составляют 0,05—0,1 г 3—4 раза в день в сочетании с соответствующими дозами феназепама. При курсовом и поддерживающем лечении назначают 0,05—0,1 г 1—3 раза в день, длительность курсового лечения не должна превышать 2 нед.

Гиндарин — новый транквилизатор, оказывающий умеренное транквилизирующее и снотворное действие, не вызывает выраженной миорелаксации. Показания к применению у больных алкоголизмом такие же, как и для грандаксина. Дозы при курсовом и поддерживающем лечении составляют 0,05 г 2—3 раза в день, курс лечения — до 2 нед.

Фенибут — препарат из группы ноотропов, но обладающий транквилизирующими и снотворными свойствами, уменьшает напряжение, тревогу, страх, усиливает действие снотворных и нейролептических препаратов. По данным В. П. Данилина и соавт. (1984, 1986), В. И. Мельника (1987), фенибут можно использовать в комплексе средств для купирования алкогольной абстиненции, он более эффективен для нормализации сна — по 0,75 г на ночь (2,25 г/сут). При курсовом и поддерживающем лечении назначают по 0,25—0,5 г 2—3 раза в день, курс лечения — до 4—6 нед.

Антидепрессанты, психостимуляторы и корректоры психо фармакотерапии. Антидепрессанты воздействуют на пониженное настроение. Этим свойством в известной мере обладает и ряд приведенных выше нейролептиков и транквилизаторов, но к антидепрессантам относятся лишь те препараты, у которых антидепрессивный эффект является основной характеристикой [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981]. Наиболее широко применяются при лечении больных алкоголизмом антидепрессанты седативного действия — амитриптилин, фторацизин и азафен. Седативный эффект этих препаратов позволяет использовать их при купировании абстинентного синдрома и запоев. При курсовом и поддерживающем лечении эти препараты можно назначать на длительный срок, так как привыкания и болезненного пристрастия к ним не возникает, нет повышения толерантности, они долго эффективны в индивидуально подобранных дозах [Слабунов О. С., 1987].

Амитриптилин (триптизол) * применяется в комплексе средств для купирования алкогольного абстинентного синдрома [Шаламейко Ю. В., 1983; Крылов Е. Н. и др., 1984; Никитин Ю. И. и др., 1987]. Дает выраженный седативный эффект, способствует быстрой нормализации сна, улучшению настроения. Для купирования абстиненции препарат назначают внутрь по 0,025—0,05 г 2—4 раза в день или внутримышечно по 2—4 мл 1 % раствора. Парентеральное введение можно комбинировать с приемом внутрь в течение 2—7 дней до ликвидации абстинентных явлений. Следует учитывать, что парентеральное введение препарата может вызвать атропиновый делирий. Для курсового лечения амитриптилин используется на всех этапах противоалкогольной терапии при депрессивных и субдепрессивных состояниях с явлениями тревоги, беспокойства. Прием амитриптилина можно сочетать с активным противоалкогольным лечением, амитриптилин назначают курсами при поддерживающем лечении. При этом используют индивидуально подбираемые дозы препарата 0,0125—0,05 г 2—3 раза в день с последующим снижением доз до 0,0125—0,025 г 1—2 раза в день. Курс лечения 1—3 мес, целесообразно сочетание с нейролептическими препаратами, прежде всего с левомепромазином (тизерцином) — небольшие дозы амитриптилина днем и тизерцин на ночь [Гамбург А. Л. и др., 1980]. Амитриптилин используется при лечении больных алкогольными психозами с депрессивно-бредовой симптоматикой.

Дамилена малиенат* по структуре действующего начала, фармакологическим свойствам и лечебному действию не отличается от амитриптилина, но назначается в несколько больших дозах, выпускается в таблетках по 0,05 г.

Азафен* — отечественный препарат, относится к «ма-

лым» антидепрессантам [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981], эффективен при субдепрессиях, легких и средней тяжести депрессивных состояниях. Как и амитриптилин, дает легкий седативный эффект, усиливает действие снотворных средств, поэтому может использоваться для купирования абстинентных состояний. При лечении практически отсутствуют побочные эффекты, поэтому азафен можно применять больным пожилого возраста, соматически отягощенным. Азафен применяют для лечения неглубоких депрессий как с тревогой, так и с заторможенностью, при психопатоподобных нарушениях с депрессивной симптоматикой. Азафен комбинируется с нейролептическими препаратами и антидепрессантами, применяется для курсового лечения на всех этапах противоалкогольной терапии, особенно при поддерживающем лечении, в качестве профилактики депрессивных состояний, обусловленных вынужденным воздержанием от алкоголя. Дозы — 0,025 г 2—3 раза в день, постепенно их повышают, при необходимости до 0,075 г 2—3 раза в день. После повышения доз в течение 1—2 нед лечения оптимальные дозы применяют 2—4 нед, после чего начинается снижение и переход на поддерживающие дозы — 0,025 г 1—2 раза в день. Курс лечения до 2—3 мес.

Фторацизин* — отечественный антидепрессант, дает выраженный седативный эффект, оказывает умеренное тимоаналептическое действие, стимулирующий эффект отсутствует [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981]. Особенностью фторацизина является центральное холинолитическое действие, в связи с чем его можно использовать как корректор при экстрапирамидных расстройствах, вызванных нейролептическими препаратами. Фторацизин выпускается и в ампулах по 1 мл 1,25 % раствора, его можно вводить внутримышечно по 2 мл 1—2 раза в день, что быстро купирует экстрапирамидные нарушения.

Фторацизин используется для купирования абстинентных явлений с тревогой, беспокойством, страхом, для лечения алкогольных психозов с депрессией, тревогой, возбуждением. В этих случаях фторацизии комбинируют с нейролептиками (аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол), предупреждая экстрапирамидные нарушения, связанные с их побочным действием. Дозы фторацизина при этих состояниях 0,025—0,05 г 3—4 раза в день, внутримышечно по 1—2 мл 1,25 % раствора 1—3 раза в день или в сочетании с приемом внутрь. Максимальная суточная доза при купировании алкогольной абстиненции и лечении алкогольных психозов составляет 0,3 г. Курсовое лечение депрессивных состояний фторацизином проводится на всех этапах противоалкогольной терапии начиная с 0,025 г 2—3 раза в день с наращиванием доз до

0,075 г 2—3 раза в день. В дальнейшем дозы постепенно снижают, курс лечения до 2—3 мес.

Герфонал* — антидепрессант, близкий к амитриптилину и азафену, но не дающий столь выраженного седативного эффекта. Препарат применяется при депрессивных реакциях в абстинентных состояниях с преобладанием подавленного настроения, тревоги, страха, внутреннего напряжения и бессонницы, при аутохтонно возникающих депрессивных состояниях в периоды абстиненции и ремиссии с целью предотвращения рецидивов. В сочетании с нейролептиками герфонал назначают при лечении алкогольных психозов с депрессивно-бредовой симптоматикой. Препарат применяют в таблетках при купировании депрессии в абстиненции в дозах 0,025—0,05 г 2—3 раза в день, при более тяжелых депрессивных расстройствах дозу герфонала можно увеличить до 0,1 г 3 раза в день. Такие же дозы герфонала в сочетании с нейролептиками применяются при лечении алкогольных психозов. Побочные действия (сухость во рту, головокружение, задержка мочи, дизартрия, тремор рук) проходят при уменьшении доз препарата.

Пиразидол* относится к группе антидепрессантов с преимущественным антидепрессивным действием при слабой выраженности как седативного, так и стимулирующего эффекта. Пиразидолу свойственно регулирующее влияние при аффективных нарушениях: стимулирующее при заторможенных депрессиях и седативное — при тревожных. Препарат не оказывает побочного действия и может применяться у пожилых больных и больных, отягощенных соматическими и неврологическими заболеваниями. Пиразидол хорошо сочетается с нейролептиками и транквилизаторами, применяется для лечения депрессивных, депрессивно-бредовых состояний у больных алкоголизмом, а также депрессий в период абстиненции и постабстинентных состояний, на этапе активной противоалкогольной терапии, при различных депрессивных состояниях во время поддерживающего лечения и в ремиссиях. Препарат назначают начиная с 0,025 г 2—3 раза в день с повышением доз до 1 г 3 раза в день (максимальная суточная доза 0,4 г). При достижении терапевтического эффекта максимальные дозы больной принимает 2—4 нед, после чего дозы снижают до поддерживающих — 0,025 г 1—2 раза в день.

Антидепрессанты стимулирующего действия — инказан, цефедрин и имизин (мелипрамин) также применяются при лечении больных алкоголизмом по соответствующим показаниям.

Инказан* является антидепрессантом с выраженным стимулирующим действием. При лечении больных алкоголиз-

мом применяется при легких и среднетяжелых депрессивных состояниях, возникающих в абстиненции, постабстинентном периоде и в ремиссиях, сочетающихся с вялостью, апатичностью, адинамичностью, заторможенностью, неврозоподобной и ипохондрической симптоматикой. Дозы составляют 0,025 г 1—2 раза в день с повышением до 0,075 г 2—3 раза в день, максимальная суточная доза 0,3 г. После получения терапевтического эффекта дозы снижают до поддерживающих — 0,025 г 1—2 раза в день. Показан можно сочетать с антидепрессантами седативного действия, транквилизаторами, нейролептиками. Препарат назначают в первой половине дня, так как он может вызвать ухудшение сна.

Цефедрин* также является антидепрессантом с выраженным стимулирующим действием, применяется при лечении больных алкоголизмом в случаях депрессивных состояний с моторной и идеаторной заторможенностью, астеноадинамическими проявлениями. Дозы больше, чем показана — от 0,025 г 2—3 раза в день с постепенным повышением до 0,3 г/сут (максимальная суточная доза 0,5 г) и дальнейшим снижением до поддерживающих доз — 0,025 г 1—2 раза в день. Препарат назначают в первой половине дня, его можно комбинировать с нейролептиками и транквилизаторами.

Имизин (мелипрамин, тофранил, имипрамин) * — антидепрессант с выраженным сопутствующим стимулирующим эффектом. Наиболее эффективен при эндогенных депрессиях, поэтому показан при сочетаниях алкоголизма с шизофренией и другими психическими заболеваниями, включающими депрессивный синдром. Больным алкоголизмом имизин можно назначать при алкогольных депрессиях, при апатодепрессивных и апатоабулических состояниях.

В комбинации с нейролептиками имизин применяется при лечении затяжных алкогольных психозов с депрессивно-параноидной симптоматикой. Имизин не следует назначать в остром абстинентном периоде, так как это может привести к возбуждению, нарушениям сна. В связи с возможностью возникновения тревоги в процессе лечения имизином необходимо комбинировать его с транквилизаторами и нейролептиками (лучше с левомепромазином, назначаемым на ночь). Имизин дают, как правило, только в утренние и дневные часы (не позднее 16 ч).

Лечение имизином начинают с небольших доз — 0,025 г 1—2 раза в день (утром и днем) с постепенным повышением дозы до 0,1 г 2 раза в день до получения терапевтического эффекта. Максимальная суточная доза 0,3 г. После получения терапевтического эффекта дозы постепенно снижают до поддерживающих — 0,025 г 1—2 раза в день. При побочных явлениях (головная боль, головокружение, бессонница) дозы

снижают. Длительность курса лечения определяется состоянием.

По данным В. М. Николаева, М. Н. Машко, М. Г. Архангорсдского (1986), для подавления влечеиия к алкоголю и нормализации психического состояния наиболее эффективна комбинация этаперазина (20—60 мг/сут) или метеразина (50—150 мг/сут) с амитриптилиином или пиразидолом по 50—150 мг/сут в течение 1—3 мес.

Препараты лития успешно применяют при лечении больных алкоголизмом. Литий увеличивает повторный захват свободного норадреналина адренергическими нервными окончаниями (синаптосомами) в центральной нервной системе, уменьшая тем самым количество свободного (активного) норадреналина, действующего на адренорецепторы. Вследствие этого понижается возбудимость центральной нервной системы и проявляется седативное и антиманиакальное действие солей лития. Благодаря активному участию в обмене биогенных аминов литий эффективен как при гипер-, так и при гипотимических состояниях [Толстая Н. С., Слабунов О. С., Плотников А. Г., 1980]. Наиболее показаны соли лития больным алкоголизмом с патологией аффективной сферы еще до начала заболевания [Мосолов С. Н., 1983], при психопатоподобных, астено-депрессивных синдромах, эмоциональной лабильности, рецидивах алкоголизма в прошлом в связи со стрессовыми ситуациями [Иванец Н. Н. и др., 1977]. По данным Н. С. Толстой, О. С. Слабунова, А. Г. Плотникова (1980), менее эффективны препараты лития у больных с эмоциональным притуплением, но и у этих больных длительное применение препаратов лития приводит к оживлению эмоциональных реакций. Авторы утверждают, что длительное применение препаратов лития снижает влечение к алкоголю независимо от эмоциональных нарушений. Это подтверждают данные И. В. Бокий (1983), L. L. Judd, L. Y. Huey (1984), J. Fawcett и соавт. (1984), указывающих, что длительный прием лития способствует стабилизации ремиссий.

Карбонат лития применяется в дозах, индивидуально устаиавливаемых и контролируемых по содержанию лития в плазме крови методом пламенной спектрофотометрии. При терапевтических дозах карбоната лития — 0,6—1,2 г/сут (2—4 таблетки по 0,3 г) его концентрация в плазме крови достигает 1—1,5 мэкв/л и должна быть не ниже 0,6 и не выше 1,6 мэкв/л. При меньших концентрациях эффект не наступает, а при бóльших возможны токсические явления. В основном курсе, длящемся 15—20 дней, подбирается индивидуальная доза карбоната лития — начиная с 0,6—0,9 г в день и постепенно повышающаяся до содержания лития в плазме крови 1,2 мэкв/л.

После истечения этого срока дозу карбоната лития снижают до уровня его содержания в плазме — 0,6—0,8 мэкв/л, что составляет обычно 0,3—0,9 г карбоната лития в день (1—3 таблетки). Эту дозу больной принимает долго, до 1—1,5 лет. Вопрос о прекращении поддерживающего лечения решается индивидуально. Повторные исследования содержания лития в плазме крови проводятся сначала один раз в месяц, затем каждые 2—3 мес в зависимости от состояния больного.

Противопоказаниями к лечению литием являются заболевания почек, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, дисфункции щитовидной железы.

Побочные явления при лечении литием — повышенная утомляемость, мышечная слабость, дизартрия, гипокинезия, нарушения аккомодации, жажда, тошнота, понос, полиурия, пастозность и отеки голеней. В этих случаях рекомендуется уменьшить дозу препарата в 1,5—2 раза, отменить препарат на 1—2 дня, потом вновь назначить его в меньших дозах. При явлениях интоксикации литием необходимо вводить большие количества жидкости, солей натрия.

Микалит* — лекарственная форма пролонгированного действия. Это капсулы, содержащие микрокапсулы с 80 % карбоната лития и 20 % ацетилцеллюлозы. В желудочно-кишечном тракте препарат высвобождает карбонат лития за 12—24 ч и обеспечивает продленность его действия. Капсула содержит 0,4 г карбоната лития. Способ применения и дозы такие же, как и карбоната лития.

Ш. А. Мурталибов, А. Г. Кадыров, Л. А. Полукарова (1985) при использовании аналогичного микалиту пролонгированного препарата лития литонит-дюреля по 0,3—0,6 г/сут в течение 1,5—2 мес отметили купирование абстинентных явлений, транквилизирующее действие препарата и возникновение отвращения к алкоголю на 15—20-й день лечения.

Оксибутират лития — литиевый аналог оксибутирата натрия, сочетает в себе свойства оксибутирата (седативное и миорелаксантное действие) и лития (нормализующее аффективное состояние). По сравнению с карбонатом лития менее токсичен и более активен. Препарат растворим в воде и выпускается как в таблетках по 0,5 г, так и в ампулах по 2 мл 20 % раствора (0,4 г действующего начала в ампуле) для внутримышечных инъекций. Оксибутират лития применяется так же, как и карбонат лития (микалит), но в несколько больших дозах — по 0,5 г 3 раза в день до 1 г 3 раза в день (высшая суточная доза 3 г) под контролем содержания лития в плазме крови. При выраженном психомоторном возбуждении препарат вводят внутримышечно. По

даниым А. Г. Врублевского, А. В. Звездина (1983), Н. Н. Иванца, В. Б. Альтшулера (1984), М. Х. Гонопольского и соавт. (1987), оксибутират лития (внутрь по 0,5 г 1—4 раза в день) показан при аффективных нарушениях у больных алкоголизмом, при периодическом потреблении алкоголя.

Из группы психостимулирующих препаратов при лечении больиых алкоголизмом используют сиднокарб, сиднофен и ацефен.

Сиднокарб* — отечественный психостимулятор, применяется у больных алкоголизмом после купирования острых абстинеитных явлений, при вялости, заторможенности, общей слабости, астеноневротических проявлениях. По данным Ю. А. Александровского (1975), под действием сиднокарба у больных алкоголизмом оживляются интересы и социальные контакты, снимается влечение к алкоголю. Лечение можно проводить в стационаре и в амбулаторных условиях, начиная с мииимальных доз — 0,005—0,01 г 1—2 раза в день (утром и днем). Сидиокарб можно сочетать с транквилизаторами, так как он сглаживает или устраняет побочные действия, вызываемые транквилизаторами бензодиазепинового ряда (миорелаксация, сонливость), не уменьшая при этом седативного эффекта. Наиболее показано сочетание сиднокарба с феназепамом. Л. Н. Валуева, Н. М. Тожанова (1982) рекомендуют назначать одновременно феназепам и сиднокарб в соотношении 1 : 1,25 или 1 : 2,5 или присоединять сиднокарб к назначенному ранее феназепаму. Назначение сиднокарба перед назиачением феназепама менее эффективно. При лечении больных алкоголизмом не следует применять дозы сиднокарба, превышающие 0,01 г 1—2 раза в день (утром и днем), суточная доза — не более 0,02 г. При достижении эффекта дозы снижаются до поддерживающих — 0,005 г 1—2 раза в день. Курс лечения не должен превышать 3—4 нед.

Сиднофен — близкий к сиднокарбу психостимулирующий препарат, обладает умеренной антидепрессивной активностью, поэтому может назначаться при иерезко выраженных депрессивных состояниях после купирования острых абстинентных явлений, может применяться в амбулаторных условиях. Сиднофен способствует повышению артериального давления, противопоказан при гипертонии и показан при гипотонических состояниях, сочетается с транквилизаторами — с феназепамом в таких же соотношениях, как и сиднокарб, нельзя применять одновременно с антидепрессантами. Дозы от 0,005 г 1—2 раза в день (утром и днем) до 0,01 г 1—2 раза в день (не более 0,02 г/сут) утром и днем, курс лечения не более 2—3 нед.

Ацефен относится к ноотропам, кроме метаболического действия, умеренно стимулирует центральную нервную систе-

му. Препарат показан при сочетаниях алкоголизма с травматическими, сосудистыми заболеваниями головного мозга, последствиями нарушений мозгового кровообращения, больным пожилого возраста. Ацефен можно назначать в стационаре и в амбулаторных условиях при ипохондрических, депрессивно-ипохондрических, астенических и невротических состояниях. Обычная терапевтическая доза 0,1—0,3 г (1—3 таблетки) 3 раза в день, назначается также в свечах по 0,2 г 2—3 свечи в день, подкожно или внутримышечно по 0,25 г (содержимое ампулы растворяют в 2—3 мл стерильного изотонического раствора хлорида натрия). Курс лечения 1—3 мес. Ацефен можно комбинировать с нейролептиками и транквилизаторами.

В качестве корректоров нейролептической терапии используются препараты, оказывающие преимущественно центральное холинолитическое действие, а также центральные миорелаксанты [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981], в основном при неврологических побочных действиях и осложнениях. Медикаментозный паркинсонизм (скованность движений, повышение мышечного тонуса, редкое мигание, изменение почерка) возникает при лечении нейролептиками. Наблюдаются гиперкинетические синдромы — стремление двигаться, менять положение, акатизия, различные гиперкинезы — хореиформные, оральные. Дискинетические синдромы чаще оральные (напряжение мышц языка, глотательных, жевательных мышц, язык непроизвольно высовывается изо рта) возникают при лечении нейролептиками (трифтазин, галоперидол, этаперазин и др.).

В качестве корректора чаще применяют циклодол (артан, паркопан, ромпаркин) в дозах 0,002—0,004 г 3 раза в день вместе с нейролептическими препаратами, а также близкие к нему норакин (0,002 г 3 раза в день), амедин (0,0015 г 3 раза в день), тропацин (0,003 г 3 раза в день), амизил (0,001—0,002 г 3—4 раза в день), которые эффективны при явлениях паркинсонизма. Экстрапирамидные расстройства купирует антидепрессант фторацизин, который вводят внутримышечно по 2 мл 1,25 % раствора, а также средства с седативным действием. При экстрапирамидных расстройствах с гиперкинезами и атаксией показан дииезин (депаркин) по 0,1—0,2 г 3 раза в день [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981]. При состояниях, сопровождающихся повышенным мышечным тонусом, показан мидокалм (мидетон) по 0,01—0,015 г 3 раза в день.

Препараты метаболического действия (ноотропы) составляют новую группу психотропных препаратов, применяемых при лечении больных алкоголизмом. Они оказывают прямое активирующее действие на интегративные механизмы мозга,

повышающие устойчивость мозга к вредным внешним воздействиям.

Аминалон (гаммалон) * применяется при алкогольных энцефалопатиях, алкогольных полиневропатиях, у пожилых больных алкоголизмом, при лечении больных во II—III и III стадиях заболевания, при сочетании алкоголизма с сосудистыми заболеваниями головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь), после перенесенных нарушений мозгового кровообращения, травматических поражений головного мозга, при затруднении умственной деятельности. Аминалон применяют на всех этапах противоалкогольной терапии как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Дозы составляют 0,25—0,5 г 3 раза в день, лечение проводят длительными курсами — от 2 нед до 6 мес. Препарат хорошо переносится, побочные явления (диспепсические расстройства, колебания артериального давления) проходят при уменьшении доз.

Пирацетам (ноотропил) * является активным препаратом из группы ноотропов. Его применяют при тех же показаниях, что и аминалон. Кроме того, пирацетам эффективен при купировании алкогольной абстиненции как в стационаре, так и в амбулаторных условиях [Энтин Г. М., 1981; Нисс А. И., Авруцкая И. Г., Серебрякова П. В., 1983].

При использовании пирацетама в комплексе средств купирования алкогольного абстинентного синдрома снижается выраженность церебральных сосудистых расстройств, уменьшается головокружение, прекращается головная боль, в постабстинентном периоде уменьшаются чувство апатии, сонливость, что позволяет провести лечение в амбулаторных условиях [Энтин Г. М., 1981]. При купировании алкогольной абстиненции пирацетам назначают по 0,8 г (2 капсулы или 4 таблетки) 3—4 раза в день, суточная доза 2,4—3,2 г, а при тяжелой абстиненции в стационаре можно вводить внутримышечно по 5 мл 20 % раствора (1 г препарата в ампуле) 2—3 раза в день или сочетать парентеральное введение с приемом внутрь. При наиболее тяжелых абстинентных явлениях, пределириозных состояниях, алкогольных делириях пирацетам вводят внутримышечно или внутривенно по 10 мл 20 % раствора (2 г) 2—3 раза в день (суточная доза 4—6 г). Пирацетам ускоряет выход из делириозного состояния, уменьшает количество осложнений, астенических проявлений в постделириозном периоде. После улучшения состояния больных переводят на прием пирацетама внутрь по 1,2—2,4 г/сут.

Пирацетам целесообразно применять на этапе активной противоалкогольной терапии для облегчения отрицательных последствий активных сеансов лечения. Дозы при этом, как и при курсовом лечении хронических состояний, составляют

от 0,4 г 3 раза в день до 0,8 г 3 раза в день в течение 2—3 нед с последующим снижением доз вновь до 0,4 г 3 раза в день на длительный срок (до 6 мес) Побочные явления при курсовом лечении (раздражительность, беспокойство, нарушение сна, диспепсические расстройства, обострение ишемической болезни у пожилых больных) проходят при уменьшении доз или прекращении лечения

Пиридитол (энцефабол) * — препарат из группы ноотропов, сочетающий седативное и антидепрессивное действие с активацией метаболических процессов в центральной нервной системе. Показан для комплексного лечения алкогольного абстинентного синдрома [Бокий И В, Нуллер Ю Л, 1981], при постабстинентной и постпсихотической астении, при состояниях с преобладанием астеноневротической и вегетативной симптоматики.

В периоды ремиссий, при поддерживающем лечении пиридитол показан при астенических и неврозоподобных расстройствах, сочетающихся с возобновлением влечения к алкоголю и создающих угрозу рецидива [Иванец Н. Н. и др., 1981]. Курсовое лечение пиридитолом проводят при психоорганическом синдроме, в случаях сочетания алкоголизма с органическими (травматическими, сосудистыми) поражениями головного мозга. Препарат назначают внутрь в дозах 0,1—0,2 г 2—3 раза в день (суточная доза 0,2—0,6 г). Курс лечения до 3 мес. Побочные явления — тошнота, раздражительность, бессонница.

Пантогам — менее активный препарат из группы ноотропов, применяется в составе комплексной терапии при психоорганическом синдроме алкогольного генеза [Калина О. М., 1979, 1981], при гиперкинезах, экстрапирамидных симптомах, в том числе обусловленных лечением нейролептиками. Дозы составляют 0,5—1 г 2—3 раза в день, курс лечения 1—4 мес.

Оксибутират натрия* также относится к группе ноотропов. Препарат легко проникает в центральную нервную систему, оказывает седативное, центральное миорелаксантное, а в больших дозах — наркотическое действие, вызывая сон и наркоз. Для купирования абстинентных явлений, препсихотического и психотического состояния применяют 5—30 мл 20 % раствора внутривенно (вводить медленно, 1—2 мл/мин). В более легких случаях 5—10 мл 20 % раствора оксибутирата натрия вводят внутримышечно или препарат дают внутрь из расчета 0,1—0,2 г/кг. Порошок растворяют в кипяченой воде и дают выпить больному; сон наступает через 40—60 мин. Как говорилось выше, эффективно сочетание оксибутирата натрия с седуксеном или реланиумом (внутримышечно 2—4 мл 0,5 % раствора).

Оксибутират натрия выпускается во флаконах по 400 мл

в виде 5 % сиропа, принимают внутрь, в первые дни 120—180 мл/сут, в последующие — 80—100 мл/сут [Матвеев В Ф, Герасимов Н П, Ковалев А А, 1984, Тресков В Г, 1987] для купирования абстинентной симптоматики Делириозные явления не купируются приемом оксибутирата натрия внутрь Внутрь оксибутират натрия назначают на срок не более 5 дней, так как возможно привыкание

Адренолитические, противосудорожные, пирогенные препараты

В комплексном лечении больных алкоголизмом применяется множество препаратов самого различного механизма действия Так, Ю В Буров (1982), Ю В Буров, Н Н Ведерникова (1985), Ю В Буров, В І Тресков, Н Н Ведерникова (1985) указывают, что только для купирования алкогольной абстиненции предложено более 150 медикаментов, и их число растет Однако специфический, стержневой симптом алкоголизма — первичное патологическое влечение к алкоголю — плохо поддается фармакотерапии Эти авторы, так же как и А В Вальдман, Э Э Звартау (1980), Л Ф Панченко, Н. А Беляева (1984), считают перспективным изыскание препаратов, воздействующих через серотонинергические, адренергические, дофаминергические и пептидергические системы

Для купирования алкогольной абстиненции в стационаре, а также в амбулаторных условиях эффективны препараты из группы α-адреноблокаторов — пирроксан и бутироксан [Пятницкая И Н, 1980, 1984, 1985, Найденова Н Г, 1984] Эти препараты купируют не только алкогольную, но и морфинную абстиненцию, эффективны при различных формах наркоманий и токсикоманий

Пирроксан* — отечественный препарат, периферический адреноблокатор В неврологической практике его используют для купирования симпатико-адреналовых приступов Для купирования алкогольного абстинентного синдрома подкожно или внутримышечно вводят 1—3 мл 1 % раствора пирроксана в зависимости от состояния 2—6 раз в день (высшая разовая доза парентерально 45 мг, суточная — 90 мг, т. е 9 мл 1 % раствора) Действие препарата обнаруживается через 20—30 мин после инъекции исчезают гиперемия кожных покровов, сосудистая и мышечная гипертензия, нистагм, мидриаз, наступает седативный эффект — устраняется чувство тревоги, беспокойства, возникает сонливость При последующих инъекциях полученный эффект закрепляется, ночью больные хорошо спят Дозы и число инъекций определяются реакцией сердечно-сосудистой системы при урежении пульса и снижении артериального давления дозы необходимо снизить

и даже прекратить введение препарата. Лечение пирроксаном должно сопровождаться назначением сердечных средств — кордиамина, адонизида и др. Применение психотропных препаратов излишне. Легкие и средней тяжести абстинентные явления, как правило, ликвидируются уже на вторые сутки и возможен переход на прием пирроксана внутрь по 0,03 г (2 таблетки) 2—4 раза в день. При возобновлении выраженных абстинентных явлений на вторые сутки и последующие 2—3 сут продолжаются инъекции, но соответственно реже (2 раза в день) и препарат вводят в меньших дозах (1—2 мл 1 % раствора). Можно сочетать парентеральное введение пирроксана с приемом внутрь. При купировании тяжелых абстинентных явлений, пределириозных состояний лечение пирроксаном парентерально также продолжается 2—4 дня с последующим переходом на прием внутрь. В этих случаях применение пирроксана предупреждает развитие делириозной симптоматики.

В амбулаторных условиях, при легких абстинентных явлениях, делают одну инъекцию пирроксана (2—3 мл 1 % раствора), дома больной принимает препарат в таблетках еще 2—3 раза по 0,03—0,045 г (2—3 таблетки), а затем ежедневно принимает пирроксан внутрь.

Курсовое лечение пирроксаном начинается, как правило, непосредственно после купирования абстинентного синдрома. Препарат способствует уменьшению и исчезновению первичного патологического влечения к алкоголю, поэтому курс лечения пирроксаном целесообразно проводить в амбулаторных условиях, а в стационаре на промпредприятиях — после курса активной противоалкогольной терапии. Поддерживающие дозы пирроксана составляют 0,03 г 2—3 раза в день в течение 1,5—2 мес. При попытке употребления даже небольших количеств алкоголя (100—150 мл водки или вина) во время лечения пирроксаном возникают выраженные соматоневрологические нарушения (гиперемия и пастозность лица, дискоординация движений), вместо эйфории опьяневший испытывает дискомфорт, неудовольствие, головную боль, не возникает вторичного патологического влечения к продолжению употребления спиртных напитков. Таким образом, пирроксан является средством дезактуализации влечения к алкоголю.

Бутироксан* — близкий по фармакологическому действию к пирроксану препарат из группы α-адреноблокаторов, оказывает также центральное Н-холинолитическое действие. Как и пирроксан, применяется для купирования алкогольного абстинентного синдрома и абстинентных состояний при наркомании.

Для купирования алкогольного абстинентного синдрома вводят подкожно или внутримышечно по 2 мл 1 % раствора

бутироксана через каждые 4 ч в течение 2 сут и более (по состоянию больного). После купирования абстиненции бутироксан назначают для поддерживающего лечения в таблетках по 0,01—0,02 г 2—3 раза в день. Поскольку бутироксан применяется при лечении гипертонической болезни, I, IIA, IIБ стадий, при бронхиальной астме, склонности к диэнцефальным пароксизмам, его целесообразно назначать больным алкоголизмом с этими сопутствующими заболеваниями. Побочные действия, как и при лечении пирроксаном, — резкое падение артериального давления и брадикардия. В этих случаях снижают дозы или препарат отменяют, назначают кордиамин, эфедрин, валидол, нитроглицерин.

Инмекарб* — новый отечественный препарат, уменьшающий влечение к алкоголю и рекомендуемый для комплексного лечния алкоголизма в периоды ремиссии, для предупреждения рецидивов. Выпускается в таблетках по 0,25 г, назначается по 0,5—1 г 3 раза в день после еды. Длительность курса лечения не менее 1,5 мес как в стационаре, так и в амбулаторных условиях [Тресков В. Г. и др., 1987]. Курсы лечения повторяют в течение года. Инмекарб противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушениях функций почек, сердечно-сосудистой недостаточности, органических заболеваниях головного мозга, беременным и кормящим матерям. Побочные действия — сонливость, диспепсические явления, онеменение слизистой оболочки полости рта, боль во внутренних органах, конечностях, понижение артериального давления, брадикардия. При возникновении перечисленных осложнений препарат отменяют, Поэтому, по данным А. А. Ковалева, В. Ф. Матвеева, В. Н. Прокудина (1986), он неудобен для длительного амбулаторного лечения.

Бромкриптин (парлодел) — алкалоид спорыньи, антагонист дофаминовых рецепторов, применяется в акушерско-гинекологической практике для подавления лактации, если она не нужна. По данным И. П. Анохиной, Е. В. Рещиковой (1987), у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции бромкриптин нормализует показатели дофамина (снижает его повышенный уровень) и пролактина (повышает сниженный уровень) Бромкриптин в дозе 1,25 мг (0,5 таблетки по 0,0025 г) один раз в день обусловливает подавление влечения к алкоголю, уменьшение тревоги, ликвидацию возбуждения В качестве средства для поддерживающей терапии бромкриптин в тех же дозах в течение месяца предупреждает возобновление влечения к алкоголю Авторы рекомендуют бромкриптин для предупреждения рецидивов в период ремиссии.

Карбамазепин (стазепин, тегретол, финлеп-

с и н) * относится к противосудорожным препаратам, но, влияя на адренергические структуры центральной нервной системы, приводит к увеличению концентрации катехоламинов в рецепторах, чем способствует купированию явлений алкогольной абстиненции [Flygenring J. et al., 1984]. Карбамазепин применяют в психиатрической и неврологической практике при психомоторной эпилепсии, больших эпилептических припадках и при их сочетании с психомоторными проявлениями, при посттравматических локальных пароксизмах. Препарат устраняет дисфорию, чувство тревоги, страха, уменьшает раздражительность, оказывает также центральное аналгезирующее и антиневралгическое действие и эффективен при невралгиях тройничного нерва.

Для купирования алкогольной абстиненции карбамазепин и его аналоги применяют в дозах 0,2 г (1 таблетка) 2—4 раза в день. Как правило, повышения доз не требуется, так как карбамазепин не взаимодействует с алкоголем и не метаболизируется в печени [Соцевич Г. Н., Минутко В. Л., 1983]. Препарат быстро купирует неврозоподобные расстройства [Целибеев Б. А., 1984], хорошо переносится, не вызывает неприятных ощущений, не оказывает гепатотоксического действия, улучшает работоспособность в период реконвалесценции, не вызывает привыкания, может применяться длительно [Sillanpää M., Sonck T., 1979; Ritola E., Malinen L. A., 1981].

При сочетании алкоголизма с эпилепсией, эпилептиформных синдромах, дисфорических состояниях применяются несколько большие дозы препарата — 0,2 г 3—4 раза в день до получения терапевтического эффекта.

Карбамазепин и его аналоги эффективны при купировании пределириозных состояний с иллюзорными расстройствами, аффектом страха, развернутого алкогольного делирия с устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением, а также алкогольного галлюциноза. В этих случаях доза должна составлять 1,2 г в первый день лечения [Лукомский И. И., Чуркин Е. А., 1973] — 0,4 г 3 раза в день. На вторые сутки и далее, если психотическая симптоматика не ликвидируется, то дозу можно увеличить до 2,4 г/сут (по 0,8 г 3 раза в день). При дозах 1,2—1,4 г и выше, кроме выраженного седативного, проявляется и антипсихотический эффект — ослабление и исчезновение психотической симптоматики после критического сна, длительность которого может достигать 14 ч. Лечение карбамазепином и его аналогами необходимо проводить на фоне активной дезинтоксикации, применения симптоматических средств. Возможно сочетание карбамазепина с нейролептиками, транквилизаторами, антидепрессантами и ноотропами, что значительно расширяет диапазон его использования.

Длительное курсовое лечение карбамазепином показано при алкогольной эпилепсии, невралгии тройничного нерва начиная с 0,2 г 1—2 раза в день с повышением дозы до 0,4 г 2—3 раза в день и постепенным снижением до поддерживающей — 0,1—0,2 г/сут.

Для купирования абстинентных явлений и подавления болезненного влечения к алкоголю можно использовать и другие, приводимые ниже препараты.

Клофелин (гемитон) — антигипертензивный препарат. О. М. Калина, Н. Г. Клепиков, О. С. Шевелева (1986) применяли его в дозах 0,2—0,3 мг внутрь 3 раза в день в течение 5—7 дней, что приводило к купированию абстинентных явлений, нормализации повышенного артериального давления, быстрой ликвидации вегетативных проявлений абстиненции, прекращению болезненного влечения к алкоголю. Препарат противопоказан больным с исходным низким АД.

Анаприлин (обзидан) — препарат из группы β-адреноблокаторов, может использоваться для быстрого купирования вегетативного компонента алкогольной абстиненции [Говорин Н. В., Лоншаков Ф. Ф., 1986]. Вводят внутривенно капельно 10—20 мг обзидана на 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Острые абстинентные явления купируются через 3—4 ч.

Пирогенная терапия широко используется при лечении больных алкоголизмом, для купирования запойных и абстинентных состояний, при резистентности к активной противоалкогольной терапии Из препаратов, вызывающих гипертермическую реакцию, используются сульфозин[1] и пирогенал

Сульфозин* — 1 % (или 0,37 %) раствор очищенной серы в персиковом масле Можно использовать также оливковое, рафинированное подсолнечное или другие растительные масла, пригодные для внутримышечных инъекций

Способ приготовления персиковое (или другое) масло стерилизуют в автоклаве при температуре 119—121 °С в течение 2 ч или горячим воздухом при температуре 180 °С в течение 30 мин Осажденную серу тщательно растирают в тонкий порошок и растворяют в горячем масле (1 г или 0,37 г на 100 мл масла) Полученный раствор фильтруют в стерильную склянку с притертой пробкой, которую дополнительно обвязывают пергаментом или разливают в стерильные флакончики по 10 мл и герметизируют их Склянку или флакончики с раствором серы стерилизуют паром при температуре 100 °С в течение 1 ч Сульфозин представляет собой взвесь светло-жел-

[1] Приказом МЗ СССР от 15 08 1989 г № 470 «О согласии на применение сульфозина и шоковых методов лечения» запрещено применение в психиатрической практике препарата сульфозин атропиновых ком и других шоковых методов лечения без письменного согласия больных

того цвета с запахом использованного растительного масла. При стоянии на холоде сера выпадает в осадок. Срок хранения 7—10 дней.

Перед употреблением сульфозин во флаконе подогревают в горячей воде до температуры 38—40 °С и взбалтывают до полного растворения осадка, жидкость должна быть прозрачной. Через край флакона раствор наливают в цилиндр шприца, на который надета игла с каналом достаточно большого диаметра. Препарат вводят в горячем виде внутримышечно, в верхний наружный квадрант ягодицы. Для уменьшения болезненности предварительно в место инъекции можно ввести 1—2 мл 2 % раствора новокаина. Дозу сульфозина подбирают индивидуально, в зависимости от возраста, роста, массы тела, сопутствующих заболеваний — 1—5 мл 1 % раствора или 3—10 мл 0,37 % раствора; 0,37 % раствор сульфозина дает меньше осложнений (инфильтраты в месте инъекций), чем 1 % раствор, при том же пирогенном действии [Куприянов А. Т., 1970]. Применение меньших доз сульфозина нецелесообразно, так как не вызывает достаточно выраженной и длительной гипертермической реакции и не купирует запоев. Температура после введения сульфозина повышается через 4—6 ч, достигает максимума (38—39 °С) через 8—10 ч, после чего в течение суток литически снижается.

Пирогенал — липополисахарид, образующийся в результате жизнедеятельности некоторых видов бактерий. Пирогенная активность препарата выражается в минимальных пирогенных дозах (МПД). Одна МПД — это количество вещества, вызывающее при внутривенном введении кролику определенной массы тела повышение температуры на 0,6 °С и более. Препарат выпускается в ампулах с содержанием в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия 100, 250, 500 и 1000 МПД пирогенала.

Пирогенал вводят внутримышечно в дозах 500—1500 МПД. Дозы меньше 500 МПД достаточно длительной гипертермии у больных алкоголизмом, как правило, не вызывают, могут назначаться лишь ослабленным больным с небольшой массой тела. Гипертермия после введения пирогенала возникает быстрее, чем после введения сульфозина (через 2—3 ч), температура поднимается до 38—39 °С, после чего литически снижается в течение суток. Лихорадочное состояние, вызванное пирогеналом, переносится легче, чем вызванное сульфозином, после инъекции пирогенала не остается болезненных инфильтратов. В связи с этим пирогенал предпочтительнее применять больным старше 50 лет, физически ослабленным, при сопутствующих сердечно-сосудистых и других заболеваниях. Имеются данные о том, что женщины более устойчивы к действию пирогенных препаратов, поэтому при прочих рав-

ных условиях им следует назначать несколько большие дозы, чем мужчинам.

Ранее рекомендовали внутривенное введение пирогенала по 100—250 МПД на 20 мл 40 % раствора глюкозы. Однако от внутривенного введения пирогенала следует воздерживаться, так как после этого могут возникать тяжелые и даже опасные для жизни аллергические реакции. Лучше вводить большие дозы, но внутримышечно.

Физически крепким лицам молодого и среднего возраста, при психопатизации целесообразнее начинать купирование запоев с сульфозина. При резистентности больного, когда большие дозы одного сульфозина или одного пирогенала не вызывают достаточной гипертермической реакции, можно сочетать меньшую дозу сульфозина (2—3 мл 1 % раствора) с полной дозой пирогенала. Это обеспечит быструю и выраженную гипертермическую реакцию.

Для купирования запоя в амбулаторных условиях и в стационаре делают 3—5 инъекций сульфозина или пирогенала ежедневно или, при тяжелой и длительной гипертермии, — через день, для достижения температуры 38—40 °С. При недостаточно выраженной гипертермии дозы сульфозина или пирогенала при последующих инъекциях увеличивают или используют комбинацию препаратов. Возможно чередование сульфозина с пирогеналом с соответствующим повышением доз, что также приводит к выраженной гипертермии.

При сердечно-сосудистых расстройствах у больного одновременно с пирогенными препаратами вводят 2 мл 20 % раствора камфоры или 2 мл кордиамина. При купировании запоев с угрозой развития психотической симптоматики (абсолютная бессонница, гипнагогические иллюзии и галлюцинации на фоне страха, тревоги, общего двигательного беспокойства) пирогенную терапию необходимо сочетать с транквилизаторами и психотропными препаратами (седуксен, реланиум внутримышечно, феназепам, аминазин, левомепромазин и др.), снотворными средствами (смесь Е. А. Попова, барбамил, хлоралгидрат, дипразин и др.). При этом следует иметь в виду, что нейролептические препараты уменьшают пирогенный эффект сульфозина и пирогенала, и при их назначении дозы пирогенных препаратов должны быть увеличены.

Противопоказания к применению пирогенных препаратов: острые лихорадочные заболевания, активные формы туберкулеза легких, гнойные воспалительные процессы, заболевания сердечно-сосудистой системы с признаками ее декомпенсации, заболевания почек, печени, ревматизм, пожилой возраст (старше 60 лет), соматическая ослабленность, эндокринные заболевания, беременность.

Побочные действия и осложнения: при лечении сульфози-

ием нередко возникает асептическое воспаление в местах инъекции с инфильтрацией мягких тканей, при нарушении правил асептики возможны абсцессы. Для профилактики инфильтратов в месте инъекций назначают сухое тепло (грелки), УВЧ. В некоторых случаях при применении больших доз сульфозина и пирогенала возникают тошнота и рвота, герпетические высыпания на губах и крыльях носа, озноб боль в пояснице, повышение температуры тела выше 40 °С. При этом необходимо сделать перерыв в лечении на 1—2 дня и уменьшить дозу препарата.

При правильном использовании пирогенной терапии в амбулаторных условиях удается быстро купировать абстинентные явления, прервать запой и начать активное противоалкогольное лечение у 90—95 % больных.

В распоряжении нарколога в настоящее время имеется огромный арсенал лекарственных средств, которые он с успехом может использовать при лечении больных алкоголизмом. Однако психотропные и другие лекарственные препараты не заменяют, а только дополняют арсенал лечебных средств при лечении больных алкоголизмом. В последние годы интенсивно развиваются немедикаментозные методы лечения различных заболеваний, в том числе алкоголизма.

Немедикаментозные методы лечения алкоголизма

Наряду с использованием лекарственных средств для лечения больных алкоголизмом необходимо широко применять и немедикаментозные средства и методы, направленные как на дезинтоксикацию, так и на подавление болезненного влечения к алкоголю и выработку отвращения к спиртным напиткам.

Универсальным средством немедикаментозного лечения больных алкоголизмом является психотерапия, но она не обеспечивает детоксикации и нормализации расстроенных функций организма. Немедикаментозные дезинтоксикационные средства необходимо включать в терапевтический комплекс. И. К. Сосин (1982) считает актуальными и перспективными разработку и внедрение модификаций немедикаментозного лечения больных алкоголизмом, которое позволяет максимально сокращать лекарственную терапию, рационально чередовать ее с немедикаментозными методами, чем повышается эффективность лечения. Необходимость дифференцированного использования немедикаментозных методов объясняется также тем, что многим больным применение лекарственных препаратов противопоказано (индивидуальная непереносимость, сопутствующие заболевания, беременность, отказ

больного от лекарств и др.). Немедикаментозные средства лечения практически не имеют противопоказаний.

Физиотерапевтические методы включаются в комплекс лечебных мероприятий и используются практически на всех этапах противоалкогольной терапии в амбулаторных условиях и стационаре.

На этапе купирования абстинентных явлений назначают ванны температуры 34—36 °С, лучше солено-хвойные, на курс 10—12 ванн (вечером ежедневно или через день). Показаны также углекислые ванны, циркулярный и веерный душ. Можно использовать различные электропроцедуры: электрофорез новокаина и йодида калия на воротниковую зону, индуктотермию на область печени и другие по показаниям.

И. К. Сосин и соавт. (1982) использовали для купирования алкогольной абстиненции трансцеребральный электрофорез микроэлементов (5 % раствор сульфата магния и растворимой соли лития). Сила тока — от 2 до 4 мА, длительность — 30 мин, первые 3 дня электрофорез магния, последующие 5 дней — лития. Прием медикаментов при этом исключается. Этот метод быстро купирует явления абстиненции, влечение к алкоголю исчезает. Н. Н. Чередник, П. П. Мецов (1984) купировали алкогольный абстинентный синдром калий-бром-электрофорезом (6 процедур по 15 мин) с полным устранением абстинентных явлений на 2—3-и сутки.

В. Н. Клейн (1983) использовал латеральную субсенсорную электростимуляцию для купирования патологического влечения к алкоголю в состоянии абстиненции и на этапе активной терапии, а также для устранения первичного патологического влечения к алкоголю в ремиссии и профилактики рецидивов. Л. Я. Шеметова, В. Ф. Михайленко (1985) с помощью воздействия импульсного тока на центральную нервную систему аппаратом ЛЭНАР (отрицательный электрод в области лба, положительный — в области шеи, импульсный ток частотой 800—900 Гц при силе тока 0,1—0,4 мА, длительность импульса 0,15—0,2 М/с, продолжительность процедуры 45—60 мин) добивались купирования алкогольного абстинентного синдрома 2—4 ежедневными процедурами.

Электросон с успехом используется для нормализации сна на всех этапах противоалкогольной терапии как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Проводят 15—25 ежедневных сеансов продолжительностью 1 ч при силе тока 4—7 мА и частоте 120 Гц. В стационаре лечение целесообразнее проводить вечером, чтобы электросон переходил в ночной сон, в амбулаторных условиях — во второй половине дня. Электросон показан больным с выраженным агрипническим синдромом, травматической энцефалопатией, гипертонической болезнью, колебаниями настроения.

Г. К. Заиров, И. А. Попов, И. И. Хесин (1984) использовали электросон (в среднем 24 процедуры по 1 ч) для комплексного купирования алкогольного абстинентного синдрома в стационаре на промпредприятии.

Наиболее эффективно такое лечение при вегетососудистых и неврологических расстройствах в структуре абстинентного синдрома, менее эффективно — при выраженных психических и психоорганических расстройствах, явлениях деградации и психопатизации личности. Эффективность лечения повышается при присоединении к сеансам электросна нескольких процедур электрофореза с добавлением растворов витаминов B_1 и B_6, йода, новокаина. Положительный эффект выявляется после 3—5 сеансов электросна. Некоторые больные (по данным авторов, 3 %) плохо переносят действие тока, не засыпают, у них усиливаются раздражительность, конфликтность, а ночной сон даже ухудшается. У таких больных лечение электросном прекращают.

Оксигенотерапия. Гипербарическая оксигенация. Оксигенотерапия показана на этапе купирования алкогольного абстинентного синдрома для ликвидации гипоксии. Применявшееся ранее подкожное вдувание кислорода, по данным В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревского (1983), неэффективно для борьбы с кислородной недостаточностью при тяжелом абстинентном синдроме, пределирии и делирии, а может использоваться лишь как метод рефлекторной и суггестивной стимуляции. Более действенна оксигенотерапия при нормальном барометрическом давлении — дыхание увлажненной 40—60 % смесью кислорода с воздухом через маску по 1,5—2 ч 2—4 раза в сутки. Под воздействием кислорода у больных ослабевает висцеральный и психический компоненты абстиненции, уменьшается влечение к алкоголю, нормализуется настроение. Противопоказанием к длительным кислородным ингаляциям является склонность к судорожным припадкам.

Еще более эффективна для купирования алкогольного абстинентного синдрома смесь закиси азота и кислорода [Колотилин Г. Ф., 1979]. Вдыхание смеси, содержащей 40—50 % закиси азота и 50—60 % кислорода, с помощью наркозного аппарата (НАПП-2 и др.) в течение 30—45 мин приводит к быстрой ликвидации абстинентных явлений, критическому сну, значительному улучшению состояния больных. В большинстве случаев достаточно одной процедуры, лишь части больных на второй день процедуру приходится повторять.

Наиболее эффективна оксигенотерапия в форме гипербарической оксигенации [Кондрашенко В. Т., Скугаревский А. Ф., 1983; Сосин И. К. и др., 1983; Волков А. С., 1985; Сосин И. К., Волков А. С., 1987]. Гипербарическая окси-

генация осуществляется в переносных одноместных барокамерах с автономным режимом работы типа «Иртыш МТ», стационарных — «ОКА—МТ» и др. Для купирования алкогольного абстинентного синдрома используется давление кислорода 0,8—1,2 ати (избыточных атмосфер), экспозиция от 40 мин до 1 ч, 1—3 сеанса. Это приводит к полному купированию абстинентного синдрома, причем положительная динамика наблюдается уже в процессе сеанса. Сонливость в течение 1 ч после сеанса сменяется хорошим настроением. Гипербарическая оксигенация противопоказана при судорожных припадках, выраженном атеросклерозе, гипертонической болезни, ишемической болезни, туберкулезе, заболеваниях ЛОР-органов с нарушением барофункции.

Гипербарическую оксигенацию можно использовать также для быстрого протрезвления опьяневшего не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях.

Гипербарическая оксигенация эффективна при лечении алкогольного делирия. Л. И. Спивак, Г. А. Ливанов, Б. А. Александров (1977) помещали больных с тяжелым алкогольным делирием в состоянии медикаментозного сна в барокамеру при давлении кислорода 1,5 ати. Больные находились в барокамере по 30 мин 2—3 раза на протяжении 12 ч, что приводило к быстрому купированию психотических расстройств. Е. А. Чуркин и соавт. (1981) применяли гипербарическую оксигенацию при давлении кислорода 1—1,5 ати, длительностью 40—50 мин больным с тяжелым алкогольным делирием. Проводились по 1—2 сеанса в сутки, всего 4—6 сеансов. Во время сеанса у больных психотическая симптоматика угасала, но после сеанса в ряде случаев она возникала вновь, что требовало повторных сеансов. Длительность делирия при данной методике лечения в среднем в 2 раза меньше, чем при медикаментозной терапии.

Краниоцеребральная гипотермия в настоящее время широко используется в нейрохирургической практике для борьбы с отеком и набуханием мозга. Охлаждение головы и мозга, замедление в нем обменных процессов, уменьшение потребности в кислороде способствуют быстрому протрезвлению, купированию абстинентных явлений, а также используются при лечении тяжелых форм алкогольного делирия с циркуляторными церебральными нарушениями, отеком и набуханием мозга. По данным И. К. Сосина, М. К. Филатова и соавт. (1983), краниоцеребральная гипотермия с помощью отечественного гипотермогенератора ПГ-01 при экспозиции 1—1,5 ч приводит к полному купированию или значительному ослаблению алкогольного абстинентного синдрома. Охлаждение мозга не достигает уровня непереносимости, с больным поддерживается речевой контакт, и при неприятных ощуще-

ниях температуру охлаждающего воздуха повышают. Уже во время сеанса больные отмечают субъективное улучшение состояния, «просветление» в голове, улучшение настроения, прекращение влечения к алкоголю. После сеанса уменьшается или полностью прекращается тремор, стабилизируются пульс и артериальное давление, нормализуются сон, аппетит. У лиц, находившихся до сеанса в состоянии опьянения, наступает полное протрезвление. Для полного купирования абстинентного синдрома достаточно одного сеанса краниоцеребральной гипотермии.

При лечении алкогольных психозов применяют более глубокую гипотермию с предварительным погружением больного в наркотический сон [Таранская А. Д., Войцеховский В. О., 1987]. Данная методика требует специальной аппаратуры и подготовленного к работе на ней персонала.

Гемосорбция и энтеросорбция. Теоретическое обосование использования гемосорбции при лечении больных алкоголизмом было предложено И. П. Анохиной (1980). Автор связывает основные патогенетические механизмы алкогольного абстинентного синдрома и алкогольного делирия с накоплением в крови избыточного количества катехоламинов (дофамин и др.). Гемосорбция приводит к быстрому снижению содержания дофамина в крови. При алкогольном делирии уровень ацетилхолина в крови также чрезвычайно высок (300 % нормы), после гемосорбции содержание ацетилхолина, как и катехоламинов, приближается к норме. Е. А. Лужников и соавт. (1980, 1984), И. А. Горбунова и соавт. (1980) объясняют это тем, что при алкогольном делирии количество ацетилхолиноподобных веществ растет за счет компонентов, абсорбируемых углями.

Гемосорбция — наиболее активный метод искусственной детоксикации организма. По данным Е. А. Лужникова и соавт. (1984), по эффективности 1 ч гемосорбции равен 6 ч гемодиализа и 24 ч перитонеального диализа.

Методика операции. Накладывается артериовенозный шунт на нижней трети предплечья между лучевой артерией и одной из поверхностных вен. Возможно создание вено-венозного шунта между глубокой веной для взятия крови и поверхностной — для сброса. В разъем шунта включается колонка-детоксикатор, заполненная 100—400 см^3 специального сорбента (СКТ-6а, ИГИ, КАУ, СКН и др.). Перфузия осуществляется специальным насосом, которым снабжены аппараты для гемосорбции (УАГ-01, УЭГ-1 и др.) или самотеком под влиянием естественного артериовенозного градиента давления. Скорость объемного кровотока составляет 100—150 мл/мин, что позволяет в течение часа пропускать через колонку-детоксикатор не менее 6 л крови (весь

объем циркулирующей крови). Длительность одного сеанса 1,5—2 ч, при этом используют 2—3 колонки, каждую не более 30 мин. Перед операцией больным вводят гепарин в дозе 5000 ЕД/10 кг, а также 2 мл 0,5 % раствора седуксена или реланиума, 1—2 мл 1 % раствора димедрола для снятия возбуждения. Для профилактики гемодинамических осложнений за 1 ч до операции внутривенно капельно вводят 5 % раствор глюкозы и изотонический раствор хлорида натрия в количестве 10—12 мл/кг (в среднем 1 л).

Эту сложную операцию может осуществлять лишь специалист (хирург, анестезиолог), прошедший специальную подготовку по методике гемосорбции, в специально выделенной операционной, с соблюдением асептики.

И. К. Сосин и соавт. (1982, 1985) разработали модифицированный вариант гемосорбции (условно называемый «малой гемосорбцией»), не требующий специальной аппаратуры и легко осуществляемый в наркологическом стационаре.

По данным Е. А. Лужникова и соавт. (1984), Е. А. Чуркина, Е. А. Лужникова (1986), после гемосорбции значительно повышается чувствительность к УРТ. Особенно эффективна гемосорбция при лечении алкогольных психозов. На высоте делириозного синдрома, начиная с 20—30-й минуты гемосорбции, у больных редуцируются галлюцинации, бредовые идеи, уменьшается речевое и двигательное возбуждение, к концу операции наступает сомноленция, переходящая в глубокий критический сон, длящийся 8—12 ч; после пробуждения в большинстве случаев психотические нарушения отсутствуют или бывает остаточная галлюцинаторно-параноидная симптоматика, исчезающая через 2—3 дня. При психомоторном возбуждении, мешающем проведению гемосорбции у больных с алкогольным делирием, операцию можно проводить под наркозом виадрилом (предион) в дозе 15 мг/кг с последующим введением каждые 30—40 мин дополнительно по 3 мг/кг. После гемосорбции возможно использование психотропных и других препаратов, порог действия которых снижается [Сосин И. К., 1982].

Кроме гемосорбции — сложной процедуры, требующей специального оборудования и обученного персонала, с успехом можно использовать и простой, доступный метод сорбционного лечения — энтеросорбцию, пероральное применение активированного угля [Сосин И. К., 1982; Пострелко В. М., Белкин А. Л., Пострелко Т. Н., 1983; Николаев В. Г., Пострелко В. М., 1982; Пострелко В. М., 1985]. Больному дают внутрь взвесь гранул карболена или сорбента марки СКН-М, СКН-2М, СКН-4М в дозе 20—30 г на полстакана воды 3 раза в сутки. В течение 3 ч до и после приема сорбента больной не должен есть и принимать медикаменты внутрь ввиду сорб-

ционного эффекта сорбента. Положительный результат у больных в состоянии абстиненции наблюдается после 2—3-го приема сорбента. Явления абстиненции ослабляются и полностью купируются к концу 2—3-х суток. К этому времени исчезает влечение к алкоголю, больной может приступить к работе.

Энтеросорбцию с успехом можно применять в амбулаторных условиях, у вновь поступивших больных в стационарах при промпредприятиях, с целью быстрого купирования абстиненции и привлечения больных к труду. Энтеросорбция может быть использована для протрезвления больных, поступивших в состоянии опьянения.

Иглорефлексотерапия (акупунктура) при лечении больных алкоголизмом в нашей стране впервые использовалась А. М. Гайдамакиной, А. И. Нечушкиным (1978), нашла широкое распространение и отражена в ряде работ [Найденова Н. Г., 1980, 1984; Коханов В. П., Кузнецов О. Н., 1980; Гайдамакина А. М., 1981; Коханов В. П., Кочетков В. Д., 1981, 1983; Кузнецов О. Н. и др., 1981; Табеева Д. М., 1982; Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л., 1984, 1986; Табеева Д. М., Табеев И. Ф., Ахтямов И. Ш., 1985; Зиняк Л. П., Тимуш С. М., 1986; Лакуста В. Н., 1986, 1987; Филатов А. Т., 1986; Сосин И. К., Мысько Г. Н., Точиловский А. С., 1987].

Для купирования алкогольного абстинентного синдрома рецепт точек для иглорефлексотерапии зависит от преобладающих нервно-вегетативных расстройств (гипергидроз, тремор, полиурия, головная боль, повышение артериального давления, тахикардия, фибрилляция мышц, а также атаксия, гиперкинезы, судорожные припадки) или психопатологических проявлений (тревога, беспокойство, страх, депрессивные состояния, иллюзорные или галлюцинаторные обманы восприятия, нарушения сна и др.).

При тяжелой алкогольной абстиненции с выраженными вегетативными и сердечно-сосудистыми расстройствами, психическими нарушениями вплоть до препсихотических состояний наиболее эффективно проведение от 1 до 3 сеансов иглорефлексотерапии в течение 1—2 дней. При этом используются методы акупунктуры (введение игл на 30 мин) и электростимуляции точек ушной раковины, межлопаточной, верхнепоясничной и других областей. Акупунктура способствует быстрому купированию алкогольного абстинентного синдрома, ликвидации как соматоневрологических, так и психопатологических проявлений. Сочетание иглорефлексотерапии с психотропными средствами дает возможность снизить дозы транквилизаторов и психостимуляторов в 1,5—3 раза [Полубояринов А. А., 1984]. Помимо купирования абстинентного

синдрома, иглорефлексотерапия обеспечивает положительную динамику сопутствующих нарушений сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др. [Генин П. Р., Зыков О. В., 1984].

По данным А. И. Белкина, Я. Г. Гальперина, В. Н. Лакусты (1981), А. И. Белкина, А. Г. Наку, В. Н. Лакусты (1984), иглорефлексотерапия корригирует гормональные нарушения в алкогольном абстинентном синдроме — выравнивается количество гипофизарных и периферических гормонов в системе гипофиз — кора надпочечников и гипофиз — щитовидная железа.

После купирования абстинентных явлений проводят 5—15 сеансов иглорефлексотерапии с постепенным урежением (2 раза в неделю, 1 раз в неделю). При поддерживающем лечении в ремиссии назначают 1 сеанс в 1—2 мес. Иглорефлексотерапия с одинаковым успехом может применяться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях, сочетаться с активной противоалкогольной терапией, поддерживающим и медикаментозным лечением.

Иглорефлексотерапия является перспективным методом немедикаментозной терапии алкоголизма, не требует сложного оборудования, больших помещений. Методику может освоить каждый психиатр-нарколог.

Разгрузочно-диетическая терапия (лечебное голодание) показана при сочетании алкоголизма с гипертонической болезнью I и II стадии, ишемической болезнью сердца, ожирением, начальным атеросклерозом, гепатитом, холециститом, панкреатитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, нефрозо-нефритом, колитом, гастритом, бронхиальной астмой, различными кожными заболеваниями и другими болезнями, при которых показано дозированное голодание.

Само по себе дозированное голодание не ликвидирует влечения к алкоголю, поэтому оно должно проводиться после курса активной противоалкогольной терапии или, наоборот, по окончании лечебного голодания и этапа восстановления проводят курс противоалкогольной терапии.

Разгрузочно-диетическая терапия проводится только в стационаре, при соблюдении всех положений инструкции [Николаев Ю. С., 1970], после соответствующего обследования больного. Длительность полного голодания, как правило, до 10—15 дней, реже до 20 дней. Длительность восстановительного периода — до 2—3 нед.

Для проведения этого вида терапии должна быть выделена специальная палата, обслуживать больных должен подготовленный персонал. Лечение проводят одновременно группе больных (для положительной взаимной индукции).

Купирование острых абстинентных явлений и запоев

Купирование острых абстинентных явлений и запоев в амбулаторных условиях и стационаре составляет один из основных разделов работы наркологов, так как к лечению большинство больных приступают в состоянии абстиненции, непосредственно после запоя или даже во время него или при постоянном (ежедневном) пьянстве.

В легких случаях абстиненция купируется с помощью комплекса лекарственных средств: 1) дезинтоксикационные средства (сульфат магния, тиосульфат натрия или комплекс витаминов, по показаниям — аминокислоты, биогенные стимуляторы и др.); 2) симптоматические средства, стимулирующие сердечно-сосудистую систему, по показаниям спазмолитические и коронаролитические, гепатотропные и др.; 3) седативные препараты (микстуры с бромом, пустырником, валерианой, пассифлорой, беллатаминал и др.), а также снотворные (лучше микстура Е. А. Попова с 0,3—0,4 г фенобарбитала или барбамила) и транквилизаторы с выраженным снотворным действием (феназепам, нитразепам, нозепам, мепротан, амизил и др.). Можно назначать нейролептические препараты с мягким седативным действием — хлорпротиксен, терален, тиоридазин, особенно карбидин. Транквилизаторы и нейролептики целесообразно сочетать с антигистаминными препаратами для усиления снотворного эффекта. В. П. Данилин и соавт. (1981) считают необходимым применение транквилизаторов и нейролептиков для нормализации сна в состоянии абстиненции даже тогда, когда больные не жалуются на его нарушение, так как одна дезинтоксикационная терапия не приводит к нормализации сна.

При преобладании в абстиненции психопатоподобных нарушений (резкие аффективные вспышки, гневливость, нетерпимость к возражениям, демонстративные поступки) целесообразно назначить неулептил в сочетании с тиоридазином или галоперидолом. Галоперидол в стационаре можно вводить внутримышечно по 0,5 мл 0,5 % раствора с интервалом 1 ч (по 5 инъекций в сутки). При депрессивных вариантах похмелья (подавленность, тоска, угрюмость, мрачность, чувство безысходности) назначают антидепрессанты седативного действия (азафен, фторацизин, ацефен) в сочетании с нейролептиками тимолептического действия (тиоридазин, терален).

Для купирования легких и средней тяжести абстинентных явлений можно использовать препараты анаболического действия (пирацетам, пиридитол), карбамазепин, пирроксан или бутироксан, а также немедикаментозные методы — электропроцедуры, оксигенотерапию и особенно иглорефлексотерапию.

Гипертермия является эффективным средством купирования абстинентных явлений, подавления патологического влечения к алкоголю. Курс гипертермии снимает психическое напряжение, облегчает начало активной противоалкогольной терапии. Гипертермия проводится как в стационаре, так и в амбулаторных условиях, с ее помощью удается быстро купировать запой. Гипертермия показана для купирования срывов, в том числе в стационаре и при принудительном лечении больных алкоголизмом. При резко выраженном влечении к алкоголю в амбулаторных условиях сразу же после инъекции пирогенного препарата (сульфозин или пирогенал), до наступления пирогенной реакции, больному рекомендуется дать рвотные средства — 50 мл 1 % раствора сульфата меди, 0,05—0,1 г эметина в порошке или 0,5—1 мл 10—20 % раствора эметина, а также 80—100 мл рвотной смеси по приведенной ниже прописи. При возникновении тошноты больному предлагают выпить 1—1,5 л теплой воды, после чего возникает рвота и прекращается влечение к алкоголю по крайней мере на 2—3 ч, пока не поднимется температура. Если после принятых рвотных средств в течение 15—20 мин рвота не наступает, то больному необходимо ввести 0,2—0,5 мл 1 % раствора апоморфина и одновременно (другим шприцем) 2 мл 10 % раствора кофеина и 2 мл кордиамина (для предупреждения коллаптоидного состояния). После введения апоморфина возникают сильная рвота, слабость, сонливость. Влечение к алкоголю до наступления пирогенного эффекта ликвидируется.

При купировании абстинентных явлений рвотные средства со спиртными напитками не сочетают.

При противопоказаниях к применению рвотных средств (абсолютные и относительные противопоказания см. в главе 4) вместо них после инъекции сульфозина или пирогенала можно дать больному большую дозу метронидазола (трихопол) — 1—2 г (4—8 таблеток по 0,25 г) или 0,1—0,2 г никотиновой кислоты. Через 1—1,5 ч, если влечение к алкоголю не ослабло, повторить прием метронидазола или никотиновой кислоты, после чего (при лечении в амбулаторных условиях) больного можно отпустить домой, так как вскоре у него возникнет гипертермия. На фоне гипертермии больному рекомендуется продолжить прием метронидазола по 0,75—1 г 3—4 раза в день или никотиновой кислоты по 0,1—0,2 г 3—4 раза в день.

Кроме рвотных средств, метронидазола и никотиновой кислоты, больным с твердой установкой на противоалкогольное лечение, при обеспечении соответствующего контроля за ними со стороны родственников после первой же инъекции пирогенных препаратов можно назначать тетурам, кото-

рый в этих случаях входит в комплекс средств для купирования запоя. Тетурам целесообразно назначать не первичным больным, а ранее лечившимся и принимавшим тетурам, обратившимся для купирования рецидива. В первые 2—3 дня тетурам для купирования запоев можно назначать в больших дозах — по 1 г/сут (0,5 г 2 раза в день), причем перв й прием препарата осуществляется в наркологическом кабинете одновременно с инъекцией сульфозина или пирогенала, больному можно дать сразу суточную дозу препарата (1 г — 4 таблетки по 0,25 г). Последующие дозы тетурама больной принимает дома и после окончания пирогенной терапии продолжает лечение тетурамом в обычных терапевтических дозах — по 0,25 г 2 раза в день или 0,5 г 1 раз в день.

Рвотные средства, метронидазол, никотиновую кислоту и тетурам в сочетании с пирогенной терапией можно применять не с первого дня пирогенной терапии, а на второй и третий день, если больной не прекратил употребление спиртных напитков.

Приведенные комбинированные методики позволяют купировать абстинентный синдром и запои в амбулаторных условиях у большинства больных. Указанные методики необходимо применять во всех наркологических кабинетах, они просты и не требуют специального помещения и оборудования.

В легких случаях абстинентного синдрома, при противопоказаниях к пирогенной терапии, а также при отказе больного от применения пирогенных препаратов рвотные средства, метронидазол, никотиновую кислоту, тетурам и нитрофураны с успехом можно использовать в амбулаторных условиях для купирования абстинентного синдрома, а в отдельных случаях и для прерывания запоя.

Рвотные средства без сочетания с алкоголем можно использовать в амбулаторных условиях, а также в стационаре для прерывания запоя. Они особенно показаны больным, обратившимся в наркологический кабинет и поступившим в стационар в состоянии опьянения. После однократного приема рвотных средств (соли тяжелых металлов, эметин, рвотные смеси) или введения апоморфина, а также после сочетания рвотных средств с апоморфином до возникновения рвоты и протрезвления больному наряду с дезинтоксикационными, снотворными и седативными препаратами назначают сенсибилизирующие к алкоголю средства. Первую «ударную» дозу дают непосредственно после окончания рвоты и протрезвления.

Метронидазол наиболее эффективен для купирования абстиненции и запоев, так как в больших дозах он вызывает тошноту, вегетативные реакции, значительно умень-

шает влечение к алкоголю. На первый прием (после рвоты, а также и без применения рвотных средств) дают 1—2 г метронидазола (4—8 таблеток по 0,25 г), через 40—60 мин прием в той же дозе повторяют, через 3 ч назначают третий прием, всего в первый день лечения больной принимает 3—6 г метронидазола (12—24 таблетки по 0,25 г). При этом могут возникнуть тошнота, повторная рвота; влечение к алкоголю угасает. Метронидазол эффективен в комбинации с психотропными средствами, позволяет снять влечение к алкоголю даже в резистентных случаях, поэтому одновременно с продолжающимся после купирования абстиненции лечением метронидазолом (как правило, 0,75 г 3 раза в день или 1 г 2 раза в день) назначают по показаниям транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и ноотропы.

Никотиновая кислота противопоказана лишь при выраженном церебральном атеросклерозе и низком артериальном давлении, успешно используется для купирования абстинентных явлений, назначается в больших дозах — по 0,1—0,2 г, а при хорошей переносимости — по 0,3—0,5 г 3—4 раза в день, целесообразно сочетать ее с тиоловыми препаратами (тиосульфат натрия, унитиол). Унитиол для купирования абстинентных явлений можно вводить внутримышечно по 10—15 мл 5 % раствора 2 раза в день. Никотиновую кислоту с тиоловыми препаратами также можно использовать после применения рвотных средств.

У пожилых, ослабленных больных для купирования абстиненции можно использовать старинный метод польского врача Яна сок 4—6 лимонов смешивают с сахаром, разбавляют водой, больной в течение дня выпивает эту жидкость в несколько приемов. Влечение к алкоголю значительно ослабевает и к концу 2—3-й недели лечения исчезает.

Тетурам и нитрофураны (фуразолидон и фурадонин) также можно использовать для купирования запойных состояний в амбулаторной практике [Энтин Г. М., Овчинская А. С., 1987]. Существовавшее ранее представление о том, что тетурам можно назначать лишь после нескольких дней воздержания от алкоголя, не подтвердилось последующими наблюдениями. Тетурам можно назначать на следующий день после употребления алкоголя [Гофман А. Г., Авербах Я. К., 1963], а при использовании рвотных реакций — непосредственно по прекращении рвоты. Это же относится и к нитрофуранам (фуразолидон и фурадонин). Показания и дозы тетурама такие же, как и при одновременном использовании пиротерапии — первые 2—3 дня по 1 г/сут, затем по 0,25 г 2 раза в день. Нитрофураны назначают по 0,3 г 2 раза в день или по 0,2 г 3 раза в день (суточная доза не должна превышать 0,6 г). В отличие от метронидазола, который

хорошо сочетается с психотропными средствами, назначение тетурама параллельно с психотропными средствами требует большой осторожности из-за возможных побочных действий — гемодинамических расстройств, неблагоприятного влияния на печень [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1975]. Это же относится к нитрофуранам.

Пирроксан и бутироксан, карбамазепин, инмекарб можно использовать для купирования алкогольной абстиненции и запоев по изложенным выше методикам, без сочетания с пирогенной терапией.

Купирование тяжелых абстинентных явлений и препсихотических состояний в стационаре достигается применением комплекса медикаментозных средств, наиболее эффективны среди них психотропные и снотворные препараты.

При резко выраженных расстройствах сна, кошмарных сновидениях, гипнагогических галлюцинациях, тревоге, отвлекаемости, двигательном беспокойстве, резком треморе (особенно после длительных и тяжелых алкогольных эксцессов), что свидетельствует о возможности развития психоза, необходимы активные купирующие мероприятия. Наиболее эффективно в этих случаях сочетание оксибутирата натрия с седуксеном (реланиум), вводимым внутримышечно, а также со снотворными препаратами.

В относительно более легких случаях оксибутират натрия дают внутрь — 2—4 г препарата растворяют в 50—60 мл воды или назначают внутрь 10—20 мл 20 % раствора или 50—100 мл 5 % сиропа, одновременно внутримышечно вводят 2 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиум). В. И. Сема и соавт. (1985) рекомендуют вместе с указанными дозами оксибутирата натрия давать 50 мл смеси Е. А. Попова (с 0,1 г фенобарбитала или барбамила).

В более тяжелых случаях, угрожающих развитием алкогольного делирия, 5—10 мл 20 % раствора оксибутирата натрия вводят внутривенно медленно (1—2 мл/мин) или внутримышечно одновременно 4—6 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиум) внутримышечно или внутривенно (развести в 10—15 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводить медленно). В. И. Сема и соавт. (1985) предлагают, помимо оксибуритата натрия и седуксена, дать больному 100—150 мл смеси Е. А. Попова (с 0,3 г фенобарбитала или барбамила) или ввести внутримышечно 10 мл 5 % раствора барбамила и одновременно 3 мл 0,5 % раствора галоперидола. Одновременно вводят средства, стимулирующие деятельность сердечно-сосудистой системы (кордиамин, коразол и др.).

При купировании алкогольного абстинентного синдрома указанным методом у больных быстро наступает сон продол-

жительностью 6—8 ч, после пробуждения отмечается редукция абстинентной симптоматики. При купировании препсихотической симптоматики может быть кратковременное возбуждение, сменяющееся глубоким, длительным сном (до 10—12 ч). После пробуждения остается астенический симптомокомплекс.

Из нейролептических препаратов для купирования абстинентного синдрома и препсихотических состояний можно использовать галоперидол, производное бутирофенона, не оказывающий столь отрицательных побочных действий, как производные фенотиазина (аминазин, левомепромазин, трифтазин): 1—2 мл 0,5 % раствора галоперидола вводят внутримышечно 2—3 раза в день, лучше в сочетании с 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена или антигистаминными препаратами — 1—2 мл 1 % раствора димедрола, 2,5 % раствора дипразина, 2 % раствора супрастина или 1—2 мл тавегила в ампулах внутримышечно (их не рекомендуется применять больным в состоянии алкогольного опьянения, можно только в абстиненции), одновременно кордиамин, коразол. Через 2—4 дня парентерального введения препаратов, по миновании острых абстинентных явлений, можно назначить нейролептические препараты (в том числе и производные фенотиазина) внутрь, одновременно проводить интенсивную дезинтоксикационную терапию (сульфат магния, тиоловые препараты, большие дозы витаминов, гепатотропные препараты и др.).

У больных, которым противопоказаны нейролептические препараты (тяжелые заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы и др.), абстинентные явления и препсихотические состояния купируют снотворными препаратами: смесь Е. А. Попова с 0,3—0,4 г фенобарбитала или барбамила на ночь 2—4 дня подряд, 10 мл 5 % раствора барбамила внутримышечно, 0,2—0,3 г барбамила или 1 г хлоралгидрата в клизме, а также внутрь, например, 0,15 г барбамила с 0,15 г бромизовала, 0,3—0,6 г барбитал-натрия (мединал) с 0,1—0,2 г этаминал-натрия (нембутал), а также микстуру (по И. Г. Равкину) следующего состава: настоя травы пустырника 15 г на 200 мл воды, бромида натрия 5 г, кофеина 1 г, барбитала-натрия 3 г по 1 столовой ложке на ночь или днем и на ночь.

Внутрь назначают нитразепам (эуноктин, радедорм), феназепам, антигистаминные препараты.

По возможности абстинентный синдром и препсихотические состояния купируют гипербарической оксигенацией, краниоцеребральной гипотермией, гемосорбцией.

Своевременное и энергичное проведение указанных мероприятий во всех случаях предупреждает развитие алкогольных психозов. В связи с этим возникновение алкогольных

психозов в стационаре у больных, поступивших без выраженных психотических проявлений, свидетельствует о недостатках диагностики и плохой организации лечебного процесса.

Абстинентные явления и препсихотические состояния нередко возникают у больных алкоголизмом в травматологических, терапевтических, хирургических, неврологических, инфекционных и других отделениях больниц, куда они поступают в состоянии запоя по поводу травм и различных заболеваний, а резкое прекращение приема алкоголя вызывает тяжелый абстинентный синдром с возможностью развития психоза.

Купирование острых абстинентных явлений и препсихотических состояний занимает 3—10 дней, после чего при продолжающемся дезинтоксикационном и симптоматическом лечении можно приступать к активной противоалкогольной терапии. В амбулаторных условиях купирование абстинентного синдрома и симптоматическое лечение без активной противоалкогольной терапии оказываются в большинстве случаев неэффективными и, как правило, вскоре наступает рецидив. Активное противоалкогольное лечение необходимо проводить всем амбулаторным больным после прерывания запоя и купирования абстиненции.

В стационаре, в лечебных учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом дезинтоксикация и обследование также проводятся в течение 5—10 дней, иногда дольше, в зависимости от состояния больного.

После купирования абстинентных явлений осуществляется активное противоалкогольное лечение в сочетании с психотерапией и соответствующими реабилитационными мероприятиями.

ГЛАВА 4

Методы активной противоалкогольной терапии

Задачи и организация активной противоалкогольной терапии в амбулаторных условиях и в стационаре

Трудности лечения больных алкоголизмом заключаются в том, что специфический, стержневой синдром алкоголизма — первичное патологическое влечение к алкоголю не поддается фармакотерапии [Буров Ю. В., Тресков В. Г., Ведерникова Н. Н., 1985]. В качестве средств, непосредственно подавляющих первичное патологическое влечение к алкоголю, перспективна разработка препаратов, воздействующих через серотонинергические, адренергические, дофаминергические и

пептидергические системы. Препараты, купирующие дефицит норадреналина в мозге, снижают влечение к алкоголю [Анохина И. П. и др., 1982; Анохина И. П., 1985]. Препараты, снижающие и купирующие болезненное влечение к алкоголю, подробно описаны в главе 3. Предложено более 150 таких средств. Они действуют лишь в процессе приема, а по окончании приема влечение к алкоголю может возникнуть вновь. Г. В. Морозов (1976) указывал, что по-прежнему актуальной задачей остается создание на основании имеющихся знаний о патогенезе хронического алкоголизма принципиально новых лекарственных препаратов, со стойким купирующим воздействием на болезненное влечение к алкоголю или значительно смягчающим его, сенсибилизирующих организм к приему алкоголя и вызывающих выраженный эффект отвращения. Это должны быть препараты целенаправленного и в то же время достаточно пролонгированного действия, обладающие незначительным побочным эффектом.

Таким образом, средства и методы активной противоалкогольной терапии должны отвечать четырем основным требованиям: 1) купировать или по крайней мере смягчать первичное патологическое влечение к алкоголю; 2) давать выраженный и также достаточно стойкий эффект отвращения (аверсии) к спиртным напиткам, причем отвращения как психологического, так и физического (тошнотно-рвотная, вегетативная, оборонительная реакция); 3) обеспечивать достаточно стойкую, пролонгированную сенсибилизацию к алкоголю (непереносимость, делающая невозможным употребление спиртных напитков); 4) обусловливать в связи с этим стойкую дезактуализацию влечения к алкоголю. Вполне понятно, что осуществить все эти требования можно лишь комплексным воздействием, создающим стойкое отвращение к спиртным напиткам и их непереносимость при сознательной установке больного на абсолютное воздержание от алкоголя.

К активной противоалкогольной терапии следует относить те методы лечения, при которых проводят алкогольно-рвотные сеансы или алкогольные пробы. Во время этих проб вырабатывается и укрепляется отвращение к алкоголю или подтверждается возникшая у больного сенсибилизация к алкоголю. При алкогольно-рвотных сеансах и алкогольных пробах достигается перестройка динамического стереотипа по отношению к алкоголю и создается психотерапевтический заряд, обеспечивающий дальнейшее длительное воздержание от алкоголя. Алкогольные пробы или алкогольно-рвотные сеансы обязательно должны вызывать у больного резко отрицательную эмоциональную реакцию, они должны быть крайне неприятны, тягостны для больного. Еще в 1888 г.

на Первом Всемирном конгрессе по борьбе с алкоголизмом в Париже было принято решение, гласившее, что лечебницы для алкоголиков не должны быть «местом наслаждения» и противоалкогольное лечение должно сопровождаться физическим трудом.

Как правило, больные алкоголизмом, желающие излечиться, охотно идут на крайне неприятные для них процедуры и бывают недовольны, если лечение не вызывает достаточного отвращения к спиртным напиткам и их непереносимости. Число сеансов должно быть достаточным для закрепления отрицательной реакции на алкоголь и убежденности самого больного в полной непереносимости спиртных напитков.

M. W. Parker, D. K. Winstead, F. J. P. Willi (1979) считают, что больным алкоголизмом должна быть предоставлена самостоятельность в выборе метода лечения, чтобы больной не испытывал отвращения к лечению. В настоящее время мы располагаем достаточным числом средств и методов активной противоалкогольной терапии, множеством модификаций каждого метода, что позволяет дифференцированно применять их больным, в том числе и страдающим тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Принцип такой: «Можешь пить — должен лечиться». Уклонения от активного противоалкогольного лечения, как правило, не следует допускать. В амбулаторных условиях принудить больного к активному лечению нельзя, здесь все согласуется с его желанием. В учреждениях для принудительного лечения согласно действующим положениям активные методы в обязательном порядке должны проводиться всем больным, отказ от активных методов приравнивается к уклонению от лечения. Однако метод лечения выбирают на основании «партнерства» врача и больного, согласовывают с больным, хотя назначают обязательно. Здесь важен принцип коллективизма: раз все больные получают активное лечение, то ты не лучше и не хуже других и тоже должен пройти это лечение.

Во всех без исключения наркологических лечебных учреждениях, от районного наркологического кабинета при центральной районной больнице до учреждений для принудительного лечения больных алкоголизмом обязательно должны применяться разнообразные методы активной противоалкогольной терапии (гипносуггестивная, условнорефлекторная, сенсибилизирующая) с соблюдением необходимых сроков лечения.

Использование активных методов значительно повышает эффективность противоалкогольной терапии как в амбулаторных условиях [Энтин Г. М., 1981; Кузор Э. М., Зиняк М. Я., 1985], так и в стационаре [Чапинский Ю. М., 1983; Но-

пов И. А., Хесин И. И., Ревенко В. И., 1984]. По нашим данным [Энтин Г. М., 1983], при использовании дисперсионного анализа для изучения влияния отдельных факторов на эффективность противоалкогольной терапии фактор активного лечения составляет 30—40 % от всех учтенных факторов при критерии Фишера, равном 17 ($p<0,001$), и свидетельствует о том, что активные методы лечения значительно эффективнее, чем применение только симптоматических средств.

Гипносуггестивная терапия и другие суггестивные методы лечения алкоголизма

Суггестивная терапия (лечение словесным внушением) рассматривается как аверсионный метод лечения больных алкоголизмом лишь тогда, когда она направлена на подавление болезненного влечения к алкоголю и в процессе ее вырабатывается отрицательная эмоциональная и тошнотно-рвотная реакция на запах и вкус спиртных напитков, приводящая к непереносимости алкоголя.

В практической наркологии используют 5 основных методов активной суггестивной терапии: а) индивидуальная гипносуггестивная терапия; б) коллективная (вернее, групповая) гипносуггестивная терапия; в) групповая суггестивная терапия методом внушения наяву; г) опосредованная психотерапия (плацебо-терапия); д) самовнушение (аутогенная тренировка).

Преимущества суггестивной терапии состоят в безвредности, практическом отсутствии побочных действий и осложнений. Она является методом выбора для больных алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями внутренних органов, пожилых больных, беременных, которым противопоказана условнорефлекторная и сенсибилизирующая терапия. Такие больные составляют значительный процент как в амбулаторных наркологических учреждениях, так и в стационарах. Для принудительного лечения больных этих категорий предусмотрены специальные наркологические отделения. Каждый нарколог, работающий как в стационаре, так и в амбулаторных наркологических учреждениях, обязан владеть этими методами и повседневно использовать их. Естественно, что для лечения этими методами должны быть обеспечены соответствующие условия.

Суггестивную терапию (гипноз, внушение наяву, аутотренинг) назначают строго по показаниям. Эти методы используют у тех больных, которые верят в их эффективность и сами просят провести им такое лечение. Суггестивная терапия противопоказана больным с выраженными явлениями алкогольной деградации, уклоняющимся от активной противоалко-

гольной терапии другими методами, соглашающимся на лечение гипнозом или аутогенной тренировкой лишь для того, чтобы избежать апоморфиново-рвотных сеансов или лечения другими активными методами, а также «доказать», что «никакое лечение на них не действует». Такие больные лишь дискредитируют суггестивные методы лечения и подрывают доверие к ним у других больных.

Гипносуггестивная терапия. Лечение больных алкоголизмом с помощью внушения в состоянии гипнотического сна применяется уже более столетия. В дореволюционный период отечественные психиатры Б. Н. Синани, А. Н. Успенский, А. А. Токарский, А. А. Певницкий, Ф. Е. Рыбаков с успехом использовали этот метод. Групповая гипнотерапия больных алкоголизмом впервые применялась И. В. Вяземским и в дальнейшем была разработана В. М. Бехтеревым. В послереволюционный период гипнотерапию больных алкоголизмом активно разрабатывали многие отечественные психиатры — И. Н. Введенский, П. П. Мендельсон, Ю. В. Каннабих, К. И. Платонов, С. И. Консторум, а в последние годы — И. В. Стрельчук, Ю. А. Поворинский, И. И. Лукомский, И. М. Виш, Г. В. Зеневич, С. С. Либих, В. Е. Рожнов и др.

Практика отечественной наркологии подтверждает, что лечение больных алкоголизмом с помощью внушения в гипнозе является эффективным методом, а для ряда больных, как уже говорилось, методом выбора. Лекарственное лечение должно не вытеснять гипносуггестивную терапию, а сочетаться с ней.

Индивидуальные и коллективные (правильнее групповые) сеансы гипносуггестивной терапии имеют как положительные, так и отрицательные стороны. При индивидуальной гипносуггестивной терапии врач имеет возможность воздействовать на личность больного с учетом особенностей заболевания. Однако затраты времени на каждого больного велики, сеанс приходится сокращать, число больных, которых может вести врач, ограничено. Коллективная гипнотерапия позволяет охватить лечением значительно больше больных, экономятся время и силы врача. В отличие от больных с неврозами и другими пограничными состояниями, при которых внушение должно быть строго индивидуализировано, у больных алкоголизмом содержание как мотивированного, так и особенно императивного разделов сеанса гипносуггестивной терапии в общем идентично, поэтому для больных алкоголизмом коллективная гипносуггестивная терапия вполне приемлема. Более того, во время коллективных сеансов осуществляется взаимная индукция больных, способствующая выработке тошнотно-рвотной реакции на запах и вкус алкоголя.

Гипносуггестивную терапию следует начинать лишь после

того, как у врача установился психотерапевтический контакт с больным и выявилась установка больного на данный вид лечения. В амбулаторных условиях сеансы можно начинать после купирования абстинентного синдрома, одновременно с дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией, с назначением сенсибилизирующих к алкоголю средств, а также чередовать с сеансами УРТ. В стационаре гипносуггестивную терапию также следует начинать после купирования абстинентных явлений. В период проведения гипносуггестивной терапии целесообразно назначать седативные препараты — бром, валерьяну, пустырник, пассифлору по приведенным выше прописям, транквилизаторы, антидепрессанты с седативным эффектом, так как седативное действие этих препаратов значительно облегчает наступление гипнотического сна.

Перед сеансами гипнотерапии с вызыванием тошнотно-рвотной реакции и во время них не рекомендуется назначать нейролептические и антигистаминные препараты, обладающие противорвотным свойством и тем самым затрудняющие выработку тошнотно-рвотной реакции на запах и вкус спиртных напитков.

Первые 2—3 сеанса рекомендуется проводить индивидуально [Рожнов В. Е., 1985], чтобы выявить гипнабельность больного. При хорошей гипнабельности больного можно включить в группу гипносуггестивной терапии. Включение в группу негипнабельных больных нежелательно, так как они отрицательно индуцируют других больных и могут дискредитировать метод лечения.

Гипносуггестивную терапию следует проводить в специально оборудованном для этих целей помещении — гипнотарии. Такое помещение необходимо во всех наркологических диспансерах и стационарах, желательно иметь его и при самостоятельных наркологических кабинетах (при центральной районной больнице, промпредприятиях). Помещение должно быть максимально изолировано от шума, окна завешивают плотными шторами. Больные лежат на кушетках или сидят в глубоких креслах в зависимости от условий. В гипнотарии должно быть 6—15 мест, не более. В помещении, оборудованном креслами, должно быть 1—3 кушетки для проведения первых и особенно индивидуальных сеансов в положении больного лежа, в котором легче вызвать релаксацию и погрузить в гипнотический сон. Повторные сеансы у высокогипнабельных больных можно проводить в положении больных сидя.

Гипнотарий должен быть оборудован магнитофонами с динамиками или ушными телефонами, проектором и экраном, цветомузыкальной установкой, метрономами и др. Желательно, чтобы в гипнотарии была водопроводная раковина, так

как при проведении постгипнотических проб больные должны сплевывать спиртной напиток, при этом не исключена и рвота.

Первый индивидуальный сеанс гипносуггестивной терапии начинается с краткого разъяснения больному целей лечения гипнозом, направленного на убежденность в необходимости прекратить употребление спиртных напитков навсегда, на всю жизнь. Ближайшая задача — подавить и ликвидировать болезненное влечение к алкоголю, выработать отвращение к спиртным напиткам.

После этого врач предлагает больному принять удобную для сна позу, расслабить мышцы всего тела, фиксировать взгляд на блестящем предмете. При проведении индивидуального сеанса гипноза блестящий предмет (металлический стержень с блестящим шариком на конце, неврологический молоточек, ложка и т. п.) врач держит в руке сам. Если в дальнейшем больной будет переведен в группу, то лучше с первого же сеанса дать блестящий предмет ему в руку, чтобы он сам держал его перед глазами на расстоянии 25—35 см. По мере погружения в гипнотический сон рука будет опускаться.

Погружение в гипнотический сон производится по словесной формуле, приведенной в тексте сеанса гипноза. Глубина гипнотического сна определяется по равномерному дыханию, прекращению произвольных движений. Можно провести пробу на «восковую гибкость» — поднятая врачом рука больного остается на некоторое время в приданном ей положении. Достаточно глубокий гипнотический сон наступает у большинства больных через 3—7 мин после начала сеанса, его удается вызвать у 70—80 % больных алкоголизмом, желающих лечиться гипнозом, на первом же сеансе. Негипнабельными оказывается не более 10—15 % больных. Гипнотический сон у них не наступает при повторных сеансах, они не желают больше лечиться гипнозом. У недостаточно гипнабельных больных, но имеющих установку на гипнотерапию, особенно если им противопоказано лечение другими активными средствами, возможно проведение так называемого наркогипноза, т. е. гипнотический сеанс проводится после приема снотворных средств. За 30—40 мин до сеанса больному дают в порошке смесь следующего состава: барбитал или барбитал-натрий 0,1 г, фенобарбитал 0,05 г, амидопирин 0,1 г. Снотворную смесь дают перед 2—3 первыми сеансами, в дальнейшем гипнотизация, как правило, проводится без снотворных средств.

Мотивированное (рациональное) внушение проводится вне зависимости от глубины гипнотического сна. На первых, ознакомительных сеансах гипносуггестивной терапии мотивированное внушение должно занимать основное

время сеанса и быть более длительным, чем представлено в приводимом ниже тексте внушения. Обязательно подчеркивается, что решение излечиться от алкоголизма принято больным самостоятельно и будет безусловно им выполняться. Внушается необходимость полного воздержания от алкоголя на всю жизнь как обязательное условие излечения. Далее подчеркивается, что проведенное лечение уже улучшило состояние больного, что у него нормализовался сон, улучшилось настроение, ликвидировались расстройства деятельности сердца, желудка, других органов. При индивидуальном сеансе гипносуггестивной терапии в мотивированное внушение входит стимулирование положительных сторон личности больного, убеждение в полезности его для семьи, для общества, снятие чувства беспомощности, тревоги. Создается установка на уверенность в эффективности лечения.

А. М. Родионов (1986) рекомендует в раздел мотивированного внушения включать вызывание галлюцинаторных переживаний «жизненно важных для больного ситуаций», известных психотерапевту из анамнеза: «на своем рабочем месте», «за праздничным столом», «у винного магазина», «на встрече с друзьями», «конфликт с руководством на работе», «конфликт с женой» и т. п. При этом врач внушает больному поведение в подобной ситуации. Автор указывает на высокий процент длительных ремиссий у тех больных, у которых удавалось вызвать яркие галлюцинаторные переживания этих состояний.

Императивное внушение проводится больным в гипнотическом сне достаточной глубины. На первом сеансе гипносуггестивной терапии императивное внушение отвращения к спиртным напиткам проводится лишь в форме установки:

«Вы твердо и бесповоротно решили навсегда прекратить употребление спиртных напитков — водки, вина, пива! Даже мысль о выпивке для вас неприятна, отвратительна. Запах, вкус водки, вина, пива вам противен. От водки, вина, пива тошнота, рвота! Вы никогда, ни при каких обстоятельствах не пьете, ни капли спиртного!»

Со 2—3-го сеанса, а при очень глубоком гипнотическом сне и с первого в императивное внушение включаются внушенные галлюцинаторные переживания тошноты и рвоты при запахе и вкусе спиртных напитков, внушаются ощущение дискомфорта при мысли о выпивке, страх перед употреблением спиртных напитков. После приведенной выше формулы внушения добавляется:

«Вы видите перед собой бутылку с водкой, вы наливаете ее в стакан, подносите к носу и нюхаете...» В это время врач подносит к носу больного ватку, смоченную водкой, 40 %

спиртом, лучше — 96 % спиртом. Можно использовать смесь водки со спиртом или вина (пива) со спиртом, в зависимости от того, какие спиртные напитки больной предпочитает. Далее врач импертивным тоном продолжает: «Вы ощущаете запах водки, водка противна! Тошнит! Слюна во рту! Спазмы в горле, в желудке! Водка противна, водка отвратительна, тошнит!» При этом у больного должны возникнуть гримаса отвращения, рвотные движения, он делает попытку отвернуться или отстранить руку врача, держащую ватку. После этого врач императивным тоном предлагает больному высунуть язык и отжимает на язык с ватки водку или спирт. Это сопровождается следующей формулой: «Вы чувствуете на языке вкус водки! Тошнит, спазмы в горле! Водка противна! Водка отвратительна! От водки тошнит, противно! Водка непереносима! От водки тошнит! От водки рвота! Водка, водка, водка!» Далее идет формула исчезновения тошноты, успокоения и пробуждения.

Постгипнотическое внушение отвращения к спиртным напиткам (отрицательной эмоциональной и тошнотно-рвотной реакции) является наиболее существенным элементом активной гипносуггестивной терапии алкоголизма. Постгипнотическое внушение проводится со 2—3-го сеансов гипносуггестивной терапии при хорошо выраженных галлюцинаторных переживаниях в состоянии гипнотического сна, гримасах отвращения и оборонительных движениях при алкогольной пробе (отжимание водки с ватки на язык). Перед формулой пробуждения больному дается постгипнотическая установка: «По счету пять вы проснетесь, подойдете к умывальнику, понюхаете и попробуете водку (вино). Это вызовет у вас сильную тошноту, спазмы в горле, в желудке, отвращение, тошноту, рвоту, от водки (вина) — рвота!»

После пробуждения больной подходит к умывальнику (или приготовленному для этого ведру), наливает себе из бутылки 30—50 мл водки, вина, 40 % раствора спирта или обычно употребляемого им спиртного напитка, 30 с нюхает, потом прополаскивает рот и глотку и выплевывает (не глотает!). У высокогипнабельных больных при постгипнотической алкогольной пробе возникает гримаса отвращеиия на запах алкоголя, при попытке прополоскать спиртным напитком рот и глотку — тошнота, рвотные движения и даже рвота. При наиболее сильной реакции рвоту вызывает уже один запах спиртного напитка.

В. И. Григорьев (1980) предложил такую модификацию постгипнотического внушения. В состоянии гипноза (у высокогипнабельных больных) внушается картина опьянения с непреодолимым отвращением к этому состоянию, с тошнотой, рвотой. В постгипнотическом состоянии больные выпивают не-

много водки. При первых признаках опьянения возникают сильное отвращение и рвота. Автор считает, что эффективность такой аверсии выше, чем отвращения лишь к запаху и вкусу водки.

В начале курса гипносуггестивной терапии в амбулаторных условиях сеансы проводят ежедневно или через день, далее 1—2 раза в неделю, а в дальнейшем 2—3 раза в месяц, всего 12—15 сеансов на протяжении 3—4 мес. Курс гипносуггестивной терапии необходимо сочетать с симптоматическим лечением, назначением тиоловых препаратов и сенсибилизирующих к алкоголю средств.

Более выраженное отвращение к алкоголю во время гипносуггестивных сеансов возникает при одновременном введении тиоловых препаратов (тиосульфат натрия, унитиол), приеме никотиновой кислоты, метронидазола. Эти препараты целесообразно назначать при проведении первых 6—10 сеансов гипноза. При продолжении курса гипносуггестивной терапии сеансы гипноза следует проводить одновременно с приемом тетурама, нитрофуранов по схемам, которые приведены ниже. При этом удается добиться наибольшей эффективности лечения при сравнительно редких поддерживающих сеансах внушения в гипнозе — 1—2 раза в месяц. При таком сочетании поддерживающие дозы сенсибилизирующих к алкоголю средств страхуют от попыток употребления спиртных напитков между сеансами, а повторные сеансы гипносуггестивной терапии закрепляют условнорефлекторное отвращение к алкоголю. Кроме того, повторные сеансы гипноза, назначаемые больному, дисциплинируют его, заставляют регулярно посещать врача не просто для беседы, а для важной лечебной процедуры.

В стационаре курс гипносуггестивной терапии также состоит из 12—15 сеансов, которые сочетаются с назначением тиоловых препаратов, метронидазола, никотиновой кислоты, тетурама и нитрофуранов. Гипносуггестивная терапия может сочетаться с рефлексотерапией, сеансами УРТ. В зависимости от длительности пребывания в стационаре сеансы можно проводить ежедневно, через день или 2 раза в неделю (в стационарах при промпредприятиях со сроком лечения 3—4 мес) и даже реже (в лечебно-трудовых профилакториях). Больше 12—15 сеансов подряд проводить не следует, так как наступает адаптация к данному методу лечения и эффективность снижается. Поддерживающие сеансы не чаще 1—2 раз в месяц можно проводить в течение длительного времени — до 1 года.

Групповая гипносуггестивная терапия наиболее рациональна в практике амбулаторных и стационарных наркологических учреждений. Практически индивидуальная

гипносуггестивная терапия проводится в хозрасчетных наркологических кабинетах и по индивидуальным показаниям в других наркологических учреждениях, так как не дает возможности охватить много больных. В группе должно быть не менее 6 и не более 15 человек. Меньшие группы нерациональны не только ввиду небольшого охвата больных, но и потому, что в них утрачивается взаимоиндукция. В группе обязательно должно быть несколько больных с выраженной тошнотно-рвотной реакцией, которые индуцируют других, а в меньших группах таких больных может не оказаться. Очень большие группы лишают врача возможности наблюдать за каждым больным, требуют непомерно большого помещения, затрудняют работу персонала.

Наиболее целесообразно использовать коллективную эмоционально-стрессовую методику гипнотерапии алкоголизма, разработанную В. Е. Рожновым (1975, 1979, 1983, 1985, 1986), являющуюся, по данным ряда авторов, наиболее эффективной [Бурно М. Е., 1981, Мельников Ю. В., 1981, 1984; Рожнов В. Е., Бурно М. Е., 1987].

Как уже говорилось, в группу следует включать больных, которым проведено 2—3 индивидуальных сеанса и у которых выявлена достаточная гипнабельность.

Погружение в гипнотический сон по данной методике проводят обычным порядком. Больные лежат на кроватях, кушетках или сидят в креслах, в помещении должны быть ведра на каждого больного (на случай рвоты), лечение лучше проводить натощак, чтобы не было рвотных масс. Больные берут в руки блестящий предмет (если нет специальных стержней с шариками, то ложки или другие небольшие металлические предметы), фиксируют взгляд, врач предлагает расслабить мышцы, производит погружение в гипнотический сон. При групповом сеансе погружение в гипнотический сон несколько длительнее, чем при индивидуальном (до 10 мин), так как не все больные погружаются в сон одновременно. Врач может при необходимости проверить глубину сна приемом «восковой гибкости».

Рациональное (мотивированное) внушение при коллективной эмоционально-стрессовой терапии не отличается от используемого при индивидуальных сеансах. В. Е. Рожнов (1975) не рекомендует в формуле этого раздела внушения употреблять слово «водка», а советует обобщенно говорить о спиртных напитках. Главная мысль этой части сеанса — убеждение больных в необходимости лечения и воздержания от алкоголя. В императивной части внушения, направленной на выработку и укрепление эмоционально отрицательной и тошнотно-рвотной реакции на запах и вкус спиртных напит-

ков, рекомендуется связывать многократно повторяемое и акцентируемое слово «водка» с ощущением тошноты, тяжести в груди, удушья, отвращения и в момент кульминации с рвотой. Слово «водка» выделяется из всех слов, произносится громко, с «бичующей» интонацией.

После неоднократного вызывания чувства отвращения к водке с внушением удушья, тошноты, спазмов в глотке, желудке словесный раздражитель подкрепляется безусловным — на ноздри и губы больного отжимают с ватки 96 % спирт-ректификат. Спирт в отличие от водки и вина является универсальным и мощным раздражителем, он вызывает внушаемые больным ощущения. Эффективно обрызгивание рта и ноздрей больного спиртом с помощью пульверизатора, что осуществляют 2—3 помощника (медицинские сестры), присутствующие на сеансе.

Подкрепление спиртом у всех больных вызывает резкую вегетативную реакцию, проявляющуюся в покраснении лица, сильном слюноотделении, кашле, чувстве удушья, жжении слизистых оболочек рта, носа, а также сильной тошноте, позывах на рвоту, оборонительных движениях и рвоте.

В момент подкрепления врач императивным тоном внушает: «Водка! Тошнота! Рвота! Водка! Водка!» При реальной рвоте больные (как правило, не открывая глаз) берут заранее приготовленные и стоящие около кушеток, кресел ведра, наклоняются над ними. Некоторые больные просыпаются, открывают глаза, у них происходит рвота в ведро.

Больным, которые употребляют не водку, а вино или коньяк, во время подкрепления внушения спиртом говорят: «Вино (или коньяк), тошнота, рвота!», «Вино непереносимо!» и т. д. Подкрепление этим больным можно делать спирто-винной или спирто-коньячной смесью, но спирта в смеси должно быть больше (4 : 1 или 3 : 1).

После подкрепления врач продолжает внушение: «Водка, коньяк, вино, пиво, все спиртные напитки не переносимы вами, вызывают тошноту, удушье, рвоту! Вы не можете брать в рот ничего спиртного! Водка, коньяк, вино, пиво непереносимы!»

В процессе сеанса эмоционально-стрессовой терапии, после императивного внушения тошнотно-рвотной реакции и ее подкрепления таким сильным раздражителем, как спирт, больным предлагают вытереть лицо полотенцем (которое должен иметь каждый больной), принять удобную позу, закрыть глаза и уснуть. После этого делают паузу на несколько минут, чтобы больные могли отдохнуть, успокоиться после стрессовой нагрузки. После паузы врач готовит больных к пробуждению и проводит постгипнотическое внушение тошнотно-рвотной реакции на запах и вкус спиртных напитков

после пробуждения. Постгипнотическая проба проводится по изложенной выше методике.

По данным В. Е. Рожнова, отрицательный рефлекс при правильном проведении этой методики вырабатывается со 2—3-го сеанса на слово «водка» с подкреплением спиртом, а с 6—8-го сеанса — на слово «водка» даже без подкрепления спиртом.

При достаточной глубине гипнотического сна, но мало выраженной тошнотно-рвотной реакции в состоянии гипноза и при постгипнотическом внушении В. Е. Рожнов (1983) рекомендует перед сеансом ввести больному небольшую, субрвотную дозу апоморфина (0,1—0,3 мл 0,5% раствора), т. е. значительно меньшую, чем применяют при УРТ. Без гипноза такие дозы апоморфина вызывают лишь незначительную тошноту, саливацию, а при сочетании с суггестивным воздействием — достаточно выраженную рвотную реакцию.

Для проверки прочности и стойкости выработанного рефлекса на алкоголь после 6—8 сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии целесообразно провести алкогольную пробу вне сеанса внушения в гипнозе и даже в отсутствие психотерапевта, который сам по себе может индуцировать больного. Проба заключается в том, что больному в день, когда сеанс эмоционально-стрессовой гипнотерапии не проводится, предлагают налить себе из бутылки водки (именно водки, а не спирта) или другого обычно употребляемого им спиртного напитка, 30 с его нюхать, потом набрать в рот и, прополоскав рот и глотку, выплюнуть. По выраженности тошнотно-рвотной и отрицательной эмоциональной реакции можно судить об эффективности проведенного лечения.

Курс эмоционально-стрессовой гипнотерапии по данной методике составляет как в амбулаторных условиях, так и в стационаре, как правило, 10—12, иногда до 15 сеансов. Подкрепление проводят амбулаторно не чаще 1—2 раз в месяц в течение года [Рожнов В. Е., 1986]. В отличие от обычных методик гипносуггестивной терапии, которые не имеют противопоказаний по соматическому состоянию больных, эмоционально-стрессовая методика противопоказана больным пожилого возраста, при выраженных формах атеросклероза сосудов мозга и сердца, тяжелых формах гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения и других заболеваниях, препятствующих УРТ, так как сильная рвота может вызвать побочные явления и осложнения при этих заболеваниях.

Магнитофонная запись сеанса внушения в гипнозе значительно облегчает работу психотерапевта и дает возможность проводить гипносуггестивную терапию большому числу больных. Для индивидуального сеанса гип-

носуггестивной терапии в тексте можно учитывать индивидуальные особенности больного. Врач делает запись во время первого сеанса, а на последующих сеансах больной ложится на кушетку или кровать (в стационаре), после короткого словесного вступления врач включает магнитофон (лучше транслировать запись не через динамик, а через ушные телефоны, чтобы никто, кроме больного, не слышал). При необходимости подкрепления безусловным раздражителем (спиртом или спиртным напитком) внушенной тошнотно-рвотной реакции на алкоголь запись сеанса гипносуггестивной терапии транслируют через динамик, чтобы врач или его помощник (медицинская сестра) мог в соответствующий момент поднести к носу больного ватку, смоченную спиртом, и оросить спиртом или спиртным напитком губы больного.

Наиболее целесообразно использовать магнитофонную запись сеанса внушения в гипнозе при коллективных сеансах [Энтин Г. М., 1967, 1972, 1979, 1983]. Предложенная нами методика приближается к обычному коллективному сеансу гипноза. Больные (12—15 человек) ложатся на кровати (в палате) или садятся в кресла в гипнотарии. После короткой вступительной беседы врач включает магнитофон с хорошо отработанной записью сеанса гипноза продолжительностью 25—30 мин. Больные держат перед глазами в приподнятой руке блестящий предмет и фиксируют на нем взгляд. По мере погружения в гипнотический сон руки больных опускаются, врач и его помощники (медицинские сестры) забирают блестящий предмет. Врач, не занятый произношением формулы внушения (она транслируется с магнитофонной записи), проверяет глубину сна у больных, может делать «пассы», способствовать погружению в более глубокий сон менее гипнабельных больных.

Во время внушения галлюцинаторных переживаний отвращения к спиртным напиткам врач и его помощники подносят к ноздрям больных ватки, смоченные спиртом, орошают рот и ноздри спиртом с помощью пульверизатора. При этом врач может дополнить словесным внушением магнитофонную запись, например, дополнительно приказать больному открыть рот, высунуть язык, если больной не выполнил этого по тексту магнитофонной записи, отжать спирт на язык, что вызовет оборонительную реакцию.

После пробуждения реализуется постгипнотическое внушение — алкогольная проба, при которой врач уже сам продолжает суггестию наяву. Можно использовать набор из 5—10 записей сеансов внушения в гипнозе и менять текст мотивированного и императивного внушения.

В стационаре целесообразно организовать трансляцию сеанса внушения по палатам. Больные лежат на кроватях,

сеанс транслируется через ушные телефоны, на глаза больным кладут кусок фланели или полотенце, чтобы не мешал свет. Сеанс гипноза проводится перед послеобеденным отдыхом или перед сном. Перед сеансом лечения транслируется мелодичная музыка, вслед за ней формула усыпления, мотивированного внушения, более спокойного императивного внушения отвращения к алкоголю без подкрепления спиртным напитком. Затем следует пробуждение или переход в ночной сон. Лечение этим методом можно проводить одновременно 20—40 больным в нескольких палатах, в каждой палате во время сеанса должна находиться медицинская сестра. Использование магнитофонных записей значительно облегчает работу врача, позволяет широко использовать методы гипносуггестивной терапии во всех амбулаторных и стационарных наркологических лечебных учреждениях.

Приводим унифицированный текст сеанса коллективной гипносуггестивной терапии, который можно использовать для эмоционально-стрессовой гипнотерапии, в том числе и в магнитофонной записи.

«Приготовьтесь к сеансу внушения. Ослабьте сдавливающие части одежды, возьмите в руку блестящий предмет, примите удобную позу. Расслабьте мышцы всего тела, дышите ровно, спокойно. Слушайте только мой голос — голос врача, проводящего лечение. Слушайте, запоминайте и исполняйте все, что я буду говорить!

Теперь поднимите руку, в которой вы держите блестящий предмет. Поднимите локоть с опоры, вся рука в воздухе! Взгляд фиксируйте на блестящей поверхности, смотрите на нее внимательно, пристально до тех пор, пока у вас не закроются глаза.

Под влиянием моего голоса вы постепенно погружаетесь в лечебный сон. Этот сон отличается от обычного ночного сна тем, что когда вы спите ночью, вы полностью отключаетесь от окружающего. Сейчас у вас наступает неполный, частичный сон. Вы все время ясно, отчетливо слышите и будете слышать мой голос, запоминать и неуклонно выполнять все, что я буду вам говорить.

Лечение гипнозом безвредно, безопасно, так как никакого воздействия на организм, кроме словесного, не производится. Более того, лечение внушением полезно, оно укрепляет нервную систему, улучшает самочувствие, нормализует сон. Оно поможет вам навсегда избавиться от заболевания, которым вы страдали, - от злоупотребления спиртными напитками. В процессе лечения у вас пропадает желание употреблять спиртное и возникает отвращение к запаху и вкусу спиртных напитков.

Слушайте внимательно мой голос, запоминайте и неуклонно выполняйте все, что я говорю. Некоторое время лежите совершенно спокойно, молча, дышите ровно, пристально смотрите на блестящую поверхность... (пауза).

Теперь начните постепенно засыпать. Мышцы всего тела расслаблены. Веки тяжелеют. Внимательно смотрите на блестящую поверхность. Никуда не переводите взгляд! Слушайте мой голос. Запоминайте и исполняйте мое внушение! Голос мой вы слышите и будете все время слышать ясно, отчетливо. Он успокаивает вас и усыпляет! Сон постепенно овладевает вами. Засыпайте! Веки тяжелые, глаза закрываются, по телу разлита приятная теплота, дыхание ровное, свободное, спокойное. Ваша голова свободна, вы только слышите мой голос, запоминаете и исполняете мое внушение! Мой

голос успокаивает и усыпляет. Веки тяжелы, слипаются. Не препятствуйте этому! Закрывайте глаза! Спите! Рука опустилась. Глаза закрыты. Дыхание ровное, свободное, спокойное. Голос мой вы слышите ясно, отчетливо. Голос мой вас успокаивает и усыпляет. Вы откроете глаза лишь после того, как я скажу, чтобы вы их открыли. Тяжесть от век расходится по всему телу, сковывает руки, ноги, вы продолжаете погружаться в лечебный сон.

Сейчас я буду считать до десяти. По мере моего счета вы все глубже и глубже погружаетесь в лечебный сон. Все окружающие вас шумы, звуки уходят, удаляются. Возникает ощущение полной отрешенности. Но вы продолжаете ясно, отчетливо слышать мой голос, слышать, запоминать и исполнять мое внушение.

Засыпайте... Раз... два... три.. четыре.. пять.. шесть... семь... восемь.. девять... десять! Вы уснули, вы спите. Вы также ясно, отчетливо слышите мой голос, запоминаете и исполняете мое внушение.

Вы чувствуете себя хорошо, спокойно. Вы отдыхаете. По телу разлито приятное тепло, дыхание ровное, свободное, спокойное. Слушайте, запоминайте, исполняйте!

Вы приняли твердое и окончательное решение навсегда избавиться от вашего порока — алкоголизма. Вы хорошо знаете, что единственная возможность излечения — это абсолютное, полное исключение употребления любых спиртных напитков, даже в самых маленьких дозах, и навсегда! Все спиртное полностью исключается из вашей жизни. Вы твердо знаете, что любая попытка употреблять алкоголь в умеренных дозах, выпить хоть раз в год, хоть капельку совершенно недопустима, так как обязательно приведет к возврату алкоголизма в еще более тяжелой форме. Излечиться от алкоголизма трудно. Это потребует от вас напряжения сил, мобилизации воли, решительности и непреклонности перед возможными желаниями и соблазнами. Любое событие вашей жизни — печальное или радостное, как бы окружающие ни уговаривали, ни соблазняли, даже ни принуждали вас к выпивке, не заставит вас нарушить принятое решение.

Вы твердо убеждены, что никогда в жизни, при любых обстоятельствах вы не имеете права выпить что-либо спиртное. Полная трезвость — твердый закон всей вашей дальнейшей жизни!

Благодаря проводимому лечению и воздержанию от алкоголя восстанавливается ваше здоровье, укрепляется нервная система, значительно улучшается самочувствие. Восстанавливается ваше положение на работе. Вы вновь становитесь хорошим работником, уважаемым человеком в своем коллективе. Улучшается материальное положение вашей семьи без обременительных расходов на спиртные напитки.

Под влиянием лечения, которое вы проходите, у вас ликвидировалась тяга, желание употребления спиртных напитков. Вы расстались с желанием выпить и оно никогда не возникнет! В результате моего внушения возникло отвращение к запаху и вкусу спиртных напитков. Запах и вкус любого спиртного напитка — водки, коньяка, наливки, настойки, вина, пива вызывает у вас крайне тягостные ощущения — спазмы в желудке и пищеводе, рот наполняется слюной, тяжело дышать, начинается рвота! Теперь представьте себе, что вы сидите за столом. Вы ясно, отчетливо видите на столе стаканы, рюмки, тарелки с закуской, бутылки. Вот бутылка с водкой. Вы отчетливо видите бутылку, на ней этикетка с надписью «Водка». Бутылка распечатана. Она до половины наполнена бесцветной прозрачной жидкостью — водкой. Вам нужно понюхать и попробовать водку на вкус. Это крайне противно, это вызывает тошноту, рот наполняется слюной, спазмы в горле, в желудке, душно, тяжко, рвота!

Но вам необходимо понюхать и попробовать водку. Вот вы берете стакан, наливаете в него водки, подносите ко рту, нюхаете, пробуете! Водка! Жжет во рту, в носу, дышать трудно, тошнит! Водка! Тошнота усиливается, спазмы в горле, спазмы в желудке! Тошнит, рвота! Водка непереносима! От водки тошнит! Рвота усиливается! Водка! Водка! Водка!

Водка, коньяк, вино, пиво, все спиртные напитки вызывают у вас от-

вращение, удушье, тошноту, спазмы в горле, рвоту! Вы не можете брать в рот спиртное! Водка противна! Водка непереносима! Тошнота, рвота! Тошнит при виде водки, при воспоминании о водке. Тошнота усиливается! Водка! Рвота! Сильная рвота! От водки тошнит! От водки рвота! Тягостное ощущение тошноты, рвоты при запахе, вкусе водки, коньяка, вина, пива сохранится в вашей памяти, будет возникать даже при упоминании о водке, при виде пьющих людей, при виде бутылок со спиртным.

Теперь эти отвратительные ощущения исчезли. Вы снова приняли удобную позу, дыхание стало ровным, спокойным. Глаза закрыты. Вы снова спите. Отвращение к водке, коньяку, винам, пиву прочно закрепилось у вас. Тошнота, рвота возникают у вас помимо вашего желания при ощущении запаха и вкуса спиртных напитков... (пауза).

Сейчас я буду считать до пяти. По мере моего счета вы просыпаетесь. Исчезает тяжесть в руках и ногах, веки становятся легкими. По счету «пять» вы открываете глаза и просыпаетесь. После пробуждения голова у вас ясная, свежая, вы ощущаете бодрость, самочувствие хорошее. Вечером, когда вы ляжете спать, вы быстро уснете. Сон будет глубоким, спокойным, крепким. Завтра вы проснетесь с ясной, свежей головой, с хорошим настроением, с уверенностью, что проведенное лечение навсегда избавило вас от алкоголизма.

Сейчас, после того как вы проснетесь, вы понюхаете водку и попробуете ее на вкус. Запах и вкус водки вызовет у вас сильную тошноту и рвоту. Водка для вас стала непереносимой!

Я считаю до пяти. По счету пять вы просыпаетесь и открываете глаза. Раз... два... три... четыре... пять!

Просыпайтесь! Поправьте одежду, подойдите к столу, понюхайте и попробуйте на вкус водку или другой обычно употребляемый вами спиртной напиток. Это вызовет у вас сильное отвращение, тошноту, рвоту!

Отвращение к спиртным напиткам прочно закрепилось в вашем представлении.

На этом сеанс лечения закончен».

Правильная организация гипносуггестивной терапии, относящейся, как уже упоминалось, к немедикаментозным методам лечения больных алкоголизмом, с использованием различных ее модификаций позволяет охватить практически всех больных, у которых имеется установка на данный вид терапии — наиболее безвредный и в то же время достаточно эффективный.

Коллективная суггестивная терапия методом внушения наяву. Внушение наяву (без погружения в гипнотический сон) просто, доступно, не требует специального помещения и оборудования, может проводиться с одинаковым успехом как в стационарах, так и в амбулаторных условиях. Подробно эта методика разработана В. А. Рязанцевым (1983).

При внушении наяву решающую роль играют личность и авторитет врача, основным лечебным фактором является вера больного во врача как в «целителя» [Рязанцев В. А., 1983]. В связи с этим ее может проводить только врач, имеющий практический опыт в психотерапии, т. е. психотерапевт-гипнолог с достаточным стажем в гипнотерапии и психотерапии другими методами, пользующийся авторитетом у больных. Следует подобрать группу больных, имеющих установку на

данный метод лечения, каждого больного необходимо предварительно психологически подготовить к лечению внушением в состоянии бодрствования. Лечение проводить в группе из 8—12 больных, причем к прошедшим несколько сеансов больным целесообразно присоединять новичков, которых лечившиеся ранее положительно индуцируют. В группу не должны входить больные, хорошо знающие врача, например, ранее лечившиеся у него другими методами, нельзя также брать на лечение больных с деградацией личности и приступивших к лечению по принуждению. Перед лечением амбулаторным больным должен быть установлен срок воздержания от алкоголя (не менее 2—3 нед, т. е. до полной ликвидации абстинентных явлений). Стационарным больным и больным в лечебно-трудовых профилакториях внушение вне гипноза проводится перед выпиской для закрепления результатов лечения.

Для выработки условнорефлекторного отвращения к спиртным напиткам больные размещаются в глубоких креслах или шезлонгах, расстегивают воротники, расслабляют пояса. В помещении находится медицинская сестра, которая просит больных не отвлекаться, не разговаривать между собой, расслабиться и сосредоточиться. Можно включить магнитофонную запись успокаивающей музыки или цветную лампочку-мигалку.

Через 5—10 мин входит врач, здоровается с больными, подходит к каждому из них, слегка касается ладонью затылка, шеи или плеча, говорит при этом: «так», «хорошо» и др. Потом врач произносит в течение 20—30 мин мотивированное внушение необходимости лечения от алкоголизма и полного прекращения употребления спиртных напитков. Текст заранее подготовлен и хорошо отработан врачом. Текст внушения на каждом сеансе несколько обновляется, приводятся другие примеры, факты из печати и др. Например, говоря о пагубном влиянии алкоголя на здоровье, на одном сеансе врач упоминает о нарушении сердечно-сосудистой системы, на другом — органов пищеварения, на третьем — половой функции и т. д.

Далее врач говорит о механизме воздействия этого метода лечения, о стойкости выработанного отвращения к алкоголю и его непереносимости. Эта формула повторяется на каждом сеансе. Далее врач переходит к императивному внушению, его формула может быть такой:

«Все примите удобную позу, руки на коленях, пальцы сжаты в кулаки, ногами упирайтесь в пол. Теперь смотрите в глаза (или на блестящий предмет), не отводя взгляда!

Вы ощущаете тепло в теле, мышцы расслаблены, все тело расслаблено, руки, ноги расслаблены, дыхание спокойное, ровное. Вы слушаете мой го

лос, вы полностью подчиняетесь мне! Слушайте, запоминайте, точно исполняйте мои требования! Теперь закройте глаза, плотнее сомкните веки! Глаза закрыты, но вы не спите, вы слушаете, запоминаете и исполняете мои слова. Вы полностью подчиняетесь моей воле, моим приказам! Никакого сопротивления мне! Слушайте, запоминайте, исполняйте! (Пауза).

Теперь, как только я произнесу слово «водка!», «вино!», «пиво!», вам станет крайне противно, отвратительно. Вам омерзительно только воспоминание о водке, о вине, о пиве. Представьте себе перед глазами бутылку с водкой. Вы ее много раз видели и сейчас она у вас перед глазами. Вот она, на столе, рядом стаканы, кто-то наливает водку в стакан. Вам предложат выпить! Вам это противно! Это отвратительно! От водки тошнит, от водки рвет! А теперь представьте вино. Вот оно в бутылке, темно-красное. Вино противно, отвратительно, как и водка! Пиво тоже! Вот оно в кружке, светло-коричневое, пенится! И от пива тошнит! Пиво тоже содержит алкоголь! Пиво противно и непереносимо! Когда я говорю слова: Водка! Водка! Водка! Вино, пиво! к горлу подкатывает тошнота, противно, тошнит, от водки, вина, пива - рвота!

В результате лечебного сеанса в мозге у вас сформировался стойкий очаг возбуждения, антиалкогольный очаг, который работает помимо вашей воли, помимо вашего желания. Таково действие лечения!

Теперь сидите спокойно. Снимаю оцепенение, вы ощущаете легкость в руках, ногах, во всем теле! Откройте глаза, смотрите на меня! Проведенное лечение осталось с вами, оно действует, влечение к спиртному исчезло окончательно и навсегда! Вы избавились от пьянства, освободились от зеленого змия! Вам радостно от этой мысли! Хорошо!

Посмотрите на эти бутылки с водкой, с вином, с пивом! Уже один вид их вызывает отвращение и омерзение! Тошнит от их вида! Хочется отвернуться, сплюнуть!

Теперь каждый из вас по очереди подойдет к столу и понюхает, а если сможет, то попробует на вкус спиртной напиток — водку или вино! Это противно! От запаха водки, вина тошнит, тянет на рвоту!»...

Больные под наблюдением врача 30 с нюхают водку (лучше 40% спирт или спирто-водочную или спирто-винную смесь) для закрепления стойкой отрицательной реакции на алкоголь.

Всего по данной методике проводят 10—15 сеансов каждому больному. Таким образом, данная методика в значительной мере повторяет эмоционально-стрессовую гипносуггестивную терапию с той лишь разницей, что проводится вне гипноза и не сопровождается применением 96% спирта как безусловного раздражителя. Данная методика не имеет противопоказаний по соматическому состоянию больных.

Опосредованная психотерапия (плацебо-терапия). Плацебо-эффект (от placébo — безвредное лекарство, применяемое для успокоения больного или убеждения его в том действии, которое лекарство не оказывает) достигается в результате веры больного в определенное воздействие лекарства. Плацебо-эффект той или иной степени есть у каждого лекарства. В наркологической практике плацебо-эффект с успехом может использоваться как метод опосредованной психотерапии. В. А. Рязанцев (1983) определяет плацебо-терапию как опосредованный медикаментозным или иным способом лечения

метод психологического воздействия на больного, при котором больной не знает, что подвергается психотерапии.

При плацебо-терапии существенную роль играет вид, вкус, запах лекарства, сложное название и, главное, необычность реакции на его прием. Однако основное в плацебо-эффекте— это внушение врача, связанное с применением лекарства, авторитет врача, назначившего это лечение. Чрезвычайно важно, чтобы больной не мог заподозрить обмана, а тем более разоблачить его.

В этом отношении характерен такой пример. При проверке работы одного наркологического лечебного учреждения больного, находившегося на лечении, спросили, чем он лечился. Ответ был краткий и четкий: «Плацебо́» (больной ставил ударение на последнем слоге). На вопрос, что такое «плацебо́», больной ответил: «Это дают фитин или другие таблетки, а говорят, что дают антабус». Комментарии, как говорится, излишни. Больные охотно принимают плацебо, зная, что никакого антиалкогольного эффекта этот препарат не дает, но делают вид, что принимают настоящий противоалкогольный препарат, т. е. из обманываемых сами превращаются в обманщиков.

Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува (1981) подчеркивают, что при лечении наркологических больных особенно действенны новизна препарата и вера в его эффективность. Не менее важно взаимное индуцирование больных: лечившиеся ранее распространяют мнение об эффективности определенного средства и метода лечения. Важно, чтобы название препарата было зашифровано, писалось латинскими буквами, например «Torpedo» или «AWS», и чтобы больной не мог получить информацию о действии препарата.

Так, под условным названием «Torpedo» А. Л. Гамбург и соавт. (1980) внутривенно вводили 10 мл 25% раствора сульфата магния с добавлением 1 мл 1 % раствора никотиновой кислоты и 0,1 г метиленовой сини (раствор был устращающего темно-синего цвета). С. В. Сорока (1985) предлагает в специально оборудованной комнате со световыми, звуковыми и вибрационными раздражителями вводить внутривенно раствор хлорида кальция с добавлением никотиновой кислоты или никотината ксантинола (компламина), а подкожно — субрвотную дозу апоморфина. На фоне действия этих медикаментозных средств проводится императивно-авторитетная суггестия, направленная на полный запрет употребления алкоголя.

Вводимые в качестве плацебо препараты при сочетании с суггестией должны оказывать кратковременное, но активное воздействие — гиперемию, сердцебиение, ощущение жара, тошноту, повышение температуры тела и др. С этой целью,

кроме перечисленных выше препаратов, в вводимые внутривенно смеси можно добавлять 1% раствор аденозинтрифосфата натрия (фосфобиона), кокарбоксилазу и др. В. А. Рязанцев (1983) считает, что можно давать плацебо внутрь, особенно такие лекарственные средства, которые окрашивают мочу, но парентерально вводимые плацебо-препараты эффективнее.

Высоковнушаемым больным можно давать внутрь индифферентные препараты (незнакомые таблетки, драже или капсулы) «со сроком антиалкогольного действия» (1—2 мес), чтобы больной «по окончании срока действия препарата» вновь являлся к врачу и непосредственно из рук врача принимал очередную дозу. Такая методика эффективна при поддерживающем лечении.

Помимо использования плацебо как «нового» для больного препарата, можно давать плацебо вместо известного больному лекарства, когда его длительный прием противопоказан (например, тетурам). А. Л. Гамбург и соавт. (1980) указывают, что длительный прием плацебо (фитин, глицерофосфат кальция и др.) под видом тетурама в течение 6—12 мес и более эффективнее, чем настоящий тетурам, так как не вызывает осложнений и больные длительно лечатся. Еще более эффективна имплантация плацебо (кетгута) вместо эспераля (радотер). И. В. Бондаренко (1980) указывает на случаи внушенной алкогольно-тетурамовой реакции у больных, употреблявших спиртные напитки после имплантации кетгута.

Плацебо-терапия не может быть массовым методом, она базируется на применяемых методах лекарственного лечения. Плацебо-терапию назначают после очень тщательного определения показаний, так как попытка употребления спиртных напитков, не вызвавшая должной реакции, подрывает веру в лечение и дискредитирует терапевтическую систему в глазах других больных, которым становится об этом известно.

Опосредованным методом психотерапии является **«стресс-психотерапия»**, разработанная А. Р. Довженко[1]. Она включает подготовительный этап, т. е. отбор больных, имеющих твердую установку на данный метод лечения и воздержание от алкоголя, психологическую подготовку больных и 2-недельное воздержание от алкоголя без лечения. Второй этап — групповая суггестивная терапия в состоянии бодрствования в течение 2—2,5 ч, основной мотив которой: «Не твоя — больного, а моя — психотерапевта воля избавит тебя от недуга». В этом ее отличие от традиционной психотерапевтической

[1] Организация стресспсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Методические рекомендации Минздрава СССР. — М., 1984. — 12 с.

установки — использование воли пациента для преодоления болезни. Больному внушают, что в результате «кодирования» на тот срок, который устанавливает он сам (один год, 3 года или на всю жизнь) употребление спиртных напитков приведет к смерти. Однако больному дается возможность в любой момент «раскодироваться» у врача, что создает у пациента «иллюзию свободы» и уменьшает субъективно тягостные переживания в период воздержания и дезактуализации влечения к алкоголю. Безусловно ошибочны, но привлекательны для пациентов «утешительные сведения» о том, что через 10—15 лет воздержания они «смогут иногда в дружеском застолье употребить какое-то количество спиртных напитков, как любой здоровый человек». Как уже говорилось выше, такое утверждение нарушает общую психотерапевтическую доктрину лечения больных алкоголизмом.

Третий этап представляет собой использование механизма внушенного страха. Больные дают расписку о том, что они предупреждены о смертельной опасности употребления спиртных напитков на срок «кодирования», который они устанавливают себе сами. Сеанс «кодирования» продолжается 2—4 мин для каждого больного. Больной остается наедине с врачом. Сидящему на стуле больному врач закрывает глаза рукой, резко запрокидывает его голову назад, энергично надавливает на точки выхода тройничного нерва до ощущения боли, предлагает больному открыть рот, после чего полость рта и глотки орошает струей хлорэтила (0,2—0,3 мл препарата в течение 1—2 с). Ампула хлорэтила обернута бумагой с надписью «Смертельно опасно!». Вся эта процедура сопровождается соответствующей суггестией о смертельной опасности употребления спиртных напитков на время действия «кода».

Как отмечает В. А. Рязанцев (1983), при такой методике основным стержнем трезвости является страх и исключается активное, сознательное участие больных в формировании трезвеннических установок. Преувеличение роли врача как лица, обладающего «особыми свойствами», в случае рецидива без трагического исхода приводит к потере веры больного не только в лекарство и метод лечения, но и в самого врача, что уже ничем не компенсировать и не восполнить. Метод лечения не может быть ориентирован на личность одного врача, он должен быть доступным многим врачам, лишь тогда он превращается в реальную материальную силу. Это относится и ко всем вариантам опосредованной психотерапии.

Самовнушение и аутогенная тренировка. Самовнушение используется в качестве дополнительного метода суггестивной терапии больных алкоголизмом и представляет собой форму «самоутверждения личности алкоголика», предложенную

В. М. Бехтеревым в 1912 г. Самовнушение осуществляется, как правило, одновременно с гипносуггестивной терапией как в стационаре, так и в амбулаторных условиях и проводится больными самостоятельно по формулам, рекомендованным врачом.

Больному рекомендуют 2 раза в день в течение 2—3 мин, в спокойной обстановке, когда его не отвлекают, сосредоточиться на мысли о необходимости полного воздержания от алкоголя. Больные должны многократно повторять формулы противодействия пьянству: «Я навсегда бросил пить», «Я полностью равнодушен к водке, вину, пиву», «Водка противна мне навсегда», «Я всегда буду противостоять любым соблазнам и уговорам, если даже меня будут принуждать выпить» или другие аналогичные.

Более сложной формой аутосуггестии, проводимой, как правило, под руководством врача, является аутогенная тренировка с релаксацией. Аутогенная тренировка может проводиться индивидуально, дома, при поддерживающем лечении, но лучше в группе из 15—20 больных как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Сеанс длится около 30 мин и проводится 2—3 раза в неделю в стационаре и 1—2 раза в неделю в амбулаторных условиях, всего на курс лечения 15—20 сеансов. Поскольку аутогенная тренировка включает элементы упражнений, близких к физкультурным, в группу охотно включаются молодые больные, подростки.

На первых 4—5 сеансах больные тренируются в полном расслаблении мышц (релаксация), вызывании чувства тяжести и тепла в теле. Используются следующие формулы самовнушения, которые сначала произносит врач, а потом мысленно многократно повторяет каждый больной: «Я спокоен, я совершенно спокоен», «Я чувствую себя хорошо, уверенно», «Правая рука тяжелая. Левая рука тяжелая. Обе руки тяжелые», «Правая рука теплая. Левая рука теплая. Обе руки теплые», «Сердце работает спокойно, ровно», «Дыхание свободное, дышать легко», «Лоб приятно похолодел». Упражнение заканчивается командой: «Вздохнуть, открыть глаза, подняться!».

Занятия лучше проводить в положении больных лежа на кроватях, на кушетках или сидя в глубоких креслах. Можно использовать для аутотренинга гипнотарий.

После первых 4—5 сеансов больные, которым не удается вызвать у себя релаксацию и чувство тепла в кистях и стопах, а также те, у кого не хватает терпения, отсеиваются. С больными, освоившими первый этап аутотренинга, проводят занятия с включением формулы отвращения к спиртным напиткам: «Водка, вино, пиво мне безразличны», «Меня тошнит от запаха спиртного», «Мне противно даже вспоминать

о выпивке», «Мне отвратительна пьяная компания, противен вид пьяных людей».

На последующих сеансах используются формулы самовнушения, направленные на самоутверждение личности и противодействие факторам, склоняющим к употреблению спиртных напитков: «Я чувствую себя уверенно, меня нельзя заставить выпить хоть каплю спиртного», «Я полностью владею собой», «Я буду здоровым, трезвым, полноценным человеком», «Я хочу, чтобы люди уважали меня, а родные и близкие гордились мной», «Мое решение навсегда бросить пить бесповоротно», «Я противостою попыткам заставить меня выпить хоть глоток спиртного».

Эти фразы в различных вариантах врач произносит после того, как больные расслабились и добились ощущения тепла в теле. После каждой фразы врач делает паузу на 0,5—1 мин, а больные многократно повторяют про себя формулу. Эту же формулу самовнушения больные повторяют про себя лежа в постели перед сном и во время дневного отдыха. Предварительно они расслабляются и вызывают ощущение тепла в конечностях. В стационаре больных, с которыми проводится аутогенная тренировка, целесообразно помещать в одну палату.

Аутогенная тренировка наиболее показана больным с психопатоподобными стеническими чертами, которые не переносят постороннего влияния и поэтому не поддаются гипнотерапии. Аутотренинг они обычно осваивают хорошо. Помимо занятий под руководством врача, больные могут проводить групповые занятия и самостоятельно, под руководством наиболее сознательного больного, лучше — имеющего опыт работы в качестве тренера физической подготовки.

Условнорефлекторные методы лечения больных алкоголизмом

Эмпирически в народной медицине и во врачебной практике при лечении алкоголизма использовалось сочетание спиртных напитков с различными веществами, вызывающими тошноту и рвоту, с целью добиться отвращения к спиртным напиткам. Научное обоснование этот метод получил после работ И. П. Павлова и его сотрудников, создавших учение об условных рефлексах.

Идею об использовании условно-оборонительных рефлексов в ответ на болевые раздражения выдвинул впервые В. М. Бехтерев, в дальнейшем соответствующий этим принципам метод лечения с использованием электрического тока как безусловного раздражителя разработал Н. В. Канторович в 1929 г.

Наибольшего распространения получила УРТ сочетанием алкоголя с рвотными средствами, ранее всего апоморфином. Эта методика, предложенная в 1933 г. И. Ф. Случевским, А. А. Фрикеном, выдержала испытание временем и остается одним из наиболее распространенных методов активной терапии алкоголизма.

В качестве безусловных раздражителей, вызывающих тошноту и рвоту, сочетаемые с приемом алкоголя, используются, кроме апоморфина, эметин, соли тяжелых металлов, термопсис, баранец, чабрец и др.

Апоморфин* — полусинтетический алкалоид, получаемый из морфина при воздействии на него хлористоводородной кислотой. Апоморфин сохраняет некоторые свойства морфина — дает слабый аналгезирующий эффект (поэтому к нему возможно привыкание при использовании небольших доз), угнетает дыхательный центр. Рвотный эффект апоморфина обусловлен воздействием на «пусковую» зону продолговатого мозга. Непосредственно рвотный центр апоморфин не только не возбуждает, но и угнетает подобно морфину [Машковский М. Д., 1984]. Апоморфин не дает эффекта, если нейролептическими препаратами подавлена возбудимость хеморецепторной пусковой зоны. Существенна способность апоморфина стимулировать дофаминергические структуры мозга, апоморфин является специфическим антагонистом дофаминовых рецепторов [Жарковский А. М., Алликмест Л. Х., 1981]. Как показали работы Г. В. Морозова, И. П. Анохиной, Н. Н. Иванца (1980), Б. М. Когана, Н. В. Нечаева (1980), А. Л. Игонина, Л. М. Савченко, Т. П. Небараковой (1980), Г. В. Морозова, И. П. Анохиной (1980), И. П. Анохиной, Е. В. Рещиковой (1987), апоморфин, будучи антагонистом дофамина, накапливающегося в состоянии абстиненции, снижает концентрацию дофамина в тканях, купирует вегетативные и аффективные расстройства в абстиненции и уменьшает патологическое влечение к алкоголю. На этом основании перечисленные выше авторы разработали предложенный O. Martensen-Larsen (1976) метод патогенетической терапии алкогольной абстиненции субрвотными дозами апоморфина в капсулах. Апоморфин помещают в желатиновые капсулы (во избежание раздражения слизистой оболочки желудка) по 10, 20, 40 и 60 мг с добавлением аскорбиновой кислоты для облегчения абсорбции апоморфина. Препарат больные принимают через 2 ч 7—8 раз в сутки (с ночным перерывом). Длительность курса лечения 5—7 сут.

Для подбора оптимальной дозы после первой дозы 10 мг на каждый последующий прием доза увеличивается на 10 мг до ощущения больным тошноты. После этого дозу снижают на 10 мг и лечение продолжают той же «субрвотной» дозой.

Оптимальная терапевтическая доза составляет, по данным Г. В. Морозова, Н. Н. Иванца (1983), 20—160 мг. Препарат переносится хорошо. Однако Ю. В. Буров, В. Г. Тресков, Н. Н. Ведерникова (1985) указывают, что эффект принимаемого внутрь апоморфина нестоек из-за того, что препарат быстро метаболизируется в организме.

Для вызывания рвоты применяют внутримышечно 0,5% или 1 % раствор апоморфина, приготовляемого ex temporе перед сеансом.

Через 3—4 мин после введения апоморфина возникает саливация, лицо краснеет (преимущественно у больных пожилого возраста) или, наоборот, бледнеет (у больных молодого и среднего возраста), отмечаются усиленное потоотделение, нарастающая тошнота. Пульс сначала учащается, потом замедляется, артериальное давление, особенно диастолическое, снижается. Бурная вегетососудистая реакция длится 3—5 мин и заканчивается рвотой, в ряде случаев повторной, мучительной. Рвота длится 2—8 мин, иногда повторяется и длится до 20—25 мин. После рвоты наступают облегчение, сонливость, слабость. Поскольку индивидуальная чувствительность к апоморфину значительно варьирует, дозы его подбирают индивидуально. Минимальные дозы, вызывающие рвоту, — 0,1 мл 1% раствора или 0,2 мл 0,5% раствора. У больных алкоголизмом, особенно во II стадии, с высокой толерантностью к алкоголю, утратой защитного рвотного рефлекса, имеется значительная устойчивость к апоморфину, поэтому приходится применять большие дозы препарата или, что более целесообразно, сочетать его с рефлекторными рвотными средствами. Нейролептические препараты (особенно этаперазин, неулептил, аминазин, галоперидол и др.), угнетающие рвотный рефлекс и повышающие устойчивость к апоморфину, должны быть отменены не менее чем за неделю до начала УРТ.

Эметин* — дигидрохлорид алкалоида эметина, содержащегося в корнях ипекакуаны. Эметин занимает особое место среди рвотных средств, так как оказывает рефлекторное рвотное действие в результате раздражения периферических окончаний блуждающего нерва в слизистой оболочке желудка при приеме внутрь, а кроме того, ему свойствен центральный эффект — непосредственное воздействие на рвотный центр при парентеральном введении. В зарубежной литературе [Franks C., 1963] эметину отдавалось предпочтение перед апоморфином при УРТ алкоголизма, так как апоморфин создает тормозное состояние коры, не благоприятствующее образованию новых условных связей, а эметин таким свойством не обладает. Кроме того, тошнота и рвота после введения апоморфина более интенсивные, чем после эметина, но менее

продолжительные. Тем не менее H. Solms (1960) считает, что условные реакции на алкоголь, выработанные с помощью эметина, менее прочные, чем выработанные с помощью апоморфина. Эметин, как и другие рефлекторные рвотные средства, при УРТ следует применять либо в комбинации с апоморфином, либо у больных, которым лечение апоморфином противопоказано (склонность к обморокам, вегетативным кризам и др.).

Внутрь эметин назначают по 0,03—0,05 г в порошке, а лучше по 0,3—0,5 мл 10% раствора. Раствор эметина можно добавлять к спиртному напитку. Чтобы больной не знал о том, что принимает эметин, 0,3—0,5 мл 10% раствора препарата заранее наливают в стакан (мензурку), в который сам больной наливает спиртной напиток и выпивает, считая, что рвоту вызывает спиртной напиток. Подкожно вводят 3—5 мл 1% раствора эметина, но рвотная реакция при этом слабая, так как отсутствует рефлекторное действие эметина через нервные окончания слизистой оболочки желудка. Парентеральное введение эметина необходимо сочетать с приемом внутрь сульфата меди или цинка, рвотных смесей. Для усиления рвотного эффекта эметина целесообразно одновременно с 3—5 мл 1% раствора эметина ввести 1—2 мл 5% раствора эфедрина. При передозировке эметина во время курсового лечения возможны слабость, боль в сердце, мышцах и более серьезное осложнение — полиневрит. Лечение эметином при побочном действии препарата отменяется.

Сульфат меди (медный купорос) и сульфат цинка являются чисто рефлекторными рвотными средствами, при приеме внутрь они раздражают нервные окончания блуждающего нерва в слизистой оболочке желудка и вызывают рефлекторную рвоту в результате возбуждения рвотного центра, а не «пусковой» зоны. Сульфат меди назначают по 30—50 мл 1 % раствора (0,3—0,5 г сухого вещества), сульфат цинка — по 0,5—1 г на прием в порошке или 50—100 мл 1 % раствора. После приема указанных доз сульфата меди или цинка наступает сильная тошнота, затем после короткого периода прекращения тошноты — вновь сильная тошнота и обильная рвота. Вегетативные реакции при использовании сульфата меди и цинка, а также рвотных смесей выражены незначительно, поэтому их можно применять в амбулаторной практике, для протрезвления опьяневших. После приема сульфатов меди и цинка, а также содержащих их рвотных смесей необходимо добиться рвоты, так как переход из желудка в кишечник и всасывание этих веществ недопустимы (боль в животе, понос, общая интоксикация). Если в течение 10—15 мин после приема препарата не возникла рвота, больному дают выпить 1—1,5 л теплой воды и вызы-

вают рвоту механическим раздражением корня языка и глотки.

Рвотные смеси, применяемые для условнорефлекторного лечения алкоголизма, содержат, кроме сульфатов меди и цинка, сульфат натрия, препятствующий быстрому всасыванию смеси и также оказывающий рефлекторное рвотное действие, хлорид натрия, задерживающий смесь в желудке. Для усиления рвоты к смесям добавляют порошок или экстракт ипекакуаны, содержащий эметин, или настой или экстракт травы термопсиса, оказывающий рефлекторное рвотное действие. Для смягчения раздражающего действия солей тяжелых металлов на желудок и усиления рвоты в состав смеси включают рыбий жир и касторовое масло.

Мы рекомендуем следующую пропись рвотных смесей [Эитин Г. М., 1972, 1979], которые готовятся непосредственно перед применением: сульфата меди 3 г, сульфата цинка 10 г, сульфата натрия 150 г, дистиллированной воды 500 мл, по 50 мл в состав рвотной смеси на одного больного (раствор хранится 2—3 нед при комнатной температуре); настой травы термопсиса 2,5 г на 500 мл воды, по 50 мл в состав рвотной смеси на одного больного (готовится ex tempore и хранится в холодильнике не более 3 дней); рыбьего жира и касторового масла по 300 г, по 30—60 мл в состав рвотной смеси на одного больного (хранится в холодильнике длительное время).

При отсутствии рыбьего жира и касторового масла, а также при плохой переносимости больным рыбьего жира можно использовать такое же количество подсолнечного масла.

Рвотную смесь для каждого больного готовят непосредственно перед сеансом. В стакан наливают 50 мл раствора сульфатов меди, цинка и натрия, 50 мл настоя травы термопсиса и 30—60 мл смеси рыбьего жира с касторовым маслом или подсолнечного масла. В зависимости от индивидуальных особенностей больных состав смеси можно несколько менять: больным, страдающим гастритом, следует уменьшить дозу солей тяжелых металлов и увеличить дозу жиров. Перед употреблением смесь тщательно размешивают, для облегчения приема в нее можно добавить 5 мл мятной настойки или 5 мл вина (портвейн, кагор). Общий объем смеси 150—200 мл.

Можно использовать различные варианты и модификации УРТ.

Условнорефлекторная терапия с использованием малых и средних доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств. Эти методики с успехом можно применять в амбулаторных условиях и в стационаре. Для УРТ необходимо иметь специально оборудованные комнаты с водопроводными раковина-

ми или ваннами для смыва рвотных масс, ведрами. В комнате (зале) УРТ должно быть несколько кушеток или топчанов на случай осложнений (коллаптоидное состояние и др.), столик или шкафчик со средствами скорой помощи. Помещение должно хорошо проветриваться. Целесообразно иметь в помещении «бар» с бутылками из-под спиртных напитков, создающих обстановку выпивки. При отсутствии в стационаре специального помещения УРТ можно проводить в палате (больные сидят на кроватях, около каждого больного стоит ведро).

Предварительно больные проходят обследование, консультации специалистов для определения противопоказаний.

Лечение проводят в группе из 10—30 больных. Перед сеансом целесообразна водная нагрузка — больные выпивают 0,8—1,2 л теплой кипяченой воды или теплого чая, благодаря чему усиливается рвота. Дозы апоморфина подбирают индивидуально — от 0,2—0,4 мл 1% или 0,4—0,8 мл 0,5% раствора на первый сеанс. После инъекции апоморфина больной садится на стул около раковины или ставит перед собой ведро для рвотных масс (в ведре должно быть немного воды, чтобы рвотные массы не прилипали к стенкам и дну), в руках больной держит кружку или стакан со спиртным напитком (40% спирт, водка, вино).

С появлением тошноты больному предлагают нюхать спиртной напиток и прополаскивать им рот и глотку, а с появлением рвотных движений делать небольшие глотки. При этом вырабатывается рвотная реакция на зрительно-обонятельные и вкусовые раздражения.

Если от минимальной дозы апоморфина рвоты не наступает, то вводят дополнительную дозу, как правило, превосходящую первую. Для предупреждения коллапса предварительно внутримышечно вводят по 2 мл кордиамина или коразола и 10% раствора кофеина, а также 1—3 мл 0,1% раствора стрихнина, которые не только предупреждают коллапс, но и усиливают рвотное действие апоморфина.

Необходимо подчеркнуть, что при УРТ спиртные напитки внутрь можно давать лишь при выраженной рвоте, чтобы они сейчас же были выброшены с рвотными массами. Если больной выпьет спиртной напиток лишь при тошноте, то алкоголь может всосаться, облегчить состояние, вызвать опьянение, следствием чего станет обратный эффект — усиление влечения к алкоголю. Во избежание этого вместо приема внутрь спиртных напитков можно орошать слизистую оболочку из пульверизатора или ингалятора и вызывать рвоту шпателем, обернутым марлей, смоченной в водке. Еще лучше добавить к водке 0,3—0,5 мл 10% раствора эметина. Эметин не имеет запаха, а его горьковатый вкус маскируется вкусом

водки. При возникновении рвоты ее подкрепляют повторным приемом алкоголя без эметина.

Сеансы УРТ проводятся ежедневно, при слабой рвотной реакции доза апоморфина на последующих сеансах увеличивается на 0,1—0,3 мл 1% раствора или 0,2—0,6 мл 0,5% раствора. Дозы апоморфина можно повышать до 1 мл 1% раствора или 2 мл 0,5% раствора. Курс лечения малыми и средними дозами апоморфина состоит из 15—25 ежедневных сеансов (во второй половине курса — через день), которые проводятся перед обедом или через 3—4 ч после приема пищи. Лечение продолжают до выработки стойкого отвращения к запаху и вкусу спиртных напитков, возникающего при алкогольной пробе без введения рвотных средств.

Для усиления рвотного действия апоморфина можно использовать различные средства и методы. Значительно усиливается тошнотно-рвотная реакция, если УРТ проводить на фоне приема метронидазола по 0,75 г (3 таблетки по 0,25 г) 3 раза в день или по 1 г 2 раза в день. Такая комбинация целесообразна в стационаре и особенно в амбулаторных условиях, поскольку метронидазол подавляет влечение к алкоголю.

Как уже говорилось, нейролептические препараты снижают возбудимость рвотного центра и пусковой хеморецептивной рвотной зоны. Рвотное действие апоморфина усиливает введение тиоловых препаратов — 15—20 мл 30% раствора тиосульфата натрия внутривенно или 5—10 мл 5% раствора унитиола внутримышечно за 20—30 мин до инъекции апоморфина. Еще более эффективна УРТ на высоте гипертермической реакции, вызванной сульфозином. Сульфозин в дозе 2—3 мл 1% раствора вводится накануне апоморфиново-рвотного сеанса больным, у которых на первых сеансах не удавалось получить достаточно сильной рвоты. На высоте гипертермии (38—39 °С) даже небольшие дозы апоморфина (0,2—0,4 мл 1% раствора) вызывают сильную вегетативную реакцию, тошноту и рвоту, на фоне которой закрепляется отвращение к спиртным напиткам. Этот метод целесообразно применять больным с выраженной алкогольной деградацией, нарушающим режим трезвости, уклоняющимся от лечения.

Значительно повышается эффективность апоморфинотерапии при ее сочетании с гипносуггестивной терапией. Сеансы внушения в гипнозе и УРТ можно чередовать (через день) или даже проводить оба сеанса в один день. При этом возникает более сильная тошнотно-рвотная реакция не только на запах и вкус спиртных напитков, но и на представление о них.

Значительно повышается эффективность УРТ при ее сочетании с иглорефлексотерапией.

Е. И. Поляков и соавт. (1981) использовали субрвотные дозы апоморфина — 0.05—0.2 мл 1% раствора в сочетании с внутривенным введением 20—30 мл 30% раствора тиосульфата натрия и добавелнием 0,1 г эметина к 10 мл водки, выпиваемой больным. После этого проводилось внушение наяву тошноты и рвоты на вкус алкоголя, который закапывали в рот по каплям. По данным авторов, данный метод УРТ достаточно эффективен и не имеет противопоказаний.

И. К. Сосин и соавт. (1983) разработали методику апоморфинотерапии с помощью безыгольного гидравлического инъектора (ИГБ-30 или БИ-3): апоморфин вводят в течение 1 мин 15—20 больным. Тошнота и рвота у всех больных возникают одновременно, они индуцируют друг друга, поэтому возможно использование минимальных доз апоморфина (0,1—0,3 мл 1% раствора). По данным Р. А. Дуриняна и соавт. (1980), Н. Г. Найденовой (1985), при одновременном проведении иглорефлексотерапии возможно значительное уменьшение доз апоморфина и сокращение числа сеансов УРТ для достижения достаточного эффекта.

В последнее время для выработки более выраженного и стойкого отрицательного условного рефлекса на алкоголь в процессе апоморфинотерапии с успехом используется нейропептид лизин-вазопрессин. А. М. Иваницкий и соавт. (1984), Е. К. Пирогова (1984), Ф. И. Случевский, С. М. Тихомиров, В. Д. Бахаев (1986) за 15 мин до сеанса УРТ вводили интраназально 20—30 мкг (до 16 МЕ) лизин-вазопрессина на изотоническом растворе хлорида натрия по 2—3 капли в каждую ноздрю, после чего вводили 0,1—1 мл 1% раствора апоморфина. В течение 4—5 сеансов у больных вырабатывалось сильное отвращение к алкоголю: по данным И. Ф. Случевского и соавт. (1986), у 81% больных, а в контрольной группе (изотонический раствор хлорида натрия без лизин-вазопрессина) — лишь у 16%. По данным Е. К. Пироговой (1984), через 14 и 21 день отрицательный условный рефлекс на алкоголь оставался достаточно прочным.

Сочетание инъекций апоморфина с внутривенным введением алкоголя позволяет выработать отрицательный условный рефлекс на состояние опьянения, а не только на запах и вкус спиртных напитков. Благодаря этому эффективно подавляется болезненное влечение к алкоголю.

По этой методике после подкожного введения 0,4—0,5 мл 1% раствора апоморфина с 1 мл 10% раствора кофеина, как только у больного возникает тошнота, ему внутривенно вводят 4—5 мл 33% раствора этилового спирта на 15 мл изотонического раствора хлорида натрия или 15—20 мл 10% раствора этилового спирта на изотоническом растворе хлорида

натрия. Опьянение, наступающее «на игле», совпадает с тошнотой и рвотой. Рвота воспринимается больным тяжелее, вырабатывается универсальное отвращение к любому виду спиртных напитков.

Достаточно прочная отрицательная реакция на алкоголь вырабатывается по данной методике после 10—15 сеансов. При выраженной рвоте последние 5—10 внутривенных введений алкоголя сочетают с приемом спиртных напитков внутрь. По другой методике, предложенной Д. Г. Кигелем (1968), после 10 ежедневных апоморфиново-рвотных сеансов проводят 10 сочетаний (через день) с внутривенным введением алкоголя, а потом несколько завершающих сеансов с приемом спиртных напитков внутрь. После 3—4 внутривенных введений спирта могут возникать флебиты кубитальных вен. В этих случаях процедуры приходится прекратить до ликвидации воспаления. Методика комбинирования приема алкоголя внутрь и внутривенного введения спирта во время алкогольно-апоморфиновых сеансов наиболее целесообразна и эффективна, так как при этом вырабатывается отрицательный рефлекс и на запах и вкус спиртных напитков, и на состояние опьянения. Меньшее число внутривенных вливаний спирта уменьшает вероятность флебита кубитальных вен.

Вещества рефлекторного рвотного действия — эметин, соли тяжелых металлов, рвотные смеси можно применять как самостоятельно, так и в сочетании с апоморфином.

Курс лечения эметином состоит из 15—20 сеансов, которые проводят ежедневно или через день до выработки прочной отрицательной реакции на алкоголь. Методика не отличается от применения апоморфина: после приема эметина внутрь, подкожного введения или комбинации подкожного введения эметина с приемом внутрь сульфата меди или цинка или рвотной смеси по приведенным выше прописям больному предлагают нюхать спиртной напиток, прополаскивать рот и глотку, а при возникновении рвоты — делать небольшие глотки спиртного напитка. На повторных сеансах больным можно давать водку, к которой добавлен эметин, а при возникновении рвоты — спиртной напиток без эметина. Целесообразно чередовать сеансы с использованием апоморфина и эметина. Эметин нужно добавлять к водке незаметно для больных, чтобы у них создалось впечатление, что рвоту вызывает запах и вкус алкоголя без введения апоморфина.

Сульфаты меди и цинка, рвотные смеси по приведенным выше прописям также можно использовать для курсового условнорефлекторного лечения при отсутствии эметина и у больных с противопоказаниями для апоморфинотерапии. Методика аналогична применению эметина внутрь. При исполь-

зовании этих средств во время рвоты больной обязательно должен выпить несколько стаканов теплой воды, чтобы рвотные движения не были слишком мучительны и соли тяжелых металлов полностью удалялись из желудка, не перешли в кишечник и не вызвали боль в животе и понос. Рвотные смеси из-за содержания в них ипекакуаны или термопсиса оказывают более выраженное рвотное действие и вызывают заметные вегетативные реакции (саливация, потливость, сердцебиение и др.), а рыбий жир, касторовое или подсолнечное масло обусловливают меньшее раздражение слизистой оболочки желудка.

Рефлекторные рвотные средства целесообразно использовать для усиления рвотного действия апоморфина. С этой целью за 15 мин до инъекции апоморфина больному дают 0,2—0,3 г сульфата меди или 0,5—1 г сульфата цинка в порошке или соответственно 20—30 мл 1% раствора сульфата меди или 50—100 мл 1% раствора сульфата цинка, которые следует запивать 1 л теплой воды или чая. Лучше использовать рвотные смеси в рекомендуемых выше дозах, но давать смесь не до инъекции апоморфина, а после нее. При этом дозы апоморфина не превышают 0,3—0,4 мл 1% раствора, тошнотно-рвотная реакция выражена сильнее.

О комбинировании эметина с апоморфином говорилось выше. Целесообразно 0,3—0,5 мл 10% раствора эметина добавлять к водке, которую больной выпивает до инъекции апоморфина, а при наступлении рвоты подкрепление осуществляется спиртным напитком уже без эметина.

Осложнения при УРТ малыми и средними дозами апоморфина чаще всего выражаются в бурной вегетативной реакции, которая может закончиться обмороком и коллапсом. При этом больной внезапно бледнеет, покрывается обильным холодным потом, дыхание становится частым, поверхностным, пульс учащается до 100—120 в минуту, резко снижается артериальное давление. Тоны сердца приглушены, сознание затемнено или утрачено (при обмороке). Больного следеут уложить, согреть, поднести к носу ватку с нашатырным спиртом, дать кислород. Немедленно подкожно вводят 1—2 мл 10% раствора кофеина, в более тяжелых случаях — внутривенно 1—3 мл кордиамина или коразола на 20 мл 40% раствора глюкозы. Подкожно вводят 1—2 мл 5% раствора эфедрина, в более тяжелых случаях, при резком снижении артериального давления — подкожно 1 мл 1% раствора мезатона или 0,5—1 мл 0,1% раствора адреналина (эти препараты целесообразно вводить с 1—2 мл 0,1% раствора стрихнина). Дыхательные аналептики — 2 мл 1,5% раствора этимизола, 1—2 мл цититона или 1—2 мл 1% раствора мезатона вводят внутримышечно.

При затянувшемся коллапсе назначают подкожно 1—2 мл 0,1% раствора атропина или 0,2% раствора платифиллина, являющихся антагонистами апоморфина. В крайне тяжелых случаях, когда к сосудистой недостаточности присоединяется сердечная слабость, показаны сердечные гликозиды: 0,5 мл 0,05% раствора или 1 мл 0,025% раствора строфантина на 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно медленно или 0,5—1 мл 0,06% раствора коргликона на 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно медленно (в течение 5—6 мин).

Указанные энергичные меры купируют даже самые тяжелые коллаптоидные состояния за 15—30 мин. Все эти средства должны быть наготове в помещении, где проводится УРТ.

Значительно реже наблюдаются такие осложнения, как кровотечение из желудка и кардиального отдела пищевода (примесь крови в рвотных массах), судорожные припадки, приступы мерцательной аритмии, боль в сердце, головная боль, аллергические реакции (кожный зуд, сыпи, стоматит). В этих случаях апоморфинотерапию приходится прекратить и перейти к другим методам активной терапии. При более легких побочных явлениях (астенические состояния, диспепсические явления) назначают симптоматические средства, а курс лечения сокращают до 10—12 сеансов.

Осложнения при применении рефлекторных рвотных средств встречаются значительно реже — обмороков и коллапса практически не бывает, зато чаще встречаются примесь крови в рвотных массах, аллергические реакции, диспепсические расстройства, в связи с чем приходится сократить число сеансов или перейти к другим методам терапии.

Курс УРТ можно считать законченным после того, как у больного выработалось стойкое условнорефлекторное отвращение к спиртным напиткам, выявляемое при алкогольной пробе без применения каких-либо безусловных раздражителей.

Алкогольная проба, определяющая степень выработанного условнорефлекторного отвращения к спиртным напиткам, заключается в том, что через 1—2 дня после последнего сеанса УРТ больному предлагают без предварительного введения каких-либо лекарственных средств в течение 30 с вдыхать пары алкоголя (40% спирт, водка, вино), потом 30 с прополаскивать им рот и 30 с — глотку, сплевывая жидкость (не глотать!).

Выраженность возникшего отвращения к спиртным напиткам определяется по следующим степеням.

0 — отсутствие изменений пульса, вегетативных реакций, субъективно неприятного чувства — больной свободно держит

во рту спиртной напиток, без отвращения прополаскивает им глотку, может свободно проглотить его.

I степень — незначительное учащение пульса, небольшая гиперемия лица, слабая тошнота; возможность удержать во рту спиртной напиток и проглотить его, хотя субъективно это неприятно.

II степень — учащение пульса, гиперемия или бледность лица, легкая потливость, гримаса отвращения, тошнота, рвотные движения при полоскании спиртным напитком глотки и попытке проглотить его.

III степень — резкое учащение пульса, значительная гиперемия или бледность лица, обильный пот, гиперсаливация, сильная тошнота, резкая гримаса отвращения при запахе спиртного напитка, невозможность удержать во рту спиртной напиток из-за начинающейся рвоты.

IV степень — резкое учащение пульса, гиперемия или бледность лица, холодный липкий пот, не только гримаса отвращения, но и пантомимическая защитная реакция, сильнейшая тошнота и рвота от одного лишь запаха алкоголя.

Условнорефлекторное лечение можно закончить при стойком (повторяющемся при 2—3 пробах) выраженном отвращении (III и IV степени). При отвращении II степени лечение необходимо продолжать — повышать дозы апоморфина, сочетать его с рефлекторными рвотными средствами, гипносуггестивной терапией, метронидазолом, гипертермией. Заканчивать условнорефлекторное лечение при отвращении II степени нецелесообразно. Если более выраженного отвращения после 15—20 сеансов достичь не удается, то больного следует перевести на более активные методы лечения (применение больших доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств, сенсибилизирующее лечение с алкогольными пробами). Это необходимо сделать в отношении больных, у которых после 10—15 сеансов УРТ отвращение к алкоголю не превышает 0—I степени.

Противопоказания к применению малых и средних доз апоморфина: сердечная недостаточность, выраженные формы стенокардии, атеросклероза, гипертонической болезни, склонность к гипотоническим реакциям, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, активные формы туберкулеза легких, состояния после тяжелых черепно-мозговых травм, склонность к обморокам, пожилой возраст (старше 60 лет), индивидуальная непереносимость апоморфина.

Противопоказания к лечению рефлекторными рвотными средствами: острый гастрит, хронический гастрит в стадии обострения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тяжелые формы атероскле-

роза, коронарной недостаточности, гипертонической болезни.

Условнорефлекторная терапия с использованием больших доз апоморфина и массивных доз рвотных средств центрального и рефлекторного действия. УРТ с применением малых и средних доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств достаточно широко используется в амбулаторных и стационарных наркологических учреждениях, но имеет ряд весьма существенных недостатков: отвращение к алкоголю выраженных степеней удается выработать по данной методике нечасто — по нашим данным [Энтин Г. М., 1972], 40% больных имеют отвращение к алкоголю слабой степени (I и II). Если выраженное отвращение к алкоголю не возникало к 10-му сеансу, то оно не вырабатывалось и при последующих сеансах; большое число сеансов (20—25) обременительно для больных при амбулаторном лечении, многие из них прекращают лечение, не закончив его. В стационаре при промпредприятии большое число сеансов трудно совместить с работой на производстве; при лечении данным методом на первых сеансах не подавляется болезненное влечение к алкоголю и не вырабатывается отвращение к спиртным напиткам, поэтому в амбулаторных условиях нередко происходят срывы в самом начале лечения; не исключен морфиноподобный эффект апоморфина, обладающего, как говорилось выше, аналгезирующим действием, что также неблагоприятно при лечении больных алкоголизмом.

В настоящее время все большее распространение получают модификации УРТ, при которых сильная вегетативная и тошнотно-рвотная реакция вырабатывается за 3—5 сеансов. При этом необходимо учитывать, что, по мнению ряда авторов [Стрельчук И. В., 1973, и др.], при сильном возбуждении рвотного и вегетативного центров, находящихся в подкорковых образованиях, в коре головного мозга индукционно возникает торможение, а на тормозном фоне плохо закрепляются условные рефлексы, вследствие чего не устанавливается условнорефлекторная связь между приемом алкоголя и апоморфиновой рвотой. Эти авторы считают предпочтительным применение малых доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств. Однако это противоречит высказываниям И. П. Павлова о том, что если агент, из которого мы желаем сделать условный раздражитель (в данном случае спиртной напиток), предшествует безусловному раздражителю (рвота и вегетативная реакция, вызываемые большими дозами апоморфина и рефлекторных рвотных средств), то он не попадет на поле отрицательной индукции и не препятствует образованию отрицательного условного рефлекса. Следовательно, прием спиртного напитка должен предшествовать сильной и продолжительной рвотной реакции.

Данная методика применяется в двух вариантах: большие алкогольно-рвотные сеансы с многократным введением возрастающих доз апоморфина на протяжении одного сеанса; применение массивных доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств.

Большие алкогольно-рвотные сеансы (БАРС). Эта методика основывается на работах ирландского нарколога J. Dent (1949), который в стационаре вводил больным алкоголизмом 0,5—0,6 мл 1% раствора апоморфина через каждые 2—3 ч днем и ночью в течение 6—8 дней до полного истощения больного. Рвотную реакцию с алкоголем не сочетали. Эффект лечения объяснялся воздействием апоморфина на диэнцефальные центры (а по последним данным, и на дофаминовую систему), а также «встряской», «переориентацией» больных вследствие тяжелого соматического и психического состояния.

Швейцарский нарколог H. Feldmann (1955) и французский нарколог J. Lereboullet (1964) модифицировали эту методику — в течение 3—5 дней больным вводили по 0,5—1 мл 1% раствора апоморфина 5—6 раз в день (ночью делали перерыв), во время рвоты больным давали спиртные напитки до полного отвращения к алкоголю. После апоморфинотерапии больных переводили на лечение дисульфирамом (антабус) с алкогольными пробами.

Этой методикой пользовались немногие отечественные наркологи, так как лечение этим методом крайне тяжело переносится больными и создает большую нагрузку на персонал. Данный метод можно использовать у больных, резистентных к другим методам активной противоалкогольной терапии, а также в случаях принудительного лечения больных алкоголизмом.

Мы используем БАРС в упрощенной модификации: 3—4 введения апоморфина в возрастающих дозах на протяжении одного сеанса.

Лечение проводится в стационаре ввиду большой продолжительности сеанса и возможных осложнений, требующих постельного режима после сеанса, возможно в дневном стационаре, имеющем койки. В группе, как правило, должно быть не более 10—12 больных. Лечение лучше проводить в палате, где больные лежат иа кроватях, а в комнате УРТ каждый больной должен располагаться на кушетке. Предварительно всем больным вводят по 2 мл кордиамина и 10% раствора кофеина, больные выпивают 0,8—1 л теплой воды, затем вводят первую дозу апоморфина (на первом сеансе 0,2—0,4 мл 1% раствора). При достаточной рвотной реакции больным дают спиртной напиток, а при отсутствии рвоты или слабой реакции вводят повторную дозу апоморфина, как пра-

вило, в 2 раза превышающую первоначальную. При возникновении рвотной реакции дают спиртной напиток.

После угасания рвоты, кратковременного отдыха (10—15 мин), измерения артериального давления больному дают 0,8—1 л теплой воды и вслед за этим вводят вторую дозу апоморфина, на 0,2—0,4 мл 1% раствора больше предыдущей. Рвота сочетается с небольшими глотками спиртного напитка. После угасания рвоты, отдыха, приема 0,8—1 л воды вводят третью дозу 1% раствора апоморфина, превышающую вторую (до 1—1,2 мл). При необходимости повторно вводят кордиамин, коразол, кофеин, эфедрин, цититон, мезатон и другие аналептические препараты. Как правило, после третьей инъекции апоморфина больные уже не в состоянии сидеть, они лежат на кроватях (кушетках), когда им подносят спиртной напиток, возникает оборонительная реакция. Продолжительность сеанса 2—2,5 ч. В редких случаях приходится сделать четвертую инъекцию ввиду недостаточной рвотной реакции при первых трех инъекциях. После сеанса полагается отдых, больные засыпают.

Болезненное влечение к алкоголю ликвидируется после первого сеанса, у части больных уже после первого сеанса возникает столь сильное отвращение к алкоголю, что последующие сеансы не требуются. У большинства отвращение III—IV степени формируется после 3 сеансов, у небольшой части — после 4—5, больше 5 сеансов БАРС проводить не рекомендуется ввиду слишком большой нагрузки. Сеансы проводятся 2 раза в неделю.

Применение больших доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств. Принципиальное отличие данной методики от применения малых и средних доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств заключается именно в бурной и длительной тошнотно-рвотной и вегетативной реакции на протяжении одного сеанса, достигаемой сочетанием больших доз апоморфина, воздействующего на пусковые зоны продолговатого мозга, и больших доз рефлекторных рвотных средств. Эта методика предложена Т. Ф. Буренковым (1960), в дальнейшем модифицирована В. В. Рябоконем (1966) и нами [Энтин Г. М., 1967, 1969, 1972, 1975, 1979, 1983]. В модифицированном виде эта методика используется в амбулаторных и стационарных наркологических учреждениях.

При данной методике, как и при БАРС, у всех больных возникают очень сильные вегетативные реакции со снижением артериального давления, общей слабостью. В стационаре лечение лучше проводить в палате. Больные сидят на кроватях, около которых стоят ведра для рвотных масс, при ухудшении состояния больные ложатся в постель. В амбулаторных условиях для всех больных должны быть кушетки.

топчаны. Помещение должно хорошо проветриваться; в нем наготове средства скорой помощи, стерильные шприцы, кислород. Для лечения в амбулаторных условиях больные обязательно приходят с сопровождающими, так как после сеанса их нельзя отпускать домой одних.

Лечение проводят группе из 5—20 человек 2 врача, 3—4 медицинские сестры. Если позволяет помещение, то число больных может быть больше.

За полчаса до сеанса больным дают завтрак без твердой пищи (исключены сухая колбаса, корки хлеба и др.), около 1 л сладкого чая. Перед сеансом необходимо провести психотерапевтическую беседу или дать прослушать магнитофонную запись, объясняющую основные задачи лечения.

Сеанс начинается приемом 150—200 мл рвотной смеси приведенного выше состава (на одного больного 0,3 г сульфата меди, 1 г сульфата цинка, 15 г сульфата натрия, 50 мл настоя травы термопсиса из 2,5: 500,0, по 15—30 мл рыбьего жира и касторового или подсолнечного масла). Для облегчения приема смеси, особенно содержащей рыбий жир и касторовое масло, целесообразно добавить в нее 5 мл настойки мяты или 50—100 мл вина.

После приема смеси больные выпивают 50—100 мл 40% спирта, водки или другого употребляемого ими спиртного напитка, садятся на кровать или кушетку. Перед каждым больным обязательно должно стоять ведро для рвотных масс. В руках больные держат стаканы с дополнительной порцией спиртного напитка.

Через 5—10 мин после приема рвотной смеси у больных возникает тошнота и наступает мучительная рвота, во время которой они нюхают спиртные напитки и делают небольшие глотки, прополаскивая рот и глотку. Каждая попытка выпить спиртной напиток вызывает приступ тошноты и рвоты. Необходимо добиваться многократных сочетаний.

После угасания рвоты, вызванной смесью, дают 0,8—1 л теплой воды или чая, вводят 0,3—0,8 мл 1% раствора апоморфина. При слабой рвотной реакции доза больше, при сильной — меньше. Больным, у которых рвота не возникает через 5—10 мин после приема смеси, апоморфин вводят, не дожидаясь рвоты, чтобы рвотная смесь не перешла в кишечник. Одновременно с апоморфином или до него подкожно вводят по 1—2 мл кордиамина и 10% раствора кофеина (для предупреждения коллаптоидных состояний).

Через 5—10 мин после введения апоморфина у больных возникает повторная рвота, сопровождающаяся бледностью, тахикардией, слабостью, значительным снижением артериального давления. Больным предлагают повторно глотать спиртные напитки, что вызывает новые приступы рвоты. Для облег-

чения мучительных приступов рвоты больным дают несколько стаканов теплой воды и повторно спиртной напиток, что вызывает повторные приступы рвоты. Такую процедуру следует повторять 30—40 мин, чтобы каждая попытка сделать глоток спиртного напитка вызывала мучительную рвоту.

При резком снижении артериального давления, расстройствах дыхания в процессе сеанса больным вводят цититон, лобелин, эфедрин, кордиамин, коразол, внутривенно — раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, дают дышать кислородом. При боли в сердце показан валидол или нитроглицерин. Если состояние больного не улучшается, возникает угроза коллапса, то вводят 1—2 мл кордиамина внутривенно на 10—15 мл 40% раствора глюкозы, одновременно подкожно 1 мл 1% раствора мезатона или 0,1% раствора адреналина. Больного укладывают с приподнятыми ногами в постель или на кушетку.

После прекращения рвоты все больные 1—2 ч отдыхают лежа, им рекомендуют уснуть. После сна проводят повторный осмотр, измеряют артериальное давление. После алкогольно-рвотного сеанса проводится заключительная беседа, стационарные больные освобождаются на этот день от работы, амбулаторные больные отправляются домой с сопровождающими их родственниками, на этот день их также освобождают от работы.

У 80—90% больных после первого же сеанса лечения по данной методике подавляется влечение к спиртным напиткам и вырабатывается достаточно выраженное отвращение к алкоголю. Для выработки сильного и стойкого отвращения к алкоголю (III и IV степени) требуется 3—5 алкогольно-рвотных сеансов. На повторных сеансах, которые проводятся не чаще 2 раз в неделю, доза рефлекторных рвотных средств не увеличивается, а доза апоморфина увеличивается каждый раз на 0,1—0,2 мл 1% раствора. Если после 5—6 сеансов отвращение к алкоголю не превышает II степени, то рекомендуется перейти к лечению другим методом (лучше использовать сенсибилизирующие препараты и алкогольные пробы), так как большее число сеансов больные плохо переносят, а отвращение к алкоголю, как правило, не возрастает.

Наиболее серьезным осложнением лечения данным методом является коллаптоидное состояние. Коллапс встречается чаще, чем при использовании малых и средних доз апоморфина, бывает и затянувшийся коллапс. Энергичные меры купирования этих состояний описаны выше.

Более редкие осложнения — судорожные припадки с потерей сознания, кровотечения из желудка и пищевода в результате разрыва мелких сосудов. Судороги купируются внутримышечным введением 5—10 мл 25% раствора сульфата

магния. При желудочных кровотечениях назначают холод на область желудка, дают внутрь 2—3 столовые ложки раствора хлорида кальция, более эффективно внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлорида или глюконата кальция. Для ослабления рвоты вводят атропин или платифиллин. При тяжелых желудочных кровотечениях вводят 1 мл 1% раствора викасола внутримышечно.

Если возник коллапс, то на последующих сеансах дозу апоморфина необходимо снизить. При тяжелых осложнениях алкогольно-рвотные сеансы отменяют.

Противопоказания к применению больших доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств аналогичны противопоказаниям к применению малых и средних доз апоморфина. Однако больные при подготовке к лечению этими методами должны более тщательно обследоваться (анализы крови и мочи, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ, обязательно консультация терапевта и невропатолога). Необходимо также обратить внимание на грыжи, послеоперационные рубцы и другие изменения в организме, на которые может повлиять сильное сокращение мышц брюшного пресса во время рвоты.

Условнорефлекторная терапия больных алкоголизмом с использованием отваров баранца и чабреца. Баранец* — вечнозеленое травянистое споровое растение, один из видов плауна, содержит алкалоиды селягин, псевдоселягин и другие, вызывающие при приеме внутрь длительную (до 2—6 ч) интенсивную вегетативную реакцию, тошноту и рвоту. К сожалению, лечению с помощью отвара баранца препятствуют ограниченные возможности сбора этого растения.

Используют свежеприготовленный 5% отвар травы баранца (Decoctum Lycopodii selaginosi).

Отвар баранца готовится следующим образом: 25 г измельченной травы помещают в колбу, наливают 500 мл дистиллированной воды, кипятят на слабом огне в течение 15 мин. Отвар остужают, доливают дистиллированной водой до 500 мл, отжимают траву и фильтруют отвар через марлю. Отвар баранца можно хранить в холодильнике не более 2 сут. Содержание алкалоидов в траве баранца колеблется в зависимости от места произрастания от 0,7% (Ленинградская область) до 1,2% (Карпаты, Кавказ). При хранении травы содержание алкалоидов также уменьшается и значительно снижается через 1—1,5 года хранения. Как правило, сбор используют в течение одного сезона.

Лечение отваром баранца проводится только в стационаре, больные во время лечения должны лежать в постели. Сеансы проводятся утром, через 1—2 ч после завтрака. Больной выпивает на первом сеансе не меньше 75 мл отвара баранца. При недостаточном содержании действующих начал

доза оказывается неэффективной для большинства больных, и тогда ее можно увеличить.

Вслед за приемом отвара баранца больной выпивает 30—50 мл 40% спирта, водки или вина. Рефлекторной рвотной и вегетативной реакции алкалоиды баранца не вызывают. Они воздействуют на вегетативные и рвотные центры диэнцефальной области лишь после всасывания в кровь из желудка и кишечника, обусловливая бурную вегетативную реакцию и центральную рвоту. Реакция начинается через 15—30 мин после приема отвара баранца, иногда через 1—2 ч и позже, проявляется резкой саливацией, слабостью, потливостью, гиперемией или бледностью лица, иногда головной болью и головокружением. Позднее возникает повторная мучительная рвота, сопровождающаяся болями в эпигастральной области, иногда поносом, бывают судорожное подергивание мышц конечностей, замедление и углубление дыхания, учащение пульса, падение артериального давления, но не столь значительное, как при лечении апоморфином. Из осложнений могут возникать резь при мочеиспускании, аритмия, реже — резкое падение артериального давления, коллаптоидное состояние. Длительность реакции 2—12 ч. Приступы мучительной рвоты повторяются при этом многократно — 5—10 раз в течение 2—4 ч. В это время больным дают спиртные напитки, заставляют нюхать алкоголь, прополаскивать им рот и глотку, делать небольшие глотки. Одновременно врач проводит суггестию, направленную на выработку оборонительной и тошнотно-рвотной реакции на слова «водка», «вино».

В большинстве случаев сеансы лечения отваром баранца не сопровождаются осложнениями. В случаях выраженных нарушений дыхания, ослабления сердечной деятельности больным назначают кофеин, кордиамин, коразол, лобелин, цититон, вдыхание кислорода, внутривенно раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой. Ввиду возможной ахлоргидрии вследствие обильной повторной рвоты и поноса целесообразно ввести внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида натрия.

Более серьезным, хотя и редким осложнением является мерцательная аритмия. В случаях приступа мерцательной аритмии дают внутрь 0,25—0,5 г новокаинамида или вводят 5 мл 10% раствора новокаинамида внутримышечно, а в особо тяжелых случаях 1—3 мл 10% раствора внутривенно медленно на 10—15 мл 40% раствора глюкозы и 0,5—1 мл 0,05% или 0,025% раствора строфантина на 40% раствора глюкозы внутривенно медленно.

На следующий день после сеанса необходимо определить степень отвращения к алкоголю. При отвращении IV и III степени можно ограничиться одним сеансом. При менее выраженном отвращении, а также при недостаточных реакциях

целесообразно повторять сеансы с перерывом не менее 2—3 дней. При недостаточной реакции на предыдущем сеансе дозу отвара баранца увеличивают, но, как правило, дают не более 200 мл. Среднее число сеансов для достижения отвращения IV и III степени 3—4, реже 5—7, большее число сеансов проводить не следует.

При повторных сеансах не следует давать спиртной напиток вслед за приемом отвара баранца, так как это может вызвать рвоту, отвар баранца выбросится с рвотными массами и реакции не будет. Спиртной напиток следует давать через 20—30 мин после приема отвара баранца, когда действующие начала уже всосались в кровь.

Противопоказания к лечению данным методом более строгие, чем к апоморфинотерапии: заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации и субкомпенсации, коронаросклероз, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания печени, почек, желчных путей, выраженные формы гастрита, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, эмфизема легких с нарушением функции дыхания, выраженные формы энцефалопатии, судорожные припадки в анамнезе, истощение, возраст старше 55—60 лет.

Лечение отваром баранца показано больным, у которых не удалось выработать отвращение к алкоголю другими методами УРТ. В частности, В. А. Яворский, Я. М. Костинский (1968) предложили комбинированное лечение апоморфином и отваром баранца: в течение 3—9 дней больному 3 раза в день (в 9, 15 и 21 ч) вводят 0,3—0,6 мл 1% раствора апоморфина, в промежутках внутрь дают 30—90 мл отвара баранца. При сильной тошноте и рвоте проводят многократные сочетания с алкоголем. Этим методом удается добиться выраженного отвращения к алкоголю у самых резистентных к терапии больных.

А. Д. Василевская (1971), Н. Н. Чередник, К. С. Плюйко (1985) применяли лечение малыми дозами баранца — 30—50 мл вслед за 50 мл водки 2—3 раза в день, всего 20—25 сочетаний. Вырабатывается достаточно выраженное отвращение к алкоголю. Лечение данным методом практически не имеет противопоказаний.

Чабрец — многолетний полукустарник, его надземная часть содержит эфирные масла, дубильные и другие вещества, отвар и жидкий экстракт применяются как отхаркивающее и болеутоляющее средство. Для лечения больных алкоголизмом используется 7% отвар (Decoctum Serpylli 35,0 : 500,0), приготовленный так же, как отвар баранца (35 г травы на 500 мл воды). В дозах 50 мл 2—3 раза в день используется как седативное средство, подавляющее влечение к алкоголю.

Можно применять в амбулаторных условиях. В дозах 150—200 мл вызывает тошноту и рвоту и используется для УРТ в сочетании со спиртным напитком. После приема этой дозы отвара чабреца больной нюхает спиртной напиток, при возникновении рвоты прополаскивает спиртным напитком рот и глотку, делает небольшие глотки. Вегетативная реакция, тошнота и рвота при применении отвара чабреца значительно более слабые и кратковременные, чем при применении отвара баранца; осложнений не бывает. Противопоказания такие же, как для лечения рефлекторными рвотными средствами. Отвар чабреца можно применять у больных, которым противопоказаны более активные методы УРТ. Проводят ежедневно или через день 7—10 сеансов и более до выработки выраженного отвращения к алкоголю.

Условнорефлекторная терапия больных алкоголизмом с использованием больших доз никотиновой кислоты и тиосульфата натрия. Никотиновая кислота* относится к витаминам группы В и широко используется как средство симптоматического лечения алкоголизма при его сочетании с заболеваниями печени, желудка, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Никотиновая кислота вызывает незначительную сенсибилизацию к алкоголю, с этой целью применяется по 0,1—0,3 г 2—3 раза в день натощак. Такие дозы никотиновой кислоты обусловливают кратковременную вегетососудистую реакцию (покраснение лица и верхней половины туловища, чувство жара в лице, легкая тошнота). С 8-го дня лечения на фоне вегетативной реакции после приема никотиновой кислоты больному дают 20—40 мл 40% спирта или водки. Возникает алкогольно-никотиновая реакция: резкая гиперемия кожи, тахикардия, головная боль, саливация, тошнота, повышение, а иногда снижение артериального давления, в ряде случаев рвота. Для усиления реакции непосредственно перед приемом алкоголя внутримышечно вводят 2—3 мл 1% раствора никотиновой кислоты или внутривенно 1—2 мл 1% раствора на 10 мл 40% раствора глюкозы. На фоне реакции больным предлагают нюхать спиртной напиток, полоскать им рот и глотку. Стойкий отрицательный рефлекс вырабатывается после 15—20 подобных процедур. В дальнейшем проводится поддерживающее лечение никотиновой кислотой по 0,1 г ежедневно.

М. Х. Гонопольский, К. А. Адильханова, А. С. Субхамбердина (1984) использовали для активной противоалкогольной терапии никотинат лития (литонит): больным внутривенно медленно вводили 1—2 мл 10% раствора никотината лития, через 3—5 мин давали 30—50 мл алкоголя. Возникала реакция, подобная алкогольно-тетурамовой. Всего

проводили 5—6 сеансов с последующим поддерживающим лечением никотинатом лития.

Тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол) также можно использовать как средства УРТ. После внутривенного введения 15—20 мл 30% раствора тиосульфата натрия возникает кратковременная сенсибилизация к алкоголю, на фоне которой дают нюхать спиртной напиток, прополаскивать им рот и глотку. С 5—6-го сеанса при таких пробах возникает выраженная тошнотно-рвотная реакция, и больному предлагают делать небольшие глотки спиртных напитков.

При использовании унитиола сенсибилизирующий эффект выражен значительно слабее и его целесообразно использовать для потенцирования действия апоморфина и рефлекторных рвотных средств. Более эффективно одновременное применение никотиновой кислоты и тиосульфата натрия с целью кратковременной сенсибилизации к алкоголю и проведения на этом фоне алкогольных проб для выработки условнорефлекторного отвращения к спиртным напиткам [Энтин Г. М., 1979].

Сеансы лечения проводятся в амбулаторных условиях или в стационаре натощак группе из 5—20 больных в том же помещении, в котором проводятся другие виды УРТ. Больные получают возрастающие на 0,1 г с каждым сеансом дозы никотиновой кислоты (0,1—0,6 г на первом сеансе). Максимальная доза (при очень хорошей переносимости) составляет 1 г и более, но при резких вегетососудистых реакциях доза не должна превышать 1 г. Для удобства приема никотиновую кислоту выписывают в порошках по 0,1 г и 0,5 г. Вслед за приемом никотиновой кислоты больному вводят внутривенно 10—20 мл 30% раствора тиосульфата натрия. При плохой переносимости тиосульфата натрия или трудности внутривенного введения препарата можно ввести внутримышечно 10 мл 5% раствора унитиола.

После приема никотиновой кислоты и введения тиосульфата натрия больные садятся на стулья, перед ними ставят ведра для рвотных масс, они берут в руки стаканы со спиртным напитком. После возникновения вегетососудистой реакции в результате приема никотиновой кислоты, тошноты, ощущения холода, «вкуса мяты» во рту под влиянием тиосульфата натрия больные нюхают спиртной напиток и прополаскивают им рот и глотку, не глотая, а сплевывая в ведро. Если у больного возникают сильная тошнота и рвотные движения, но «рвать нечем» (лечение проводится натощак), то ему дают 0,5—0,75 л теплой воды, после чего нужно вновь полоскать глотку спиртным напитком до рвоты. При лечении группы больных происходит взаимная индукция: если рвота воз-

никает у одного больного, то возникает и у других. Всего на курс проводится 15—20 ежедневных сеансов до выработки достаточно выраженного отвращения к алкоголю (желательно III или даже IV степени, самое меньшее II степени). Доза никотиновой кислоты достигает к 8—10-му сеансу 1 г, доза тиосульфата натрия не увеличивается. Из осложнений данного метода возможны функциональные расстройства сердечной деятельности, а также желудочные кровотечения на высоте рвоты, так как большая доза никотиновой кислоты может способствовать диапедезному кровотечению через неповрежденную слизистую оболочку желудка или кардиального отдела пищевода.

Противопоказания к лечению никотиновой кислотой и тиосульфатом натрия соответствуют противопоказаниям для лечения малыми и средними дозами апоморфина, но данное лечение возможно у больных, склонных к обморокам и коллапсу, так как этих осложнений при лечении никотиновой кислотой и тиосульфатом натрия не наблюдается.

Модификацией УРТ с использованием никотиновой кислоты является **никотино-алкогольно-аэрозольная реакция**, основанная на применении аэрозоля [Чередник Н. Н., Кирсанов В. С., 1980]. Для такого лечения оборудуют камеру объемом 10 м³ (длина 2,5 м, ширина 2 м и высота 2 м) внутри помещения. Одну стену делают обязательно из стекла или плексигласа, необходимо обеспечить максимальную герметизацию швов и двери. В камере устанавливают 2—3 электроувлажнителя типа «Комфорт», скамейки или стулья по числу больных, по возможности обеспечивается приточно-вытяжная вентиляция. В камере устанавливают динамик (колонку), снаружи — магнитофон при использовании записи и микрофон при использовании непосредственного внушения.

Лечение проводится группе из 12—14 больных натощак, перед сеансом больные получают по 0,2—0,6 г никотиновой кислоты (20—60 мл 1% раствора). В зависимости от выраженности реакции на каждом последующем сеансе дозу увеличивают на 0,1—0,2 г. В каждый электроувлажнитель заливают по 0,5 л 40% спирта или водки. Больные входят в камеру, дверь закрывается, включается распылитель. Концентрация 40% спирта за 20 мин достигает 40—50 мл/м³. Через 5—7 мин вдыхания паров алкоголя у больных возникают чувство дискомфорта, жара в лице, прилива крови к голове, головная боль, тошнота, позывы на рвоту. Во время сеанса врач наблюдает за больными через стеклянную стенку и через микрофон проводит императивное внушение отрицательной реакции, многократно повторяя: «От водки тошнит, от водки рвота!». Текст соответствует императивному внушению в сеансе гипносуггестивной терапии. Соответствующий

текст можно записать на магнитную ленту и транслировать с магнитофона.

Длительное воздействие на обонятельный анализатор вызывает у больных достаточно сильную отрицательную эмоциональную и тошнотио-рвотную реакцию. Сеанс продолжается 15—20 мин, при очень сильной реакции врач разрешает больным покинуть камеру до окончания сеанса. На курс лечения проводится 8—10 ежедневных сеансов до выработки выраженного отвращения к алкоголю. При поддерживающих курсах можно ограничиться 4—5 сеансами.

Данная методика не имеет противопоказаний, за исключением бронхиальной астмы и других заболеваний органов дыхания в фазе декомпенсации, а также индивидуальной непереносимости никотиновой кислоты. Лечение этим способом возможно в стационарных и амбулаторных наркологических учреждениях, а также в учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом.

Другие методики условнорефлекторной терапии алкоголизма показаны тогда, когда неприменимы методики активного воздействия на организм.

Вегетативную реакцию можно вызывать внутривенным введением 5—10 мл 10% раствора хлорида кальция, 5—10 мл 25% раствора сульфата магния (вводить медленно), 1—2 мл 1% раствора никотиновой кислоты на 5—10 мл 40% раствора глюкозы, 1 мл 1% раствора АТФ (фосфобион) на 10—15 мл 40% раствора глюкозы. После внутривенного введения указанных препаратов возникают вегетососудистые реакции (чувство жара в лице, гиперемия кожных покровов, одышка, сердцебиение и др.), на фоне которых больные нюхают спиртные напитки, прополаскивают ими рот и глотку. Проводят 10—15 сеансов с императивным внушением отвращения к спиртным напиткам.

И. К. Сосин (1982), Н. В. Точильцева и соавт. (1983) предложили вырабатывать отрицательный условный рефлекс на алкоголь, сочетая спиртные напитки с вегетативной и тошнотно-рвотной реакцией, вызванной раздражением вестибулярного аппарата путем вращения на кресле Барани. Применяют вращение с наклоном головы на 30° со скоростью 2 об/с, вращение с запрокинутой назад на 60° головой и качательные движения головой во фронтальной плоскости при вращении. После вращения у 30% больных возникает легкая вестибулярно-вегетативная реакция (потливость, гиперсаливация, кратковременная тошнота), у 50% — средняя (более выраженная тошнота, головокружение, гиперсаливация, холодный пот), у 20% — тяжелая (сильная тошнота, головокружение, рвота). При тяжелой и средней вестибулярно-вегетативной реакции проводятся алкогольные

пробы (лучше орошение полости рта 40% спиртом из пульверизатора). При легкой и средней реакции перед вращением (со второй процедуры) нужно вводить субрвотные дозы апоморфина (0,05—0,2 мл 1% раствора). В результате возникает достаточно выраженная рвота, и кроме орошения можно предлагать больным делать небольшие глотки спиртного напитка. Всего проводится 10—15 сеансов до выработки отвращения к алкоголю III—IV степени. Методика проста, доступна, практически не имеет противопоказаний, с успехом может осуществляться в амбулаторных условиях при лечении подростков и больных, которым противопоказаны более активные методы УРТ. Единственное необходимое для ее проведения оборудование — кресло Барани.

Возможна выработка условной оборонительной реакции при сочетании алкоголя с раздражением электрическим током. Такая методика предложена Н. В. Канторовичем в 1929 г., но не получила достаточного распространения. Она отнюдь не утратила своего значения и может использоваться как немедикаментозный метод лечения больных алкоголизмом с непереносимостью лекарственных препаратов, а также при заболеваниях, при которых противопоказано вызывание рвоты (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, активные формы туберкулеза легких и др.).

Одну из последних модификаций данного метода предложили А. М. Иванов, В. Ф. Четвериков (1983). Источником тока служат аппараты низкочастотной терапии модели 707 или СНИИМ-1, которые генерируют двухтактный импульсный ток синусоидной формы с частотой 100 Гц и силой, регулируемой потенциометром от 0 до 20 мА. Электроды округлой формы площадью 4 см² фиксируются резиновой манжеткой или специальным хомутиком на переднебоковых поверхностях шеи на уровне средней трети медиальных краев грудиноключично-сосцевидных мышц каждой стороны, на 3 см ниже углов нижней челюсти. Включают ток и увеличивают его силу до индивидуально-переносимой, о чем заранее проинструктированные пациенты сообщают врачу. В это время ватку, смоченную спиртом, подносят к носу больного и производят словесное внушение отвращения к алкоголю. После этого сила тока сбрасывается до нуля и через некоторое время вновь повышается до переносимой величины с новым предъявлением алкогольных раздражителей. За один сеанс рекомендуется проводить 6—8 подобных сочетаний. По данным авторов, после 3—4 сеансов вырабатывается столь сильный отрицательный рефлекс, что одно лишь словесное упоминание об алкоголе вызывает оборонительную реакцию. Основной курс лечения состоит из 7—10 сеансов ежедневно или даже 2 раза

в день с перерывом 6 ч. Лечение можно проводить в амбулаторных условиях и в стационаре, противопоказаний практически нет. После основного курса каждые 20—30 дней целесообразно проводить поддерживающие сеансы для подкрепления отрицательного условного рефлекса на алкоголь.

Возможности УРТ больных алкоголизмом далеко не исчерпаны, а внедрение в практику сенсибилизирующих к алкоголю средств отнюдь не заменяет УРТ. Оба эти метода активной противоалкогольной терапии дополняют друг друга и обязательно должны использоваться параллельно.

Методики и модификации сенсибилизирующей к алкоголю терапии

Попытки найти вещества, вызывающие повышенную чувствительность (сенсибилизацию) к алкоголю и непереносимость спиртных напитков, интолерантность к ним, предпринимались давно. Этими свойствами обладают некоторые грибы, например серый навозник (копринус). Он растет на унавоженной почве, осенью встречается на выгонах, в садах и огородах, относится к съедобным грибам. У человека, съевшего определенное количество этих грибов, возникает непереносимость алкоголя — через некоторое время после употребления спиртных напитков возникают тошнота, рвота, сердцебиение. Такое состояние сохраняется несколько часов. Непереносимость алкоголя вызывают амилнитрит, нитрит натрия и др. Однако вещества эти токсичны, их действие избирательно и кратковременно.

Лишь в последние десятилетия в наркологическую практику внедрены малотоксичные вещества, вызывающие достаточно выраженную сенсибилизацию к алкоголю. Первым таким веществом, годным к длительному применению, явился тетраэтилтиурамдисульфид — органическое вещество, применяемое в химической промышленности для вулканизации каучука. Химически чистый, годный для медицинских целей препарат был синтезирован в 1946 г. J. Hald и назван антабусом (от anti abusus — против пьянства). Для лечения больных алкоголизмом его использовали E. Jacobsen, O. Martensen-Larsen (1949), в Советском Союзе — И. В. Стрельчук (1951), М. Я. Серейский (1952) и др. Отечественная промышленность выпускает этот препарат под названием «тетурам».

Лечение тетурамом. Тетурам* (международное название дисульфирам, в различных странах имеет названия антабус, эспераль, антэтил и др.) выпускается в таблетках по 0,15 и 0,25 г и в порошке.

Принятый внутрь тетурам всасывается из тонкого кишечника, 0,5 г препарата задерживается в организме до 72 ч, при

этом тетурам частично метаболизируется в N,N-диэтилдитиокарбаминовую кислоту (ДЭДК). Необходимо иметь в виду, что таблетки тетурама при хранении могут кальцинироваться и терять способность растворяться в желудке и кишечнике, вследствие чего препарат не всасывается и не действует. Таблетки тетурама перед употреблением необходимо растирать или раздавливать в небольшом количестве воды (в ложке с водой) и принимать в растертом виде, запивать 150—200 мл воды (лучше минеральной водой для ускорения всасывания).

После приема 0,5 г тетурама максимальное содержание препарата и его метаболитов (ДЭДК и ее натриевая соль ДЭДКН) — 5—10 мкг/мл достигается через 6—12 ч [Трухина В. И. и др., 1971], после чего снижается и через 24—72 ч становится равным нулю.

По данным R. P. Agarwal и соавт. (1986), фармакологический эффект дисульфирама достигает максимума спустя много часов после приема препарата, поэтому реальная сенсибилизация наступает лишь при приеме несколько дней подряд.

Циркулирующий в организме тетурам и его метаболиты (ДЭДК и ДЭДКН) снижают и даже полностью блокируют ферментные системы, участвующие в биотрансформации не только самого алкоголя, но и катехоламинов и серотонина [Кораблев М. В., Курбат Н. М., Евец М. А., 1981]. В результате ингибиции ферментных систем тетурамом и его метаболитами в организме повышается содержание ацетальдегида, дофамина, ДОФА и серотонина, одновременно снижается содержание норадреналина, адреналина и 5-ОИУК. Наиболее существенно торможение тетурамом и его метаболитами активности ацетальдегидоксидазы, в результате чего окисление алкоголя задерживается на стадии ацетальдегида и ведет к накоплению в организме этого токсичного вещества. Последние работы А. Х. Абдрашитова, А. Е. Успенского (1983) показали, что у больных алкоголизмом, принимающих тетурам по 0,5—0,75 г/сут в течение 7—10 дней при полном воздержании от спиртных напитков, содержание ацетальдегида в крови не повышается, а после имплантации эспераля даже несколько снижается, следовательно, свойственная больным алкоголизмом умеренная ацетонемия при воздержании от алкоголя уменьшается.

Некоторые авторы [Ромась Р. С. и др., 1985] указывают, что при лечении тетурамом (без алкогольных проб) у больных усиливается влечение к алкоголю. Это можно объяснить двумя факторами. Во-первых, при вынужденном воздержании от алкоголя после начала лечения тетурамом («химическая изоляция от алкоголя») усиливается первичное патологическое влечение к приведению себя в состояние опьянения в

первые недели и даже месяцы воздержания, может возникнуть «псевдоабстинентный синдром» от воздержания от алкоголя, а не от действия тетурама. Во-вторых, последние работы отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют об изменениях под влиянием тетурама и его метаболитов концентрации катехоламинов, в частности, возможно увеличение концентрации дофамина, ДОФА и серотонина, а их роль в формировании патологического влечения к алкоголю весьма значительна [Буров Ю. В., Тресков В. Г., Ведерникова Н. Н., 1985]. В связи с этим лечение тетурамом необходимо проводить в комплексе с активной психотерапией, применением соответствующих симптоматических средств и методов УРТ [Fuller R. K. et al., 1986].

Ряд отечественных [Гулямов М. Г., 1980; Яковченко В. А. и др., 1984] и зарубежных [Arzin N. H et al., 1982; Peachey J. E., Naranjo C. A., 1984; Gignae C., Parquet Ph. J., 1986] авторов указывают, что эффективность лечения тетурамом снизилась, так как больные «теряют к нему доверие». Однако лечение тетурамом выдержало испытание временем и этот препарат остается наиболее эффективным средством создания непереносимости алкоголя. Ограничения в его использовании связаны с возможными побочными действиями и осложнениями, но он продолжает широко использоваться при амбулаторном и стационарном лечении больных алкоголизмом.

Курсовое и поддерживающее лечение тетурамом. Перед началом лечения тетурамом как в стационаре, так и амбулаторных условиях необходимо тщательное обследование больного с проведением дополнительных исследований (ЭКГ, общие анализы крови, мочи, более подробное обследование функции печени, консультации терапевта, невропатолога, при необходимости других специалистов).

Абсолютными противопоказаниями к лечению тетурамом являются: а) выраженные формы эндокринных заболеваний (тиреотоксикоз, диабет и др.), б) заболевания сердечно-сосудистой системы: резко выраженный кардиосклероз и ишемическая болезнь сердца, атеросклероз мозговых сосудов, пост- и предынфарктные состояния, коронарная недостаточность, гипертоническая болезнь II и III степени, другие тяжелые сердечные и сосудистые заболевания в стадии декомпенсации; в) туберкулез легких с распадом ткани и кровохарканьем, свежий туберкулезный инфильтрат; г) нетуберкулезные заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, эмфизема легких и др.) в стадии декомпенсации; д) заболевания органов пищеварения: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, болезни печени с нарушением ее функции; е) болезни почек, кроветворных органов и

другие заболевания внутренних органов в стадии обострения и декомпенсации; ж) психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, инфекционные заболевания головного мозга и др.) в активных фазах, при обострении, глубоком психическом дефекте; з) полиневриты любой этиологии, невриты слухового нерва, невриты зрительного нерва, глаукома, заболевания нервной системы в состоянии декомпенсации; и) злокачественные новообразования, беременность, идиосинкразия к тетураму.

Относительными противопоказаниями считаются компенсированные формы перечисленных заболеваний — пожилой возраст, остаточные явления травм головного мозга, перенесенные ранее алкогольные психозы, сочетание алкоголизма с психопатиями, циклотимией, другими формами нервно-психических расстройств.

Перед назначением тетурама с больным проводят психотерапевтическую беседу с разъяснением механизма действия препарата, опасности употребления спиртных напитков после его приема. Перед началом лечения тетурамом больной и его родственники расписываются под следующим текстом.

Я (фамилия, имя, отчество), предупрежден лечащим врачом о тех опасных для здоровья и жизни последствиях, которые могут возникнуть в случае употребления спиртных напитков после лечения тетурамом. Я обязуюсь не употреблять никаких спиртных напитков даже в самых небольших количествах и строго соблюдать все рекомендации лечащего врача.

Дата и подписи больного и его родственников

Кроме юридического, расписка имеет и чисто психотерапевтическое значение. Ее вклеивают в амбулаторную карту или историю болезни.

В стационаре больные принимают тетурам под контролем медицинских сестер. Таблетки тетурама обязательно раздавливают и запивают большим количеством воды.

В амбулаторных условиях первый прием тетурама целесообразно осуществлять в наркологическом кабинете в присутствии врача. Препарат (или рецепт на него) выдается, как правило, родственникам, сопровождающим больного, которым разъясняют суть лечения и возможные осложнения. Родственники должны контролировать правильность и регулярность приема препарата в домашних условиях. Тетурам можно давать больному и в медсанчастях и здравпунктах промышленных предприятий, фельдшерских наркологических пунктах, фельдшерско-акушерских пунктах в сельской местности под контролем медицинских работников и членов общественных наркологических постов.

Для курсового и поддерживающего лечения без алкогольных проб тетурам назначают по 0,25 г 2 раза в день. В амбу-

латорных условиях допустим одноразовый прием препарата— 0,5 г/сут с тем, чтобы родственники или медицинские работники могли контролировать прием препарата. Такие дозы тетурама можно принимать 10—15 дней. При хорошей переносимости у больного с большой массой тела такую суточную дозу можно давать и в дальнейшем. При побочных явлениях, а также больным с небольшой массой тела суточную дозу можно снизить до 0,3 г (по 0,15 г 2 раза в день) или до 0,25 г (один раз в день), но не меньше. Как правило, целесообразно чередовать прием тетурама с другими сенсибилизирующими к алкоголю препаратами (метронидазол, тинидазол, нитрофураны). Длительные (несколько месяцев) курсы лечения одним тетурамом ни в амбулаторных условиях, ни в стационарах и учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом большинству больных не проводятся. Однако некоторые больные плохо переносят нитрофураны и метронидазол, им приходится проводить лечение тетурамом в течение нескольких месяцев, а с перерывами лечение может продолжаться несколько лет. Сначала делают однодневные перерывы (1—2 раза в неделю), затем тетурам дают через день. При длительном лечении перерывы увеличиваются, и тетурам по 0,25—0,5 г в день больной принимает 10 дней в месяц (с 1-го по 10-е число), потом делают 20-дневный перерыв, во время которого больной принимает тетурам в течение 2—3 дней перед семейными праздниками и другими ситуациями, создающими предпосылки к срывам. В дальнейшем перерыв продлевают до месяца, а в благоприятных случаях до 3 мес.

Для предупреждения побочных действий тетурама при длительном лечении (повышенная утомляемость, общая слабость, сонливость, головная боль, извращение вкуса, тошнота, боль в суставах, иногда снижение потенции) прием препарата переносят на вечерние часы, назначают витамины С, B_1, B_6, B_{12}, ноотропы и другие симптоматические средства (метионин, глутаминовая кислота, биогенные стимуляторы, препараты фосфора, мышьяка, железа, стрихнин, гормональные препараты и др.).

Проведение алкогольно-тетурамовых проб. Алкогольно-тетурамовые пробы проводят, как правило, в стационаре. Как исключение их можно организовать и в амбулаторных условиях (например, в дневном стационаре), но в этом случае больных освобождают на день пробы от работы, на лечение они приходят обязательно в сопровождении родственников. Во время пробы больные должны быть раздеты и уложены на кровати (кушетки). В случае осложнений нужно предусмотреть немедленную госпитализацию больного. Помещение, в котором проводится проба, должно хорошо проветриваться

(лучше обеспечить приточно-вытяжную вентиляцию), в одном помещении должно находиться не более 10 больных. Это диктуется охраной труда медицинского персонала, у которого выдыхаемый больными ацетальдегид может вызвать интоксикацию. В помещении необходимо иметь аппаратуру для дыхания кислородом, в крайнем случае — достаточное число кислородных подушек, стерильные шприцы и все необходимые средства скорой помощи, обязательно 1% водный стерильный раствор метиленового синего. Стерильный раствор препарата готовится ex tempore, как правило, во флаконах по 20 мл, на одно внутривенное вливание. Хромосмон (ампулы по 20 и 50 мл 1% раствора метиленового синего на 25% растворе глюкозы) использовать нежелательно, так как внутривенное введение глюкозы может утяжелить ацетальдегидную интоксикацию. Интоксикация особенно углубляется при внутривенном введении глюкозы с аскорбиновой, а еще хуже — с никотиновой кислотой. В связи с этим для купирования ацетальдегидной интоксикации на высоте алкогольно-тетурамовой пробы различные лекарственные вещества (кордиамин, строфантин, коргликон и др.) следует вводить внутривенно не на растворе глюкозы, а на изотоническом растворе хлорида натрия. Необходимо иметь аналептические средства (коразол, кордиамин, этимизол, цититон, лобелин), адреналин, мезатон, эфедрин, сердечные гликозиды (строфантин, коргликон), атропин, тиосульфат натрия, хлорид и глюконат кальция, сульфат магния, витамины С, B_1, B_6, галоперидол, литические смеси, валидол, нитроглицерин, амилнитрит, эуфиллин, но-шпу, хлоралгидрат, барбамил, промедол.

Раньше алкогольно-тетурамовые пробы проводили повторно, до выработки отрицательной эмоциональной и оборонительной реакции на алкоголь. Для этого требовалось до 9 проб с выраженной ацетальдегидной интоксикацией. В настоящее время такое лечение считается слишком опасным. Целесообразнее делать 1—4 алкогольно-тетурамовые пробы с небольшими количествами спиртных напитков с целью убеждения больного в непереносимости алкоголя.

Прием тетурама можно начинать после протрезвления и ликвидации наиболее острых проявлений абстинентного синдрома — через 1—3 дня после употребления спиртных напитков, а алкогольно-тетурамовые пробы возможны лишь после полной дезинтоксикации и восстановления нарушенных алкогольными эксцессами функций организма, т. е. после 10—15 дней пребывания в стационаре или амбулаторного лечения.

Первую пробу следует проводить через 5—10 дней после начала приема тетурама, когда суммарная доза принятого

препарата составляет 3—5 г. Если проба проводится раньше, через 3—4 дня лечения тетурамом, то суточную дозу можно повысить до 1 г (по 0,5 г 2 раза в день).

Пробы проводят с утра, после приема натощак 0,5—0,75 г тетурама и завтрака. Больной выпивает 30—50 мл 40% спирта или эквивалентное количество других спиртных напитков (при первой пробе).

Алкогольно-тетурамовые реакции клинически делятся на 4 стадии, длительность которых индивидуально различна.

I стадия начинается через 5—10 мин после приема спиртных напитков и проявляется гиперемией лица, шеи, груди, сосудов склер («бульдожьи глаза»), учащением дыхания, тахикардией, повышением систолического и снижением диастолического артериального давления, легкой эйфорией, напоминающей начальную стадию опьянения. Ощущается легкий запах ацетальдегида изо рта больного. В самых легких случаях I стадия не переходит во II стадию, а через 15—30 мин состояние нормализуется, остаются лишь чувство разбитости, головная боль, запаха ацетальдегида изо рта нет.

II стадия следует за I стадией и характеризуется нарастанием ацетальдегидной интоксикации: гиперемия распространяется на кожу туловища, лицо становится отечным, эйфория сменяется подавленностью, возникают чувство сдавливания или распирания головы, пульсация в висках, давление в области сердца, затруднение дыхания. Ощущается резкий запах ацетальдегида изо рта, пульс слабого наполнения, до 120 в минуту и чаще, артериальное давление снижается: до 90—80 мм рт. ст. систолическое и 60—20 мм рт. ст. диастолическое. Длится II стадия 15—30 мин и в большинстве случаев состояние постепенно нормализуется с выраженными остаточными явлениями интоксикации. Если I стадия алкогольно-тетурамовой реакции еще мало демонстративна для больного, то II стадия убеждает его в достаточно выраженной непереносимости алкоголя и невозможности употребления спиртных напитков.

III стадия наступает через 30—40 мин после употребления спиртных напитков и представляет собой апогей ацетальдегидной интоксикации. Больных на этой стадии нужно уложить в постель. Гиперемия кожных покровов сменяется бледностью начиная с носа, губ и подбородка (в форме «бабочки»). Головная боль значительно усиливается, становится распирающей, с пульсацией в голове, головокружением. Вены шеи набухают, возникают чувство сжатия — «симптом тугого воротника», онемение кончиков пальцев. Тахикардия достигает 120—160 уд/мин (пульс невозможно сосчитать), систолическое давление снижается до 70—20 мм рт. ст., а диастолическое до нуля. Дыхание затруднено, возможен ларинго-

спазм. Запах ацетальдегида изо рта уменьшается. Больные становятся апатичными, сонливыми. Иногда возникают тошнота, рвота, возможны психомоторное возбуждение, тонические сведения мышц конечностей, клонические судороги вплоть до эпилептиформного припадка. Длительность III стадии 0,5—1 ч. Если состояние не купировано, то III стадия переходит в IV стадию (восстановления). III стадия алкогольно-тетурамовой пробы возникает обычно при повторных пробах, при приеме 100—150 мл 40% спирта.

На II и III стадиях алкогольно-тетурамовой пробы в выдыхаемом воздухе к запаху ацетальдегида присоединяется специфический неприятный запах, напоминающий запах копченой рыбы, что, возможно, объясняется выделяющимся сероуглеродом.

IV стадия — стадия восстановления. Нормализуются пульс, артериальное давление, восстанавливается нормальная окраска кожи, постепенно исчезает неприятный запах изо рта, наступает слабость, больной засыпает.

Выраженность алкогольно-тетурамовой реакции определяется ее стадией: I степень ограничивается признаками I стадии с восстановлением без перехода во II стадию, II степень — переходом во II стадию с самостоятельным восстановлением, III степень — переходом в III стадию и самостоятельным переходом в IV (восстановление). IV степень означает необходимость купирования III стадии алкогольно-тетурамовой реакции.

Купирование ацетальдегидной интоксикации во время алкогольно-тетурамовой пробы производится при затянувшейся III стадии (более часа), общем тяжелом состоянии больного (сильная головная боль с чувством распирания в голове, затруднение дыхания, снижение артериального давления до 50/10—40/0 мм рт. ст. и ниже), а также при осложнениях II и III стадий [Гулямов М. Г., Погосов А. В., 1987].

Наиболее быстрое и эффективное купирование ацетальдегидной интоксикации достигается повторным (в тяжелых случаях 2—3 раза и более) внутривенным введением 20 мл 1% водного раствора метиленового синего в сочетании с сердечно-сосудистыми средствами. Метиленовый синий является антидотом тканевых ядов, к которым относятся ацетальдегид и сероуглерод. Как донатор и акцептор водорода в окислительно-восстановительных процессах метиленовый синий способствует окислению избыточного ацетальдегида и восстановлению нарушенных тетурамом функций ферментных систем и нормализации тканевого дыхания, что и приводит к быстрой дезинтоксикации. Метиленовый синий не следует сочетать с глюкозой (хромосмон), но можно вводить одновремен-

но с 20 мл 30% раствора тиосульфата натрия, также являющегося антидотом ацетальдегида.

Для нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы подкожно вводят кордиамин или коразол (не рекомендуется применять кофеин, который учащает сердечные сокращения, что нежелательно при тахикардии), цититон, эфедрин, стрихнин, обязательно дают длительно дышать кислородом или карбогеном (смесь 95% кислорода и 5% углекислого газа), при боли в сердце показаны валидол, нитроглицерин. Если артериальное давление остается низким, то вводят мезатон или адреналин, преднизолон, гидрокортизон, кровезаменители. В наиболее тяжелых случаях, при резкой сердечной слабости внутривенно вводят 0,5 мл 0,05% раствора строфантина или 0,06% раствора коргликона на 20 мл изотонического раствора хлорида натрия.

При низком артериальном давлении больного необходимо уложить так, чтобы ноги были выше головы. После рвоты состояние больного, как правило, улучшается, артериальное давление повышается.

При судорожных состояниях вводят внутримышечно 10 мл 20% раствора сульфата магния, при сильной повторной рвоте — подкожно 0,5 мл 0,1% раствора атропина, внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида или глюконата кальция. После судорожного припадка, а иногда и без него может возникнуть резкое психомоторное возбуждение. Его купируют внутримышечным введением 1 мл 0,5% раствора галоперидола и одновременно 2 мл кордиамина, можно использовать литические смеси.

Перечисленные осложнения возникают при ацетальдегидной интоксикации IV и III степени. При проведении 1—3 алкогольно-тетурамовых проб с приемом небольших количеств спиртных напитков с нерезкой реакцией (I или II степень), чтобы убедить больных в непереносимости алкоголя, осложнений не бывает.

Модификации алкогольно-тетурамовых проб используют для усиления алкогольно-тетурамовых реакций. Алкогольно-тетурамовые пробы можно проводить на фоне гипертермии, вызванной сульфозином или пирогеналом. После 5—10 дней приема тетурама, как правило, по 0,25 г 2 раза в день больному вечером вводят 1—2 мл 1% раствора сульфозина или 750—1500 МПД пирогенала. Утром делают алкогольную пробу с 20—30 мл 40% алкоголя.

Наиболее резистентным к активной терапии больным можно провести тетурамо-апоморфино-алкогольную реакцию [Гулямов М. Г., 1976, 1984, 1985]. На фоне приема тетурама по 0,25 г 2 раза в день больной утром получает натощак 1 г тетурама, спустя 1 ч после завтрака ему вводят 0,3—1 мл 1%

раствора апоморфина, при возникновении тошноты дают 50 мл 40% алкоголя. При недостаточной тошноте к водке добавляют 1—2 мл 10% раствора эметина, больной выпивает водку, а через 10—15 мин вводят апоморфин. При этом возникает, как правило, алкогольно-тетурамовая реакция III степени.

Более простой вариант методики: на фоне приема 0,5 г тетурама в день начиная с 10—12-го дня проводится терапия небольшими дозами апоморфина — 0,2—0,5 мл 1% раствора. В амбулаторных условиях такая методика страхует от срывов в процессе лечения апоморфином, с помощью которого подавляется влечение к алкоголю и вырабатывается отвращение к спиртным напиткам. Алкоголь больной может проглатывать лишь при выраженной рвотной реакции.

При резистентности к тетураму, а также к нитрофуранам (фуразолидон и фурадонин) целесообразно назначать одновременно тетурам по 0,25 г 2 раза в день и фуразолидон или фурадонин по 0,3 г 2 раза в день в течение 5—7 дней. После этого проводят алкогольную пробу с приемом 30—50 мл 40% алкоголя. Во всех случаях бывает достаточно выраженная реакция (II, III степени).

В последние годы у больных алкоголизмом утвердилось отрицательное отношение к тетураму, который считают токсичным, снижающим половую функцию и др. и в то же время недостаточно эффективным. Больные распространяют сведения о методах «разрядки» после лечения тетурамом, поэтому целесообразно давать тетурам под другим названием (зарубежные названия абстинил, алкофобин, антэтан, антикол, аверсан, контрапот, кротенал, дизэтил, эксорран, хока, ноксал, рефузал, стопетил, тетрадин и др.). Целесообразно также давать тетурам в смеси (тетурама 0,25 г, фитина 0,25 г, аскорбиновой кислоты 0,25 г, никотиновой кислоты 0,05 г, рибофлавина 0,002 г, по 1 порошку 2 раза в день). В этой лекарственной смеси тетурам полностью замаскирован, а сенсибилизация к алкоголю достаточно выражена, так как включение в смесь аскорбиновой и особенно никотиновой кислоты усиливает алкогольно-тетурамовую реакцию в случае приема спиртных напитков. Можно использовать и другие лекарственные смеси.

При приеме замаскированного тетурама и лекарственных смесей, содержащих тетурам, алкогольные пробы проводят так же, как и при лечении тетурамом.

Осложнения при лечении тетурамом, их предупреждение и лечение. При применении доз тетурама, не превышающих 0,5 г/сут, не более 15—20 дней побочных явлений и осложнений практически не бывает. Лишь в редких случаях плохая переносимость тетурама проявляется головной болью, повышенной утомляемостью, сонливостью, могут ощущаться не-

приятный вкус во рту, неприятный запах изо рта, тошнота. Бывают желудочно-кишечные расстройства, боль в суставах, аллергические высыпания. Для ликвидации указанных явлений дозу тетурама несколько снижают (до 0,3 г в день), назначают витамины B_1, B_6, B_{12}, С, ноотропы (пирацетам, аминалон). Некоторые больные при лечении тетурамом жалуются на снижение половой функции, что, вероятно, является следствием общей астении. Так, J. K. Christensen, P. Ronsted, U. H. Vaag (1984) указывают, что при исследовании двойным слепым методом больные, получавшие плацебо, чаще жаловались на сексуальные нарушения, чем больные, получавшие дисульфирам. Однако В. Г. Плескач (1985) выявлено снижение уровня тестостерона у 20 больных алкоголизмом 24—25 лет, получавших в течение 30 дней по 0,5 г тетурама ежедневно. На период лечения тетурамом по показаниям назначают больным, особенно старшего возраста, мужские половые гормоны (метилтестостерон, тестостерон-пропионат и др.).

Из более серьезных осложнений при лечении тетурамом ранее были описаны тетурамовые гепатиты с увеличением и болезненностью печени, изменением биохимических показателей (увеличение содержания билирубина в крови), нарушения функции почек, проявляющиеся полиурией, никтурией, учащенными позывами на мочеиспускание. Описывались тетурамовые полиневропатии — покалывание и онемение пальцев ног, гипестезия по дистальному типу [Dally S. et al., 1984].

Для предупреждения осложнений при длительном поддерживающем лечении тетурамом, в том числе и в комбинации с другими сенсибилизирующими к алкоголю средствами, не реже одного раза в месяц больной должен посещать врача, периодически (один раз в 2—3 мес) производить анализы мочи и крови (в том числе на содержание билирубина). При возникновении осложнений приходится делать перерывы в приеме тетурама, снижать дозы, заменять тетурам другими сенсибилизирующими средствами [Погосов А. В., 1984].

Наиболее серьезными осложнениями при лечении тетурамом были тетурамовые психозы, частота которых, по данным различных авторов, составляла 0,2—12% [Столяров Г. В., 1964]. Объясняются тетурамовые психозы, как правило, передозировкой тетурама (1 г/сут и более), приводящей к кумуляции и интоксикации, а также проведением большого числа алкогольных проб.

В последние годы в связи с ограничением суточной дозы тетурама 0,5 г частота тетурамовых психозов значительно уменьшилась. По данным венгерских авторов J. Cyuris, A. Szalay (1986), из 1500 больных, получавших ежедневно 0,5 г дисульфирама, тетурамовые психозы возникли у 22

(1,5%). Непосредственной причиной психозов авторы считают увеличение содержания норадреналина и дофамина в мозге больных при лечении дисульфирамом.

Клиническая картина тетурамовых психозов весьма полиморфна. Психоз может начаться нарушением сознания с возбуждением, спутанностью, дезориентацией, возможны кататонические состояния [Reisberg B., 1978], слуховые и зрительные галлюцинации, бредовые идеи воздействия, преследования. Имеются значительные эмоциональные и аффективные расстройства, чаще в виде тревоги, страха, тоски, реже — маниакального возбуждения [Зальцман Г. И., Попова Л. П., 1983; Jakimov-Venulet B. et al., 1981]. Длительность тетурамовых психозов — от нескольких дней до нескольких недель.

Тетурамовые психозы лечат сочетанием нейролептических препаратов (левомепромазин, трифтазин, галоперидол и др. внутримышечно и внутрь), антидепрессантов (амитриптилин внутримышечно) с большими дозами витаминов, прежде всего витамина B_1 внутримышечно и внутрь. После тетурамовых психозов необходимо общеукрепляющее лечение, тетурам в дальнейшем применять не рекомендуется.

Алкогольно-тетурамовая реакция может возникнуть во внебольничных условиях, когда больные, принимавшие тетурам, употребляют спиртные напитки с целью «проверить» эффективность тетурама или возобновить пьянство. Известны случаи выраженных, а иногда и тяжелых алкогольно-тетурамовых реакций у больных после употребления кваса, особенно перебродившего, фруктовой воды (напитки типа «Байкал», «Фанта»), лимонов, кислого молока, квашеной капусты и т. п. Несмотря на то что тетурам и его метаболиты полностью выводятся из организма через 3—4 дня после последнего приема, сенсибилизация к алкоголю сохраняется в течение недель и месяцев, даже если не проводились алкогольные пробы. Прием спиртных напитков, особенно однократно и в больших дозах, может вызвать тяжелые реакции, даже опасные для жизни. После первых приемов небольших количеств спиртных напитков реакция ограничивается покраснением, сердцебиением, кратковременным общим недомоганием. При повторных приемах спиртных напитков происходит десенсибилизация, восстанавливается переносимость спиртных напитков, но рецидивы алкоголизма после лечения тетурамом, как правило, протекают тяжелее, сопровождаются более выраженными сосудистыми расстройствами [Энтин Г. М., 1963; Зальцман Г. И., Попова Л. П., 1983; Worner T. M., 1982; Stowell A. S. et al., 1983]. Сенсибилизация сохраняется обычно лишь после первого курса лечения тетурамом. После рецидива и повторного курса лечения тетурамом длительной сенсибилизации не наблюдается. Все

это заставляет тщательно устанавливать показания к лечению тетурамом, объяснять больным и их родственникам опасность употребления спиртных напитков даже в отдаленные сроки после лечения.

Врачи общемедицинской сети, особенно скорой медицинской помощи, должны владеть способами купирования алкогольно-тетурамовой реакции во внебольничных условиях. Она возникает после употребления спиртных напитков, а иногда кваса, фруктовой воды и проявляется резкой гиперемией лица и верхней половины туловища, инъекцией склер, тахикардией, затруднением дыхания, падением артериального давления, болью в сердце, тошнотой, судорогами, страхом смерти. Изо рта ощущается характерный запах ацетальдегида, хотя он не всегда достаточно выражен.

Первая помощь: придать больному горизонтальное положение (голова ниже ног), освободить от стесняющей одежды, обеспечить доступ воздуха. Медицинская помощь: вдыхание кислорода, введение аналептиков (кордиамин, коразол, камфора), при расстройствах дыхания лобелин, цититон, при ларингоспазме эфедрин, при резком падении артериального давления мезатон или адреналин, при боли в сердце валидол или нитроглицерин, а при резком падении сердечной деятельности внутривенно строфантин или коргликон, при судорогах сульфат магния. После ликвидации острых явлений больной 3—4 ч должен оставаться в постели.

Применение депонируемых форм тетурама. Прием тетурама внутрь (как и других сенсибилизирующих к алкоголю средств) не только затрудняет контроль за лечением, но и дает больному возможность в любой момент прекратить лечение, т. е., как образно писал H. Solms (1960), «порвать цепи химической изоляции» и через некоторое время возобновить пьянство. В связи с этим весьма перспективно создание в организме депо сенсибилизирующего к алкоголю препарата, чтобы больной не мог прекратить его действие по своему усмотрению. Это осуществляется с помощью подкожной имплантации эсперали (французский аналог дисульфирама), предложенной в 1955 г. Cl. Mari. В Советском Союзе накоплен более чем 10-летний опыт имплантации зарубежных препаратов. Используют эспераль для имплантации (10 таблеток, содержащих по 0,1 г эсперали, приготовленных на не подвергающейся отторжению основе), а также аналогичный советский препарат радотер.

Механизм действия имплантированного дисульфирама еще недостаточно ясен. По данным зарубежных авторов [Wilson A., Davidson W. J., Blanchard R., 1980, и др.], после имплантации дисульфирам не обнаруживается в крови у 35 % больных, у остальных его уровень ниже 0,15 мг%, т. е. мини-

мальной концентрации, при которой возникает алкогольно-дисульфирамовая реакция. В обзорах зарубежных работ, проведенных И. Н. Пятницкой (1979) и Ю. В. Буровым (1982), также указывается, что эффективность имплантации эспераля зависит от психологического компонента, а не от истинной «химической изоляции» от алкоголя. Польские авторы A. Koslacz, R. Chabrowska-Poplawska (1984) ни у одного из 23 больных, начавших употреблять спиртные напитки непосредственно после выписки из стационара с имплантированным эспералем, не наблюдали реакции, а из 27 больных с рецидивом в более отдаленные сроки (3—24 мес) у 2 возникла выраженная алкоголь-дисульфирамовая реакция.

Е. Д. Красик и соавт. (1980) считают, что вскоре после имплантации эспераля содержание дисульфирама в крови становится столь низким, что больной может употреблять алкоголь. Однако O. Kossowski (1976) привел наблюдение крайне тяжелой ацетальдегидной интоксикации с коматозным состоянием, недостаточностью дыхания и кровообращения, снижением температуры ниже 30 °С у больного, который через 3 нед после имплантации эспераля с целью самоубийства выпил 0,5 л водки. А. М. Даниленко, Г. Т. Куприй, М. В. Туз (1985) наблюдали у 30 больных 20—45 лет, начавших употреблять спиртные напитки через 3—6 мес после имплантации эспераля, тяжелые ацетальдегидные интоксикации вплоть до коллапса. Правда, 12 из этих больных родственники тайно давали тетурам. Реакция возникала, как правило, после дву-, троекратного употребления 0,3—0,5 л водки в течение суток.

У больных, не принимавших тетурам внутрь, реакция в основном заключалась в вегетососудистых расстройствах (гиперемия и цианоз лица, шеи, верхней половины туловища, конъюнктив и склер, акроцианоз, тахикардия до 100—140 уд/мин, повышение, а не снижение артериального давления, головная боль, жажда, тошнота, удушье). У больных, принимавших тетурам, возникала тахикардия до 140—160 уд/мин, значительно снижалось артериальное давление, отмечались боль в области сердца и за грудиной, нарушения сердечного ритма с переходом в коллаптоидное состояние. Реакция длилась до 16 ч. Следовательно, после исчезновения дисульфирама из крови реакция более легкая, может рассматриваться как аллергическая или «плацебо-эффект», на что указывал A. Wilson (1975). Мы наблюдали такую реакцию у больного по прошествии 7 лет от имплантации эспераля после того, как он «случайно» съел арбуз, в который была введена водка через шприц. Тем не менее, по данным зарубежных авторов [Wilson A., 1975], реакция никогда не возникала, если больным вместо эспераля имплантировали

гормональные препараты, т. е. был расчет исключительно на психотерапевтический эффект.

Высокой эффективности имплантации эспераля способствует то, что согласие больного на такую меру, как правило, отождествляется с безоговорочным отказом от алкоголя и подтверждает установку на трезвость [Иванец Н. Н., Иванова Н. В., 1976]. Несомненно большое психотерапевтическое значение имеет сама процедура имплантации и длительное осязаемое присутствие лекарства. Благодаря этому долго сохраняются дезактуализация первичного патологического влечения к алкоголю [Энтин Г. М., 1985], уверенность в необходимости и возможности воздержания от спиртных напитков.

В настоящее время в Советском Союзе используется как импортный препарат дисульфирам-депо для имплантации (эспераль*), так и аналогичный отечественный препарат радотер*. Радотер выпускается во флаконах, содержащих 10 стерильных таблеток по 0,1 г. Эффективность радотера не отличается от таковой эспераль-депо [Кузнецов О. Н., Энтин Г. М., 1979; Слабунов О. В., 1983].

Имплантация эспераля и радотера проводится, как правило, в стационаре и лишь в порядке исключения амбулаторно. Имплантация показана преимущественно больным алкоголизмом II стадии, ранее лечившимся и имевшим длительные ремиссии (6—12 мес и более). Первичным больным имплантацию делать не рекомендуется, им целесообразнее предложить лечение другими методами, хотя при настойчивой просьбе имплантация не исключается. Не следует проводить имплантацию больным с выраженными явлениями алкогольной деградации, особенно в III стадии заболевания, эмоционально-неустойчивым, психопатическим личностям, больным, не имеющим твердой установки на воздержание от алкоголя, а также лечившимся ранее нерегулярно, без стойких ремиссий.

В стационаре имплантации предшествует не менее 4—6 нед дезинтоксикационного и симптоматического лечения, целесообразно в этот период провести УРТ, различные виды психотерапии, в том числе и гипносуггестивную с включением в мотивированное внушение описания картины тяжелых состояний, которые могут возникнуть при употреблении спиртных напитков после имплантации. А. К. Качаев и соавт. (1976), Н. Н. Иванец, Н. В. Иванова (1976) рекомендуют перед имплантацией провести курс лечения тетурамом по 0,5 г в день в течение 1—2 нед для выявления индивидуальной переносимости тетурама и увеличения сенсибилизирующего эффекта имплантации.

Перед имплантацией в процессе индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов больным разъясняют те-

рапевтический эффект имплантации и устанавливают срок ее действия, во время которого недопустимо употребление спиртных напитков. Мы считаем, что длительность сенсибилизирующего действия нужно устанавливать для всех больных на один срок — на 3 года. Сам больной не должен «назначать» срок действия препарата, это подрывает доверие к лечебной процедуре. Соответствующие разъяснительные беседы проводятся с родственниками больных.

Больной, желающий получить лечение имплантацией эспераля (радотера), должен написать заявление на имя лечащего врача, дать расписку, в которой указан срок опасности употребления спиртных напитков.

Имплантацию проводит хирург или нарколог, прошедший соответствующую подготовку, в малой операционной, в крайнем случае в специально оборудованном (инструментарий, стерильный материал и др.) процедурном кабинете.

Техника имплантации эспераля (радотера). После обработки операционного поля (верхненаружный квадрант ягодицы, подреберье или левая подвздошная область) проводится послойная инфильтрационная анестезия 0,5—1% раствором новокаина. Разрез кожи и подкожной клетчатки минимальный — 2 см. Параллельно поверхности тела специальным инструментом — таблеточным троакаром в подкожный жировой слой на расстояние 5—7 см от линии разреза вводят таблетки эспераля (радотера). С целью профилактики асептических инфильтратов и отторжения имплантата, а также вторичной инфекции таблетки целесообразно вводить радиарно от операционной раны в 5 направлениях, не более 2 таблеток в одно место, всего 8—10 таблеток. Рану послойно зашивают, обрабатывают раствором йода, закрывают асептической наклейкой. Не допускается подсадка поломанных таблеток, даже имеющих небольшие дефекты, так как это может привести к отторжению имплантата.

Первые 3 ч после имплантации больные должны лежать на здоровом боку, постельный режим соблюдается в течение 3 дней, в этот период не допускаются физические напряжения и резкие движения. В течение недели, до снятия швов, больных освобождают от физической работы и длительной ходьбы. Швы снимаются на 7—8-й день.

Чтобы больные не пытались «проверять» действие имплантации и были убеждены в эффективности лечения, мы рекомендуем проводить после имплантации алкогольную пробу. Для этого больные в подготовительный период (до имплантации) получают лекарственную смесь следующего состава: никотиновой кислоты 0,05 г, аскорбиновой кислоты 0,25 г, фитина 0,5 г и рибофлавина 0,002 г. Эти порошки дают одновременно с тетурамом по 0,25 г 2 раза в день. Больным разъяс-

няют, что эти порошки предназначены для предупреждения возможных отрицательных последствий имплантации, в том числе для улучшения половой функции. Эти порошки, как общеукрепляющие, получают и больные, которым имплантация не назначена.

За 1—2 нед до имплантации и после нее тетурам отменяют, а порошки заменяют на несколько другие — в которых те же дозы никотиновой, аскорбиновой кислоты и рибофлавина, но фитина не 0,5 г, а 0,25 г и добавлено 0,25 г тетурама. По виду, цвету, вкусу порошки неразличимы. Больные не предполагают, что в них содержится тетурам, так как они раньше принимали такие же порошки одновременно с тетурамом. После снятия швов проводят алкогольную пробу: при соблюдении всех правил, предусмотренных для алкогольно-тетурамовой пробы (проветриваемое помещение, кислород, средства неотложной помощи и др.), больным дают минимальное количество спиртных напитков — 30—50 мл 40% алкоголя. Как правило, возникает достаточно выраженная алкогольно-тетурамовая реакция — II, а иногда и III степени. В ряде случаев необходимо купирование реакции (кислород, метиленовый синий, аналептики и др.). При слабых реакциях (I степени) через 3—4 дня делают повторную пробу с бо́льшим количеством алкоголя, сообщив больному, что имплантированный препарат всасывается медленно. Больше 1—2 проб проводить не следует. Цель проб убедить больного в полной непереносимости спиртных напитков после имплантации эспераля (радотера). Больным, имеющим противопоказания к пробам по соматическому состоянию, пробы можно не проводить, они убеждаются в эффективности лечения по результатам проб у других больных.

Аналогичную методику можно использовать при имитации имплантации эспераля (вместо него имплантируют свернутые в колечки величиной в таблетку кусочки стерильного кетгута). По данным Л. П. Древиной (1986), после имплантации плацебо и проведения двух алкогольных проб по предложенной методике эффективность оказалась идентичной.

Больных выписывают из стационара через 2—3 нед после имплантации. Перед выпиской больному дают памятку, в которой указано, что на протяжении срока действия препарата запрещено употреблять медикаменты, содержащие алкоголь, использовать для наркоза эфир, хлорэтил, хлороформ. Больного предупреждают, что памятку он должен носить с собой на случай экстренного вмешательства.

После имплантации больные неохотно посещают нарколога, так как считают, что они застрахованы от срывов и рецидивов. Для явки в наркологический кабинет больным необходимо ставить определенные цели: контроль за имплантирован-

ным препаратом (рассасываются ли таблетки), нет ли побочных действий (анализы крови, мочи) и др. При амбулаторном поддерживающем лечении целесообразно повторными курсами давать порошки с тетурамом под видом витаминов, общеукрепляющих средств. Больному на руки дают рецепт лекарственной смеси без тетурама, а родственнику — с тетурамом. Родственник незаметно для больного заменяет порошки без тетурама на аналогичные с тетурамом. При употреблении минимальных количеств спиртных напитков или даже фруктовых вод у больных возникает реакция, убеждающая их в продолжении действия имплантированного препарата.

Ко времени окончания срока действия имплантированного эспераля (радотера), т. е. через 3 года после имплантации, рекомендуется повторная имплантация. Под нашим наблюдением находятся больные, которым с интервалом 2,5—3 года сделано по 3—4 имплантации, продолжительность ремиссий 7—10 лет без единого срыва.

Серьезные осложнения при имплантации эспераля (радотера) встречаются крайне редко. A. Wilson (1975) указывает на возможность стойких аллергических дерматитов. Мы наблюдали один такой случай [Энтин Г. М., Калина О. М., 1977] — отечность кистей рук не снималась антигистаминными и гормональными препаратами, лишь после удаления имплантата (радотера) аллергическая реакция прекратилась. Местные осложнения — асептические инфильтраты, отторжения имплантата, гнойные воспаления объясняются техническими погрешностями имплантации, при соблюдении всех правил они сводятся к минимуму. В качестве побочных эффектов, кроме аллергических реакций, возможны сонливость, тошнота, головная боль, металлический вкус во рту, ослабление половой функции [Станкушев Т. и др., 1980; Wilson A., 1975], которые ликвидируются после назначения соответствующих симптоматических средств.

Создание депо путем имплантации дисульфирама безусловно эффективный и перспективный метод лечения алкоголизма. В настоящее время разрабатываются новые лекарственные формы дисульфирама для имплантации. M. Phillips, J. D. Gresser (1984) сообщают об испытании твердых стержней массой 500 мг, включающих 20% дисульфирама и 80% нового полимера гликолевой и L-молочной кислоты. При их имплантации крысам максимальное содержание дисульфирама в моче определяется через 33 дня. Отечественные авторы К. Л. Коноплицкая, Т. Н. Позднякова, М. В. Григорьева (1985) изучали влияние дисульфирама в новой пролонгированной форме для имплантации на активность алкогольдегидрогеназы митохондрий и микросом крыс. Пролонгированный дисульфирам в дозах 75—1000 мг/кг снижает активность алко-

гольдегидрогеназы в течение 1 мес, восстановление до исходного уровня происходит через 6 мес.

Внутримышечное введение тетурама. Был разработан комбинированный масляный растворитель, на основе которого изготовлялся 7% стабильный раствор тетурама для внутримышечных инъекций — абрифид*. Хотя препарат оказался недостаточно стойким при длительном хранении и его промышленный выпуск признан нецелесообразным, 7% масляный раствор тетурама для внутримышечных инъекций можно изготовлять ex temporе подобно сульфозину и применять в лечебной практике [Энтин Г. М., 1983; Энтин Г. М., Макагон Б. А., Макагон Е. А., 1986].

Приготовление 7% масляного раствора тетурама (абрифид). Персиковое масло (или оливковое, рафинированное подсолнечное или другое растительное масло, пригодное для внутримышечных инъекций) стерилизуют в автоклаве при температуре 119—121 °С в течение 2 ч или горячим воздухом при температуре 180 °С в течение 30 мин. Порошок тетурама (не растертые таблетки, а порошок тетурама без наполнителя!) тщательно растирают и растворяют в горячем масле из расчета 7 г/100 мл. Полученный раствор фильтруют в стерильную склянку и разливают в стерильные флакончики по 10 мл. Флакончики герметизируют и повторно стерилизуют паром при температуре 100 °С в течение 1 ч. При стоянии на холоде тетурам выпадает в осадок. Срок хранения 7—10 дней.

Перед употреблением раствор тетурама подогревают в горячей воде до 38—40 °С и взбалтывают до полного растворения осадка, жидкость должна быть прозрачной. Флакон открывают, раствор наливают в цилиндр шприца, на который надета игла с достаточным для введения масляного раствора диаметром канала. Абрифид, как и сульфозин, вводят в горячем виде внутримышечно, глубоко в верхний наружный квадрант ягодицы, 0,5—2 мл 7% раствора тетурама вызывают выраженную гипертермическую реакцию с повышением температуры до 38—39 °С на 10—14 ч. При этом СОЭ повышается до 10—12 мм/ч, в отдельных случаях появляются следы белка в моче. Гипертермия сопровождается общим недомоганием, головной болью, болями в мышцах, суставах, бессонницей. После первой же гипертермической реакции на 7% раствор тетурама у больных исчезает болезненное влечение к алкоголю, купируются абстинентные явления. Гипертермический эффект введения 7% масляного раствора тетурама превосходит таковой сульфозина или пирогенала, период гипертермии длительнее.

При выраженной гипертермии от небольших доз препарата (0,5—1 мл) его вводят ежедневно в течение 5—6 дней, в

дальнейшем через день, через 2 дня — всего 10—12 инъекций в течение 20—30 дней. При необходимости применения более высоких доз препарата — 1,5—2 мл, а иногда и больше (в одну точку вводить не более 2 мл!) инъекции делают через день или через 2 дня на 3-й, курс лечения также состоит из 10—12 инъекций в течение 20—30 дней.

Алкогольные пробы проводят после 3—6 инъекций 7% раствора тетурама, сопровождавшихся выраженной гипертермией после снижения температуры.

Больным предлагают понюхать 40% раствор спирта, прополоскать им рот и глотку. У большинства больных при этом возникают вегетососудистая реакция (гиперемия лица, потоотделение, саливация, сердцебиение), тошнота, а при попытке сделать глоток спиртного напитка появляются очень характерные спазмы мышц глотки «как будто кол в горле стоит», по словам больных. При повторных попытках сделать глоток спиртного напитка возникают рвотные движения, рвота. Типичной для алкогольно-тетурамовой пробы ацетальдегидной интоксикации, как правило, не бывает даже у тех больных, которые глотают спиртное. По нашим данным [Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1976], достаточно выраженное отвращение к спиртным напиткам при алкогольной пробе отмечается у 67% больных, а 33% остаются резистентными. Резистентным больным одновременно с инъекциями 7% раствора тетурама целесообразно давать тетурам внутрь по 0,25 г 2 раза в день как с ведома больного, так и в замаскированном виде (в составе приведенной выше смеси). После 7—10 дней приема тетурама внутрь нужно провести пробу с 30—50 мл 40% алкоголя, что вызывает выраженную ацетальдегидную интоксикацию, сопровождающуюся, как правило, сильной рвотой и отвращением к алкоголю. Всего для выработки стойкого и выраженного отвращения к алкоголю при лечении 7% раствором тетурама проводят 5—6 алкогольных проб как без приема тетурама внутрь, так и в комбинированном варианте. При плохой переносимости препарата число инъекций может быть сокращено до 6—8, число проб — до 3—4.

Противопоказания к парентеральному лечению тетурамом те же, что и к пероральному лечению тетурамом и рвотными средствами. Поскольку при проведении алкогольных проб без приема тетурама внутрь практически не возникает ацетальдегидная интоксикация, вегетососудистая реакция выражена нерезко, противопоказания к этой пробе уже, чем к алкогольно-тетурамовой.

Наиболее частое побочное действие внутримышечных инъекций тетурама — болезненные инфильтраты в месте инъекций, для рассасывания которых назначают тепловые процедуры (грелки, УВЧ-терапия и др.).

Лечение внутримышечными инъекциями тетурама наиболее показано деградированным, психопатизированным больным с антисоциальным поведением, уклоняющимся от лечения, нарушающим режим наркологических стационаров. Недостаток этого метода заключается в том, что больного во время лечения практически невозможно привлечь к труду, поэтому метод нужно применять ограниченной группе больных и по определенным показаниям.

В качестве сенсибилизирующего к алкоголю средства раньше применяли цитрат карбамида кальция — отечественный препарат циамид, зарубежный — темпозил по 0,05 г 2 раза в день. Однако сенсибилизация к алкоголю оказалась кратковременной, а в связи со сложностью производства (в процессе изготовления применяется синильная кислота) как в Советском Союзе, так и за рубежом от этого препарата отказались.

Лекарственные препараты различных групп, сенсибилизирующие к алкоголю. Различные лекарственные препараты, применяемые при лечении самых разнообразных заболеваний, иногда несовместимы с алкоголем. Такие лекарства прочно входят в наркологическую практику, как сенсибилизирующие к алкоголю.

Метронидазол (трихопол, флагил, клион)* — антимикробный препарат, применяемый по 0,25 г 2—3 раза в день для лечения урогенитального трихомоноза, лямблиоза, язвенного стоматита, а также анаэробных инфекций. На несовместимость метронидазола с алкоголем впервые обратила внимание Jo-Ann Taylor (1964), заметившая, что у больных, лечившихся метронидазолом, возникает отвращение к алкоголю. Механизм действия метронидазола заключается в ингибировании активности алкогольдегидрогеназы [Weigand K., 1982]. Для сенсибилизации к алкоголю дозы метронидазола должны быть в среднем в 3 раза больше, чем при лечении трихомоноза — 2—2,5 г/сут, хотя даже и такие высокие дозы не всегда приводят к желаемой сенсибилизации [Peachey J. E., Naranjo C. A., 1984). Метронидазол обладает и некоторыми преимуществами по сравнению с тетурамом, в частности он подавляет болезненное влечение к алкоголю. Дозы метронидазола составляют 0,75 г 3 раза в день или 1 г 2 раза в день в течение 15—25 дней (30—50 г на курс). На фоне приема метронидазола целесообразно проводить лечение условнорефлекторными методами и гипносуггестивную терапию, так как при этом быстрее вырабатывается отвращение к спиртным напиткам.

Метронидазол малотоксичен, быстро выводится из организма, не имеет тенденции к кумуляции. В качестве побочных действий возможны неприятный вкус во рту, темно-серый на-

лет на языке, тошнота, понос, иногда головная боль, аллергические реакции. Все это ликвидируется при прекращении приема препарата.

Алкогольно-метронидазоловые пробы проводят через 10—12 дней после начала лечения метронидазолом. При первых 3—4 пробах больной 30 с нюхает спиртной напиток, потом прополаскивает им рот и глотку до возникновения тошноты и позывов на рвоту. При выраженной тошноте после 3—4 проб больному предлагают выпить 30—100 мл водки или вина, что вызывает сильную рвоту. Если рвота не наступила, то необходимо ввести 0,3—0,5 мл 1% раствора апоморфина (под видом сердечных средств) и 1—2 мл кордиамина с тем, чтобы возникла рвота. В противном случае может быть опьянение с возбуждением. Всего проводится 4—6 алкогольно-метронидазоловых проб до закрепления отрицательной реакции на алкоголь.

Поскольку алкогольно-метронидазоловые реакции не вызывают расстройств деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания, не требуют какой-либо медицинской помощи, их можно проводить не только в лечебном учреждении, в том числе в амбулаторном, но даже в домашних условиях под контролем родственников больного. Больной, получавший метронидазол, с 10—12-го дня лечения самостоятельно проводит алкогольные пробы: ежедневно он берет обычно употребляемый им спиртной напиток, подходит к умывальнику, 30 с нюхает спиртной напиток, 30 с прополаскивает им рот и 30 с — глотку, затем выплевывает.

Если отрицательная реакция на алкоголь не вырабатывается в течение 8—10 алкогольных проб, то больному следует применить другие методы активной противоалкогольной терапии. По нашим данным [Энтин Г. М., 1972], выраженное отвращение к спиртным напиткам при лечении метронидазолом — IV и III степени (тошнота, обильная гиперемия, потливость, саливация, сердцебиение, гиперемия или бледность кожи, рвота) удается выработать у 72% больных, II и I степени — у 17%; 11% больных резистентны к лечению метронидазолом.

Попытки употребления спиртных напитков после лечения метронидазолом вызывают тошноту, рвоту, которые не подавляются и при повторных приемах алкоголя. Столь серьезных расстройств здоровья, как после лечения тетурамом, при этом не возникает. С этой точки зрения метронидазол, как правило, безопасен.

Имеются указания на то, что при длительном лечении метронидазолом может возникнуть лейкопения, поэтому необходимы повторные анализы крови. Не рекомендуется одновременно применять метронидазол и тетурам, при таких сочета-

ниях у больных могут возникать психические нарушения, близкие к тетурамовым психозам.

Тинидазол (фазижин)* по структуре и действию близок к метронидазолу, также применяется для лечения трихомоноза, способен ингибировать алкогольдегидрогеназу и сенсибилизировать организм к алкоголю.

Применяется в двух вариантах: по 0,5—2 г один раз в 2—4 дня в течение 10—25 дней (2—6 г на курс) или ежедневно по 0,25 г в течение 3—4 нед (5—7 г на курс). Тинидазол-алкогольные пробы начинают со 2—3-го дня курсового лечения: больной 30 с нюхает обычно употребляемый им спиртной напиток, 30 с прополаскивает рот и 30 с — глотку, не глотая, до возникновения тошноты и рвотных движений. На курс лечения проводится 2—5 тинидазол-алкогольных проб. Поддерживающее лечение проводится курсами в течение 1—3 мес по 0,25 г препарата 1 раз в день с перерывами до 3 мес. Осложнения и противопоказания такие же, как и для метронидазола.

Фуразолидон* — противомикробный и противопаразитарный препарат, производное нитрофурана. Применяется при лечении кишечных инфекций (дизентерия, брюшной тиф, паратифы, пищевые токсикоинфекции, лямблиоз, трихомоноз и др.). По резорбтивному действию относится к ингибиторам моноаминоксидазы, с чем, вероятно, связана его способность сенсибилизировать организм к алкоголю. Несовместимость фуразолидона с алкоголем впервые обнаружили Л. К. Хохлов и соавт. (1973), в дальнейшем разработана методика лечения алкоголизма фуразолидоном [Хохлов Л. К., Петров А. Л., 1980, 1981; Кузнецов О. Н., Энтин Г. М., Калина О. М., 1979; Човдырова Г. С., 1984].

При приеме внутрь в терапевтических дозах (0,2—0,3 г) максимальная концентрация в крови отмечается через 30 мин, а через 6 ч препарат в крови не обнаруживается. Для достаточной сенсибилизации назначают фуразолидон 0,6—0,8 г в 3—4 приема в течение дня, при меньших дозах эффект недостаточный. Препарат принимают после еды. Лечение максимальными дозами проводят 12—25 дней, при более длительных курсах дозы уменьшают. При приеме фуразолидона моча окрашивается в ярко-желтый цвет, что позволяет контролировать аккуратность приема препарата. Побочные явления — потеря аппетита, тошнота, рвота, слабость, аллергические реакции (кожные высыпания), по данным Г. С. Човдыровой (1984), отмечены лишь у 2 больных из 200, получавших по 0,8 г фуразолидона в день.

Алкогольно-фуразолидоновые пробы проводятся на 10—12-й или 15—17-й день основного курса лечения, когда больной получил не менее 5 г фуразолидона. Проведение проб и средства неотложной помощи такие же, как и при

алкогольно-тетурамовых пробах. Больной выпивает (обычно в два приема) 80—90 мл 40% алкоголя: сначала 40—50 мл, через 15—30 мин — еще 40 мл. При быстро наступающей и выраженной реакции второго приема алкоголя не требуется.

Больные указывают на крайне неприятный, «горький» вкус спиртного напитка, отвращение к нему. Вторую порцию водки больные пьют, как правило, «через силу», с большим отвращением. Через 5—10 мин после приема алкоголя у больного возникают гиперемия кожи лица, шеи, чувство жара в лице, во всем теле, распирания в голове, пульсирующая головная боль, локализующаяся в височной и затылочной областях, общая слабость, одышка, сердцебиение. Дыхание обычно 30—35 в минуту, пульс 90—120 в минуту, иногда, наоборот, отмечается брадикардия (50 уд/мин). Артериальное давление снижается до 100/50—85/0 мм рт. ст., реже повышается. Больные жалуются на головокружение, потемнение в глазах, дрожь, сухость во рту, жжение в желудке, отрыжку. Часто возникают тошнота, рвота. Изо рта больных ощущается неприятный специфический запах, не похожий ни на запах алкоголя, ни на запах ацетальдегида или сероуглерода, как при алкогольно-тетурамовой реакции.

Реакция достигает максимума через 1—1,5 ч, потом постепенно состояние больного начинает нормализоваться и в течение 6 ч возвращается к норме. В большинстве случаев происходит самокупирование алкогольно-фуразолидоновой реакции, лишь в наиболее тяжелых случаях ее приходится купировать с помощью кордиамина, мезатона, эфедрина, цититона, коргликона, внутривенного введения 20 мл 1% раствора метиленового синего и др.

При слабой реакции или ее отсутствии проводят повторные пробы. При повторных пробах не следует давать более 90 мл водки. Г. С. Човдырова (1984) указывает, что алкогольно-фуразолидоновая реакция отсутствовала у 20% больных, им вводили апоморфин под видом сердечного средства, что вызывало сильную рвоту.

Фуразолидон с успехом применяется для поддерживающего лечения путем чередования с тетурамом, трихополом и другими сенсибилизирующими к алкоголю средствами.

Фурадонин — близкий к фуразолидону антимикробный препарат также из группы нитрофуранов, применяется при лечении инфекционных заболеваний мочевых путей. Так же как и фуразолидон, вызывает сенсибилизацию организма к алкоголю и непереносимость спиртных напитков. Применяется в тех же дозах — в стационаре по 0,15—0,2 г 3—4 раза в день, в амбулаторных условиях по 0,25—0,3 г 2 раза в день (суточная доза 0,6—0,8 г) [Энтин Г. М., Кузнецов О. Н., Лаврентьева П. Н., 1979]. Меньшие дозы сенсибилизации к алкоголю не

вызывают. Во время приема фурадонина моча приобретает шафраново-желтый цвет, что дает возможность контролировать прием препарата.

Алкогольно-фурадониновые пробы, так же как и алкогольно-фуразолидоновые, можно проводить как в стационаре, так и в полустационарных и в амбулаторных условиях после 5—7 дней лечения, когда общая доза фурадонина составляет 3—4 г и более (меньше, чем доза фуразолидона). Пробы проводятся утром натощак или через 2—3 ч после приема пищи. Спиртной напиток— 40% спирт, водку или вино дают дробными порциями, начиная с 15—30 мл водки или эквивалентного количества вина и добавляя такое количество через каждые 10—20 мин 4—5 раз в течение одной пробы, чтобы общая доза составила 90—100 мл 40% алкоголя. Алкогольно-фурадониновая реакция напоминает алкогольно-фуразолидоновую, но имеет и некоторые отличия. Наиболее характерны распирающая боль в голове, сухость во рту, резкая тахикардия (до 100—120 уд/мин), типичный симптом — спазм мышц глотки, ощущение «кома в горле», затрудиение дыхания, тошнота, рвота. Артериальное давление в большинстве случаев повышается (на 20—40 мм рт. ст. систолическое и на 10—30 мм рт. ст. диастолическое).

Повторный прием алкоголя вызывает нарастающее отвращение к нему с оборонительной реакцией, усиливается крайне неприятный запах изо рта больного, который он сам ощущает. Тяжелая реакция проявляется резкими вегетативными нарушениями (тошнота, рвота, сильные спазмы мышц глотки при попытке выпить спиртной напиток), значительными нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы (резкая тахикардия, значительное повышение артериального давления, реже его падение вплоть до коллапса), судорожными сведениями мышц конечностей, резко выраженными субъективными расстройствами (сильная распирающая головная боль, головокружение, общая слабость). Если перечисленные явления не ликвидируются в течение 1—2 ч, то реакцию купируют введением кордиамина или коразола, лобелина, цититона, дают кислород, вводят раствор сульфата магния, эуфиллин, внутривенно 10—20 мл 1% раствора метиленового синего. Число проб и поддерживающее лечение такие же, как при применении фуразолидона.

Левамизол (декарис), применявшийся ранее как противоглистный препарат, оказался средством с весьма широким фармакологическим спектром, в частности с иммуномодулирующими свойствами. Э. С. Дроздов и соавт. (1984) выявили сенсибилизирующее к алкоголю действие левамизола при лечении 192 больных алкоголизмом II и III стадий. Левамизол применяли по 0,45 г/сут (по 0,15 г 3 раза в день) в те-

чение 3 дней с перерывом на 4 дня, затем в течение 2 дней с перерывом на 5 дней и 1 день с алкогольными пробами в течение 3 последующих дней. Курс лечения занимает 3 нед. Устойчивое отвращение к запаху и вкусу алкоголя возникало у 98% больных, 15% больных, получавших левамизол, перестали курить. Осложнения и побочные реакции отсутствовали. Авторы считают левамизол перспективным сенсибилизирующим препаратом для лечения больных алкоголизмом.

* * *

В амбулаторных условиях, в полустационарах, стационарах и различных учреждениях для принудительного лечения больных алкоголизмом методы активной противоалкогольной терапии обязательно должны использоваться в полном объеме и во всех вариантах (гипносуггестивные, условнорефлекторные и сенсибилизирующие). При построении индивидуального плана лечения приходится учитывать возраст каждого больного, давность заболевания и стадию, первично или повторно проводится лечение, эффективность предшествующего лечения, сопутствующие и осложняющие заболевания, установку больного на тот или иной вид активной терапии. При правильной организации лечебного процесса в амбулаторных условиях и в стационаре удается подавить патологическое влечение к алкоголю, выработать достаточно выраженное отвращение к спиртным напиткам и их непереносимость практически у всех больных, добросовестно отиосящихся к лечению.

ГЛАВА 5

Лечение алкогольных психозов

Алкогольные психозы — острые, затяжные и хронические психотические состояния, возникающие у больных алкоголизмом во II и III стадиях. Возникновению психоза нередко способствуют дополнительные факторы — острые заболевания, травмы, употребление суррогатов, резкий обрыв потребления алкоголя [Гофман А. Г., 1980, 1984, 1985, 1986]. На протяжении жизни алкогольные психозы переносят, по данным ВОЗ, в средием 10% всех больных хроническим алкоголизмом, а по данным отечественных авторов — до 15% [Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1983]. Отмечалось увеличение числа алкогольных психозов у лиц молодого возраста [Корнетов Н. А., Губерник В. Я., Самохвалов В. П., 1985; Иванюженко Н. Д., 1985] и у женщин [Агарков А. П., 1985]. По мере уменьшения потребления алкоголя, обусловленного мероприя-

тиями по преодолению пьянства и алкоголизма, усилием борьбы с самогоноварением, значительно сокращается и число алкогольных психозов [Гофман А. Г., 1986].

Лечение острых алкогольных психозов

К острым алкогольным психозам относятся делирии, галлюцинозы и острые бредовые психозы (параноиды). Острые психозы начинаются внезапно, как правило, в первые дни абстиненции после окончания запоя, сопровождаются расстройством сознания, наплывом галлюцинаций, бредом. Больные могут совершать опасные для себя и для окружающих действия: внезапно нападать на людей, в том числе на медицинский персонал и других больных, а также на посторонних лиц на улице, наносить себе повреждения и т. д. Острые алкогольные психозы должны быть своевременно диагностированы, а больные немедленно госпитализированы и обеспечены необходимым надзором и лечением.

Алкогольный делирий (белая горячка) — до 1985 г. наиболее часто встречавшийся алкогольный психоз, составлял 70—75% всех алкогольных психозов [Гофман А. Г., 1986]. Патогенетические механизмы алкогольного делирия связаны с резким повышением содержания в крови катехоламинов после длительных и тяжелых алкогольных эксцессов, как правило, в состоянии абстиненции или в связи с вынужденным прекращением пьянства. Так, по данным Б. М. Когана, Н. В. Нечаева (1980), И. П. Анохиной, Б. М. Когана (1985), при норме содержания катехоламинов в крови 110 нг/мл, вне абстиненции их содержание у больных алкоголизмом повышается на 48%, в состоянии абстиненции и в пределирии — на 108—114%. При алкогольном делирии содержание катехоламинов достигает 394 нг/мл (359% нормы).

Кроме психопатологических симптомов делирий сопровождают в различной степени выраженные соматические и неврологические расстройства, причем если при абортивных и легких формах делирия соматоневрологические явления умеренные, то при тяжелых формах эти нарушения преобладают в клинической картине и могут стать причиной смерти больных. Это и определяет терапевтическую тактику: преимущественное применение антипсихотических средств или экстренные мероприятия для ликвидации тяжелых соматических и неврологических нарушений.

Алкогольный делирий возникает иногда внезапно, без длительного продромального периода. В других случаях продромальными симптомами алкогольного делирия являются расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, днем — выраженные вегетативные

нарушения (гипергидроз, сердцебиение), легко возникающее чувство тревоги, страха, возможны единичные или повторные судорожные припадки [Бегунов В. И., 1977; Сосин И. К. и др., 1981]. В предшествующие развернутому делириозному синдрому ночи больной может испытывать элементарные слуховые и зрительные гипнагогические иллюзии и галлюцинации (шумы, звонки, стуки, оклики, звуки музыки, движение и мелькание перед глазами мелких предметов). Реже возникают тактильные, вестибулярные и другие галлюцинации (ощущения ползания по телу и укусов насекомых, колебаний пола, ощущение, что больного кто-то душит, сбрасывает с кровати и др.). Характерным продромальным признаком алкогольного делирия является кратковременный наплыв галлюцинаторных образов в виде быстро сменяющихся сцен, как бы сон наяву. Содержание сцен нередко отражает эмоционально насыщенные факты из жизни больного (ониризм). Днем эти явления проходят, ночью возникают вновь. Они могут принять форму гипнагогических галлюцинаций.

Развернутая психопатологическая картина алкогольного делирия сопровождается галлюцинаторным помрачением сознания. На фоне бессонницы возникает расстройство сознания, проявляющееся дезориентировкой или ложной ориентировкой в окружающей обстановке и во времени. Одновременно больной испытывает яркие образные галлюцинации, преимущественно зрительные, сценоподобные, устрашающие. Часто бывают тактильные галлюцинации — ощущения ползанья по телу насекомых, укусов, щипков и др. Слуховые галлюцинации чаще проявляются шумом, громом, ревом, выстрелами, отдельными выкриками, реже — фразами человеческой речи. В 30% случаев делирий дебютирует синдромом вербального галлюциноза [Бегунов В. И., 1977].

Больной является как бы участником своих галлюцинаторных переживаний, что сопровождается резким психомоторным возбуждением, беспокойством. Больной ни минуты не может усидеть на месте, он суетлив, беспокоен, все время чем-то занят, сбрасывает с себя не существующих насекомых, животных, часто обороняется от нападения зверей и людей, бросается в паническое бегство, при этом может выпрыгнуть из окна, попасть под транспорт, утонуть в попавшемся на пути водоеме и др. Днем галлюцинации могут ослабевать, тогда с больным можно поговорить, получить некоторые анамнестические сведения, на некоторое время может восстановиться ориентировка в окружающей обстановке. В этом состоянии больному можно легко внушить галлюцинаторные переживания: дать свернутый в трубку лист бумаги и сказать, что это телефонная трубка — больной начинает «разговаривать по телефону» (симптом Ашаффенбурга), надавить на глазные яблоки при

закрытых глазах и внушить, что больной видит разноцветные елочные шары, лица людей, высовывающих язык, — больной подтверждает, что все это видит (симптом Липмана).

После выхода из психоза больные, перенесшие алкогольный делирий, как правило, воспроизводят значительную часть своих галлюцинаторных переживаний. Умеющие рисовать подробно зарисовывают свои зрительные галлюцинации. Однако реальные события этого периода вспоминаются не полностью, «как в тумане». Многие больные определяют содержание перенесенного делирия, как сон [Гофман А. Г., Бегунов В. И., 1979].

Не останавливаясь на различных клинических вариантах алкогольного делирия и их патоморфозе, подробно описанных во многих работах последних лет [Бегунов В. И., 1977; Сырейщиков В. В., 1978; Гулямов М. Г., 1979; 1985; Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1983; Дереча В. А., Машко М. Н., 1985; Обухов Г. И. и др., 1985, и др.], следует разделить по течению алкогольный делирий на формы, определяемые тяжестью проявлений заболевания: абортивные, кратковременные (легкие), средней тяжести и тяжелые, которые определяют терапевтическую тактику. В основе разделения различных форм делирия по тяжести лежит оценка глубины помрачения сознания [Гофман А. Г., Бегунов В. И., 1975].

Абортивные формы, при которых продуктивная психотическая симптоматика (иллюзорно-галлюцинаторные переживания без глубоких расстройств сознания) сохраняется несколько часов, ликвидируются, как правило, без лечения, с полной критикой к перенесенному психозу, соматоневрологические явления выражены умеренно, они не намного тяжелее соответствующих изменений при абстинентном синдроме.

Кратковременные (легкие) формы характеризуются более длительным психотическим состоянием — до 1—2 сут, имеется развернутая психопатологическая симптоматика (яркие образные галлюцинации, расстройства сознания, суетливое возбуждение и др.). Однако эти симптомы выражены нерезко, больной достаточно хорошо ориентируется в окружающей обстановке, способен сохранять контакт с окружающими. Неврологические и соматические нарушения умеренные — тремор рук и общий тремор, нистагм, тахикардия, повышение температуры до 37 °С. Психотическое состояние купируется соответствующими терапевтическими мероприятиями, делирий обрывается критическим сном.

Алкогольный делирий средней тяжести, называемый «классическим делирием», сопровождается выраженными нарушениями сознания (ложная ориентировка, суетливость, возбуждение, наплывы ярких образных сценоподобных галлюцинаций, тревога, страх, опасные для больного и

для окружающих действия и др.), значительно выражена неврологическая симптоматика (резкий общий тремор, гипергидроз, нистагм, атаксия, гиперкинезы, рефлексы орального автоматизма, миоклонии, развернутые эпилептиформные припадки), соматические расстройства (резкая тахикардия, повышение температуры до 38—39 °С и выше, повышение артериального давления, понос, гиперемия кожи лица, склер, слизистых оболочек, сменяющаяся бледностью). Судорожные припадки прогностически неблагоприятны. Картина алкогольного делирия средней тяжести соответствует классическому описанию «белой горячки». При своевременных энергичных терапевтических мероприятиях делирий длится 2—5 дней, при недостаточном лечении — дольше и может перейти в тяжелые формы с церебральными дисциркуляторными явлениями и другими нарушениями.

Тяжелые, фебрильные формы алкогольного делирия наиболее опасны, так как обусловливают острые дисциркуляторные расстройства в головном мозге. В одних случаях алкогольный делирий с первого дня протекает с глубоким помрачением сознания, в других — начинается более легкой формой с переходом в тяжелую.

Тяжелые формы алкогольного делирия проявляются глубоким расстройством сознания, им часто предшествуют судорожные припадки, рвота и головная боль, обычно в начале заболевания отмечаются обманы восприятия, психомоторное возбуждение с дезориентировкой или ложной ориентировкой, которое быстро переходит в оглушенность, аментивное состояние, мусситирующий (бормочущий) делирий. Контакт с больным невозможен. Иногда алкогольный делирий начинается с элементарных обманов восприятия. Преобладают оглушенность с дезориентировкой, сонливость, адинамия, чередующаяся с суетливым возбуждением. В дальнейшем, при нарастании отека и набухания мозга, возникает сопор, возможна кома с летальным исходом. Наиболее выражены неврологические и соматические расстройства: тремор, захватывающий все тело, миоклонии и хореиформные подергивания, патологические рефлексы, рефлексы орального автоматизма, глазные симптомы, атаксия, дизартрия, гипертермия 39—40 °С и выше, тахнкардия до 120 уд/мин и более, падение артериального давления, ослабление сердечной деятельности, коллапс, периодическое дыхание [Гофман А. Г., 1978].

При недостаточно энергичных терапевтических мероприятиях больной может умереть вследствие отека и набухания мозга. Н. Т. Хохрина (1983) выявила у больных, умерших от алкогольного делирия, выраженные дисциркуляторные церебральные расстройства и необратимую клеточную патологию. Смерть может наступить также в результате падения сердеч-

ной деятельности и нарушений дыхания, отека легких, коллапса, пневмонии.

Смертность больных, поступивших по поводу тяжелых, фебрильных форм алкогольного делирия, достигает, по данным различных авторов, 15—40%. Всего от алкогольного делирия умирает 0,5—12% больных. Особенно опасен делирий в сочетании с другими заболеваниями, в этих случаях летальность достигает 8,6% [Grüner J., Voigt W., 1984].

Лечение больных алкогольным делирием необходимо начинать как можно раньше, не теряя буквально ни одной минуты, так как дисциркуляторные церебральные нарушения могут нарастать очень быстро с утяжелением состояния. Больных даже с подозрением на алкогольный делирий, в продромальном препсихотическом состоянии обязательно госпитализируют в психиатрические (или наркологические) стационары, дежурный врач обязан назначать экстренное лечение при приеме больного, особенно если больной поступает вечером или ночью. Купирование алкогольных психозов у сельских жителей обязательно должно быть организовано в центральных районных больницах, так как длительная транспортировка больных может привести к значительному ухудшению, молниеносному развитию крайне тяжелого состояния [Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1984]. В республиканских, краевых, областных психиатрических (или наркологических) больницах необходимо иметь специализированные отделения или палаты интенсивной терапии (лучше реанимации), куда госпитализируют или переводят больных с тяжелыми формами алкогольных делириев.

Лечение абортивных и легких форм алкогольного делирия заключается в снятии возбуждения, нормализации сна и мощной дезинтоксикации. Применявшиеся ранее с целью снятия возбуждения нейролептические препараты, особенно производные фенотиазина (аминазин, левомепромазин и др.), должны быть полностью исключены при лечении алкогольного делирия [Индикт С. Г., 1979], так как их применение может привести к утяжелению или возникновению церебральных дисциркуляторных расстройств. Эти препараты вполне допустимы при лечении других острых алкогольных психозов (галлюцинозы, параноиды).

А. Б. Гусова и соавт. (1982) для купирования резкого психомоторного возбуждения у больных относительно молодого возраста и физически крепких, без выраженной соматической патологии рекомендует применять галоперидол по 2—3 мл 0,5% раствора внутримышечно или внутривенно 1—2 раза в сутки. Галоперидол целесообразно применять и в начальных стадиях острого алкогольного галлюциноза и параноида, когда диагноз недостаточно ясен и психоз, начавшийся по типу

галлюциноза или параноида, может трансформироваться в делирий.

В более легких случаях, при отсутствии значительного возбуждения, можно ограничиться 3—4 мл 0,5% раствора седуксена (реланиума) внутримышечно или внутривенно медленно на изотоническом растворе хлорида натрия. Одновременно применяют оксибутират натрия, который в легких случаях целесообразно давать внутрь по 2—4 г (10—20 мл 20% раствора) [Гофман А. Г., Бегунов В. И., Графова И. В., 1980; Гуревич З. П. и др., 1985].

В наиболее легких случаях, у больных с продромальными симптомами, в пределириозной стадии можно применить только снотворные препараты — смесь Е. А. Попова (0,4 г фенобарбитала, 20 мл спирта, 150 мл воды) или 0,6 г барбамила, растворенного в 100 мл 40 % спирта внутрь 1—3 раза в сутки вечером и ночью.

Одновременно назначают антигистаминные препараты, усиливающие действие снотворных — 2—3 мл 1% раствора димедрола или 1—2 мл 2,5% раствора пипольфена внутримышечно 1—2 раза в сутки. Антигистаминные препараты способствуют уменьшению проницаемости капилляров, предупреждают развитие церебральных дисциркуляторных расстройств.

Для лечения пределириозных состояний, абортивных и легких форм алкогольного делирия с успехом можно использовать карбамазепин (тегретол, финлепсин) [Лукомский М. И., Чуркин Е. А., 1973; Grecu Gh. et al., 1984] по 1,8—2,4 г/сут (по 0,6—0,8 г или 3—4 таблетки 3 раза в день). Психотические явления при этом купируются в течение 1—3 сут, в последующем дозы карбамазепина снижаются до 0,2 г 3 раза в день.

Симптоматическое и дезинтоксикационное лечение проводится одновременно с купированием делириозной симптоматики.

Для предупреждения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы обязательно назначают аналептические средства— кордиамин, коразол 2—4 раза в день, в более тяжелых случаях — 1—2 мл 20% раствора камфоры 2 раза в сутки.

Необходимое средство терапии алкогольных делириев — сульфат магния, применяемый внутримышечно по 10—15 мл 25% раствора в течение 5—7 дней. Кроме дезинтоксикационных и дегидратационных свойств, он оказывает антисудорожное действие, снижает возбудимость нервной системы, способствует купированию психомоторного возбуждения, нормализации сна, увеличению диуреза. Вместо сульфата магния или в чередовании с ним целесообразно назначать панангин, содержащий аспарагинат калия и магния, нормализующий минеральный обмен и устраняющий дефицит ионов как магния, так

и калия. Панангин дают больным в драже 3 раза в день (в сочетании с инъекциями сульфата магния) или вводят внутривенно медленно по 10 мл (одна ампула) на 20—30 мл изотонического раствора хлорида натрия.

С целью дезинтоксикации и дегидратации, предупреждающей дисциркуляторные церебральные расстройства, внутривенно вводят по 10 мл 40% раствора глюкозы, 10% раствора хлорида или глюконата кальция, 30% раствора тиосульфата натрия. Применяют желчегонные препараты — хологон (по 0,2—0,4 г 2—3 раза в день), аллохол, холензим и др.

Витаминотерапия является обязательной во всех случаях алкогольного делирия, так как у таких больных особенно выражен дефицит витаминов, особенно группы В и в первую очередь витамина B_1. Суточная доза витамина B_1 составляет 0,3—0,5 г при легких формах делирия, а при тяжелых (особенно при острых алкогольных энцефалопатиях) достигает 2 г (!). При легких формах делирия внутримышечно вводят по 3 мл 6% раствора витамина B_1 2—3 раза в день (0,35—0,5 г), одновременно внутрь дают поливитаминные порошки (тиамина бромида 0,06 г, никотиновой кислоты, пиридоксина гидрохлорида и рутина по 0,05 г, рибофлавина 0,005 г и аскорбиновой кислоты 0,2 г). Наряду с витаминами целесообразно вводить кокарбоксилазу внутримышечно или внутривенно по 0,05 г на 2 мл прилагаемого растворителя. Витамины в ударных дозах применяют 2—5 дней, в дальнейшем дозы снижают до обычных.

Применение перечисленных средств дает возможность быстро купировать легкие формы алкогольного делирия и предупредить более тяжелое течение.

При лечении алкогольного делирия средней тяжести необходимы более активные и энергичные лечебные мероприятия. В работах отечественных авторов последних лет [Бегунов В. И., 1975; Авруцкий Г. Я., 1979; Штерева Л. В., 1980; Логутов Г. Ф., Щегловатых М. Ф., 1980; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981; Стрельчук И. В., 1981, 1983; Гусова А. Б. и др., 1982; Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1984, 1985; Григорьянц Э. Т., Умаров С. Э., Бессонов Ю. В., 1984; Гусова А. Б., Сосин И. К., Болотова З. Н., 1985, и др.] указывается на наибольшую эффективность парентерального введения седуксена (реланиума) и оксибутирата натрия для купирования алкогольного делирия.

Седуксен при этом необходимо вводить не внутримышечно, а внутривенно по 3—4 мл 0,5% раствора 2—3 раза в сутки на 5 мл 40% раствора глюкозы. Д. М. Галинич и соавт. (1983) считают, что седуксен надо начинать вводить внутривенно струйно, а не капельно, так как при капельном введении препарат может оказывать растормаживающее действие. Лишь

после купирования возбуждения седуксен можно добавлять в смесь для капельного введения.

После введения седуксена вводят внутривенно медленно (капельно со скоростью 1—2 мл/мин) 20—40 мл 20% раствора оксибутирата натрия. При быстром внутривенном введении оксибутирата натрия возможны нарушения дыхания и даже его остановка. В этих случаях необходимы немедленное введение 10 мл 0,5% раствора бемегрида, искусственная вентиляция легких.

Оксибутират натрия можно вводить внутривенно вместе с 0,25 г тиопентал-натрия, при этом быстро снимается возбуждение, наступает глубокий сон.

Оксибутират натрия вводят и внутримышечно по 20—30 мл 20% раствора, можно вместе с 5—10 мл 5% раствора барбамила [Даниленко А. М. и др., 1981]. Возможен прием оксибутирата натрия внутрь по 4—5 г, в том числе в форме 5% сиропа (100 мл), одновременно внутримышечно вводят 5—10 мл 5% раствора барбамила.

Внутривенное введение седуксена (реланиум) с оксибутиратом натрия, а при необходимости с тиопентал-натрием или барбамилом не только обеспечивает быстрый седативный и снотворный эффект, но и повышает устойчивость тканей мозга к гипоксии [Гусова А. Б. и др., 1982]. Сон после введения оксибутирата натрия наступает через 15—20 мин (при приеме внутрь— через 30—40 мин), длится не менее 2 ч. После пробуждения делириозные явления, как правило, проходят или резко ослабевают, возбуждение купируется. Возможно повторное введение препарата в течение суток, но общая доза не должна превышать 12—16 г (60—80 мл 20% раствора).

При использовании данной методики нет необходимости в применении галоперидола, других транквилизаторов и снотворных препаратов. При отсутствии седуксена (реланиум) вместо него можно ввести элениум для инъекций (ампулы по 0,1 г и растворитель — 10 мл воды для инъекций) внутривенно медленно, как и седуксен (0,2—0,3 г на 20—30 мл растворителя), или в тех же дозах внутримышечно. Оксибутират натрия следует применять не более 1—2 сут.

При среднетяжелых формах алкогольного делирия применяют весь комплекс перечисленных выше дезинтоксикационных, симптоматических средств, большие дозы витаминов (особенно витамина B_1), а при снижении артериального давления — преднизолон по 0,005—0,01 г 3—4 раза в день.

Целесообразно иметь заранее приготовленный дезинтоксикационный полиионный раствор для капельного введения, предложенный Л. В. Штеревой (1980): изотонического (0,9%) раствора хлорида натрия 800 мл, 40% раствора глюкозы 200 мл, 1% раствора хлорида калия 100 мл, 10% раствора

глюконата кальция 30 мл, кордиамина 2—4 мл, инсулина 10 ЕД, 6% раствора витамина B_1 5 мл, 5% раствора витамина С 10 мл, 5% раствора витамина РР 5 мл, 0,5% раствора седуксена 3—4 мл, 2,4% раствора эуфиллина (вводится при повышенном артериальном давлении) 10 мл.

Подогретый до температуры тела раствор вводят медленно, не более 40 капель в минуту, от 0,5 л/сут при более легких состояниях, но одновременно не более 1 л.

При алкогольном делирии с успехом применяется эффективное дезинтоксикационное средство гемодез — водно-солевой раствор, содержащий 6% низкомолекулярного поливинилпирролидона и ионы натрия, калия, кальция, магния, хлора. Гемодез связывает циркулирующие в крови токсины и быстро выводит их из организма. Подогретый до 35—36 °С гемодез вводят внутривенно капельно со скоростью 40—60 капель в минуту, однократная доза 0,3—0,4 л [Гусова А. Б. и др., 1982]. Повторное введение возможно через 12 ч. Л. Н. Зенченко (1980), А. А. Абаскулиев, Н. В. Исмаилов, Р. К. Казиев (1984) и другие авторы рекомендуют введение 0,4 л гемодеза с добавлением витаминов, галоперидола, седуксена. А. Ш. Гамкрелидзе, Ш. А. Гамкрелидзе, Г. Г. Вашакидзе (1984) предлагают полиионный раствор в виде смеси 0,9% раствора хлорида натрия, 0,5% раствора глюкозы и полиглюкина, с добавлением 4—8 ЕД инсулина, витаминов B_1, С и РР, кокарбоксилазы. Растворы полиглюкина и реополиглюкина вводят внутривенно капельно при стойком снижении артериального давления.

Как уже упоминалось выше, в ряде случаев алкогольный делирий сравнительно быстро купируется применением смеси закиси азота с кислородом. Наиболее целесообразно использовать этот метод при поступлении больного в центральную районную больницу, в которой имеются хирургический блок, наркозные аппараты. Эту процедуру может осуществить анестезиолог. После купирования психоза больного можно транспортировать в психиатрическую или наркологическую больницу. В психиатрических (наркологических) отделениях для лечения больных алкогольными психозами, а тем более в реанимационных отделениях психиатрических (наркологических) больниц также целесообразно иметь наркозный аппарат и использовать эту методику.

Для купирования алкогольного делирия средней тяжести можно применять и другие методы.

Так, А. Г. Гофман, Т. И. Нижниченко (1984) рекомендуют для лечения алкогольных делириев внутривенное капельное введение 20% раствора пирацетама до 25—30 мл/сут, внутривенное введение 1% раствора метиленового синего, АТФ, кокарбоксилазы. А. Г. Гофман, Е. С. Лошаков (1980), А. М. Да-

ниленко (1986) использовали препарат геминеврин с мягким седативным действием, восстанавливающий функции печени и способствующий быстрому наступлению сна и окончанию психоза.

Все большее распространение получает лечение алкогольного делирия методом гемосорбции [Лопухин Ю. М. и др., 1979; Лужников Е. А. и др., 1979; 1981; Морковкин В. М. и др., 1984; Дроздов Э. С., Родионов В. И., 1985, и др.]. Методика гемосорбции подробно изложена в соответствующем разделе, ее с успехом можно применять как для лечения алкогольных психозов, так и для их профилактики при тяжелой абстиненции и препсихотических состояниях.

Гипербарическая оксигенация также с успехом применяется при лечении алкогольных делириев. Она наиболее показана при сочетании алкогольного делирия с острыми соматическими заболеваниями, являющимися противопоказанием для использования активной медикаментозной терапии [Исаков Ю. В. и др., 1981; Морковкин В. М. и др., 1986]. По данным этих авторов, использование кислорода при 1—1,5 ати в течение 40—50 мин 1—2 раза в сутки полностью купирует алкогольный делирий за 4—6 сеансов, т. е. в течение 2—3 дней.

За больными алкогольным делирием необходим строгий надзор. Важно следить за состоянием кожных покровов, полости рта, за деятельностью сердечно-сосудистой системы, внутренних органов. Пища больного должна быть молочно-растительной, дают достаточное количество жидкости, лучше щелочные минеральные воды (боржоми, нарзан и др.). При повышении температуры для предупреждения пневмонии и других интеркуррентных инфекций назначают антибиотики (оксациллин, ампициллин, ампиокс, тетрациклин, метациклин и др.). Комплексом указанных мероприятий среднетяжелые формы алкогольного делирия купируются в течение 2—7 дней, после чего остаются лишь незначительные астенические явления.

Лечение тяжелых форм алкогольного делирия. Предвестниками тяжелого алкогольного делирия являются выраженные неврологические расстройства на ранних этапах заболевания — резкий общий тремор, атаксия, мышечная гипотония, заметное оживление сухожильных рефлексов, рефлексы орального автоматизма, нистагм, профузный пот. Психотическая симптоматика проявляется резким психомоторным возбуждением, дезориентировкой и ложной ориентировкой, быстро сменяющимися оглушенностью, мусситирующим делирием, сопором, комой. Лечение в этих случаях нужно назначать немедленно, комплексом интенсивных мероприятий, имеющих целью, как указывают А. Г. Гофман и соавт. (1978): 1) купи-

рование возбуждения и бессонницы; 2) повышение уровня окислительных процессов, устранение нарушения водно-солевого обмена, гипоксии, насыщение организма витаминами; 3) устранение вегетативных нарушений, предупреждение коллапсов и поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы; 4) предупреждение дисциркуляторных церебральных нарушений и ликвидацию уже возникших явлений отека и набухания мозга; 5) предупреждение и интенсивное лечение осложнений и сопутствующих заболеваний.

Купирование возбуждения достигается без применения нейролептических препаратов—введением внутривенно 4—5 мл 0,5% раствора седуксена (реланиума) и одновременно внутримышечно 2—5 мл 1% раствора димедрола [Стрельчук И. В., 1983], так как димедрол, обладающий антигистаминным свойством, предупреждает отек головного мозга. Можно внутримышечно ввести 5—10 мл 5% раствора барбамила. Оксибутират натрия следует применять с большой осторожностью, хотя однократно можно ввести внутривенно 10—20 мл 20% раствора оксибутирата натрия с 0,25 г тиопентал-натрия, эффективным оказывается назначение этилового спирта с барбамилом. Целесообразно использовать наркоз с помощью закиси азота.

Дезинтоксикационная терапия проводится энергично, ее наиболее активными способами являются гемосорбция и гипербарическая оксигенация, которые безусловно показаны при тяжелых формах алкогольного делирия. Как указывают В. М. Морковкин и соавт. (1984, 1986), сочетание экстракорпоральной гемосорбции и гипербарической оксигенации эффективно при более тяжелых случаях алкогольного делирия для дезинтоксикации и ликвидации гипоксии мозга.

Для восстановления водно-солевого баланса постоянно внутривенно капельно вводят полиионные растворы приведенного выше состава, растворы сульфата магния (при судорожных состояниях, повышенном артериальном давлении), тиосульфата натрия или унитиол, гемодез, полиглюкин или реополиглюкин (при пониженном артериальном давлении). В раствор добавляют витамины B_1, B_6, С, РР. Больному вводят витамин B_{12}, кокарбоксилазу, фолиевую кислоту. Необходимо введение максимальных доз витамина B_1. Весьма эффективно повторное введение внутривенно капельно 25—30 мл 20% раствора пирацетама, 10—15 мл 1% раствора метиленового синего на 10 мл 40% раствора глюкозы.

Устранение вегетативных нарушений и поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы. Вегетативные нарушения устраняют повторным внутривенным или внутримышечным введением 0,5% раствора седуксена (реланиума) или 1% раствора элениума по 2—

5 мл с димедролом, пипольфеном или супрастином. Быстро устраняет вегетативные нарушения этиловый спирт с барбамилом. Для поддержания сердечной деятельности и дыхания назначают по показаниям кордиамин, коразол, строфантин или коргликон, кокарбоксилазу, панангин, эуфиллин, цититон.

Предупреждение дисциркуляторных церебральных расстройств и ликвидация отека и набухания мозга остаются важнейшими терапевтическими мероприятиями при тяжелых формах алкогольного делирия, так как именно эти нарушения наиболее часто приводят к смерти больных алкогольными психозами. Положительный результат достигается дегидратацией тканей мозга и форсированным диурезом [Чуркин Е. А., 1983; Кенджаев Ш. К., Асадов Б. М., 1984; Майбурд Е. Д., Федоров Н. С., 1987].

Маннит (маннитол) — наиболее активный и не имеющий противопоказаний осмотический диуретик. Его применение сопровождается выведением из организма ионов натрия без существенного выведения ионов калия. Маннит в отличие от мочевины не оказывает токсического влияния на почки и печень. Маннит выпускается во флакоиах объемом 500 см³, содержащих 30 г препарата, и в ампулах по 200, 400 или 500 мл 15% раствора. Применяют 15% раствор маннита на стерильной дистиллированной воде, 0,9% растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы из расчета 1—1,5 г/кг (60—100 г), или 400—600 мл 15% раствора. Вводят внутривенно, можно струйно медленно или капельно. Одновременно в локтевую вену другой руки вводят 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. При введении маннита производится катетеризация мочевого пузыря. Суточная доза маннита не должна превышать 140—180 г.

Л. В. Штерева (1980) при угрожающих явлениях отека и набухания головного мозга предлагает такую последовательность лечебных назначений: внутривенное капельное введение 300 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия для снятия нарастающего ацидоза, после этого внутривенно 400 мл 15% раствора маннита, одновременно внутривенно медленно 1 мл коргликона на 10 мл изотонического раствора хлорида натрия, внутримышечно 2 мл витогепата или сирепара. Если состояние больного не улучшается, то вводят внутривенно 1 л полиионного раствора приведенной выше прописи и через 4—5 ч повторно 400 мл 15% раствора маннита. По данным автора, этим мероприятием удается предотвратить отек и набухание мозга и предупредить летальный исход у больных с тяжелыми формами алкогольного делирия.

Фуросемид (лазикс) дает быстрый диуретический и дегидратационный эффект, его применение значительно проще, чем маннита. Препарат вводят внутривенно или внутримышеч-

но по 2—4 мл 1% раствора 2 раза в день, дополнительно можно давать внутрь по 0,04 г 2—3 раза в день. При повторном введении фуросемида возможны более значительные потери электролитов, особенно калия [Лужников Е. А., 1982], чем при введении маннита. В связи с этим необходимо одновременное применение полиионных растворов с ионами калия и натрия.

Выраженной диуретической активностью обладает также гемодез, вливания которого целесообразно чередовать с введением маннита и фуросемида.

Предупреждение и интенсивное лечение осложнений со стороны внутренних органов и заболеваний, сопутствующих делирию, остаются существенными в комплексном лечении тяжелых форм алкогольного делирия [Сицкая К. В., Чуркин Е. А., 1981; Гусова А. Б. и др., 1982; Чуркин Е. А., 1982; Стрельчук И. В., 1983; Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1984; Чуркин Е. А., Вагин Н. А., 1985].

При высоком артериальном давлении применяют дибазол, папаверин, сульфат магния, эуфиллин, резерпин, гипотиазид по 25 мг через день, при резком падении артериального давления — кофеин-бензоат натрия, мезатон, гидрокортизон по 50—125 мг внутримышечно, медикаментозный коктейль [Гусова А. Б. и др., 1982]—1 мл 0,06% раствора коргликона, 1 мл 5% раствора эфедрина, 60—120 мг преднизолона, 100 мг кокарбоксилазы, 250 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно.

При коллапсе — вводят 1 мл 1% раствора мезатона внутримышечно или внутривенно на 40 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно) или 0,3—0,6 мл 0,2% раствора норадреналина также внутривенно на растворе глюкозы, 1 мл 5% раствора эфедрина внутримышечно или внутривенно, 1 мл 3% раствора преднизолона внутривенно или 50—100 мг гидрокортизона внутривенно, 400 мл полиглюкина или 200—300 мл реополиглюкина внутривенно капельно.

При сердечной недостаточности 3—4 раза в сутки назначается 1—2 мл кордиамина внутримышечно, 1—2 мл 20% раствора кофеина подкожно, 0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина или 0,06% раствора коргликона с 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, 100 мг кокарбоксилазы, 2 мл 1% раствора АТФ внутримышечно. При тахиаритмии необходимо назначить 5—10 мл 10% раствора новокаинамида с 10 мл изотонического раствора хлорида натрия, вводить внутривенно медленно 3 раза в сутки. Можно использовать внутривенное струйное введение (в течение 30—60 с) 2—4 мл 0,25% раствора верапамила (изоптин), а также 0,1% раствора анаприлина (обзидан). Раствор анаприлина вводят внутривенно дробно: сначала 1 мл, дозу повторяют через 2 мин до

получения эффекта, всего не более 10 мл. Не рекомендуется применять анаприлин в сочетании с верапамилом в связи с возможностью тяжелых сердечно-сосудистых расстройств. Наиболее эффективно для купирования тахиаритмии внутривенное капельное введение коктейля следующего состава: 250 мл 5% раствора глюкозы, 100 мг кокарбоксилазы, 4 ЕД инсулина, 5 мл панангина или 5 мл 0,1% раствора анаприлина.

При отеке легких назначают 0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина или 0,06% раствора коргликона на 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина внутривенно, 2 мл 1% раствора фуросемида внутримышечно, 1 мл 1% раствора атропина подкожно. Одновременно производят ингаляции кислорода по 20—30 мин, чередующиеся с периодами покоя по 15—20 мин. Используют также внутримышечное введение 1—2 мл 1% раствора димедрола или 2,5% раствора пипольфена или 2% раствора супрастина, внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлорида кальция, внутримышечно вводят 30—60 мг преднизолона или 100—150 мг гидрокортизона. При отеке легких противопоказаны препараты, возбуждающие дыхательный центр (кордиамин, коразол, цититон).

При судорожных припадках, переходящих в эпилептический статус, целесообразно дать больному выпить 100 мл 40% спирта, вводить по 2—4 мл 0,5% раствора седуксена (реланиум) внутривенно (или внутримышечно) 3—4 раза в сутки, одновременно внутривенно или внутримышечно ввести 10—20 мл 25% раствора сульфата магния, а также 2 мл 1% раствора фуросемида внутримышечно с последующим внутривенным введением 10 мл 10% раствора глюконата или хлорида кальция, 40 мл 40% раствора глюкозы с 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Параллельно в клизме вводят 15—20 мл 6% раствора хлоралгидрата или 30 мл 2% раствора барбитал-натрия или внутримышечно 5—10 мл 5% раствора барбамила. При отсутствии эффекта внутривенно вводят 10 мл 2,5% раствора тиопентал-натрия или 10% раствора гексенала (вводить медленно!). Через 1—2 ч, если больной не вышел из статуса, необходимо повторное введение седуксена, сульфата магния, хлорида кальция, а также внутривенное капельное введение 20 мл 20% раствора оксибутирата натрия, 400—600 мл 15% раствора маннита. При состояниях, угрожающих жизни больного, показана люмбальная пункция с извлечением 10—15 мл ликвора, как крайняя мера — ингаляционный наркоз с миорелаксантами, управляемым дыханием и другие реанимационные мероприятия.

Предупреждение и лечение пневмоний при тяжелом алкогольном делирии являются весьма существен-

ным мероприятием. Для предупреждения пневмоний необходимо поддерживать свободное дыхание, обеспечить регулярное вдыхание кислорода. Слизь и рвотные массы отсасывают с помощью электроотсоса, предупреждают западение языка, используют воздуховоды. Больному дают увлажненный кислород через носовой катетер в количестве 2—10 л/мин. С целью предупреждения гипостатической пневмонии кислород целесообразно пропускать через отвар трав: 2 столовые ложки отвара шалфея, ромашки, листьев эвкалипта, зверобоя разбавляют 2 л воды [Гусова А. Б. и др., 1982].

При подозрении на пневмонию, а тем более при появлении ее клинических признаков назначают большие дозы антибиотиков (пенициллин и его аналоги до 12—14 млн ЕД/сут, канамицин по 1—1,5 млн ЕД/сут, гентамицин и др.), сульфаниламидные препараты — 10 мл 10 % раствора этазола внутривенно 2—3 раза в сутки. Обязательно вводят антигистаминные препараты — димедрол, пипольфен, супрастин. Для поддержания сердечной деятельности показаны кордиамин, камфора, сердечные гликозиды.

Алкогольные делирии нередко возникают на фоне обострения соматических заболеваний [Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1985]. Е. А. Чуркин (1983) рекомендует при гепатопатиях и панкреатических дебютах алкогольного делирия, как правило, тяжелого, к проведению форсированного диуреза с помощью маннита или фуросемида добавлять внутримышечное или подкожное введение платифиллина, супрастина, антибиотика из группы олететрина — 0,5 г тетраолеана внутривенно на 20 мл 40% раствора глюкозы, 0,5 мл 0,1% раствора атропина подкожно 3 раза в день (при холецистите). При панкреатите внутривенно вводят по 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 2—4 мл 2% раствора но-шпы внутривенно медленно, при сильной боли — 1 мл 2% раствора промедола.

Е. А. Чуркин (1983) для профилактики алкогольного делирия у больных соматического стационара рекомендует всем поступающим в состоянии опьянения, а также тем больным, которые заведомо страдают алкоголизмом, проводить в течение 3 сут следующие терапевтические мероприятия: по 1 мл 0,5% раствора галоперидола внутримышечно 2 раза в сутки; по 10 мл 40% раствора глюкозы и 25% раствора сульфата магния внутривенно, внутримышечно большие дозы витаминов — 6% раствор витамина B_1 — 3 мл, 5% раствор витамина B_6 — 1 мл, 5% раствор витамина С — 2 мл.

Больные, перенесшие тяжелый алкогольный делирий, не менее 5—7 дней после нормализации состояния остаются в палате интенсивной терапии и соблюдают постельный режим. После перевода в общее отделение общеукрепляющая и дезинтоксикационная терапия продолжается в течение 2—3 нед,

лишь после этого больного переводят на рабочий режим. В дальнейшем можно начать противоалкогольное лечение.

Острый алкогольный галлюциноз по частоте стоял на втором месте после алкогольных делириев и составлял 15—25% всех острых алкогольных психозов [Гофман А. Г., 1986]. Алкогольный галлюциноз, как и делирий, возникает у больных алкоголизмом с давностью заболевания более 7—10 лет, после длительного и интенсивного пьянства. Продромальный период острого галлюциноза обычно выражается в появлении тремора, потливости, тахикардии, бессонницы, тревоги, что не выходит за рамки несколько утяжеленного абстинентного синдрома. Психоз, как правило, начинается внезапно. На фоне ясного сознания больной отчетливо слышит различные звуки, музыку, голоса людей, часто знакомых ему, родственников, собутыльников. Вербальные галлюцинации всегда истинные, голоса проецируются вне больного — за его спиной, за древью, на улице, что придает им полную реальность. Больной отчетливо различает не только слова, но и интонацию. Содержание галлюцинаций самое разнообразное, чаще это обсуждение или комментирование поведения больного, его движений, мыслей, намерений, поступков в прошлом, семейных дел, упреки в пьянстве, разврате, воровстве. Нередко голоса угрожают больному и его семье, он слышит, как сговариваются опозорить его, лишить квартиры, убить его или близких ему людей. Голоса могут приказывать больному совершить те или иные поступки: повеситься, броситься под поезд и т. п. В ряде случаев голоса спорят между собой — одни обвиняют, другие оправдывают, одни угрожают, другие защищают, одни приказывают покончить с собой, другие предостерегают от этого. Галлюцинации почти исключительно вербальные, а зрительные и тактильные носят лишь подчиненный характер: больной отчетливо слышит за дверью голоса людей, сговаривающихся убить его. Он хватает топор для защиты, резко открывает дверь и видит тени убегающих.

В отличие от делирия галлюциноз не сопровождается грубым помрачением сознания: больной полностью ориентирован во времени, месте, обстановке. Он может быть участником галлюцинаторных сцен или лишь слушателем. Однако больной всегда уверен в реальности голосов, которые слышит, нередко ведет себя адекватно их содержанию. Он испытывает страх, запирается в квартире, обращается за помощью в милицию, убегает. Иногда под влиянием голосов больные совершают суицидальные попытки, не видя выхода из положения. В некоторых случаях, подчиняясь в чем-то голосам, больные избегают трагического исхода. Например, одному из наблюдавшихся нами больных голоса приказали подняться на чердак и повеситься. Больной долго сопротивлялся, наконец, понял, что «от

них не избавиться», взял крюк, веревку, поднялся на чердак, но вбил крюк в самую гнилую балку перекрытия, заведомо зная, что крюк в ней не удержится. Действительно, под тяжестью тела крюк вырвался из гнилой балки, больной упал, на шум сбежались жильцы дома и отвезли больного к психиатру. В больнице больной говорил, что он «их перехитрил». Другому пациенту голоса приказали утопиться. Он пришел на набережную Москвы-реки, хотел броситься в воду, но голоса произнесли: «На тебе сапоги зятя, утопишься — ему расход». Больной снял сапоги и просил прохожих отнести их по адресу домой, сказав, что утопится. Прохожие позвали милиционера. Больной был задержан, доставлен в милицию, а оттуда в больницу.

Острый алкогольный галлюциноз длится от 1—2 (абортивные и легкие формы) до 7—10 дней (развернутые формы), реже до 2—4 нед. Если психопатологическая симптоматика не исчезает в течение месяца и более, то психоз следует считать затяжным.

Острые бредовые алкогольные психозы (алкогольные параноиды) встречаются редко и составляют не более 3% всех острых алкогольных психозов. Они возникают у больных алкоголизмом после тяжелых алкогольных эксцессов. Сходные синдромологические психозы возникают в психотравмирующих ситуациях, при эмоциональном напряжении, переутомлении, часто в новом, малознакомом месте, среди незнакомых людей (поездка по железной дороге, пребывание на вокзалах, пересадки на самолеты в аэропортах и др.), в связи с переутомлением, бессонницей [Жислин С. Г., 1940]. У больного после протрезвления, как правило, в похмелье внезапно возникают идеи преследования, отношения. Окружающие посторонние люди кажутся ему врагами, бандитами, которые преследуют его и грозят его уничтожить, расправиться с ним. За преследователей он принимает пассажиров в автобусе, поезде, самолете. В разговорах, которые ведут между собой пассажиры, он слышит угрозы в свой адрес, случайные жесты этих людей принимает за условные сигналы. Больной постоянно испытывает страх, он напряжен, следит за окружающими, боясь преследования, пересаживается в другой автобус, поезд, но и там видит преследователей. Сознание при этом остается ясным, ориентировка в окружающем — правильной. Обманы восприятия (как правило, вербальные или зрительные иллюзии, реже галлюцинации) эпизодические, они возникают в дебюте психоза и не связаны с бредовой интерпретацией событий. В разговорах окружающих больной слышит угрозы, в гостинице ему кажется, что кто-то пытается открыть дверь в его номер. Спасаясь от мнимых преследователей, больной может быть опасен для себя, например, может попытаться выпрыг-

нуть на ходу из поезда и т. п. Однако чаще больные обращаются за помощью в милицию, к окружающим и этим выдают свои бредовые переживания.

Длительность острого алкогольного параноида, как правило, не превышает 7—10 дней, без лечения бредовые идеи могут сохраняться и дольше, хотя постепенно теряют остроту и актуальность.

Острые алкогольные параноиды необходимо дифференцировать с острыми психотическими состояниями у больных шизофренией, спровоцированными злоупотреблением алкоголем, особенно при малопрогредиентном и приступообразном течении шизофрении [Шейнин Л. М., 1984].

Лечение острых алкогольных галлюцинозов и параноидов. Для обрыва острых алкогольных галлюцинозов и параноидов наиболее эффективно сочетание галоперидола с аминазином или левомепромазином [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981; Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1983; Шапошников В. С., Олейник А. В., 1987]. Галоперидол быстро купирует психомоторное возбуждение, оказывает антипсихотическое действие, особенно при бредовых состояниях. Препарат вводят внутримышечно, а при наиболее резком психомоторном возбуждении внутривенно 0,5—1 мл 0,5% раствора 2—3 раза в день (в дневное время). Аминазин или левомепромазин назначают вечером и на ночь внутримышечно по 1—2 мл 2,5% раствора, одновременно обязательно вводят по 2 мл кордиамина. В более легких случаях дневные дозы нейролептических препаратов можно назначать внутрь — 0,05—0,1 г аминазина или 0,003 г галоперидола 3—4 раза в день, а на ночь вводить 1 мл 2,5% раствора левомепромазина внутримышечно (с 2 мл кордиамина) и одновременно давать 0,05 г аминазина внутрь. Левомепромазин наиболее показан при острых галлюцинозах и параноидах, сопровождающихся тревогой, ажитацией.

При острых алкогольных параноидах эффективен трифтазин (стелазин) внутримышечно по 1—2 мл 0,2% раствора через каждые 4—6 ч, а по ликвидации психотических явлений его дают внутрь по 0,01 г 3—4 раза в день. Трифтазин также целесообразно комбинировать с аминазином или левомепромазином, назначенными на ночь, как правило, внутримышечно.

Можно использовать и другие нейролептические препараты — этаперазин по 0,004—0,008 г 3—4 раза в день, тиопроперазин (мажептил) внутримышечно по 1—3 мл 1% раствора или внутрь по 0,02—0,03 г 3 раза в день, тиоридазин (сонапакс, меллерил) в дозах до 0,15 г (6 таблеток) 3 раза в день, алимемазин (терален) по 5—10 мл 0,5% раствора внутримышечно 2—3 раза в день с переходом на прием внутрь по 0,01 г 3 раза в день, хлорпротиксен внутримышечно по 1—2 мл 2,5%

раствора 2—3 раза в день или внутрь по 0,01—0,015 г 3 раза в день, трифлуперидол (триседил) по 1—2 мл 0,25% раствора 2—3 раза в день или внутрь по 0,001 г 2—3 раза в день.

Г. Ф. Колотилин, С. М. Мостовой (1985) отмечают высокую эффективность при лечении острого алкогольного галлюциноза сульпирида (эглонила), вводимого по 2 мл 5% раствора внутримышечно в первые дни 4 раза в день (400 мг препарата) со снижением на 2—3-й день до 2 мл 2 раза в день (200 мг). Авторы указывают, что во всех случаях психоз купируется в первые же сутки, эффективность сульпирида выше, чем других нейролептиков.

Нейролептические препараты в первые дни лечения назначают внутримышечно, в дальнейшем, по мере угасания психотической симптоматики, переходят на прием препаратов внутрь, но дозы снижают лишь через 7—10 дней, так как может наступить внезапное обострение — «вторая волна». Нейролептики применяются до стойкого исчезновения галлюцинаций, нормализации настроения. Сначала уменьшают разовые дозы, потом нейролептики назначают только на ночь и лишь после этого отменяют. При лечении нейролептиками обязательно назначают корректоры (циклодол, ромпаркин).

При противопоказаниях к назначению нейролептических препаратов (гепатит и цирроз печени, гемолитическая желтуха, острый нефрит, пиелит, бронхоэктатическая болезнь, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ревмокардит и др.) можно назначать дезинтоксикационный полиионный раствор по Л. В. Штеревой (1980) внутривенно капельно. В этих случаях можно применять сульфозинотерапию (гипертермические дозы сульфозина в течение 5—7 дней). При алкогольных галлюцинозах в этих случаях можно использовать седуксен по 20—40 мг внутримышечно в течение 3—4 дней и более до исчезновения психотической симптоматики. Атропин по 1—2 мг/сут наиболее показан при затяжных галлюцинозах, его можно применять одновременно с нейролептическими препаратами.

При лечении острых алкогольных галлюцинозов и параноидов с первого дня наряду с антипсихотическими препаратами применяют дезинтоксикационные и симптоматические средства: сульфат магния, глюкозу с аскорбиновой и никотиновой кислотами, тиосульфат натрия, большие дозы витаминов группы В (особенно витамина B_1). Показана глютаминовая кислота внутрь по 0,5—1 г 2—3 раза в день или внутривенно по 10 мл 1% раствора 1 раз в день. При затяжных алкогольных галлюцинозах и параноидах назначают большие дозы витамина B_{12} (по 500 мкг ежедневно), а также инсулинотерапию.

Поскольку острые алкогольные галлюцинозы и параноиды

протекают в отличие от делирия на фоне ясного сознания большую роль играет активное психотерапевтическое воздействие на больных. С первого же дня лечения в стационаре с больным необходимо проводить ежедневные психотерапевтические беседы, убеждая его в болезненном происхождении слуховых обманов, мыслей о преследовании и др., объяснять, что все это есть следствие злоупотребления алкоголем, что под влиянием лечения эти явления быстро ликвидируются. Реакция больного на психотерапевтическое воздействие помогает отличить алкогольный галлюциноз и параноид от шизофрении: при алкогольном галлюцинозе даже при продолжающихся слуховых галлюцинациях может появиться критическое отношение к ним, при параноиде быстро, буквально в 1—2 дня после исчезновения страха и чувственного бреда, может восстановиться критическое отношение к психозу. У больных шизофренией критическое отношение к болезненным переживаниям может отсутствовать и после полного исчезновения галлюцинаций и дезактуализации бреда.

Нейролептические препараты применяют в течение 10—20 дней и более, до полного исчезновения психотической симптоматики и восстановления критики к психозу. Симптоматическое лечение продолжается и в дальнейшем. Активное противоалкогольное лечение начинают, как правило, через 5—10 дней после полного исчезновения психопатологической симптоматики и отмены нейролептических препаратов.

Организация противоалкогольного лечения больных, перенесших острые алкогольные психозы

Больные, перенесшие острые алкогольные психозы и не получившие противоалкогольного лечения, обычно возобновляют злоупотребление алкоголем, нередко у них возникают повторные психозы с еще более тяжелой симптоматикой [Куприянов А. Т., 1975]. В связи с этим противоалкогольное лечение проводят всем без исключения больным, перенесшим алкогольные психозы. Однако это встречает определенные трудности. В отличие от больных непсихотическими формами алкоголизма, поступающих на лечение добровольно, больные алкогольными психозами поступают в больницы в связи с ургентным состоянием, большинство из них не имеют установки на противоалкогольное лечение, многие отрицают у себя алкоголизм, т. е. обнаруживают алкогольную анозогнозию. В. В. Сырейщиков (1980) указывает, что из 446 больных, перенесших алкогольные психозы, лишь 9,9% проведено активное противоалкогольное лечение (УРТ, сенсибилизирующая терапия), у 32,8% были соматические противопоказания к активному лечению, у 12% — хронический психоз, 14,3% больных катего-

рически отказались от лечения. В 32% случаев врачи не назначали специального противоалкогольного лечения. Столь малое число больных, получивших противоалкогольное лечение после острого алкогольного психоза, в значительной степени объясняется трудностями перевода больного из психиатрического отделения, а тем более из психиатрической больницы в наркологическое отделение. В психиатрических, а лучше — в наркологических больницах необходимо создавать специализированные отделения (с палатой интенсивной терапии) для лечения больных алкогольными психозами. При неполной загрузке этих отделений больными алкогольными психозами туда можно помещать и больных непсихотическими формами алкоголизма, особенно при сочетании с сопутствующими заболеваниями, препятствующими направлению в наркологические отделения при промпредприятиях. В этих отделениях используются все виды активной противоалкогольной терапии, срок лечения не менее 1,5 мес (как правило, дольше). Больные, поступившие туда по поводу алкогольных психозов, по выходе из психоза продолжают лечение, и сама обстановка отделения способствует тому, что они соглашаются на проведение курса активной противоалкогольной терапии.

Больные, поступившие в связи с алкогольным психозом в психиатрический изолятор, психиатрическое отделение общесоматической больницы, а также в психиатрическую больницу, не имеющую наркологического отделения, после окончания психоза обязательно должны быть переведены в наркологическое отделение для проведения курса активной противоалкогольной терапии.

В отношении больных, упорно отказывающихся от активного противоалкогольного лечения, должны быть приняты самые решительные меры психотерапевтического воздействия. Желательно вызвать членов их семей, представителей с места работы, а также работников милиции, которые также помогают убедить больных в необходимости лечения. Лишь после того, как эти меры будут исчерпаны, больной может быть выписан, но обязательно по своему письменному заявлению на имя главного врача, в котором он указывает причину отказа от противоалкогольного лечения. Больного предупреждают, что этот отказ является основанием для направления на принудительное лечение. Распоряжение о выписке больного, перенесшего алкогольный психоз, без курса противоалкогольного лечения дает главный врач или его заместитель, при этом он обязан выяснить, почему не удалось убедить больного пройти курс противоалкогольного лечения.

При психотерапевтическом воздействии на больных, перенесших острые алкогольные психозы, нередко приходится встречаться с их некритическим отношением к своему состоя-

нию. Даже перенесенный психоз не пугает больного, и возникновение психотического состояния он пытается объяснить не пьянством, а другими причинами. Многие больные, особенно ранее не лечившиеся от алкоголизма, убеждены, что психоз у них возник «случайно», от «неумеренного» пьянства, а вот если они будут пить «умеренно», то «все будет в порядке». Другие больные, хотя и понимают, что психоз — следствие алкоголизма, утверждают, что они уже столь напуганы перенесенным психозом, что и без лечения «никогда пить не будут». Все попытки уклонения от противоалкогольного лечения должны встречать решительное противодействие врача, который убеждает больного в необходимости лечения и воздержания от алкоголя.

Для больных, перенесших алкогольные психозы, целесообразна групповая психотерапия по изложенной выше методике с обсуждением заболевания каждого больного. Необходимо также проводить соответствующую разъяснительную работу с родственниками больных, а при возможности — с представителями трудового коллектива.

Активное противоалкогольное лечение больных, перенесших острые алкогольные психозы, следует начинать после полного устранения продуктивной психопатологической симптоматики, восстановления критического отношения к перенесенному психозу и исчезновения постпсихотического астенического состояния. Больным, перенесшим абортивные и легкие формы алкогольных делириев, галлюцинозов и параноидов, активное лечение (если нет соматических противопоказаний) можно начинать через 5—7 дней после окончания психоза, перенесшим психозы средней тяжести — через 7—15 дней и лишь перенесшим тяжелые алкогольные делирии, затяжные галлюцинозы и бредовые психозы — в более отдаленные сроки, после ликвидации психических и соматических расстройств.

Условнорефлекторную и сенсибилизирующую к алкоголю терапию начинают после отмены нейролептических препаратов и проводят одновременно с приемом седативных средств, транквилизаторов, антидепрессантов, ноотропов. Целесообразно продолжать витаминотерапию, преимущественно прием витаминных препаратов внутрь, вливания растворов глюкозы, сульфата магния, тиосульфата натрия и др. Из седативных средств используют препараты брома, валерианы, пустырника, пассифлоры и др. При затянувшихся астенических состояниях назначают препараты фосфора, железа, мышьяка, стрихнин или секуринин, гормональные препараты, производные тестостерона, глутаминовую кислоту, метионин, пантокрин, экстракт алоэ, стекловидное тело, гепатотропные препараты (Лив-52 и др.), ноотропы (пирацетам, аминалон и др.).

Больным, перенесшим алкогольные психозы, показано лечение инсулином. Гипогликемические (дробные) дозы инсулина можно назначать одновременно с активным противоалкогольным лечением — 2—4 ЕД с постепенным повышением дозы до 12—30 ЕД, на курс 15—30 процедур. При показаниях (затянувшийся резидуальный бред, выраженные психопатоподобные изменения личности и др.) целесообразно проведение курса инсулинокоматозной терапии, а активное медикаментозное противоалкогольное лечение следует начать по окончании этого курса.

Наряду с медикаментозным лечением назначают общеукрепляющие физиотерапевтические процедуры (солено-хвойные или углекислые ванны, циркулярный или веерный душ, индуктотермия на область печени, электрофорез новокаина или йодида калия на воротниковую зону и др.).

Активное противоалкогольное лечение больным, перенесшим острые алкогольные психозы, должно проводиться особенно настойчиво, обязательно до полного подавления влечения к алкоголю и выработки выраженного отвращения к спиртным напиткам и их непереносимости.

Гипносуггестивная терапия практически не имеет противопоказаний и может применяться в наиболее ранние сроки лечения больных, перенесших острые алкогольные психозы, даже до ликвидации постпсихотического астенического состояния, при осложнениях со стороны внутренних органов и нервной системы. Больные, перенесшие алкогольные психозы, как правило, наиболее гипнабельны, у них легко наступают глубокие фазы гипнотического сна и реализуется внушенное отвращение к спиртным напиткам. Вполне понятно, что в раздел мотивированного внушения для этих больных необходимо ввести элементы предупреждения об опасности перенесенного психоза и возможности его повторения при нарушениях режима трезвости. Императивное внушение следует проводить по эмоционально-стрессовой методике с подкреплением спиртом Можно сочетать гипносуггестивную терапию с условнорефлекторными методиками или проводить их после окончания гипносуггестивных сеансов.

Условнорефлекторная терапия также хорошо переносится больными после острых алкогольных психозов. Ее можно назначать после отмены нейролептических препаратов и ликвидации постпсихотических астенических явлений. Больным, перенесшим абортивные и легкие формы острых алкогольных психозов, можно использовать различные модификации УРТ, руководствуясь общими противопоказаниями, перенесшим алкогольные делирии средней тяжести следует применять небольшие дозы апоморфина и рефлекторных рвотных средств, число сеансов не должно превышать 10 [Качаев А. К.,

Дудко Т. Н., 1980; Ураков И. Г. и др., 1981]. После тяжелого алкогольного делирия целесообразно использовать гипносуггестивную терапию. Введение апоморфина может привести к коллапсу.

Сенсибилизирующую к алкоголю терапию больным, перенесшим острые алкогольные психозы, следует проводить с использованием метронидазола, тинидазола или нитрофуранов (фуразолидон, фурадонин). Лечение этими препаратами можно назначать без ограничений, с алкогольными пробами, как правило, после курсов гипносуггестивной терапии и УРТ. Тетурам следует применять с осторожностью, алкогольно-тетурамовые пробы противопоказаны, для поддерживающего лечения тетурам можно назначать не ранее чем через 1—1,5 мес после легких и среднетяжелых психозов. После тяжелого делирия тетурам назначать не следует. Он плохо переносится больными и может обусловить осложнения — тетурамовые психозы.

Имплантация эспераля (радотера) возможна больным с установкой на лечение этим методом при отсутствии противопоказаний.

Поддерживающее лечение и диспансерное наблюдение за больными, перенесшими острые алкогольные психозы, следует проводить особенно тщательно. В течение года после психоза эти больные состоят под специальным наблюдением, они обязаны посещать нарколога не реже 1 раза в месяц. В случае срыва или рецидива алкоголизма показано немедленное его купирование, лучше в стационаре. Больным из сельской местности, населенных пунктов, удаленных от наркологических учреждений, целесообразно провести поддерживающее стационарное лечение через 8—12 мес после психоза с превентивной активной антиалкогольной терапией.

Лечение атипичных, затяжных и хронических алкогольных психозов, алкогольных энцефалопатий

К атипичным обычно относят острые алкогольные психозы с симптоматикой, соответствующей эндогенным психозам [Нижниченко Т. И., Гофман А. Г., 1985]. Эти психозы нередко возникают у больных, страдающих, кроме алкоголизма, различными заболеваниями внутренних органов и нервной системы, у пожилых, соматически ослабленных людей. Эти факторы способствуют возникновению и атипичному течению острых алкогольных психозов [Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1983]. В структуре атипичных алкогольных психозов (делириев и галлюцинозов) встречаются проявления деперсонализации, синдрома психического автоматизма, экспан-

сивный бред, депрессивные расстройства. Наиболее часто такие психозы возникают у больных алкоголизмом в сочетании с органическими поражениями мозга или заболеваниями сердечно-сосудистой системы — гипертонической болезнью, атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы в этих случаях возникают, как правило, при гипертоническом кризе после запоя. Они протекают на фоне расстроенного сознания с дезориентировкой, тревогой, страхом, растерянностью, психомоторным возбуждением, сопровождаются обильными и яркими сценоподобными зрительными и слуховыми галлюцинациями, нередко императивными, под влиянием которых больные могут совершать опасные поступки.

Лечение атипичных алкогольных психозов на фоне сосудистых заболеваний проводится теми же средствами, как и лечение соответственно среднетяжелых или тяжелых форм алкогольного делирия.

Для купирования психотического состояния, кроме оксибутирата натрия внутрь и седуксена, а также алкоголя с небольшими дозами барбамила, целесообразно ввести 1—2 мл 0,25% раствора рауседила внутримышечно или внутривенно (медленно) на 5—10 мл 40% раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия. Рауседил купирует и психотическое состояние и гипертонический криз. При отсутствии рауседила особое внимание обращают на средства для лечения церебральных сосудистых заболеваний (сульфат магния, эуфиллин, папаверин с дибазолом, но-шпа, гипотиазид и др.). После купирования психотического состояния целесообразно продолжить лечение большими дозами резерпина: по 0,0005—0,001 г (2—4 таблетки по 0,25 мг) 3—4 раза в день, курс лечения до 6 нед. Вместо резерпина можно использовать содержащие его препараты — раунатин (раувазан) по 0,004 г (2 таблетки) 2—3 раза в день, адельфан, бринердин.

Лечение резерпином и содержащими его препаратами с успехом применяют больным различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесшим инфаркт миокарда, страдающим заболеваниями печени, почек, поджелудочной железы и другими заболеваниями, являющимися противопоказанием для длительного применения нейролептических препаратов.

Острые алкогольные психозы у больных пожилого возраста (старше 60 лет) отличаются от психозов у больных молодого и среднего возраста: возникают, как правило, после значительно меньшей по длительности и тяжести алкогольной интоксикации, не сопровождаются столь резким психомоторным возбуждением и столь грубой неврологической симптоматикой. В клинической картине галлюцинозов преобладают идеи ущерба, преследования, чему соответству-

ют галлюцинаторные переживания, как правило, на депрессивном фоне.

При лечении пожилых больных используют более щадящие методы — снотворные препараты, оксибутират натрия дают внутрь, седуксен вводят внутримышечно, рауседил или небольшие дозы галоперидола — также внутримышечно. Интенсивно проводится дезинтоксикационная и симптоматическая терапия: сульфат магния с новокаином, витамины, дробные дозы инсулина, по показаниям — сердечные, гипотензивные, гепатотропные средства, обязательно ноотропы (пирацетам, аминалон, ацефен, пиридитол), физиотерапевтические процедуры и др. Активное противоалкогольное лечение также наиболее щадящее (гипносуггестивная терапия, отвар чебреца, метронидазол, нитрофураны).

Рецидивирующие и затяжные алкогольные психозы (делирии и галлюцинозы) могут включать атипичную полиморфную симптоматику: элементы психического автоматизма в форме псевдогаллюцинаций, аментивно-делириозные и онейроидные эпизоды, несистематизированный бред воздействия, обвинения. Эти психозы возникают нередко у больных старшего возраста, при большой давности и тяжести алкогольной интоксикации, иногда продолжаются 3 мес и более [Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1975]. При большей длительности необходима дифференциальная диагностика с шизофренией. Эти формы психозов имеют тенденцию к рецидивированию после возобновления злоупотребления алкоголем.

Купирование острого психотического состояния осуществляется нейролептическими препаратами, как при острых галлюцинозах и параноидах, сочетанием галоперидола с аминазином или левомепромазином, а также трифтазином, этаперазином, тиопроперазином, тиоридазином, алимемазином, хлорпротиксеном, трифлуперидолом и др. Эти же препараты дают внутрь в оптимальных для каждого больного дозах в течение 1—3 мес до полного исчезновения психопатологической симптоматики и восстановления критического отношения к перенесенному психозу. Наряду с нейролептическими препаратами применяют большие дозы витаминов, симптоматические средства. В процессе терапии не только снижают дозы нейролептиков, но возможна замена более активных препаратов «малыми» нейролептиками (хлорпротиксен, тиоридазин, карбидин и др.) или транквилизаторами. В ряде случаев показано лечение инсулином как в умеренных гипогликемических, так и в коматозных дозах (до 25 инсулиновых ком).

После полной ликвидации психотической симптоматики, восстановления критики к перенесенному психозу обязательно проводится активная противоалкогольная терапия.

Хронические алкогольные галлюцинозы встречаются срав-

нительно редко. Их трудно дифференцировать с шизофренией, особенно алкогольный галлюциноз с синдромом психического автоматизма и парафренными включениями. Хронический алкогольный галлюциноз не менее чем в половине случаев развивается у больных, ранее неоднократно перенесших делирии и острые галлюцинозы. Начавшийся психоз может непосредственно переходить из острого галлюциноза в хронический.

Клиническая картина хронического алкогольного галлюциноза характеризуется постоянными вербальными галлюцинациями при ясном сознании. «Голоса» обычно ругают больного, комментируют его действия, намерения, ощущения, советуют, как поступить, предсказывают будущее, иногда приказывают, угрожают. Больной постепенно привыкает к «голосам», не обращает на них внимания, иногда спорит с ними, ругается. В ряде случаев к слуховым галлюцинациям присоединяются бредовые идеи преследования, воздействия, отношения. При этом бредовые идеи систематизируются, становятся стойкими Иногда к галлюцинациям присоединяются отдельные проявления синдрома Кандинского—Клерамбо, идеи величия. Усложнение картины психоза связано с продолжающимся злоупотреблением алкоголя.

Хронические алкогольные галлюцинозы возникают у больных среднего возраста, обычно с большой давностью заболевания алкоголизмом — 10—15 лет и больше.

Галлюцинации и бредовые идеи сохраняются и в периоды воздержания от алкоголя, во время алкогольных эксцессов они обостряются.

Лечение хронических алкогольных галлюцинозов начинается в стационаре. Целесообразно комбинировать инсулинокоматозную терапию с длительным применением активных нейролептических препаратов. Одновременно назначают большие дозы витаминов, фосфорсодержащие препараты, глутаминовую кислоту, ноотропы.

Хронические алкогольные галлюцинозы плохо поддаются лечению, галлюцинации и бредовые идеи очень упорные, после алкогольных эксцессов они усиливаются. В связи с этим после курса стационарного лечения (2—4 мес) больным необходимо проводить поддерживающее лечение нейролептическими препаратами пролонгированного действия — фторфеназином-деканоатом (модитен-депо), флуспириленом (имап), пимозидом (орап) и др. В частности, Г. А. Виевская, А. Н. Виевский и соавт. (1984) при лечении 55 больных хроническим алкогольным параноидом с давностью заболевания 10 лет и более применяли пимозид до 1—2 мг 1 раз в день с увеличением дозы до 6—10 мг в день (1 или 2 приема в первой половине дня). Авторы сообщают о высокой эффективности лечения — полный выход из психоза у 12 больных, улуч-

шение — у 41 больного. Пимозид оказался эффективным при резистентности к другим нейролептикам.

Поскольку галлюцинации и бредовые идеи обостряются при возобновлении употребления спиртных напитков, больным необходимо проводить активное противоалкогольное лечение и тогда, когда не удалось полностью купировать психопатологическую продуктивную симптоматику. Предпочтение должно отдаваться различным методам УРТ, для поддерживающего лечения можно использовать метронидазол, нитрофураны. Тетурам применять не следует, чтобы не вызвать обострения. При возобновлении употребления спиртных напитков больных необходимо госпитализировать в наркологический стационар.

Алкогольный бред ревности — один из наиболее часто встречающихся хронических алкогольных психозов. Идеи ревности свойственны больным алкоголизмом, они обостряются в состоянии опьянения. Идеи ревности могут возникать в структуре острых алкогольных галлюцинозов и делириев и оставаться после исчезновения обманов восприятия и нарушения сознания. Чаще развивается стойкий бред с паранойяльной структурой или параноидными включениями. Идеи ревности при этом полностью овладевают больным, не исчезают и в периоды длительного воздержания от алкоголя, хотя в состоянии опьянения обостряются и делают больного чрезвычайно опасным для жены, мнимых любовников и других лиц, включенных в круг бредовых переживаний. Нередко бред бывает ретроспективным, особенно в пожилом возрасте: больной считает, что жена изменяла ему раньше, даже много лет назад, и требует от нее «признания». Е. И. Тереитьев (1978) считает, что, истязая жен, требуя от них «признания» в неверности, больные испытывают садистически-мазохистское наслаждение. Некоторые авторы связывали возникновение бреда ревности с импотенцией, но G. Laux, F. Reimer (1979) указывают, что потенция у больных с бредом ревности может быть не изменена. К идеям ревности в некоторых случаях присоединяются идеи отравления, преследования, конфабуляции.

В состоянии опьянения больные, страдающие алкогольным бредом ревности, вследствие притупления чувства ответственности могут совершать жестокие преступления (нанесение тяжких телесных повреждений, убийства). В связи с большой социальной опасностью они подлежат немедленной принудительной госпитализации в психиатрическую больницу. Выявив в объективном анамнезе алкогольный бред ревности, врач обязан разъяснить жене и другим родственникам опасность создавшегося положения и потребовать немедленной госпитализации больного. При отказе родственников от гос-

питализации больного врач берет у них расписку о том, что они предупреждены о создавшемся положении.

Больные с алкогольным бредом ревности в больнице нередко диссимулируют свое состояние, уговаривают жену и родственников взять их из больницы до окончания лечения.

Для выявления диссимуляции бреда ревности можно использовать пробу Н. В. Канторовича — растормаживание этиловым спиртом. Больному внутривенно вводят 30—50 мл 20% раствора этилового спирта в дистиллированной воде. Больной не знает, что ему ввели. Через 10—15 мин наступает опьянение, во время которого бредовые идеи обостряются, больной становится откровеннее, высказывает свои бредовые переживания [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1968].

Лечение алкогольного бреда ревности осуществляется в психиатрических стационарах длительными курсами с использованием нейролептических препаратов выраженного антипсихотического действия, инсулинокоматозной терапии, симптоматических средств, активного психотерапевтического воздействия. По мнению В. В. Сырейщикова, Л. В. Хохлова (1985), возможна трансформация идей ревности в затяжные атипичные психозы с синдромами Кандинского — Клерамбо, парафрении, псевдопаралитический синдром при длительном применении нейролептических препаратов, особенно фенотиазинового ряда.

По мнению А. Г. Гофмана, Т. И. Нижниченко (1985), психозы с синдромом Кандинского — Клерамбо, парафренными включениями могут наблюдаться лишь в рамках галлюцинозов, в остальных случаях речь идет о шизофрении.

При глубоких и стойких идеях ревности терапию следует начинать с инсулиновых ком (25—30 глубоких гипогликемических состояний). Одновременно проводится интенсивная дезинтоксикационная терапия с использованием больших доз витаминов, особенно витамина B_1. По окончании инсулинокоматозной терапии переходят к лечению нейролептическими препаратами — назначают галоперидол внутримышечно до 15 мг/сут [Валеева А. М., 1984] по 1 мл 0,5% раствора 2—3 раза в день, трифлуперидол (триседил) до 7,5 мг/сут по 1 мл 0,25% раствора 2—3 раза в день, можно использовать трифтазин (стелазин) до 60 мг/сут, тиопроперазин (мажептил) до 60 мг/сут и другие препараты. Длительность внутримышечного введения нейролептиков определяется состоянием. У больных, резистентных к лечению нейролептическими препаратами, при сохранении бредовых идей ревности, а тем более при их сочетании с идеями отношения, преследования нейролептики целесообразно назначать после курса пирогенной терапии (3—5 мл 1% раствора сульфозина внутримы-

шечно ежедневно или через день, 10 инъекций на курс). В период сульфозинотерапии возможно обострение идей ревности. По окончании курса пирогенной терапии проводится интенсивное лечение нейролептическими препаратами парентерально.

При лишь сверхценных идеях ревности, нестойких бредовых идеях у больных с противопоказаниями к инсулинокоматозной терапии лечение можно начинать непосредственно с нейролептических препаратов (с предшествующей сульфозинотерапией или без нее).

Нейролептические препараты вводят внутримышечно не более месяца, а затем переходят на прием этих препаратов внутрь. Дозы препаратов следующие: галоперидола — до 40 мг/сут, трифлуперидола — до 8 мг/сут, тиопроперазина (мажептил) — до 90 мг/сут [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1968], метеразина — 100—300 мг/сут [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981], трифтазина (стелазин) — до 60 мг/сут [Валеева А. М., 1984] в течение 2—3 мес.

При длительном применении нейролептических препаратов в больших дозах может возникнуть нейролептический синдром, как правило, сопровождающийся обострением идей ревности. В связи с этим одновременно с нейролептическими препаратами необходимо применение корректоров — циклодола (артан, паркопан) — по 0,002—0,005 г 1—2 раза в день, ридинола в тех же дозах, тропацина по 0,005—0,01 г 2 раза в день, динезина по 0,1 г 2—3 раза в день, которые устраняют или уменьшают проявления нейролептического синдрома (тремор, акатизия и др.).

Лечение антипсихотическими средствами необходимо сочетать с постоянным психотерапевтическим воздействием. Убеждая больного в болезненном характере идей ревности, не следует доказывать их нелепость — это, как правило, бесполезно и может вызвать у больного подозрение, что врач находится под влиянием жены больного, из-за чего теряется доверие к врачу. Основное внимание следует сосредоточить на том, что поведение больного неправильное вследствие алкоголизма, а после лечения и воздержания от алкоголя эти мучительные мысли исчезнут. Выписать больного можно только тогда, когда бред ревности подвергся дезактуализации и исчезли агрессивные тенденции.

Активное противоалкогольное лечение обязательно должно проводиться всем больным, поступившим по поводу алкогольного бреда ревности. Без курса такого лечения больного нельзя выписывать из стационара. Активное лечение проводится либо после окончания курса нейролептической терапии, либо во время перерыва в приеме нейролептических препаратов.

Противоалкогольное лечение должно включать наиболее активные методы: эмоционально-стрессовую гипнотерапию, БАРС и сочетания больших доз апоморфина с рефлекторными рвотными средствами, абрифид с алкогольными пробами, метронидазол, тинидазол, нитрофураны (фуразолидон, фурадонин) с алкогольными пробами, имплантацию эспераля (радотера). При УРТ необходимо добиться стойкого отвращения к алкоголю (III и IV степени) и непереносимости спиртных напитков. По окончании курса активной терапии в стационаре назначают поддерживающее лечение с использованием нитрофуранов, трихопола, тинидазола. Тетурам следует назначать с большой осторожностью, кратковременными курсами и в небольших дозах (до 0,3 г/сут).

Больные алкогольным бредом ревности нередко уклоняются от противоалкогольного лечения, требуют выписки, уговаривают жену и родственников выписать их под расписку, вопреки рекомендации врача. В таких случаях ввиду возможных опасных действий больного по бредовым мотивам вопросы выписки (как и госпитализация) решаются в соответствии со ст. 56 Закона РСФСР о здравоохранении (и соответствующих статей законов о здравоохранении других союзных республик) комиссией психиатров.

Больных алкогольным бредом ревности целесообразно в течение 3 лет ремиссии оставлять под совместным наблюдением психиатра и нарколога. При возобновлении злоупотребления алкоголем бредовые идеи ревности проявляются вновь, поэтому обязательно поддерживающее противоалкогольное лечение в амбулаторных условиях. Проводят курсы поддерживающего лечения также и в стационаре.

При обострении бредовых идей ревности, а тем более при возобновлении употребления спиртных напитков больные алкогольным бредом ревности подлежат немедленной госпитализации в психиатрическую больницу, при отказе от лечения — в принудительном порядке.

Если длительное и неоднократно повторявшееся лечение оказывается неэффективным, а поведение больных остается опасным, их следует помещать в психиатрические больницы для длительной изоляции. В ряде случаев прекращение семейных отношений (развод с женой) приводит к дезактуализации бредовых идей ревности.

Алкогольные энцефалопатии — наиболее тяжелые проявления алкоголизма, по современным представлениям [Демичев А. П., 1970, 1972; Шумский Н. Г., 1974; Кузнецов О. Н., Чуркин Е. А., Калина О. М., 1979; Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1988, Enkin M., 1957; Pluvinagl R., 1965; Feurlein W., 1981] они объединяют ряд описанных ранее заболеваний, возникающих у больных алкоголизмом, патологоана-

томическим субстратом которых являются поражения сосудистой системы сосцевидных тел, ядер подбугровой области, стенок III желудочка, зрительного бугра, а также белого вещества мозжечка и мозолистого тела. В литературе наиболее часто описываются алкогольная энцефалопатия Гайе — Вернике и алкогольный амнестический психоз Корсакова. А. П. Демичев (1970) считает алкогольную энцефалопатию Гайе — Вернике и алкогольный амнестический психоз Корсакова единым заболеванием и называет его болезнью Гайе — Вернике — Корсакова. К энцефалопатии Гайе — Вернике относятся острые и подострые формы этого заболевания, а к амнестическому психозу Корсакова — хронические формы. К алкогольным энцефалопатиям относятся выделенные ранее как самостоятельные формы с дегенерацией мозолистого тела (болезнь Маркиафавы — Биньями), ламинарный кортикальный склероз (Мореля), центральный некроз моста и хронические алкогольные энцефалопатии — алкогольный псевдопаралич и мозжечковая атрофия (Лермитта). Алкогольные энцефалопатии объединены общим патогенетическим механизмом — токсическим воздействием алкоголя и его метаболитов, нарушением витаминного баланса и прежде всего B_1-гиповитаминозом.

Острая и подострая алкогольная энцефалопатия типа Гайе — Вернике возникает у больных алкоголизмом с большой давностью заболевания — 6—10 лет и более, во II—III и III стадиях, после тяжелой алкогольной интоксикации, употребления суррогатов и плодово-ягодных вин. Заболеванию может предшествовать продромальный период продолжительностью 1—2 мес с диспепсическими расстройствами, головной болью, головокружением, общей слабостью, кратковременными расстройствами сознания в форме дезориентировки, спутанности.

Острая алкогольная энцефалопатия клинически ничем не отличается от тяжелого алкогольного делирия. Она начинается с делириозного синдрома, сопровождающегося иллюзорными и галлюцинаторными обманами восприятия, психомоторным возбуждением, глубоким расстройством сознания. В начальном периоде у 30% больных бывают развернутые судорожные припадки с тонической и клонической фазами, иногда по нескольку припадков в день, выраженные диспепсические расстройства (боль в животе и подложечной области, поносы, чередующиеся с запорами, метеоризм, тошнота, многократная рвота). Нередко у больных алкогольной энцефалопатией ошибочно диагностируют пищевое отравление и госпитализируют в терапевтическое или инфекционное отделение. В последующие дни психомоторное возбуждение ослабевает, нарастают дезориентировка, оглушенность, делириозные

расстройства (профессиональный, гиперкинетический или мусситирующий делирий), возможны развитие аментивного состояния, в наиболее тяжелых случаях — переход в сопор и кому.

Неврологические расстройства представлены непроизвольными движениями (больные «обираются», натягивают на себя одеяло), гиперкинезами, изменением тонуса мышц от гипотонии до гипертонии и тетаноидных судорог, асимметричным птозом, нистагмом, миозом, анизокорией, вялой реакцией зрачков на свет, рефлексами орального автоматизма, хватательными, патологическими рефлексами.

Общесоматическое состояние тяжелое: общая слабость, тахикардия до 120—140 уд/мин, аритмия с экстрасистолами, лабильность и колебания артериального давления, тенденция к артериальной гипотонии с коллапсом, учащение дыхания и нарушения его ритма, временами периодическое дыхание типа Чейна — Стокса, нарушения глотания. Температурная кривая волнообразная с падением до 35 °С и повышением до 37—38 °С в более легких случаях и до 40—41 °С — в тяжелых. В крови лейкоцитоз в сочетании с лимфопенией, СОЭ до 50—60 мм/ч.

В подострых случаях симптоматика та же, но развивается не столь бурно. При тяжелых, «сверхострых» формах на 2—5-й день болезни наступает смерть, при более легких формах, а главное при правильном и энергичном лечении с 3—10-го дня болезни начинается улучшение. Заболевание длится 3—6 нед, заканчивается более или менее выраженным психоорганическим синдромом, иногда слабоумием.

Алкогольный корсаковский амнестический психоз является хронической формой алкогольной энцефалопатии.

Некоторые авторы [Банщиков В. М., Борзенков И. В., 1983, и др.] считают, что корсаковский амнестический психоз следует рассматривать как самостоятельную нозологическую форму, не объединенную с алкогольной энцефалопатией типа Гайе — Вернике. Однако в настоящее время корсаковский психоз часто не сопровождается полиневритом в классической форме «алкогольного паралича», описанного С. С. Корсаковым. Корсаковский амнестический психоз встречается сравнительно редко (по данным А. Г. Гофмана, 1986, 1,7% всех психозов), в большинстве случаев он развивается остро: после массивной и длительной алкогольной интоксикации возникает тяжелый алкогольный делирий, напоминающий энцефалопатию Гайе — Вернике, с высокой температурой, тошнотой, рвотой, спутанностью сознания. После прояснения сознания выявляются типичные амнестические расстройства: фиксационная амнезия (невозможность запоминания), дезо-

рнентировка во времени и ложные воспоминания (конфабуляции).

Кроме фиксационной амнезии, имеется ретроградная амнезия на события, предшествующие заболеванию от нескольких недель до нескольких лет. Конфабуляциями больные пытаются заполнить амнезированные периоды жизни. В связи с фиксационной амнезией больные полностью дезориентированы во времени, плохо ориентируются в окружающей обстановке. Несмотря на сохранение запасов прежних знаний и навыков, они обычно не в состоянии выполнять какую-либо работу, становятся совершенно беспомощными. Нередко наблюдаются апатико-абулические расстройства.

В ряде случаев заболевание развивается постепенно с кристаллизацией корсаковского амнестического синдрома [Банщиков В. М. и др., 1981; Гасанов Х. А., Ахундов Н. Г., 1985]. При этом больные сравнительно долго сохраняют работоспособность, но исход такой формы, так же как начинающейся остро, с синдромом спутанности сознания, неблагоприятный — псевдопаралитическое слабоумие.

Неблагоприятными исходами являются амнестическое и простое слабоумие, относительно благоприятным считается органическое снижение личности [Гасанов Х. А., Ахундов Н. Г., 1985] после своевременного и энергичного лечения у больных относительно молодого возраста (моложе 50 лет).

Алкогольный псевдопаралич — также редкая форма алкогольной энцефалопатии, клинически характеризуется резким снижением уровня суждений, отсутствием критического отношения к себе и к окружающей ситуации, благодушием, эйфорией, нередко сопровождающейся идеями и даже бредом величия (симптоматика напоминает дементную или экспансивную форму прогрессивного паралича). Неврологические нарушения (зрачковые расстройства, дизартрия, судорожные припадки) соответствуют расстройствам при алкогольной энцефалопатии Гайе — Вернике. Начало заболевания либо острое, после алкогольного делирия или острой алкогольной энцефалопатии типа Гайе — Вернике, либо постепенное с затяжным или даже ремиттирующим течением. Прогредиентное течение алкогольного псевдопаралича, как правило, бывает при сочетании с органическими заболеваниями головного мозга, чаще с атеросклерозом. При регредиентном течении после энергичной терапии исходом может быть неглубокая деменция.

Лечение всех форм алкогольных энцефалопатий — острых, подострых, затяжных, хронических, корсаковского амнестического синдрома включает большие дозы витамина B_1 как средства патогенетической терапии. Чем раньше начато и чем энергичнее проводится лечение витами-

ном B_1, тем лучше прогноз. При острых формах энцефалопатии Гайе — Вернике своевременное применение больших доз витамина B_1, а также всех средств, назначаемых при тяжелом алкогольном делирии, предупреждает летальный исход, быстро купирует психотическую и неврологическую симптоматику, способствует выходу из психоза с наименьшим дефектом. При корсаковском психозе и алкогольном псевдопараличе большие дозы витамина B_1 значительно улучшают прогноз.

В первые дни лечения применяются ударные дозы витамина B_1 — 1—2 г (!) в день и даже больше, обязательно внутривенно по 3—5 мл 6% раствора тиамина бромида на 10—15 мл 40% раствора глюкозы 1—3 раза в день, а также внутримышечно по 2—3 мл 6% раствора в комплексе с витаминами С и РР. Парентерально вводят 300—500 мг тиамина бромида, остальную дозу (0,5—1,5 г) дают внутрь в витаминной смеси, содержащей не менее 0,25—0,3 г (!) витамина B_1, а также большие дозы других витаминов — 0,1—0,2 г никотиновой кислоты, 0,2—0,3 г аскорбиновой кислоты, 0,02 г рибофлавина, 0,1—0,2 г пиридоксина, 0,01 г фолиевой кислоты, в первые дни 3—5 раз в день. Такие ударные дозы витамина B_1 и других витаминов назначают на 5—10 дней, после чего дозу постепенно снижают, но курс лечения длится не менее 2—3 мес.

При наиболее тяжелых формах алкогольной энцефалопатии, когда больной не может принимать лекарства внутрь, витамин B_1 вводят внутривенно капельно в дезинтоксикационном полиионном растворе, но его дозы должны быть не 5 мл, а 20—25 мл 6% раствора. Соответственно увеличивают дозы других витаминов (С и РР). Суточная доза никотиновой кислоты должна составлять 0,5—1 г, аскорбиновой кислоты — 1 г и более, рибофлавина — 0,05—0,08 г.

Витамин B_6 (пиридоксин) и витамин B_{12} также нужно вводить внутримышечно, но не в одном шприце с витамином B_1, так как они нейтрализуют его действие.

При тяжелых формах алкогольной энцефалопатии типа Гайе — Вернике, кроме витамина B_{12}, применяют гепатотропные средства (сирепар по 3 мл внутримышечно ежедневно в течение 25—40 дней), а также липотропные препараты.

Из симптоматических средств в острых состояниях при энцефалопатии применяют 5—10 мл 25% раствора сульфата магния внутримышечно на 5 мл 2% раствора новокаина или внутривенно на 10—15 мл 40% раствора глюкозы. По показаниям назначают кордиамин, коразол, лобелин, цититон, эфедрин, коргликон и др. Рекомендуется применение больших доз стрихнина — по 1—2 и даже по 3—4 мл 0,1% раствора 3—5 раз в день [Демичев А. П., 1970]. Для предупреждения

коллаптоидных состояний назначают преднизолон — в экстренных случаях 1 мл 3% раствора гидрохлорида преднизолона внутримышечно 1—2 раза в день, в дальнейшем внутрь по 0,005 г 1—2 раза в день.

Нейролептические препараты, особенно фенотиазинового ряда, при алкогольных энцефалопатиях, как острых (типа Гайе — Вернике), так и хронических (корсаковском психозе) назначать не следует по тем же причинам, о которых говорилось при лечении тяжелых форм алкогольного делирия. Для купирования психомоторного возбуждения и делириозного синдрома лучше использовать этиловый алкоголь и барбитураты, другие снотворные препараты (хлоралгидрат) в сочетании с антигистаминными средствами (димедрол, дипразин), седуксен внутримышечно в сочетании с оксибутиратом натрия (при возможности — внутрь). Лишь при особенно тяжелом возбуждении применяют галоперидол, в сочетании с седуксеном внутримышечно, хлорпротиксен в приведенных выше дозах в течение 2—4 дней.

Пирацетам — с успехом применяют для купирования острых состояний при алкогольной энцефалопатии (совместно с антигистаминными препаратами, барбамилом и др. или самостоятельно) внутривенно или внутримышечно по 2—6 г/сут (10—30 мл 20% раствора) в течение 2—3 дней с переходом на прием препарата внутрь в дозах 1,2—3,2 г/сут. Пирацетам назначают в первые дни парентерально, а в дальнейшем внутрь при подострых и хронических формах алкогольных энцефалопатий (в том числе корсаковского психоза) как средство восстановительной терапии.

Курс лечения пирацетамом занимает от 2 нед до 6 мес, его можно чередовать с курсом лечения аминалоном в больших дозах — 1—1,5 г (4—6 таблеток по 0,25 г) 3 раза в день, курс лечения также от 2 нед до 4 мес, а также с пиридитолом (энцефабол) по 0,3 г 2—3 раза в день, ацефеном по 0,3 г 3 раза в день.

Кроме ноотропов, для восстановительного лечения используют большие дозы витаминов, в том числе витамина B_{15} (пангамат кальция) — по 0,05 г 3—4 раза в день, глутаминовую кислоту, фосфорсодержащие, гормональные препараты по показаниям и др.

Больным корсаковским психозом целесообразно назначать психостимуляторы — кофеин по 0,1 г 2—3 раза в день, сиднокарб по 0,01—0,025 г 1—2 раза в день (в первую половину дня), меридил (центедрин) по 0,01—0,02 г 2—3 раза в день в течение 1—3 мес.

При алкогольном псевдопараличе назначают йодистые препараты, показан также бийохинол по 3 мл 2 раза в неделю (18—20 мл на курс).

Активное противоалкогольное лечение больных, перенесших алкогольные энцефалопатии, можно проводить не ранее чем через 2—3 мес после полной ликвидации психотической симптоматики при условии нормализации состояния нервной системы и внутренних органов. Применяют гипносуггестивную терапию, немедикаментозные методы лечения (иглорефлексотерапия, электротерапия), отвар чабреца, из сенсибилизирующих средств — метронидазол, нитрофураны. Больным, перенесшим алкогольные энцефалопатии, тетурам противопоказан.

Больных, перенесших алкогольные энцефалопатии, больных корсаковским психозом, должны совместно наблюдать психиатр и нарколог.

В случае возобновления употребления спиртных напитков больных немедленно госпитализируют для предупреждения рецидива.

ГЛАВА 6

Купирование некоторых психопатологических состояний у больных алкоголизмом. Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с психическими заболеваниями (вторичный алкоголизм). Особенности клиники и лечения сочетаний алкоголизма с наркоманиями и токсикоманиями

Особенности терапии при основных психопатологических синдромах у больных алкоголизмом

У больных алкоголизмом часто встречаются психопатологические синдромы, требующие специального лечения. По данным W. S. Balcerzak, N. G. Hoffmann (1985), у 70% больных алкоголизмом имеются выраженные психические расстройства, у 32% эти расстройства проявляются независимо от употребления алкоголя.

Кроме эпилептиформного, наиболее часто встречаются депрессивный, астеноневротический и неврозоподобный, психопатический и психопатоподобный синдромы.

Лечение эпилептиформного (судорожного) синдрома. Судорожные припадки у больных алкоголизмом возникают часто во II и особенно в III стадии заболевания: по данным А. Г. Гофмана, В. И. Бегунова (1980) — у 5%, H. Keiserlingk, M. Voigt (1979) — у 12%. Вопрос о так называемой алкоголь-

ной эпилепсии до сих пор остается спорным. Раньше алкогольную эпилепсию выделяли как самостоятельное заболевание (В. М. Бехтерев и В. Я. Анфимов, И. В. Стрельчук, С. Г. Жислин). В последние годы алкогольной эпилепсией называли судорожный синдром, непосредственно связанный с алкогольной интоксикацией и исчезающий при длительном воздержании от алкоголя. Некоторые авторы считают, что термин «алкогольная эпилепсия» вообще не следует употреблять, а нужно говорить об алкогольных судорожных проявлениях. Однако А. И. Болдырев (1971, 1984) четко разграничивает понятия «алкогольный эпилептический синдром» и «алкогольная эпилепсия». К алкогольному эпилептическому синдрому он относит судорожные припадки, возникающие у больных алкоголизмом в состоянии опьянения, абстиненции, во время алкогольных психозов, т. е. непосредственно связанные с алкогольной интоксикацией, а алкогольной эпилепсией называют только те случаи, при которых ведущей становится эпилептическая симптоматика, припадки возникают и без приема алкоголя, имеются специфические для эпилепсии изменения психики. А. И. Болдырев выявил алкогольную эпилепсию у 7,5% всех больных эпилепсией (мужчин и женщин) старше 30 лет.

Алкогольный эпилептический синдром чаще бывает у больных алкоголизмом, перенесших травму черепа или страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга. Припадки обычно возникают в абстиненции, хотя могут быть и на высоте опьянения, а также утром после тяжелых запоев [Войцеховский В. О., 1985].

Для судорожных припадков у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции характерны отсутствие ауры, менее интенсивная фаза тонических и более интенсивная фаза клонических судорог, отсутствие непроизвольного мочеиспускания. Редко наблюдаются малые припадки, приступы типа диэнцефальных кризов, в единичных случаях бывают эпилептический статус, явления амбулаторного автоматизма, сумеречные расстройства сознания. Более типичны для больных алкоголизмом с судорожным синдромом депрессивно-дисфорические расстройства настроения в состоянии абстиненции вплоть до приступов беспричинной тоски, беспокойства, ярости.

Лечение больных алкоголизмом с эпилептическим синдромом заключается в энергичной симптоматической и дезинтоксикационной терапии с обязательным применением 25% раствора сульфата магния по 5—10 мл внутримышечно или внутривенно на 10—15 мл 40% раствора глюкозы, а также диуретина по 0,25—0,5 г 3 раза в день с амидопирином по 0,25 г. При единичных и редких припадках (не чаще 1—2 при-

падков в год) такого лечения достаточно, и с прекращением употребления спиртных напитков припадки не возобновляются.

При частых припадках и тогда, когда они не прекращаются и в период противоалкогольного лечения, т. е. при сочетании алкоголизма с органическим поражением мозга, назначают противосудорожные средства. Лечение проводится теми же средствами, что и лечение больных эпилепсией.

В стационаре наиболее целесообразно применение противосудорожной смеси М. Я. Серейского, хотя ее можно использовать и в амбулаторных условиях. Ее состав: фенобарбитала 0,05 (0,07—0,1—0,15) г, бромизовала 0,2 (0,3) г, кофеина 0,015 (0,02) г, папаверина гидрохлорида 0,03 (0,04) г или тифена 0,05 (0,06) г, глюконата кальция 0,5 (1,0) г — по 30 порошков. По 1 порошку 2—3 раза в день.

Поскольку смесь М. Я. Серейского, особенно содержащая большие дозы фенобарбитала (0,1—0,15 г), может вызвать сонливость, апатию, подавленность, в амбулаторных условиях лучше использовать смесь такого состава: фенобарбитала и дифенина по 0,05 г, бромизовала 0,1 г, гексамидина 0,15 г, бромкамфоры 0,4 г, глюконата кальция 0,5 г. Ее назначают по 1 порошку 2—3 раза в день в течение 3—4 нед с последующим поддерживающим лечением.

Если фенобарбиталом, гексамидином и дифенином купировать припадки не удается, то назначают бензонал по 0,1—0,3 г 2—3 раза в день. Если судорожные припадки сопровождаются приступами психомоторного возбуждения, кратковременными сумеречными состояниями сознания, то показан хлоракон по 1 г 2—3 раза в день с постепенным повышением доз. При малых припадках назначают триметин по 0,1—0,2 г 2—3 раза в день

При частых припадках, по 5—8 в день, больным повторно вводят раствор сульфата магния, хлорида или глюконата кальция, 2—4 мл 0,5% раствора седуксена внутримышечно, делают клизмы с хлоралгидратом, внутримышечно вводят барбамил и внутривенно — гексанал или тиопентал-натрий. Аналогичные мероприятия проводятся при эпилептическом статусе. В этих случаях вводят внутривенно медленно 2—4 мл 0,5% раствора седуксена на 20 мл 40% раствора глюкозы. Одновременно дают внутрь или вводят в клизме 100—200 мл 30—40% раствора этилового спирта.

Активное противоалкогольное лечение можно начинать через 2—3 нед после последнего припадка. Применение условнорефлекторных методик с небольшими дозами апоморфина (0,1—0,2 мл 1% раствора), эметина или рефлекторных рвотных средств допустимо лишь больным с редкими судорожными припадками. Лечение тетурамом и нитрофуранами

с алкогольными пробами этим больным, как правило, противопоказано Без ограничений можно использовать гипносуггестивную терапию, никотиновую кислоту с тиосульфатом натрия, отвар чебреца, метронидазол, тинидазол. В качестве поддерживающего лечения можно назначать небольшие дозы тетурама (0,15—0,3 г/сут), нитрофураны. Желательны повторные электроэнцефалографические исследования для контроля за динамикой судорожной активности головного мозга.

Лечение депрессивных состояний и невротических расстройств у больных алкоголизмом. Депрессивные состояния встречаются у больных алкоголизмом довольно часто. По данным K. O'. Sullivan и сотр. (1983), выраженные аффективные нарушения имеются у 5—9% больных алкоголизмом. W. Fleischhacker, K. Kryspin-Exner (1986) считают наиболее характерными для больных алкоголизмом депрессивный, амнестический и дисфорический синдромы, реже отмечают маниакальный и параноидный. При длительном воздержании от алкоголя все эти психопатологические проявления исчезают.

Признаками депрессивного состояния являются расстройства сна, снижение аппетита с похуданием, апатия, ажитация или заторможенность, потеря интереса к обычным занятиям, ухудшение концентрации внимания, размышления о смерти и суицидальные тенденции. Депрессивные состояния обусловлены, как правило, семейными и служебными неприятностями. Опасность этих состояний заключается в том, что больные в опьянении или похмелье могут совершать суицидальные попытки по совершенно неадекватному незначительному поводу На частоту суицидальных попыток у больных алкоголизмом указывают В. П. Коваленко (1980), Т. А. Климушева и соавт. (1980), И. М. Елисеев (1980, 1981), А. М. Красильников (1983), Е. Г. Трайнина (1985). По данным этих авторов, алкоголизм занимает первое место среди причин, приводящих к суицидальным действиям, причем эти действия у больных алкоголизмом импульсивные и совершаются в состоянии депрессии.

Значительно реже алкоголизм сочетается с различными формами эндогенных депрессий. В частности, циклическими депрессивными состояниями обусловлено упоминавшееся выше запойное пьянство по типу «истинной дипсомании». Приступ начинается внезапно с тоски, тревоги, раздражительности, сопровождающихся непреодолимым влечением к алкоголю. В первые дни запоя больные поглощают огромные количества алкоголя — до 2 л водки, употребляют суррогаты, ничего не едят. С 4—5-го дня запоя толерантность к алкоголю снижается, но запой длится иногда до 2 нед и более, заканчивается резкой слабостью, общим тяжелым состоянием.

Больные испытывают отвращение к алкоголю. В межзапойный период (иногда до нескольких месяцев) больные также испытывают отвращение к алкоголю. Хотя такие приступы встречаются в настоящее время редко, начало запоя с депрессии характерно для III стадии алкоголизма в форме периодических (циклических) запоев.

В связи с возможностью суицидальных попыток выраженные депрессивные состояния являются прямым показанием к госпитализации больных.

Лечение депрессивных состояний у больных алкоголизмом должно быть комплексным, с обязательным проведением психотерапии, использованием антидепрессантов в сочетании с психостимуляторами, нейролептическими препаратами, транквилизаторами.

При субдепрессивных и легких депрессивных состояниях наряду с общеукрепляющими и дезинтоксикационными средствами применяют ноотропы, транквилизаторы и антидепрессанты с седативным эффектом. Наиболее показаны в этих случаях азафен и сиднофен [Тресков В. Г., Сухотина Н. К., Шевелева О. С., 1984]. Азафен назначают по 0,025—0,05 г/сут с последующим повышением доз до оптимальных — 0,15—0,2 г/сут (0,05 г 3—4 раза в день). Сиднофен отличается от азафена более выраженным стимулирующим эффектом, поэтому показан при астенодепрессивных состояниях, назначается в первую половину дня по 0,005—0,01 г 2 раза в день.

Одновременно назначают седативные средства (микстуры с пустырником, валерианой, пассифлорой, бромом, кофеином, бромкамфора, беллатаминал, беллоид, отвар чебреца), на ночь — антигистаминные препараты (лучше тавегил), ноотропы (пирацетам, фенибут, пантогам, пиридитол, ацефен). Из транквилизаторов лучше назначать феназепам, амизил, мебикар, оксилидин, грандаксин, гиндарин, а также препараты бензодиазепинового ряда (сибазон, хлозепид) — на короткие сроки ввиду опасности привыкания к ним.

При более выраженных и длительных тревожно-депрессивных состояниях с ипохондрическими и дисфорическими компонентами показано сочетание антидепрессантов и нейролептических препаратов. Из антидепрессантов наряду с амитриптилином и близкими к нему по действию препаратами (герфонал, фторацизин) применяют антидепрессанты с выраженным стимулирующим свойством — инказан и цефедрин. Психотропные препараты в комплексном лечении подбирают индивидуально, это амитриптилин в сочетании с левомепромазином, алимемазином, перициазином (при тревожно-депрессивных состояниях), хлорпротиксеном (состояниях тревоги), тиоридазином (при тревожно-депрессивных и астенодепрессивных состояниях), резерпином (у пожилых больных, осо-

бенно при повышении артериального давления, состояниях тревоги), карбидином (при депрессивно-ипохондрических и депрессивно-дисфорических расстройствах).

Антидепрессанты, нейролептические препараты, транквилизаторы и их комбинации применяют длительными курсами — 2—4 мес и более. Начинается терапия, как правило, в стационаре, продолжается в амбулаторных условиях, как элемент поддерживающего (противорецидивного) лечения.

При очень затяжных депрессивных и астенодепрессивных синдромах назначаются многомесячные курсы лечения препаратами лития по описанной выше методике.

Лечение депрессивных состояний у больных алкоголизмом должно проводиться настойчиво, так как оно предупреждает рецидивы алкоголизма, практически неизбежные без такого лечения [Jacob M. S., Sellers E. M., 1978].

Больные, страдающие «истинной дипсоманией», подлежат стационарному лечению, так как прервать запой в амбулаторных условиях, как правило, не удается. После купирования запоя назначают антидепрессанты (азафен, пиразидол) в сочетании с транквилизаторами, а также бромиды, раствор сульфата магния с глюкозой внутривенно. И. В. Стрельчук (1973) рекомендует внутривенное введение 1—2 мл 1% раствора аденозинтрифосфорной кислоты на 10—15 мл 40% раствора глюкозы, 5—8 ежедневных вливаний, гипогликемические дозы инсулина (5—20 ЕД) в течение 3—4 нед. После такого лечения обязательно проводят курс активной противоалкогольной терапии

Невротические расстройства, как упоминалось выше, весьма часты в клинике алкоголизма и возникают как в периоды злоупотребления алкоголем и абстиненции, так и во время ремиссий. По данным J. D Beasley (1986), из 12 488 больных неврозами 21%, кроме того, страдали алкоголизмом.

Наиболее часто встречаются различные астенические и астеноневротические проявления (беспокойство, непоседливость, раздражительность, сменяющиеся вялостью, утомляемостью, разбитостью, нарушения сна, вегетативные расстройства) При этих состояниях наряду с общеукрепляющими средствами, витаминами применяют небольшие дозы транквилизаторов (мепробамат, триоксазин, хлордиазепоксид, сибазон, амизил, оксилидин и др) или нейролептиков с мягким седативным действием (тиоридазин, хлорпротиксен и др.).

Нередко бывают психопатоподобные проявления в форме приступов раздражительности, гневливости, брутальной злобности, иногда с агрессивными действиями. При таких состояниях показаны перициазин, сибазон, хлорпротиксен [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1975] сравнительно длительными курсами.

Истерические состояния также нередко возникают у больных алкоголизмом и проявляются в приступах безудержных рыданий, театральном поведении, в том числе с демонстративными суицидальными угрозами и попытками. Такие состояния бывают, как правило, в опьянении или вне опьянения, но при выраженном влечении к алкоголю. Эти состояния купируются сравнительно высокими дозами перициазина, сибазона, хлордиазепоксида, алимемазина и других нейролептиков и транквилизаторов.

Значительно реже у больных алкоголизмом бывают ипохондрически-фобические расстройства, обычно в форме кардиофобий, нередко обусловленных сердечно-сосудистыми нарушениями в состоянии похмелья. При лечении этих расстройств необходимо использование различных форм психотерапии, в том числе гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки в сочетании с транквилизаторами (сибазон, хлордиазепоксид, амизил) и нейролептиками мягкого действия (тиоридазин, алимемазин и др.).

Нередко невротические состояния предшествуют алкоголизму [Классен И. А., 1986]. Из методов активной противоалкогольной терапии этим больным наиболее показана гипносуггестивная терапия, особенно индивидуальные гипносуггестивные сеансы.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с психическими заболеваниями (вторичного алкоголизма)

Психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, а также эпилепсия, травматическая энцефалопатия, психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга, тяжелые формы психопатии, олигофрении и др.) часто сочетаются с алкоголизмом.

Такие сочетания E. Jellinek (1960) предложил называть вторичным алкоголизмом в отличие от первичного, развивающегося на неотягощенной почве. Этот термин используется в современной зарубежной литературе [Ewing J. A., 1980; Roy A., Linnoila M., 1986]. В отечественной литературе термин «вторичный алкоголизм» впервые предложил И. И. Лукомский (1971), подразумевая под ним случаи алкоголизма, развивающегося на фоне гетерогенных психических заболеваний.

К сожалению, в современную отечественную научную литературу этот термин не вошел, он был заменен термином «симптоматический алкоголизм» [Шумский Н. Г., 1983] для обозначения различных форм злоупотребления алкоголем у психически больных — от бытового пьянства до алкоголизма с симптомами III стадии. Однако для правильного построе-

ния лечебного процесса необходимо различать, в каких случаях нужно лечить в первую очередь психическое заболевание, а в каких — вторичный для данного заболевания алкоголизм. В связи с этим мы предложили пользоваться термином «вторичный алкоголизм» и различать симптоматический и истинный вторичный алкоголизм [Энтин Г. М., 1984, 1985].

К вторичному симптоматическому алкоголизму следует относить злоупотребление алкоголем как симптом, непосредственно связанный с определенной фазой основного заболевания, например, больной пьет, чтобы подавить депрессию, устранить чувство внутреннего напряжения, тревоги, страха, освободиться от идей преследования, отношения. Вторичный симптоматический алкоголизм может также являться следствием дисфорических, гипоманиакальных состояний. Формы потребления алкоголя при вторичном симптоматическом алкоголизме существенно отличаются от таковых при первичном алкоголизме. Алкогольные эксцессы непосредственно связаны с обострением симптоматики основного заболевания. В периоды ремиссии первичное патологическое влечение к алкоголю может отсутствовать, более того, возможно «умеренное» употребление спиртных напитков с сохранением количественного и ситуационного контроля.

В ряде случаев вторичного симптоматического алкоголизма симптоматика основного психического заболевания стерта, соответствует состоянию ремиссии, но становится «пусковым механизмом» тяжелых алкогольных эксцессов с компульсивным влечением к алкоголю, утратой количественного и ситуационного контроля, тяжелым опьянением, антисоциальным поведением в опьянении, похмельным синдромом, крайне злокачественными формами пьянства.

При вторичном истинном алкоголизме симптоматика алкоголизма, возникшая на фоне того или иного психического заболевания, полностью отрывается от основного заболевания и алкоголизм у больного развивается по тем же патогенетическим механизмам, что и первичный алкоголизм.

При вторичном истинном алкоголизме симптоматика заболевания соответствует стадиям первичного алкоголизма — есть все формы патологического влечения к алкоголю, утрата контроля, повышенная толерантность, абстинентный синдром, постоянное и запойное пьянство и даже типичные алкогольные психозы (делирии, галлюцинозы). Симптоматика основного психического заболевания как бы маскируется алкогольной симптоматикой и отходит на второй план.

Вторичный истинный алкоголизм нередко развивается на фоне постпроцессуального дефектного состояния при малопрогредиентной шизофрении, когда отсутствует продуктивная симптоматика, сохраняется трудоспособность. Встреча-

ются случаи вторичного истинного алкоголизма, развивающегося на фоне эпилепсии с редкими припадками и незначительными изменениями личности, психопатии, травматической энцефалопатии и других органических заболеваний головного мозга, когда алкогольные изменения личности вытесняют симптомы перечисленных заболеваний.

W. S. Balcerzak, N. G. Hoffmann (1985) указывают, что у 50% мужчин и 25% женщин, поступающих в психиатрические больницы, кроме психического заболевания, имеется наркоманическая зависимость (чаще алкоголизм) и им необходимо комплексное лечение.

По данным И. Н. Бобровой, А. Р. Мохонько, А. З. Агаларзаде (1986), алкоголизм сочетается с психическими заболеваниями у значительного числа лиц, совершивших особо опасные действия (убийства, тяжкие телесные повреждения), причем нередко повторно. Авторы отмечают, что алкоголизм в ряде случаев маскирует течение основного психического заболевания, больные состоят на учете в наркологических учреждениях, не получают необходимого лечения по поводу психического заболевания, что создает опасность совершения преступлений.

Лечение вторичного симптоматического алкоголизма должно осуществляться, естественно, в психиатрических амбулаторных и стационарных учреждениях и включать в себя терапию основного психического заболевания. Противоалкогольная терапия включается в комплексное лечение по индивидуальным показаниям. Проводится эта терапия по угасании активной продуктивной симптоматики как в стационаре, так и при поддерживающем лечении. При рецидивах злоупотребления алкоголем, как правило, связанных с обострением симптоматики основного психического заболевания, показана госпитализация.

При лечении вторичного истинного алкоголизма основное внимание уделяется противоалкогольной терапии. Лечение этих больных возможно не только в психиатрических, но и в наркологических учреждениях с использованием активных методов противоалкогольной терапии, поддерживающего (противорецидивного) противоалкогольного лечения.

При решении вопроса о трудоспособности больных вторичным алкоголизмом необходимо учитывать возможность использования пенсии для приобретения спиртных напитков, поэтому инвалидность устанавливать лишь при стойком снижении или утрате трудоспособности. Целесообразно применение в отношении этих больных лишения дееспособности и назначения опекунства над ними.

Амбулаторное лечение этих больных представляет большие трудности, так как они в периоды злоупотребления спирт-

ными напитками не принимают лекарств, предназначенных для лечения основного заболевания, а противоалкогольное лечение затруднено из-за психического состояния.

Лечение алкоголизма у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Сочетание шизофрении с алкоголизмом составляет актуальную проблему как наркологии, так и психиатрии. В последние годы значительно увеличилась распространенность алкоголизма среди мужчин, больных шизофренией, возникла серьезная потребность в разработке комплексного лечения таких больных с использованием психотропных средств и других методов лечения шизофренического процесса в сочетании с противоалкогольной терапией.

О распространенности алкоголизма среди больных шизофренией свидетельствуют данные А. Г. Гофмана, Е. С. Лошакова (1981), Л. М. Шейнина (1984), считающих, что не менее 10—20% больных шизофренией (мужчин), состоящих на учете, страдают алкоголизмом или находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации. В. Г. Батаев, А. Ю. Демидов, Н. Ю. Гасан-заде (1983) среди 1300 больных шизофренией (520 мужчин и 780 женщин) выявили алкоголизм у 10,5%, в том числе у 22% мужчин и 1,3% женщин.

Существовавшее ранее мнение о том, что алкоголизм «смягчает» шизофренический процесс [Жислин С. Г., 1965], не подтверждается исследованиями последних лет. Напротив, алкогольная интоксикация может утяжелять шизофреническую симптоматику, способствовать более ранней инвалидизации, социальной дезадаптации [Шейнин Л. М., 1984]. У больных шизофренией нередко возникают психотические формы опьянения, что делает их общественно опасными.

Однако А. Г. Гофман и соавт. (1981) указывают, что алкоголизм наиболее часто формируется у больных вялотекущей и приступообразно-прогредиентной шизофренией без глубокого дефекта, реже — при рекуррентной и параноидной шизофрении, главным образом на инициальном этапе заболевания. При глубоком дефекте, слабоумии алкоголизм не развивается уже потому, что больные не имеют реальной возможности приобретения спиртных напитков. Р. П. Волкова, Н. М. Мамедов (1986) при изучении 33 больных вторичным симптоматическим алкоголизмом и 10 — вторичным истинным алкоголизмом выявили у всех быстрое развитие абстинентного синдрома и высокую толерантность к алкоголю. Алкоголизм в ряде случаев может маскировать шизофрению [Кигель Д. Г. и др., 1983].

В. М. Шумаков (1976) приводит данные о том, что в 20% случаев алкогольная интоксикация предшествует началу шизофрении, по данным Л. М. Шейнина (1984), в 50% случаев. При этом в состоянии опьянения обостряется галлюцинатор-

но-бредовая симптоматика, имеется импульсивность, часто бывают расстройства сознания с последующей амнезией. Алкогольное опьянение обнажает процессуальную симптоматику. Наиболее тяжелые формы алкоголизма возникают у больных приступообразной шизофренией, и эти больные чаще совершают общественно опасные действия. Углубление шизофренического дефекта ведет, как правило, к уменьшению потребления алкоголя. Наиболее тяжелые формы алкоголизма возникают у больных при раннем начале шизофренического процесса с гебоидными расстройствами, когда отмечается хаотическое пьянство без дифференцировки на стадии алкоголизма [Беляев Б. С., 1976]. При вялотекущей шизофрении алкоголизм развивается постепенно и можно определить его стадии. На фоне вялотекущей шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, у больных нередко возникают острые психотические состояния по типу алкогольных психозов — делириев, галлюцинозов, параноидов, чаще со смешанной, атипичной симптоматикой [Шейнин Л. М., 1984].

В. А. Руженков (1986) указывает на усиление социальной дезадаптации у больных шизофренией под влиянием злоупотребления алкоголем. Суицидальные тенденции и действия отмечены более чем у 50% больных, для профилактики этих состояний необходимо противоалкогольное лечение. М. А. Качаева, Е. В. Королева (1987) также отмечают склонность к суицидальным действиям женщин, больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, для которых характерны маскированные депрессии с истерическими проявлениями, способствующими формированию алкоголизма.

Больные шизофренией, сочетающейся с вторичным симптоматическим алкоголизмом, как правило, многократно госпитализируются в психиатрические больницы в связи с обострением состояния вследствие злоупотребления алкоголем. Лечение таких больных состоит из двух этапов: на первом этапе проводится дезинтоксикационная и антипсихотическая терапия, на втором — собственно антиалкогольная [Шейнин Л. М., 1984].

Купирование острого психотического состояния осуществляется с учетом его структуры. Делирии, галлюцинозы и острые параноиды купируются так же, как и острые алкогольные психозы. При эндоформной структуре психозов (синдром Кандинского — Клерамбо, аффективно-бредовые, депрессивно-параноидные, аффективные синдромы, онейроиды) показано парентеральное введение нейролептических препаратов с выраженным антипсихотическим и купирующим возбуждение действием — аминазина, левомепромазина, галоперидола, трифтазина и других в сочетании со средствами, стимулирующими деятельность сердечно-сосудистой

системы (кордиамин, коразол и др.), сульфатом магния, глюкозой, витаминами, в необходимых случаях — снотворными препаратами (оксибутират натрия, барбамил в клизме или внутримышечно) и др. По показаниям назначают другие нейролептические препараты (тиопроперазин при заторможенности, френолон при апатико-абулических состояниях, этаперазин при двигательном беспокойстве, тревоге, страхе, хлорпротиксен при повышенной возбудимости, напряженности, тревожно-боязливых аффектах, резерпин при состояниях тревоги, страха у больных пожилого возраста, страдающих сосудистыми заболеваниями). При выраженных депрессивных состояниях назначают амитриптилин, мелипрамин, карбидин, иналамид, азафен, пиразидол и другие, при явлениях шизофренического дефекта — ноотропы [Бондарев Р. П., Ерышев О. Ф., 1986].

Если длительное применение (2—3 мес) перечисленных препаратов оказывается неэффективным, то назначают инсулинокоматозную терапию.

Аналогичное антипсихотическое лечение проводится в дебюте или при обострении шизофренического процесса до ликвидации продуктивной психопатологической симптоматики.

Если алкоголем злоупотребляет больной с шизофреническими изменениями личности или выраженным шизофреническим дефектом, но без продуктивной психопатологической симптоматики, то лечение начинается с ликвидации явлений похмелья, нормализации сна, дезинтоксикации. Одновременно назначают определяемые состоянием больного нейролептические препараты и транквилизаторы: при вялости, пассивности, расстройствах мышления — френолон, при снижении интеллектуальной продуктивности и колебаниях настроения — антидепрессанты, при психопатоподобных проявлениях, раздражительности, напряженности — перициазин и др. Параллельно назначают транквилизаторы. Целесообразно сочетать это лечение с гипогликемическими дозами инсулина.

Противоалкогольное лечение больным шизофренией, сочетающейся с вторичным симптоматическим алкоголизмом, необходимо проводить после полной ликвидации продуктивной психопатологической симптоматики. Обязательно проведение соответствующей психотерапевтической работы с больными и разъяснительных бесед с их родственниками для обеспечения правильного поведения больных.

Активное противоалкогольное лечение этим больным, как правило, осуществляют в психиатрических отделениях, лишь в отдельных случаях больных без выраженного дефекта можно переводить для противоалкогольного лечения в наркологические отделения, в том числе и на промпредприятиях.

Р. П. Волкова, Н. М. Мамедов (1986) применяли больным вторичным алкоголизмом иглорефлексотерапию, с помощью которой купировались абстинентный синдром, депрессивное состояние и вырабатывался отрицательный условный рефлекс на алкоголь. Иглорефлексотерапию назначали этим больным и в амбулаторных условиях с целью купирования рецидивов.

Гипносуггестивная терапия больным этой группы осуществляется лишь в порядке исключения, при полном отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики, критическом отношении к своему состоянию и при установке на этот вид лечения. Не рекомендуется проводить гипносуггестивную терапию больным, склонным к бредовым интерпретациям, особенно с оформленным бредом воздействия, отношения.

Условнорефлекторные методики у этих больных можно использовать практически без ограничений [Энтин Г. М., Вишнякова Ю. С., 1971], это курсы апоморфинотерапии (малые и средние дозы, а также сочетание больших доз апоморфина с рефлекторными рвотными средствами), эметин, рвотные смеси, никотиновая кислота с тиосульфатом натрия и др. После применения нейролептических препаратов у больных, как правило, снижается рвотный рефлекс, поэтому им следует проводить более длительные курсы лечения и применять большие дозы рвотных средств. В процессе УРТ необходимо добиваться выраженного отвращения к запаху и вкусу алкоголя (не ниже III степени).

Из сенсибилизирующих к алкоголю средств с успехом можно применять метронидазол (трихопол), тинидазол, фуразолидон и фурадонин с проведением алкогольных проб.

Тетурам применяют с большой осторожностью, так как использование его длительными курсами, особенно в больших дозах и с проведением алкогольных проб, может привести к обострению психопатологической симптоматики. Целесообразнее давать плацебо с имитациями алкогольно-тетурамовых проб, после чего чередовать плацебо с небольшими дозами тетурама — 0,25—0,3 г в день.

Можно назначать внутримышечно 7% раствор тетурама (абрифида) с проведением алкогольных проб (без приема алкоголя внутрь). Имплантация дисульфирам-депо (эспераль, радотер) больным шизофренией, осложненной вторичным симптоматическим алкоголизмом, не показана.

Эти больные должны лечиться в стационаре не менее 2—3 мес, а в ряде случаев и дольше. Лучший эффект (ремиссии от 6 мес до 2 лет) дает сочетание активной антипсихотической терапии с последующим противоалкогольным лечением, состоящим из курса УРТ и поддерживающего лечения сенсибилизирующими к алкоголю препаратами, которое начинается в стационаре и продолжается в амбулаторных условиях.

Поддерживающее амбулаторное лечение больных шизофренией и вторичным симптоматическим алкогоолизмом представляет собой сложную задачу. Эти больные состоят на основном учете в психоневрологическом диспансере, но должны находиться под совместным наблюдением у психиатра и у нарколога (на профилактическом учете) и получать лечение при совместной консультации этих специалистов.

Поддерживающее лечение психотропными препаратами и другими симптоматическими средствами должно осуществляться систематически, больной должен посещать участкового психиатра первые 2—3 мес не реже 1 раза в неделю, а затем не реже 2 раз в месяц. Целесообразно привлекать этих больных к работе в лечебно-трудовых мастерских психоневрологических диспансеров, так как там за ними можно обеспечить контроль. При ухудшении психического состояния, всегда грозящем рецидивом алкоголизма, необходимо госпитализировать больного, поместить его в дневной стационар или, если есть возможность, провести амбулаторное лечение соответствующими препаратами. Как правило, кратковременная госпитализация (на 2—3 нед) предупреждает рецидив алкоголизма.

Противоалкогольное поддерживающее лечение заключается прежде всего в настойчивом проведении оздоровительных и социальных мероприятий, трудоустройстве больного, изоляции его от «алкогольной среды».

Поддерживающее противоалкогольное лечение осуществляется лишь вне периодов обострения шизофренического процесса. Целесообразно проводить повторные курсы УРТ в амбулаторных условиях: это является превентивной мерой. Больные должны получать повторные курсы лечения сенсибилизирующими к алкоголю средствами, лучше всего чередование тетурама в небольших дозах (или плацебо с никотиновой кислотой), метронидазола, тинидазола, фуразолидона, фурадонина по 10—15 дней приема каждого препарата с небольшими перерывами между курсами.

При возобновлении употребления спиртных напитков больного необходимо госпитализировать при соответствующих показаниях и в принудительном порядке, так как в амбулаторных условиях провести этим больным противоалкогольное лечение, как правило, не удается. Возможность госпитализации в значительной степени удерживает больных от употребления алкоголя и заставляет их аккуратно посещать врача, принимать лечение.

При лечении шизофрении, осложненной вторичным истинным алкоголизмом, основное внимание обращают на противоалкогольную терапию. Дезинтоксикационную терапию, купирование абстинентных явлений про-

водят так же, как и больным первичным алкоголизмом, но с применением бо́льших доз препаратов и более длительными курсами. После купирования явлений абстиненции у больных может быть обострение или выявление шизофренической симптоматики, особенно при вялотекущем процессе [Шейнин Л. М., 1984], поэтому показаны соответствующие нейролептические препараты, антидепрессанты, ноотропы.

Путем психотерапевтического воздействия важно создать у больного установку на трезвость. Этих больных, как и больных вторичным симптоматическим алкоголизмом, нежелательно выписывать из стационара, в том числе и психиатрического, не проведя курса активной противоалкогольной терапии. Данным больным допустима гипносуггестивная терапия, показана УРТ (после отмены нейролептических препаратов) и сенсибилизирующая к алкоголю терапия. Тетурам больным шизофренией следует назначать с осторожностью — не более 0,3 г в сут и короткими курсами (10 дней).

Больных вторичным истинным алкоголизмом на фоне вялотекущей шизофрении или постпроцессуального состояния без выраженного дефекта можно госпитализировать в общие наркологические отделения (в том числе и на промпредприятиях), направлять на амбулаторное лечение в наркологические диспансеры.

Острые алкогольные психозы у больных шизофренией купируются теми же средствами, что и у больных первичным алкоголизмом. После купирования психоза проводится активное противоалкогольное лечение.

Сочетание маниакально-депрессивного психоза и алкоголизма встречается относительно редко, так как маниакально-депрессивным психозом чаще страдают женщины и распространенность этого психического заболевания относительно небольшая [Пападопулос Т. Ф., Шахматова-Павлова И. В., 1983]. Однако K. O'Sullivan и соавт. (1983) указывают, что злоупотребляют алкоголем 8—36% больных маниакально-депрессивным психозом.

У больных маниакально-депрессивным психозом встречается в основном вторичный симптоматический алкоголизм, т. е. периоды злоупотребления алкоголем совпадают как с маниакальной, так и с депрессивной фазой. И. И. Лукомский (1968) указывает, что запои чаще наблюдаются в маниакальной фазе, хотя могут возникать и в фазе депрессии. В некоторых случаях влечение к алкоголю не приступообразное, а представляет собой одно из проявлений ослабления задерживающих влияний, свойственного маниакальным состояниям.

В периоды ремиссий больной может воздерживаться от алкоголя или эпизодически употреблять спиртные напитки

при отсутствии патологического влечения к алкоголю, сохранении количественного контроля. В этих случаях лечение направлено на купирование проявлений основного заболевания, активное противоалкогольное лечение не обязательно, но в межприступные периоды целесообразно проводить соответствующую психотерапию, длительные курсы лечения препаратами лития, а при учащении употребления спиртных напитков назначать противоалкогольные средства (метронидазол, тинидазол, нитрофураны).

В случаях вторичного истинного алкоголизма, т. е. сохранения патологического влечения к алкоголю и в межприступные периоды, необходимо активное противоалкогольное и поддерживающее лечение по тем же схемам, что и при приступообразной шизофрении.

Лечение алкоголизма у больных эпилепсией. Сочетание эпилепсии с алкоголизмом встречается довольно часто — по данным Я. К. Авербаха, В. Е. Смирнова (1976), 20% состоящих на учете больных эпилепсией страдают одновременно алкоголизмом. А. И. Болдырев (1967, 1971), И. И. Лукомский (1971), Р. Г. Голодец (1971), С. П. Позднякова (1981), В. Шамахмудов (1981), A. Pilke, M. Partinen, J. Kovanen (1984) указывают на значительное утяжеление эпилепсии при ее сочетании с алкоголизмом. При этом симптомы алкоголизма развиваются быстро. У больных эпилепсией, как правило, толерантность к алкоголю невысока. Лишь при дисфориях толерантность достигает 1—1,5 л водки в день, так как больные пытаются купировать дисфорические состояния большим количеством алкоголя [Лукомский И. И., 1971].

Р. Г. Голодец и соавт. (1978), С. П. Позднякова (1981) указывают на учащение припадков в 2—4 раза после начала злоупотребления алкоголем, переход малых припадков в большие, учащение дисфорий, возникновение сумеречных состояний. В 80% случаев припадки у больных эпилепсией возникают в состоянии похмелья, которое длительнее и тяжелее, чем у больных неосложненным алкоголизмом. При сочетании эпилепсии с алкоголизмом у 8% больных возникают серии припадков и даже эпилептический статус. Быстро нарастает деградация, сочетающая черты эпилептического слабоумия и алкогольной деградации личности (угодливость, сменяющаяся злобностью, сочетается с беззаботностью, лживостью, утратой активности, цинизмом и др.).

Алкоголизм у больных эпилепсией в большинстве случаев следует рассматривать как вторичный симптоматический, так как алкогольные эксцессы тесно связаны с основной симптоматикой эпилепсии. Хотя многие симптомы (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром, формы пьянства и др.) соответствуют сформировавшемуся алкоголизму,

активное противоалкогольное и поддерживающее лечение обязательно следует сочетать с противосудорожным лечением и терапией, направленной на купирование психопатологической симптоматики.

При лечении больных эпилепсией, сочетающейся с алкоголизмом, из противосудорожных средств целесообразно использовать препараты, обладающие психолептическим действием — карбамазепин (тегретол, финлепсин) по 0,2—0,3 г 3 раза в день в сочетании с другими противосудорожными препаратами (фенобарбитал, гексамидин, бензонал, дифенин, хлоракон, триметин и др., смеси противосудорожных средств). Одновременно по показаниям назначаются внутривенные вливания растворов сульфата магния, глюкозы, хлорида или глюконата кальция, вводят алоэ, стекловидное тело, лидазу, АТФ и др. Для купирования абстинентного синдрома у этих больных целесообразно использовать 5—15 мл 5% раствора унитиола внутримышечно ежедневно в течение 5—10 дней в сочетании с противосудорожными средствами. Унитиол не только купирует абстинентные явления, но и оказывает противосудорожное действие.

Антиалкогольное лечение больным эпилепсией, сочетающейся с алкоголизмом, может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Гипносуггестивную терапию можно применять практически во всех случаях. Желательно провение индивидуальных сеансов с выработкой отвращения к запаху и вкусу спиртных напитков.

Условнорефлекторные методики следует применять с большой осторожностью, используя преимущественно рефлекторные рвотные средства (эметин, соли тяжелых металлов, рвотные смеси). Апоморфин можно применять лишь при редких припадках, после курса противосудорожной терапии, в небольших дозах — 0,1—0,2 мл 1% раствора, так как большие дозы апоморфина могут провоцировать судорожные припадки.

Сенсибилизирующая к алкоголю терапия у больных эпилепсией может применяться значительно шире. По данным Я. К. Авербаха, В. Е. Смирнова (1976), тетурам и метронидазол не приводят к усилению пароксизмальной активности у больных эпилепсией. Е. А. Чуркин (1970, 1971) давал больным эпилепсией тетурам по 0,45 г/сут и метронидазол по 1,5 г/сут с проведением алкогольных проб, которые не сопровождались осложнениями. А. Г. Гофман (1967) проводил больным эпилепсией длительное поддерживающее лечение тетурамом и также не наблюдал осложнений. Таким образом, тетурам, метронидазол, а также фуразолидон и фурадонин можно с успехом применять для лечения больных эпи-

лепсией, сочетающейся с алкоголизмом. Особенности личности больных эпилепсией (педантичность, аккуратность) позволяют с успехом проводить длительное поддерживающее лечение этими препаратами, а также использовать плацебо («псевдотетурам»).

Антисудорожную терапию необходимо осуществлять одновременно с противоалкогольным лечением. При дисфориях, колебаниях настроения и других психопатологических расстройствах назначают соответствующие психотропные средства. Результаты лечения лучше при восстановлении трудовых установок больных.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с травматической энцефалопатией и другими органическими поражениями головного мозга. Сочетание алкоголизма с травматической энцефалопатией также встречается весьма часто. По данным В. В. Куликова (1971), травмы головы с потерей сознания выявляются в анамнезе 62% больных алкоголизмом. По нашим данным [Энтин Г. М., 1975], травматическая энцефалопатия имеется у 23,5% больных алкоголизмом, причем в 62,9% этих случаев алкоголизм развивается на фоне травматической энцефалопатии, остальные больные перенесли травмы при уже сформировавшемся алкоголизме.

Р. Г. Голодец, Я. К. Авербах, Н. К. Сухотина (1980), Р. Г. Голодец и соавт. (1986) выявили алкоголизм у 30—35% состоящих на учете больных травматической энцефалопатией и другими органическими поражениями головного мозга. И. Г. Ураков, М. С. Попова (1984) указывают, что черепно-мозговые травмы перенесли 15—45% больных алкоголизмом.

Отмечаются быстрое формирование и более тяжелое, прогредиентное течение алкоголизма у больных, перенесших черепно-мозговую травму. Им свойственны повышенная раздражительность, дисфорическая окраска настроения, склонность к аффективным вспышкам, нарушения сна. Абстинентный синдром более длительный, с тяжелой симптоматикой, нередко с судорожными явлениями, бывают амнестические формы опьянения [Макеев Г. А., 1984]. Толерантность к алкоголю в ряде случаев значительно снижена. Изменения личности проявляются астенизацией, эмоционально-волевыми нарушениями и мнестико-интеллектуальным снижением. Больным не свойственны алкогольный юмор, благодушие, беззаботность и другие специфические для алкоголизма личностные изменения. Алкогольные психозы отмечаются, по данным Р. Г. Голодец и соавт. (1980), у 10—15% больных. Осложнение алкоголизмом затрудняет обратное развитие симптомов черепно-мозговой травмы [Жаманбаев Е. К., 1986].

В отличие от эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, отчасти эпилепсия), при кото-

рых вторичный алкоголизм чаще бывает симптоматическим, при экзогенных психических заболеваниях в большинстве случаев развивается вторичный истинный алкоголизм, часто вытесняющий симптоматику основного заболевания. Однако терапевтические мероприятия обязательно должны осуществляться с учетом патологической почвы, на которой сформировался алкоголизм.

При лечении этих больных большое внимание уделяют дегидратационной терапии: внутривенно растворы сульфата магния и глюкозы, хлорида или глюконата кальция, гексаметилентетрамина (уротропина), тиоловые препараты и др. Обязательно применение седативных средств (бромиды и др.), нейролептиков, антидепрессантов, витаминов, ноотропов и др. Ю. Л. Курако, В. В. Букина, А. В. Перькова (1984) рекомендуют применение больших доз тиамина.

И. Г. Ураков, М. С. Попова, А. И. Цветков (1984) для блокирования судорожной готовности рекомендуют применять в состоянии абстиненции седуксен по 20—40 мг/сут, терален по 5 мг утром и 5—10 мг на ночь.

Г. Я. Лукачер и соавт. (1984) при алкоголизме с повышенным внутричерепным давлением для купирования абстинентных состояний используют триампур композитум (таблетки, содержащие 25 мг триамтерена и 12,5 мг дихлортиазида) по 2 таблетки 2 раза в день, что приводит к быстрому исчезновению абстинентных явлений и уменьшению церебральной гипертензии. Для улучшения метаболизма головного мозга Л. А. Тарнопольская и соавт. (1986) применяли ноотропы.

Активное противоалкогольное лечение выбирается в зависимости от тяжести травматической энцефалопатии. Даже тяжелые, субкомпенсированные формы травматической энцефалопатии являются лишь относительным противопоказанием к активной противоалкогольной терапии. Для выбора методов существенна толерантность к алкоголю: при высокой толерантности с потреблением больших количеств спиртных напитков можно использовать наиболее активные методы — алкогольно-тетурамовые пробы (включая применение тетурама парентерально), условнорефлекторные методы с использованием больших доз апоморфина и рефлекторных рвотных средств и др. При выраженной интолерантности к алкоголю, часто обусловленной, кроме травматической энцефалопатии, сопутствующими соматическими заболеваниями, предпочтительны методы, не вызывающие столь интенсивной вегетососудистой и эмоционально-стрессовой реакции: гипносуггестивная терапия, условнорефлекторные методики с использованием небольших доз апоморфина, эметина, рефлекторных рвотных средств, никотиновой кислоты и тиосульфата натрия. С успехом можно применять метронидазол, фуразолидон и

фурадонин с проведением алкогольных проб. Эти препараты, а также тетурам в дозах 0,25—0,3 г в день можно применять для длительного поддерживающего лечения.

При поддерживающем лечении больных травматической энцефалопатией, осложненной алкоголизмом, так же как и больных эпилепсией, сочетающейся с алкоголизмом, необходимо иметь в виду возможность появления дисфорий, во время которых часто бывают срывы.

Для предупреждения дисфорий И. Г. Ураков и соавт. (1984) рекомендуют длительное поддерживающее лечение перициазином (неулептил) по 10 мг в день в сочетании с ноотропилом. При выраженных дисфориях требуется немедленное активное вмешательство: назначение купирующего лечения, а в ряде случаев — госпитализация как мера предупреждения срыва и рецидива.

Сравнительно небольшую группу составляют **больные алкоголизмом, сочетающимся с остаточными явлениями нейроинфекций и других органических заболеваний головного мозга** (5,3% — Г. М. Энтин, 1975) и легким умственным недоразвитием (2,8%). У этих больных алкоголизм прогрессирует быстро, в ряде случаев сохраняется высокая толерантность к алкоголю. При лечении необходимо использовать доступные больным формы психотерапии, из активных методов предпочтительнее УРТ, с помощью которой удается выработать стойкое отвращение к алкоголю. Поддерживающее лечение следует проводить в виде повторных сеансов УРТ. Лечение тетурамом и другими сенсибилизирующими препаратами (метронидазол, нитрофураны) может быть успешным лишь тогда, когда за больными обеспечен постоянный контроль со стороны родственников и исключено влияние собутыльников, которые могут склонять их к возобновлению пьянства.

Кроме гетерогенных факторов, вызывающих у больных алкоголизмом психоорганический синдром, сама алкогольная интоксикация приводит к поражению всех отделов нервной системы, что также проявляется алкогольным психоорганическим синдромом [Соцевич Г. Н., Калина О. М., 1985; Poppe W., Thümmler U., Lehmann J., 1981]. Этот синдром чаще проявляется у больных, перенесших алкогольные психозы, особенно повторные, травмы головы в состоянии опьянения, употреблявших суррогаты. Алкогольный психоорганический синдром проявляется в трех вариантах [Соцевич Г. Н., Калина О. М., 1985]: а) с преобладанием интеллектуально-мнестических нарушений; б) с примитивизацией личности и выраженным морально-этическим снижением; в) с парциальным интеллектуальным снижением и астеническим симптомокомплексом.

При лечении этих больных используют ноотропы (пира-

цетам, аминалон, пиридитол, пантогам) длительными курсами [Калина О. М., 1979, 1981]. Для коррекции поведения назначают нейролептические препараты (перициазин, тиоридазин), при выраженных нарушениях поведения — галоперидол и левомепромазин в небольших дозах. Противоалкогольное лечение целесообразно проводить метронидазолом, тинидазолом, фуразолидоном или фурадонином с алкогольными пробами (40—80 мл 40% спирта или водки в 1—2 приема), возможно использование условнорефлекторных методик и эмоционально-стрессовой гипносуггестивной терапии.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Сочетания алкоголизма с атеросклерозом сосудов головного мозга и церебральной формой гипертонической болезни встречаются довольно часто, особенно у больных старшего возраста. Сочетание алкоголизма с церебральными сосудистыми заболеваниями ведет к взаимному утяжелению каждой болезни. Так, если до присоединения сосудистого заболевания симптомы алкоголизма прогрессировали сравнительно медленно, долго сохранялась работоспособность, то после возникновения церебрального сосудистого процесса алкоголизм становится злокачественно прогредиентным, галопирующим, с тяжелыми формами запойного пьянства, депрессивными и дисфорическими состояниями, быстрым нарастанием мнестико-интеллектуальных расстройств, вплоть до слабоумия, преждевременным постарением, гипертоническими кризами, эпилептиформными припадками. Нередко при этом возникают острые галлюцинаторно-параноидные психозы с расстройствами сознания, затяжные и хронические психозы с идеями ревности, ущерба, отношения. У таких больных значительно выражены разнообразные неврологические расстройства, поражения внутренних органов, эндокринной системы. В таких случаях необходимо энергичное комплексное лечение, направленное в равной степени против как алкоголизма, так и церебрального сосудистого процесса.

Острые нарушения мозгового кровообращения — инсульты, тромбозы, инфаркты мозга — нередкое осложнение алкогольного опьянения [Пенязева Г. Н., 1976; Ключников В. Н., Тарасюк И. К., 1980; Савельев Ю. М., Динерштейн Л. В., 1981, 1982; Рудянская Г. Е., Смирнов В. Е., Энтин Г. М., 1982; Акимов Г. А., Зинченко В. А., 1986; Канарейкин К. Ф., Бахур В. Т., Манвелов Л. С., 1987], приводящие к скоропостижной смерти, в том числе и у больных относительно молодого возраста [Альперович П. М. и др., 1984; Taylor J. R., Combs-Orme T., 1985; Donahue R. P., 1986].

Лечение острых нарушений мозгового кровообращения у больных алкоголизмом заключается в дезинтоксикационной

терапии, борьбе с дисциркуляторными мозговыми нарушениями (отек и набухание мозга), гипертермией, проведении противосудорожной терапии, коррекции сердечно-сосудистых нарушений, профилактике нарушений дыхания и электролитного обмена [Руденко А. Е., Коваль А. З., Корженевский Л. В., 1984].

С целью дезинтоксикации внутривенно капельно вводят изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, гемодез, полиглюкин. Важное значение имеет повторное внутримышечное введение 5—10 мл 5% раствора унитиола, который повышает дезинтоксикационную функцию печени, связывает токсические вещества сульфгидрильными группами, улучшает микроциркуляцию.

При гипертермии (выше 38°) показано внутривенное введение 2—3 мл 50% раствора анальгина, кладут пузыри со льдом на шею, паховую область. Для борьбы с отеком мозга используют фуросемид (лазикс) по 2—4 мл 1% раствора внутримышечно или внутривенно или по 0,04 г 2—3 раза в день внутрь, 400—600 мл/сут 15% раствора маннита внутривенно капельно. Показаны противосудорожные средства — по 5—10 мл 25% раствора сульфата магния внутримышечно, по 2—4 мл 0,5% раствора седуксена (реланиум) внутривенно. При сердечной недостаточности назначают строфантин или коргликон внутривенно, при нарушениях сердечного ритма — новокаинамид.

При артериальной гипертонии проводят коррекцию артериального давления внутривенным капельным введением 0,5—1 мл 5% раствора пентамина или 8—10 мл 0,5% раствора дибазола на изотоническом растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы. После снижения артериального давления внутримышечно вводят по 1 мл 0,25% раствора рауседила или 0,01% раствора клофелина (гемитон). Внутривенно капельно вводят на изотоническом растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы 2—4 мл 0,5% раствора кавинтона, 5—10 мл 15% раствора ксантинола никотината (компламин) или 2—8 мл 1% раствора никотиновой кислоты.

При гипокалиемии внутривенно капельно вводят 250 мл 5% раствора глюкозы с 10 мл 1% раствора хлорида калия и 2—3 ЕД инсулина, при ацидозе — 100—150 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия.

При ишемических инсультах, обусловленных тромбозом церебральных сосудов, назначают антикоагулянты и фибринолитические препараты: гепарин по 7500—10 000 ЕД до 6 раз в сутки, фибринолизин по 20 000 ЕД с 10 000 ЕД гепарина внутривенно капельно.

При лечении не только острых, но и затяжных психозов у больных алкоголизмом, сочетающимся с сосудистыми забо-

леваниями головного мозга, из антипсихотических препаратов предпочтительнее использовать галоперидол, а также резерпин и другие производные раувольфин. Фенотиазиновые производные (аминазин, левомепромазин, трифтазин и др.) следует применять с большой осторожностью ввиду возможных осложнений. Можно использовать транквилизаторы и антидепрессанты.

При купировании абстинентных явлений обязательно парентерально вводят раствор сульфата магния (внутривенно на растворе глюкозы или внутримышечно с 5 мл 2% раствора новокаина), дают большие дозы витаминов внутрь и вводят их парентерально. Как правило, назначают спазмолитические препараты (папаверин, но-шпа, никошпан, дибазол, эуфиллин, теобромин, теофиллин, тифен, дипрофен, ганглерон, апрофен и др.), а также циннаризин (стугерон) по 0,025—0,05 г (1—2 таблетки) 2—3 раза в день или кавинтон по 0,01—0,02 г (1—2 таблетки) 3 раза в день.

При тяжелой церебральной гипертонии в некоторых случаях можно использовать ганглиоблокирующие препараты — бензогексоний, пимеколин, камфоний. Ганглиоблокирующие препараты применяют с осторожностью, начиная с 0,5—0,25 разовой дозы 1—2 раза в день. После приема препарата больной 30—40 мин должен лежать в постели для предупреждения ортостатических расстройств. Ганглиоблокирующие препараты не только улучшают мозговое кровообращение, но и купируют абстинентные явления, уменьшают влечение к алкоголю.

При повышении свертываемости крови (также исследования обязательно должны проводиться у больных алкоголизмом, сочетающимся с сосудистыми заболеваниями) назначают антикоагулянты, преимущественно непрямого действия — неодикумарин (пелентан), фепромарон, нитрофарин, синкумар, фенилин, омефин под контролем свертываемости крови.

По миновании острых явлений абстиненции длительно применяют йодистые препараты внутрь или бийохинол по 3 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня, 18—30 мл на курс, препараты гипохолестеринемического действия — полиспонин, трибуспонин по 0,1 г 2 раза в день, линетол по 20 мл 1 раз в день натощак, цетамифен по 0,5 г 3—4 раза в день, клофибрат (мисклерон) по 0,25 г (в капсулах) 2—3 капсулы 2—3 раза в день, метионин.

Из методов активной противоалкогольной терапии наиболее показана гипносуггестивная терапия, являющаяся для них методом выбора, так как эти больные очень гипнабельны, у них легко вырабатывается отвращение к запаху и вкусу спиртных напитков в состоянии гипнотического сна.

УРТ осуществляется с большой осторожностью, минималь-

ными дозами апоморфина (0,1—0,2 мл 1% раствора), эметина или других рефлекторных рвотных средств. Показано параллельное проведение гипносуггестивных и условнорефлекторных сеансов, а после 5—10 условнорефлекторных сеансов проводить только гипносуггестивные. Можно использовать никотиновую кислоту с тиосульфатом натрия. Не противопоказано лечение метронидазолом, тинидазолом, фуразолидоном, фурадонином с алкогольными пробами.

Лечение тетурамом этим больным противопоказано, так как возможный после этого лечения рецидив алкоголизма может привести к значительному утяжелению церебрального сосудистого процесса, а в связи со снижением критики, склонностью к депрессивным реакциям рассчитывать на стойкую и длительную ремиссию, как правило, не приходится.

При поддерживающем лечении нужны постоянная терапия сосудистого заболевания, применение транквилизаторов, антидепрессантов, особенно для предупреждения депрессивных и дисфорических расстройств. За больными должен быть строгий контроль со стороны членов семьи. Показано поддерживающее стационарное лечение через 6—8 мес. Амбулаторно назначают поддерживающие сеансы гипносуггестивной терапии, метронидазол, фуразолидон, фурадонин, плацебо («псевдотетурам») с никотиновой кислотой. В случае рецидива больного немедленно госпитализируют и проводят повторное противоалкогольное лечение.

Нередко больные, перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения, с параличами, парезами конечностей, расстройствами речи и другими последствиями кровоизлияний или тромбозов мозговых сосудов продолжают злоупотреблять алкоголем, несмотря на тяжесть своего состояния. Лечение таких больных представляет большие трудности, так как активное фармакологическое воздействие проводить им нельзя, а психотерапия оказывается неэффективной из-за снижения критики. В отношении этих больных необходимо принимать меры социального характера (назначение опеки или попечительства, привлечение к труду в лечебно-трудовых мастерских, в крайних случаях — длительное содержание в психиатрических больницах).

Лечение алкоголизма у больных психопатией. Сочетание алкоголизма с психопатиями бывает часто. И. И. Лукомский (1965) указывал на существенную роль психопатий и патологического развития личности в формировании алкоголизма.

А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973) подчеркивают, что импульсивность больных психопатией, колебания настроения, потребность в немедленном отреагировании и снятии напряжения, стремление к немедленному получению удовольствия способствуют развитию алкоголизма. По данным этих авто-

ров, от 10 до 40% больных алкоголизмом одновременно страдают психопатией. Это подтверждают А. К. Качаев, И. Г. Ураков (1975): у 11% больных алкоголизмом преморбидно диагностируется психопатия и у 8,8% выявляются психопатические черты характера. По нашим данным [Энтин Г. М., 1972], психопатия отмечалась до начала злоупотребления алкоголем у 15,5% больных. В. Е. Рожнов, Н. К. Шубина (1970), А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973) указывают на быстрое формирование и тяжелое течение алкоголизма у больных психопатией с социальной декомпенсацией уже во II стадии. По нашим данным [Энтин Г. М., 1972], среди больных алкоголизмом на первом месте стоят возбудимые и аффективно-лабильные психопатические личности, значительно реже — истерические, астенические и патологически замкнутые. В большинстве случаев имеются тяжелые формы психопатий с декомпенсацией и нарушением социальных связей еще до присоединения алкоголизма.

Лечение психопатических личностей, страдающих алкоголизмом, представляет весьма трудную задачу. А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973) подчеркивают, что алкоголизм у больного психопатией кончается обычно катастрофически и лечение неэффективно даже при установке больного на прекращение употребления спиртных напитков. Это объясняется импульсивностью, эмоциональной неустойчивостью, неспособностью длительно сохранять правильную линию поведения, что быстро приводит к рецидиву.

Лечение психопатических личностей, страдающих алкоголизмом, целесообразно проводить в специализированных наркологических отделениях, где лечебно-трудовой режим благоприятно сказывается на больных, заставляет их корригировать свое поведение. Естественно, больные психопатией должны быть под особым контролем персонала, чтобы они не оказывали отрицательного влияния на других больных отделения, не превращались в «отрицательных лидеров».

На первом этапе лечения назначают нейролептические препараты, как правило, в дозах, превышающих назначаемые другим больным, и на более длительное время. Особенно показан при лечении возбудимых психопатических личностей перициазин (неулептил) в максимальных дозах — до 0,07 г в день. Благоприятно действует на больных психопатией инсулинотерапия субкоматозными и коматозными дозами.

Противоалкогольное лечение должно проводиться наиболее активными методами. Этому благоприятствует и то, что психопатические личности, как правило, начинают лечение в сравнительно молодом возрасте, без соматической отягощенности. Им целесообразно проводить алкогольно-рвотные сеансы с использованием больших доз апоморфина и рефлек-

торных рвотных средств, алкогольно-тетурамовые пробы, комбинированные сеансы УРТ и алкогольные пробы, УРТ на фоне гипертермии, вызванной сульфозином или пирогеналом, давать абрифид с тетурамом внутрь с последующими пробами, многократно вводить апоморфин (БАРС) и пр. К гипносуггестивной терапии больные психопатией обычно относятся отрицательно, так как не терпят императивного воздействия, у них она малоэффективна. При коллективных сеансах психопатические личности могут отрицательно настраивать других больных [Рожнов В. Е., Шубина Н. К., 1970]. В то же время психопатические личности, особенно стеничные, успешно занимаются аутогенной тренировкой.

Наибольшие трудности возникают при организации поддерживающего лечения этих больных. Эмоциональная неустойчивость, склонность к аффективным вспышкам приводят к рецидивам пьянства. Эти больные многократно госпитализируются в психиатрические больницы, нередко по нескольку раз в год. Они склонны к антисоциальным поступкам, вследствие этого часто направляются на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории.

Применение сенсибилизирующих к алкоголю средств не удерживает этих больных от употребления спиртных напитков, поэтому имплантация дисульфирам-депо, как правило, не показана. Нередко больные в качестве «протеста» в семейных конфликтных ситуациях употребляют спиртные напитки непосредственно после приема тетурама. Тяжелые ацетальдегидные интоксикации во внебольничных условиях возникают именно у этих больных. Все это заставляет при назначении длительного поддерживающего лечения тетурамом осуществлять за больными постоянный контроль, в первую очередь со стороны семьи, а также общественных организаций на работе. Целесообразнее назначать нитрофураны. Должно быть обеспечено повседневное врачебное наблюдение, показаны нейролептические препараты (прежде всего перициазин).

* * *

Для лечения больных алкоголизмом, сочетающимся с психическими заболеваниями, целесообразно выделять специальные отделения в психиатрических больницах (диспансерах), где организовано активное противоалкогольное лечение и соблюдается соответствующий психотерапевтический режим. В эти отделения помещают больных, у которых алкоголизм сочетается с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией, умственным недоразвитием, выраженными формами органических заболеваний головного мозга, нередко имеющих инвалидность в связи с указанными заболева-

ниями. Эти больные состоят на учете у психиатра, при возобновлении злоупотребления алкоголем и опасности антисоциальных действий их можно госпитализировать в принудительном порядке (с помощью психиатрической перевозки, милиции) и содержать в больнице до окончания курса лечения. В эти отделения попадают больные преимущественно с вторичным симптоматическим алкоголизмом, нуждающиеся в наблюдении и лечении психиатром. При отсутствии специализированных отделений для таких больных в психиатрических отделениях (в том числе в женских) выделяют специальные палаты и организуют противоалкогольное лечение.

Больные вторичным истинным алкоголизмом без грубых изменений личности, не имеющие инвалидности, работающие, госпитализируются, как правило, в общие наркологические отделения, в том числе и на промпредприятиях, и лечение им проводится так же, как и другим больным алкоголизмом, с использованием их на работе, без выдачи листка нетрудоспособности.

Особенности клиники и лечения сочетаний алкоголизма с наркоманиями и токсикоманиями

Искоренение наркоманий и токсикоманий остается не менее важной задачей, чем преодоление пьянства и алкоголизма. Несмотря на то что злоупотребляющих наркотическими и токсическими веществами во много раз меньше, чем злоупотребляющих алкоголем, социальная опасность наркоманий и токсикоманий велика, борьба с ними требует решительных и энергичных мероприятий.

Наркомании и токсикомании нередко сочетаются или чередуются с пьянством и алкоголизмом. Так, по данным чехословацких авторов Я. Гехбарта, Е. Венцовского (1986), 98% наркотизирующихся пациентов одновременно употребляют алкоголь.

С точки зрения фармакологии, токсикологии и наркологии к наркотическим веществам относятся все вещества, как лекарственные, так и бытовые, вызывающие привыкание и болезненное пристрастие, т. е. вещества наркогенного действия. Однако юридически наркотическими веществами и наркотическими лекарственными средствами считаются лишь те, которые внесены в специальный список Министерства здравоохранения СССР. В связи с этим в соответствии с приказом Минздрава СССР № 388 от 19.04.78 г. наркоманией считается заболевание, возникшее в результате употребления наркотических веществ или немедицинского употребления наркотических лекарственных средств.

Злоупотребление лекарственными средствами и иными веществами, не отнесенными к наркотическим, с возникновением привыкания и болезненного пристрастия, называется токсикоманией. Таким образом, с точки зрения юридической и социальной больные наркоманией и токсикоманией представляют различные контингенты, но нуждаются в едином терапевтическом и реабилитационном подходе [Рохлина М. Л., Ураков И. Г., 1985].

Когда больной злоупотребляет одним наркотическим веществом или несколькими наркотическими веществами одной группы, ставят диагноз «наркомания» (например, морфинная, опийная или морфинно-опийная наркомания), несколькими наркотическими веществами разных групп — «наркомания комбинированная» (например, опийно-гашишная наркомания). Если больной злоупотребляет одним наркотическим веществом и одновременно одним или несколькими токсикоманическими веществами, то ставят диагноз «осложненная наркомания» (например, опийная наркомания, осложненная злоупотреблением транквилизаторами). При сочетании алкоголизма с употреблением любого наркотического вещества на первое место ставят наркоманию, например: «каннабиноловая (гашишная) наркомания, осложненная алкоголизмом».

Употребление двух и более токсических веществ, не относящихся к наркотическим, называется комбинированной токсикоманией. Сочетание алкоголизма с употреблением токсикоманических веществ диагностируется как алкоголизм, осложненный токсикоманией. Если ведущее место занимает токсикомания, а алкоголь используется как дополнительное средство, то диагностируется токсикомания, осложненная алкоголизмом.

В связи с особой социальной опасностью распространения наркоманий законодательством Союза ССР и союзных республик предусмотрены крайне строгие меры наказания за незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку, сбыт наркотических веществ, за хищение наркотических веществ, склонение к употреблению наркотических веществ, посев и выращивание запрещенных к возделыванию культур, содержащих наркотические вещества, а также за содержание притонов для потребления наркотических веществ (ст. 224, 224[1], 224[2], 225, 226[1] Уголовного кодекса РСФСР и соответствующие статьи уголовных кодексов других союзных республик).

В список наркотических веществ и наркотических лекарственных средств Минздрава СССР на 01.03.88 г. включены:

1. Наркотические вещества, запрещенные для применения на людях и для производства:

а) героин, получаемый из морфина в подпольных лабораториях;

б) каннабис и все тетрагидроканнабинолы, полученные из различных частей конопли в подпольных лабораториях и кустарным способом;

в) эфедрон, получаемый из эфедрина кустарным способом, в домашних условиях.

2. Наркотические лекарственные средства:

а) группа морфина и морфиноподобные анальгетики — морфин (в растворах для инъекций и таблетках), омнопон (пантопон), промедол (в растворах для инъекций и таблетках), кодеин и различные таблетки от кашля, содержащие кодеин, этилморфин (дионин), эстоцин, тилидин (валорон) в растворе, свечах, капсулах, пиритрамид (дипидолор), пентазоцин (фортрал), фентанил;

б) снотворные препараты — амитал-натрий (барбамил, амобарбитал), этаминал-натрий (нембутал, пентобарбитал), нокснрон и метаквалон;

в) психостимуляторы — фенамин, фепранон (дезопимон), метилфенидат (мерндил, риталин, центедрин), кокаин.

3. Растения и вещества, отнесенные к наркотическим средствам:

а) конопля южно-чуйская, южно-манчжурская, индийская (все части растений). Пыльца конопли (план, марихуана), смола конопли (гашиш, анаша), гашишное масло и другие концентраты, приготовленные из любых сортов конопли (в том числе культивируемой), содержащие тетрагидроканнабинолы;

б) опийный мак (все подвиды и сорта растения снотворного мака), маковая соломка, полученная из растения снотворного мака (высушенные коробочки, стебли, листья), кроме собственно семян, маковая соломка, полученная из растений мака, не относящихся к снотворному, содержащая наркотические вещества — активные алкалоиды опия — морфин, кодеин, тебаин и подготовленная для сбыта, употребления либо изготовления наркотических веществ. Концентрат и настойка маковой соломки (кокнар, ханка), материал, получаемый, когда маковая соломка начала подвергаться извлечению содержащихся в ней алкалоидов. Опий (опий сырец, экстракционный опий, а также опий, получаемый любым другим способом). Опий-сырец («терьяк») — это высохший на воздухе млечный сок, выделяющийся из надрезов на незрелых коробочках мака. Опий из снотворного мака содержит до 23% морфина, из масличного (пищевого) и декоративного мака — значительно меньше (3—5 %). К наркотическим веществам относится и морфин технический, до изготовления из него лекарственных препаратов.

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 08.12.1987 г. № 1249 в перечень наркотических лекарственных средств внесены снотворные препараты из группы барбитуратов — амитал натрия (барбамил, амобарбитал) и этаминал натрия (нембутал, пентобарбитал), а также комбинированные лекарственные препараты, содержащие различные дозировки фенамина.

Лечение больных морфиино-опийиой наркоманией, сочетающейся с алкоголизмом. Употребление морфина н веществ морфиноподобного действия, как правило, вызывает непереносимость алкоголя, поэтому одновременное употребленне алкоголя и веществ опийно-морфинной группы ранее встречалось редко. Лишь тогда, когда больной наркоманией, употреблявший морфинно-опийные препараты, не мог достать наркотик, он с целью облегчения абстинентных явлений употреблял спиртные напитки, поэтому прием морфинно-опийных иаркотиков и алкоголя чередовался [Бориневич В. В., 1963; Kaufman E., 1982].

А. А. Полубояринов, М. Д. Пятов (1983) обследовали 98 больных алкоголизмом, ранее страдавших опийной наркоманией от 1 года до 23 лет. Основным мотивом перехода на употребленне алкоголя были трудности в приобретении наркотических веществ. Часть больных начали употреблять алкоголь с целью облегчення морфинной абстиненции, другие— после длительного воздержания от наркотиков. В состоянии морфинной абстиненции боли в мышцах снимались после приема 0,5—0,7 л водки, первое время после прекращения абстинентных явлений больной плохо переносил алкоголь, эйфории в опьянении не было. В дальнейшем формировался алкоголизм.

А. И. Химчан и соавт. (1987) наблюдали 23 больных, употреблявших кустарно приготовленный опий («мак») на фоне алкогольного опьянения. Больные были малоподвижны, сонливы, эйфория отсутствовала, но исчезало компульсивное влечение к наркотику. Вне опьянения прием опиатов не подавлял влечения к алкоголю и наоборот, т. е. имелась опийная наркомання, осложненная алкоголизмом.

Опийно-морфинные наркомании наиболее опасны, так как к морфину и веществам, содержащим его, а также синтетическим морфиноподобным анальгетикам очень быстро наступает привыкание с компульсивным влечением, столь же быстро нарастает толерантность, вследствие чего потребляются огромные дозы наркотиков, в десятки раз превосходящие первоначальную дозу. Наконец, быстро и неизбежно развивается абстинеитный синдром с тяжелейшими проявленнямн.

Известное с древности курение опия в настоящее время встречается крайне редко, так как прн этом значительная

часть морфина не попадает в организм, а улетучивается с дымом. Внутрь больные наркоманией употребляют растертые головки мака и измельченную маковую соломку (кокнар), отвары маковой соломки — ханку, кодеин, промедол в таблетках, едят семена мака (в них также содержится небольшое количество морфина).

В связи с дефицитом и высокой стоимостью незаконно приобретаемых наркотических веществ больные стремятся вводить их парентерально — подкожно, а чаще внутривенно, что дает наибольший эйфоризирующий эффект. Таким образом вводятся не только медицинские морфиносодержащие или морфиноподобные анальгетики, но и изготовляемые больными наркоманией опийсодержащие растворы, отвары и концентраты.

Наиболее опасен героин, изготовляемый из морфина — его наркотическая активность в 10 раз превосходит морфин.

Наркотическое опьянение [Гофман А. Г. и др., 1979], возникающее после введения или приема опийно-морфинных наркотиков, проявляется сначала ощущением тепла в теле (теплая волна поднимается от поясницы и живота вверх), чувством поглаживания и зуда кожи, особенно кончика носа. В голове ощущается приятный, безболезненный толчок («удар»), мысли, особенно неприятные, исчезают, возникает ощущение «блаженства», которое некоторые больные сравнивают с оргазмом. Это состояние, длящееся всего 20—40 с, больные называют «приходом». Зрачки сужены, пульс замедляется, лицо гиперемировано. В дальнейшем кожа бледнеет, пульс учащается, возникает сухость во рту. Ускоряется течение мыслей, быстро сменяются приятные представления. Внешне в этом состоянии больные наркоманией вялы, заторможены, не ощущают внешних неудобств (лежат на полу в холодном, грязном помещении). Такое состояние блаженной полудремоты длится 1,5—2 ч, больные называют его «кайфом», «волокушей», «таской» и т. п.

«Приход» и «кайф» наступают не после первого приема наркотиков, но очень быстро — через 4—6 приемов, когда дозы наркотического вещества несколько повысились. Одновременно развивается патологическое влечение к наркотику, непреодолимое желание привести себя в состояние наркотического опьянения («поймать кайф»). Быстрое нарастание толерантности заставляет наркомана повышать дозы наркотика, переходить к его внутривенному введению.

В процессе употребления опийно-морфинных наркотических веществ «приход» наступает лишь после приема больших доз наркотика, меняется картина «кайфа» — вместо вялости, сонливости он сопровождается приливом сил, бодрости, в

поведении возникают черты расторможенности. Прием наркотика повышает активность, работоспособность.

При регулярном приеме наркотических веществ быстро, в течение 1—3 мес, одновременно с нарастанием толерантности формируется **абстинентный синдром.** Абстинентные явления возникают через 6—18 ч после последнего приема наркотика, выражаются в неудовлетворенности, беспокойстве, тревоге, злобности, подавленном настроении, общем недомогании, отсутствии аппетита и все более возрастающим стремлении ввести себе наркотик. Объективными симптомами морфинной абстиненции являются зевота, слюно- и слезотечение, насморк, чиханье, «закладывание носа». Зрачки несколько расширены, их реакция на свет ослаблена, отмечаются тахикардия, одышка. Сон становится неглубоким, с частыми пробуждениями, затем возникает абсолютная бессонница. Аппетит отсутствует, курение табака неприятно. Больные жалуются на озноб, у них наблюдается гусиная кожа и в то же время повышенная потливость. Отмечаются легкий тремор рук, повышенный тонус мышц, жидкий стул, иногда фибриллярные подергивания и судороги мышц рук и ног.

Наиболее тягостным симптомом морфинной абстиненции является мучительная выламывающая боль в мышцах рук, ног, спине, пояснице — наркоманы называют это «ломкой». Боль столь мучительная, что заставляет больных постоянно двигаться, менять положение тела. В наиболее тяжелых случаях возникают тошнота, рвота, понос с кровью, развиваются коллаптоидные явления (падение артериального давления, аритмия и др.).

Абстинентные явления без лечения достигают максимума на 3—5-й день лишения наркотика и постепенно стихают к 10—12-му дню. Однако и после этого на несколько недель остаются подавленное настроение, влечение к наркотикам, слабость, недомогание.

Как правило, больные с большой давностью регулярного приема наркотиков, при высокой толерантности вводят себе наркотики в относительно небольших дозах, лишь для предупреждения абстинентных явлений и поддержания бодрого состояния, так как для получения «кайфа» им требуются большие, труднодоступные дозы.

При длительной, хронической опийно-морфинной интоксикации с использованием больших доз наркотика возникают специфические соматоневрологические и психические нарушения: резкое похудание, сухость и желтушная окраска кожи, желтушность склер, сужение зрачков (в отличие от расширения в состоянии абстиненции), отечность лица, выпадение зубов, снижение всех рефлексов, импотенция у мужчин и аменорея у женщин.

В психическом статусе отмечаются сужение круга интересов, которые сосредоточиваются на добывании наркотиков, резкое падение физической и умственной работоспособности, эмоциональное огрубение, лживость, склонность к криминальным поступкам с целью приобретения наркотиков.

Больные опийно-морфинной наркоманией представляют наибольшую социальную опасность. Для приобретения наркотиков или средств на их покупку они могут идти на тяжкие преступления (грабеж, разбой и др.), им приходится вступать в преступные связи, они охотно вовлекают в употребление наркотиков других людей, так как в одиночку добывать наркотики трудно.

Течение опийно-морфинных наркоманий условно можно разделить на 3 стадии, соответствующие стадиям алкоголизма: I стадия — от возникновения патологического влечения к наркотику до формирования абстинентного синдрома, II стадия — сформировавшийся абстинентный синдром, III стадия — значительное падение толерантности, общесоматическое истощение и выраженная психическая деградация.

Диагноз опийно-морфинной наркомании II и III стадий устанавливается на основании объективного анамнеза и осмотра больного. Существенным объективным признаком служат следы от подкожных (в области плеч, бедер) или внутривенных (в области кубитальных вен) инъекций. Лучше осмотреть кожу с помощью лупы.

Для уточнения диагноза обследуемого необходимо госпитализировать и исключить доступ наркотиков. Абстинентные явления подтвердят наркоманию. Абстинентные явления у больного можно искусственно вызвать подкожным введением 3 мл 0,5% раствора налорфина (анторфина или налоксона), препаратов, применяемых для лечения острых отравлений морфином и морфиноподобными синтетическими анальгетиками. Если больной не прекращал вводить себе морфин или другие наркотики этой группы, то через 20 мин после инъекции налорфина у него возникают абстинентные явления (беспокойство, озноб, рвота, расширение зрачков, потливость, отвращение к табаку и др.).

Присутствие морфина и других алкалоидов опия, синтетических морфиноподобных анальгетиков в крови и моче устанавливается соответствующими исследованиями, что подтверждает диагноз наркомании [Бориневич В. В., 1963]. Т. В. Чернобровкина, И. Н. Пятницкая и соавт (1985) разработали дифференциальную диагностику алкоголизма и наркоманий по активности ферментов сыворотки крови.

Лечение больных опийно-морфинной наркоманией осуществляется исключительно в стационаре, при строгой изоляции, исключающей получение наркотических веществ. Лече-

ние больных наркоманией, как и алкоголизмом, состоит из 3 последовательных этапов: первый — лишение наркотика, купирование абстинентных явлений и дезинтоксикация, второй — восстановительный, общеукрепляющий, направленный на восстановление физического и психического здоровья, ликвидацию патологического влечения к наркотику, третий — реабилитационный, направленный на выработку правильных социальных и трудовых установок.

Первый и второй этапы осуществляются в стационаре и продолжаются не менее 2 мес, а в ряде случаев дольше. Третий этап включает в себя поддерживающее лечение и наблюдение в течение 5 лет.

Рекомендовавшееся ранее постепенное снижение доз наркотика [Бориневич В. В., 1963] в настоящее время используется лишь в крайне редких случаях — у ослабленных больных, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, которым абсолютно противопоказано активное лечение. Как правило, применяется одномоментное и полное лишение наркотиков.

В случаях нерезко выраженных абстинентных явлений, при употреблении относительно небольших доз наркотика как внутрь, так и парентерально можно ограничиться дезинтоксикационной терапией с обязательным использованием пирроксана или бутироксана [Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984]. При этом рекомендуется ежедневное введение 5—10 мл 10% раствора хлорида кальция на 10 мл 40% раствора глюкозы внутривенно или 10 мл 30% раствора тиосульфата натрия на 10 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, одновременно внутримышечно вводят по 5—10 мл 25% раствора сульфата магния или 5—10 мл 5% раствора унитиола на протяжении 10—15 дней. Показаны большие дозы витаминов B_1, B_6, PP, C.

Для устранения беспокойства, напряжения, бессонницы раньше применяли нейролептики (аминазин, левомепромазин, галоперидол). Однако в последнее время их не рекомендуют, так как они не облегчают абстинентных явлений, а лишь купируют возбуждение. Целесообразно использовать седуксен (реланиум) внутримышечно, феназепам, нозепам, мепротан, нитрозепам, а также другие транквилизаторы со снотворным эффектом. Одновременно вводят димедрол, супрастин или пипольфен в сочетании с кордиамином на протяжении 5—7 дней, инсулин от 5 до 30 ЕД, назначают физиотерапию, электро- и гидропроцедуры (теплые ванны на ночь).

Наряду с приведенными выше средствами обязательно применяется **пирроксан** [Боровкова Н. К., Найденова Н. Г., 1974]: по 2 мл 1% раствора первые 3 сут через каждые 4 ч, по мере стихания абстинентных явлений частота введения

уменьшается до 3 и до 2 раз в сутки. В дальнейшем инъекции заменяются приемом пирроксана внутрь по 0,06 г 3 раза в день в течение 2 нед и более. Для предупреждения коллаптоидных состояний при длительном лечении пирроксаном назначают кордиамин, эфедрин подкожно или внутрь. Вместо пирроксана по аналогичной схеме можно применять **бутироксан**, высшая разовая доза 0,04 г.

Иглорефлексотерапия с успехом применяется в последние годы для купирования легкой морфинной абстиненции — в первые дни 2 раза в день, в последующем 1 раз в день и через день, всего 10—14 сеансов. Акупунктура сочетается с медикаментозным лечением, способствует ослаблению мышечной гипертензии, уменьшению мышечно-суставной боли, нормализации сна, купированию вегетативных и соматоневрологических нарушений (слезо- и слюнотечение, насморк, диарея), ослаблению влечения к наркотикам [Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984; Закревский А. П. и др., 1985].

Весьма эффективен для купирования морфинной абстиненции препарат из группы реактиваторов холинэстеразы, применяемых при отравлениях фосфорорганическими соединениями — **дипироксим** [Рамхен И. Ф., Гофман А. Г. и др., 1979; Шугалей Ю. С. и др., 1987]. Дипироксим также применяется при небольшой давности злоупотребления и относительно небольших дозах наркотика.

Дипироксим вводят внутримышечно 1—2 раза в сутки по 0,5—1 мл 15% раствора, не более 2 мл/сут. Первые 5—6 дней дипироксим вводят 2 раза в сутки, в дальнейшем еще 6 дней — 1 раз, затем через день, через 2 дня. Общая доза 10—15 мл 15% раствора на курс. Назначают внутривенные введения 10—20 мл 25% раствора сульфата магния через 5 мин после введения дипироксима. При низком артериальном давлении подкожно вводят 2 мл кордиамина.

Ю. С. Шугалей, В. В.. Дегтяр, В. П. Ратушняк (1987) больным в удовлетворительном общесоматическом состоянии до начала лечения дипироксимом рекомендуют произвести кровопускание в количестве 200—400 мл, после чего ввести внутривенно капельно изотонический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы с витаминами, инсулин.

Для купирования опийно-морфинной абстиненции целесообразно применение гемосорбции в течение первых 2—3 дней. Гемосорбция может проводиться как по основной методике, так и «малой гемосорбции», особенно в сочетании с гипербарической оксигенацией. Гемосорбция и гипербарическая оксигенация не исключают лекарственной терапии.

При более высоких дозах наркотиков и большой длительности их употребления, когда лишение наркотика сопровож-

дается тяжелыми абстинентными явлениями, необходимо применение холинолитических и курареподобных препаратов или больших доз атропина.

Купирование морфинной абстиненции холинолитическими и курареподобными препаратами по И. Ф. Рамхену проводится по следующим схемам.

Схема 1

1. Циклодол (ромпаркин, паркопан, артан) внутрь по 0,005 г 3 раза в день.
2. Мелликтин внутрь по 0,04—0,08 г (2—4 таблетки по 0,02 г) 4 раза в день.
3. 4—6 мл 5% раствора пентамина внутримышечно 4 раза в сутки или 4—6 мл 1,5% раствора ганглерона внутримышечно 4 раза в сутки.
4. Динезин внутрь по 0,3—0,4 г (3—4 таблетки по 0,1 г) на ночь.

Схема 2

1. Циклодол внутрь по 0,001—0,002 г 4 раза в сутки.
2. Мелликтин внутрь по 0,04—0,08 г 4 раза в сутки.
3. Димеколин внутрь по 0,05—0,1 г (2—4 таблетки по 0,025 г) 4 раза в сутки.
4. Динезин внутрь по 0,3—0,4 г на ночь.

Входящий в обе схемы курареподобный препарат мелликтин, применяемый в больших дозах, блокирует периферические нервно-мышечные синапсы и облегчает боль в мышцах и суставах.

Ганглиоблокирующие (Н-холинолитические) препараты— пентамин или ганглерон в схеме 1 и димеколин в схеме 2, вытесняя ацетилхолин из вегетативных ганглиев, купируют такие тягостные явления абстиненции, как сердцебиение, одышка, кашель, тошнота, рвота, понос, боль во внутренних органах.

М-холинолитические препараты циклодол и динезин устраняют вазомоторные и секреторные расстройства (чиханье, слюно- и слезотечение и др.), а динезин обладает также снотворным свойством.

Все препараты, входящие в схемы, принимают одновременно 4 раза в сутки (в 8, 13, 17 и 22 ч) за 40—60 мин до еды. После приема препаратов больные должны лежать в постели, вставать осторожно, так как возможен ортостатический коллапс. Во избежание коллапса одновременно с введением ганглиоблокирующих препаратов (пентамин, ганглерон, димеколин) целесообразно вводить 1—2 мл кордиамина.

Кроме указанных в схемах препаратов, целесообразно на ночь вводить внутримышечно 10 мл 25% раствора сульфата магния, назначать мепротан, феназепам, нозепам и другие транквилизаторы со снотворным эффектом, теплые ванны.

Максимальные дозы препаратов применяют в первые дни

абстиненции. В некоторых случаях приходится увеличить частоту их приема до 5—6 раз в сутки (длительность действия препаратов 3—4 ч), с 4—5-го дня дозы препаратов уменьшают, число приемов доводят до 3 и далее до 2 в сутки, отменяют препараты на 10—12-й день лечения. Большие дозы циклодола (схема 2) могут вызвать галлюцинаторные расстройства, поэтому дозы циклодола допустимо снижать на 2—3-й день лечения.

В некоторых случаях при соматическом истощении, сопутствующих заболеваниях дозы препаратов приходится снизить в 2 раза и более. При этом в первые дни лечения необходимо вводить больному обычно употребляемый им наркотик (морфин, пантопон, промедол), но не более 1—2 мл и не чаще 2 раз в сутки [Гофман А. Г. и др., 1979]. Больной не должен знать, что ему вводят наркотик. Психотические эпизоды также купируются введением морфина.

Возможно сочетание холинолитических и курареподобных препаратов с введением 0,5—1 мл 15 % раствора дипироксима 1—2 раза в день.

Лечение холинолитическими и курареподобными препаратами противопоказано при глаукоме и миастении.

А. И. Химчан и соавт. (1987) считают наиболее целесообразным использование холинолитических и ганглиоблокирующих препаратов при лечении абстиненции опийно-морфинной наркомании, сочетающейся с алкоголизмом.

Наиболее эффективным и быстрым способом купирования морфинной абстиненции остаются **большие дозы атропина** [Кочмала М. Т., Пинаев А. С., 1973; Гофман А. Г. и др., 1979; Гофман А. Г., Лошаков Е. С., Нижниченко Т. И., 1987]. При начальных явлениях морфинной абстиненции больному подкожно или внутримышечно вводят атропин в дозе, в 8—10 раз превосходящей высшую суточную — 0,02—0,03 г (высшие разовая 0,001 г, суточная 0,003 г), т. е. 2—3 мл 1% раствора сульфата атропина[1] [Гофман А. Г. и др., 1979, 1987], или 20—30 мл 0,1% раствора. Одновременно в конъюнктивальный мешок закладывают 0,25% эзериновую мазь, слизистые оболочки полости рта смазывают вазелиновым маслом.

Через 15—20 мин после введения атропина появляются сухость во рту, тахикардия, повышается артериальное давление, расширяются зрачки, возникают возбуждение, эйфория, в дальнейшем — головокружение, слабость, вялость. Затрудняется речевой контакт с больным. Через 50—60 мин

---

[1] В монографии Г. В. Морозова и Н. Н. Боголепова «Морфинизм» (М.: Медицина, 1984, с. 150) ошибочно указан не 1%, а 0,1% раствор атропина сульфата, т. е. доза, в 10 раз меньшая, чем нужно для купирования морфиной абстиненции.

возникают делириозные явления — при нарушенной ориентировке больные видят сетки, нити, проволку, мелких животных, змей, ищут в кровати наркотики, шприц, сигареты. Бывают более сложные сценоподобные галлюцинации — больные видят своих родственников, знакомых. Сцены с фантастической фабулой, как правило, не возникают. Больные становятся суетливыми, порываются встать с постели, бежать, совершать бессмысленные поступки, резко учащаются позывы на моченспускание, иногда возникают судорожные подергивания отдельных мышечных групп.

Через 1,5—2,5 ч после введения атропина для купирования делириозной симптоматики вводят 2 мл 0,1% раствора физостигмина (эзерин). Введение физостигмина повторяют через каждые 30 мин до полного исчезновения делириозной симптоматики (всего 6—8 мл). При резком снижении артериального давления после инъекции физостигмина необходимо внутривенно ввести 2 мл 20% раствора кофеина на 20 мл 40% раствора глюкозы.

После выхода из делириозного состояния у больных остаются слабость, вялость, галлюцинаторные переживания частично амнезируются. Морфинные абстинентные явления ликвидируются или значительно ослабляются, исчезает мышечная боль, появляется аппетит. На ночь больным можно назначить левомепромазин или аминазин по 2 мл 2,5% раствора внутримышечно (одновременно 2 мл кордиамина подкожно) или феназепам.

В тех редких случаях, когда после однократного введения атропина и перенесенного атропинового делирия абстинентные явления не ликвидируются, через 2—3 дня повторно вводят атропин в той же дозе или проводят курс лечения дипироксимом по 0,5—1 мл 15% раствора в течение 10—14 дней в сочетании с 4—6 мл 2% раствора папаверина в первые 5—7 дней. Можно назначать пирроксан внутрь по 0,015—0,03 г 3—4 раза в день.

А. Г. Гофман (1987) рекомендует молодым и физически крепким больным вводить **дозы атропина, вызывающие глубокое оглушение**, минуя делирий, — 0,035—0,04 г, т. е. 3,5—4 мл 1% раствора. При этом делириозная симптоматика не возникает либо бывает кратковременной, быстро сменяется оглушением. Состояние купируют физостигмином (эзерин) через 45 мин — 1 ч после введения атропина. При данной методике следует пользоваться не 0,1%, а 0,2% раствором физостигмина (эзерин).

Противопоказания для купирования морфинной абстиненции атропином: глаукома, миастения, а также тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и другие заболевания в стадии обострения.

У больных, много лет употреблявших большие дозы опиатов, при наиболее тяжелых абстинентных явлениях однократное атропиновое оглушение или делирий могут оказаться недостаточными для устранения подавленного настроения. Этим больным А. Г. Гофман и соавт. (1987) рекомендуют через 2 сут после лечения атропином внутривенно капельно ввести в течение дня 50—75 мг мелипрамина или амитриптилина. Эти антидепрессанты дают холинолитический (атропиноподобный) эффект, способствующий ликвидации остаточных соматовегетативных нарушений. Первое введение антидепрессантов может обусловить делириозную симптоматику, которая легко купируется введением 0,1% раствора физостигмина. Антидепрессанты назначают в течение 5—7 дней, до полной ликвидации абстинентной симптоматики.

Данную методику можно использовать и без атропина, т. е. с первого дня абстиненции вводить внутривенно капельно мелипрамин или амитриптилин с купированием делириозных явлений физостигмином, если они возникнут [Гофман А. Г. и др., 1987].

После устранения абстинентных явлений начинается второй этап лечения. В этот период целесообразно провести курс лечения инсулином — от средних гипогликемических доз до инсулино-коматозной терапии, включающей 20—30 ком на высоких дозах инсулина. Инсулинотерапия способствует ликвидации влечения к наркотикам, значительно смягчает психопатизацию, свойственную больным наркоманией.

Наряду с инсулинотерапией необходимо проводить энергичное дезинтоксикационное и симптоматическое лечение — назначают вливания глюкозы, витамины B_1, B_6, B_{12}, B_{15}, PP, C, стрихнин, мышьяк, пантокрин, глутаминовую кислоту, гормональные препараты и другие средства по индивидуальным показаниям. Целесообразно назначать физиотерапию. При депрессивных состояниях рекомендуют антидепрессанты (амитриптилин, азафен, пиразидол), при упорной бессоннице — курс электросна, на ночь феназепам, левомепромазин, димедрол, пипольфен.

Необходимо иметь в виду возможность повторной абстиненции через 1—1,5 мес после лишения наркотиков (у женщин это часто совпадает с предменструальным состоянием). При этом назначают холинолитические и курареподобные препараты (циклодол, мелликтин, димеколин, диазепин), но в небольших дозах — в 2—3 раза меньших, чем по схеме И. Ф. Рамхена, а также пирроксан, антидепрессанты, транквилизаторы на 5—7 дней. Эти же препараты целесообразно дать больному на руки после выписки из стационара на случай псевдоабстинентного состояния.

Все виды лечения сопровождаются интенсивной психотерапией, направленной на перестройку отношения больного к наркотикам. Последние 4—6 нед пребывания в стационаре больные со всеми формами наркоманий и токсикоманий не должны получать никаких лекарственных препаратов, адаптироваться к жизни без лекарств.

Противоалкогольное лечение больных опийно-морфинной наркоманией и алкоголизмом следует начинать через 30—40 дней пребывания в стационаре. УРТ с помощью малых и средних доз апоморфина этим больным противопоказана из-за возможности морфиноподобного действия апоморфина и рецидива влечения к наркотикам, а также высокой перекрестной толерантности к апоморфину. Допустимо проведение БАРС как сочетанием больших дозы апоморфина и рефлекторных рвотных средств, так и повторным введением в течение одного сеанса больших доз апоморфина.

Возможно также использование рефлекторных рвотных средств (рвотные смеси, эметин), показана эмоционально-стрессовая гипнотерапия. Из сенсибилизирующих к алкоголю средств предпочтительнее метронидазол, тинидазол, нитрофураны, допустим тетурам в небольших дозах. Алкогольные пробы целесообразно сочетать с гипнотерапией, ограничиваться орошением алкоголем рта и глотки с вызыванием тошноты и рвоты.

Больные наркоманией после окончания стационарного лечения находятся под наблюдением врача наркологического кабинета (диспансера) в течение 5 лет. Первые 6—8 мес может сохраняться или возобновляться влечение к наркотикам, поэтому больные должны посещать нарколога и получать поддерживающее лечение не реже 1 раза в месяц. Поддерживающее лечение заключается в психотерапии, назначении пирроксана, антидепрессантов, ноотропов, ганглиоблокирующих и холинолитических препаратов в небольших дозах.

Нередко больные наркоманией переходят на употребление спиртных напитков, у них быстро формируется алкоголизм. В связи с этим в поддерживающее лечение в ряде случаев приходится включать сенсибилизирующие к алкоголю препараты (тетурам, метронидазол, нитрофураны).

При стационарном лечении больных алкоголизмом, страдавших ранее опийно-морфинной наркоманией, используется активная дезинтоксикация, эффективна иглорефлексотерапия. Чувствительность к апоморфину у этих больных долго остается пониженной, поэтому при УРТ необходимо применять большие дозы апоморфина — 1—1,5 мл 1% раствора [Пятов М. Д., Полубояринов А. А., 1981].

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся со зло-

употреблением снотворными препаратами. Из снотворных препаратов в список наркотических внесены барбамил, этаминал-натрий, ноксирон, метаквалон. Наркомании вследствие злоупотребления метаквалоном в нашей литературе не описаны ввиду недоступности препарата (он используется в основном в хирургических стационарах для предоперационной подготовки).

Ноксирон раньше применяли с целью наркотизации, была описана кодеин-ноксироновая наркомания [Пятницкая И. Н., Еникеева Д. Д., 1980; Рохлина М. Л., Ураков И. Г., 1985]. После включения кодеина и ноксирона в список наркотических лекарственных средств ноксирон практически вышел из употребления (он не включен даже в 9-е издание «Лекарственных средств» — М., 1984) и наркомании, вызванные этим препаратом, не встречаются.

Больные алкоголизмом нередко сочетают прием алкоголя и различных снотворных препаратов, чаще барбитуратов, а также нитразепама (эуноктин), бромизовала (бромурал) для усиления опьяняющего эффекта алкоголя или облегчения последствий алкогольных эксцессов (бессонница, напряжение) [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973; Пятницкая И. Н., 1975; Иванец Н. Н., Абрамова Г. И., 1976].

Прием больших доз барбитуратов или их добавление к алкоголю дает парадоксальный эффект — вместо сна наступают возбуждение с оглушенностью, эйфория. При сочетании с барбитуратами для выраженного опьянения требуется значительно меньшее количество спиртных напитков или с меньшим процентом в них алкоголя.

Если больной эпизодически сочетает алкоголь и медикаменты и это существенно не влияет на клиническое течение алкоголизма, то следует ставить основной диагноз «хронический алкоголизм» и лечить больного так же, как и других больных алкоголизмом, лишь несколько расширив курс дезинтоксикации (сульфат магния, унитиол, витамины, инсулинотерапия и др.). Затем проводят активное противоалкогольное и поддерживающее лечение по общим правилам.

При систематическом сочетании алкоголя со снотворными препаратами развиваются привыкание и болезненное пристрастие к ним — алкогольно-барбитуровая комбинированная наркомания [Пятницкая И. Н., 1975; Иванец Н. Н., Абрамова Г. И., 1976; Гофман А. Г. и др., 1979]. Чаще употребляют производные барбитуровой кислоты—барбамил (амиталнатрий), этаминал-натрий (нембутал).

Диагноз комбинированной или осложненной наркомании или токсикомании устанавливается на основании присоединения к алкоголизму новых признаков [Пятницкая И. Н., 1975; Иванец Н. Н., Абрамова Г. И., 1976]: через 2—4 мес система-

тического приема алкоголя и снотворных препаратов возрастает толерантность к снотворным препаратам, их дозы доходят до 2—2,5 г/сут (при разовой терапевтической дозе 0,1—0,25 г), т. е. повышаются в 10—15 раз. При перерыве в приеме барбитуратов резко возрастает толерантность к алкоголю — в 1,5—2 раза. Меняется картина опьянения — оно сопровождается резким возбуждением, оглушением и полностью амнезируется. В абстиненции возникают дисфории, депрессии, причем абстинентные явления не купируются алкоголем, для их облегчения необходим прием барбитуратов в дневное время. У больных резко выражены неврологические расстройства, быстро нарастает психоорганический синдром (ослабление памяти, внимания, брадипсихия, утрата профессиональных навыков и др.).

При лечении больных барбитуровой наркоманией и алкогольно-барбитуровой наркоманией следует иметь в виду, что внезапное прекращение приема барбитуратов может привести к острым дисциркуляторным церебральным расстройствам, судорожным припадкам, делириозным явлениям, а в наиболее тяжелых случаях — к отеку и набуханию мозга с возможным смертельным исходом. В связи с этим при поступлении такого больного необходимо тщательно собрать анамнез с уточнением названия и дозы употреблявшегося снотворного препарата.

Даже при остром отравлении барбитуратами наркомана или токсикомана (передозировка или умышленный прием с суицидальной целью) гемосорбция и форсированный диурез могут привести к абстинентным расстройствам. В токсикологическом стационаре терапию необходимо дифференцировать: при отравлении барбитуратами лиц, ранее не злоупотреблявших ими, показаны энергичные дезинтоксикационные мероприятия, а при отравлении наркоманов или токсикоманов — менее активная дезинтоксикация и введение снижающихся доз барбитуратов после выхода из коматозного состояния.

При купировании абстинентных расстройств и проведении дезинтоксикационной терапии больного лишают алкоголя одномоментно, а дозы снотворных снижают постепенно. Мы рекомендуем следующее правило [Энтин Г. М., 1968]: одномоментное лишение или снижение дозы снотворных препаратов в течение 2—5 дней допускается лишь тогда, когда ежедневное количество препарата не превышает $^1/_3$—$^1/_2$ высшей суточной дозы по Государственной фармакопее и когда барбитураты принимались перед лечением сравнительно недолго (2—3 нед). Например, лишение или критическое снижение дозы барбамила допускается, если больной принимал не более 0,3—0,5 г препарата (3—5 таблеток по 0,1 г) в день.

Если больной принимал более высокие дозы снотворных препаратов 2—3 нед и дольше, то их снижение производится постепенно. Сначала необходимо найти дозу препарата, которая купирует абстиненцию, но не вызывает эйфории. Каждый последующий день дозу снижают на 5—10 % предыдущей, а при наиболее высоких дозах через каждые 2—3 дня снижения делают «плато», т. е. остановки на сниженных дозах на 2—3 дня. Суточную дозу уменьшают путем снижения утренних и дневных доз препарата, а на ночь больной получает наибольшую дозу. С 6—10-го дня снотворные препараты назначают только на ночь и лишь через 10—20 дней полностью отменяют.

Одновременно проводится энергичная дезинтоксикационная терапия — внутривенные вливания растворов глюкозы с сульфатом магния, вливания хлорида или глюконата кальция, гипертонического раствора хлорида натрия, унитиола, показаны большие дозы витаминов, в первую очередь витамина B_1 (до 0,5 г/сут). Для нормализации водно-солевого обмена назначают кортикостероидные гормоны — кортизон или преднизолон по 0,005—0,01 г 3—4 раза в день. По показаниям вводят средства, стимулирующие сердечно-сосудистую систему, и другие препараты. Из нейролептических препаратов показаны левомепромазин и хлорпротиксен, антидепрессанты — амитриптилин, азафен и другие, гипогликемические дозы инсулина (8—16 ЕД).

При появлении симптомов абстинентного делирия (тревога, судорожные подергивания конечностей, слабость, головокружение, тошнота, рвота, падение артериального давления, судорожные припадки, дезориентировка, обманы восприятия и др.) необходимо принять экстренные меры — назначить массивную дезинтоксикационную и дегидратационную терапию, снотворные (лучше 5—15 мл 5% раствора барбамила внутримышечно). При резком психомоторном возбуждении, повторных судорожных припадках 3—8 мл 5% раствора барбамила можно ввести внутривенно медленно на 10—15 мл 40% раствора глюкозы.

Можно сделать клизму с хлоралгидратом (1 г хлоралгидрата в 50 мл раствора крахмала). В первые сутки барбамил вводят 3—4 раза, в последующие 2—3 раза, затем по мере улучшения состояния барбамил дают внутрь с постепенным снижением дозы.

При развитии отека и набухания мозга используют применяемые при тяжелых формах алкогольного делирия внутривенные вливания растворов метиленовой сини, маннитола, фуросемида, полиглюкина, гемодеза и др.

После купирования абстинентных явлений Н. Н. Иванец и Г. И. Абрамова (1976) рекомендуют проводить больным

алкогольно-барбитуратовой наркоманией и токсикоманией курс медикаментозного лечения для снятия депрессивно-дисфорической симптоматики и вегетативных нарушений (витамины, инсулин, транквилизаторы, антидепрессанты и др.), сочетающийся с индивидуальной гипносуггестивной терапией (ежедневные сеансы по 15—30 мин в течение 10—15 дней), после чего оставлять больного в стационаре 1—2 мес без лекарств. В это время проводят трудотерапию и рациональную психотерапию.

Активное противоалкогольное лечение осуществляется после окончания этого периода — непосредственно перед выпиской из стационара. Если больной употреблял относительно небольшие дозы снотворных препаратов и алкоголь имел для него основное значение, то используют все методы противоалкогольной терапии (условнорефлекторная и сенсибилизирующая).

При более тяжелых формах наркомании и токсикомании следует ограничиться условнорефлекторными методами с использованием небольших доз апоморфина, рефлекторных рвотных средств в сочетании с гипносуггестивной терапией. Для поддерживающего лечения можно назначать тетурам, метронидазол, фуразолидон, фурадонин

Для поддерживающего лечения используют нейролептические препараты с седативным действием, антидепрессанты, необходимо активное амбулаторное наблюдение.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с каннабиноловой наркоманией («гашишемания»). Употребление наркотических веществ, содержащихся в конопле (гашиш, анаша, план, марихуана и др.), в большинстве случаев путем курения, часто сочетается с алкоголизмом. Заранее заготовленная порция наркотического вещества, называемая на жаргоне наркоманов «баш» (как правило, массой 1—2 г), смешивается с табаком сигареты (папиросы) и выкуривается, реже закладывается за щеку до полного всасывания. Дозу устанавливают торговцы данным видом наркотиков, она должна давать наркотический эффект. Потребители могут делить «баш» на 2, 3, 4 части или выкуривать целиком. Толерантность к каннабиноидам (тетрагидроканнабинол и др.) возрастает незначительно, лишь на первых этапах употребления наркотика, а в дальнейшем может даже снижаться.

Наркотическое опьянение возникает через несколько минут после курения [Гофман А. Г. и др., 1979], проявляется ощущением особой легкости в теле, «утраты своей тяжести». Движения становятся свободными, не требующими особых усилий, цвета кажутся особенно яркими, звуки — громкими, течение времени — ускоренным. Опьянение сопровождается приподнятым настроением с дурашливостью, немо-

тивированным громким смехом, сексуальной расторможенностью и сравнительно быстро проходит, но повторное курение очень скоро вызывает влечение к приведению себя в состояние наркотичесокго опьянения. При доступности наркотика больной курит его несколько раз в день. В состоянии интоксикации, если выкурена необычно большая доза, а также при первых пробах, когда индивидуальная доза не установлена, возможен кратковременный, но достаточно тяжелый и острый интоксикацнонный психоз в форме делирия или сумеречного состояния сознания. Острые психозы чаще бывают у подростков, особенно 12—14 лет. При этом возможны крайне опасные для себя и для окружающих действия: больному кажется, что он может «парить в воздухе», и он бросается с большой высоты, прыгает в реку, бежит, сокрушая все на своем пути, и т. п. После окончания психоза весь период психотического состояния полностью амнезируется.

При длительном систематическом курении гашиша развивается психоорганический синдром — пассивность, вялость, замкнутость, неустойчивость внимания, ослабление памяти, резкое снижение работоспособности.

Наиболее вероятио развитие психоорганического синдрома у подростков. В детском и младшем подростковом возрасте (12—14 лет) даже однократное курение гашиша может обусловить острое психотическое состояние с последующим патологическим развитием личности или стойким психоорганическим синдромом [Гофман А. Г. и др., 1979].

Алкогольное опьянение «смазывает» эйфорию от курения гашиша, поэтому алкогольные напитки и гашиш редко употребляются одновременно. Более характерно чередование курения гашиша и употреблеиия алкоголя. Нередко больные алкоголизмом употребляют наркотики для устранения чувства тоски, подавленности в состоянии абстиненции. Они быстро привыкают к гашишу и переходят на преимущественное его употребление. Чаще бывает обратная закономерность: курильщики гашиша из-за трудности приобретения наркотика переходят на спиртное, а когда возникает возможность приобрести наркотики, вновь употребляют их.

Диагноз каннабиноловой наркомании устанавливается на основании анамнеза. Присутствие каннабинолов в биологических жидкостях (кровь, моча, слюна) определяется хроматографическим методом [Лазурьевский Г. В., Николаева П. А., 1972] и свидетелствует об употреблении наркотика.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с каннабиноловой наркоманией, осуществляется в стационаре, где исключено получение наркотиков. Абстинентные явления при каннабиноловой наркомании выражены незначнтельно, поэтому наркотика лишают одно-

моментно. Абстинентные явления длительностью 3—14 дней выражаются в беспокойстве, тревоге, бессоннице, усиливающемся влечении к наркотику. Лечение симптоматическое — нейролептические препараты (аминазин, левомепромазин, галоперидол и др.), при бессоннице на ночь феназепам, нитразепам, димедрол, супрастин, пипольфен, а также антидепрессанты (амитриптилин, азафен, пиразидол), ноотропы (пирацетам), витамины С, B_1, B_6, PP, препараты стрихнина, мышьяка, гипогликемические дозы инсулина.

Активное противоалкогольное лечение начинают после дезинтоксикации и ликвидации абстинентных явлений — через 7—10 дней после поступления. Используют все методы — гипносуггестивную терапию, условнорефлекторные методики, сенсибилизирующие препараты. Общий курс лечения в стационаре не менее 2 мес. При поддерживающем лечении после выписки проводят ежемесячный контроль, поддерживающее лечение антидепрессантами, нейролептиками и ноотропами, при возникновении влечения к наркотикам или получении данных о повторном их употреблении, а также при возобновлении употребления алкоголя показана немедленная повторная госпитализация.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с наркоманиями и токсикоманиями, обусловленными психостимулирующими препаратами и другими средствами. Стимуляторы центральной нервной системы являются антагонистами алкоголя, поэтому одновременно с алкоголем их не употребляют. Однако возможен переход от алкоголизма к употреблению психостимуляторов (например, после антиалкогольного лечения, особенно имплантации эспераля) и обратный переход, связанный с трудностями приобретения психостимуляторов.

Наркомании и токсикомании вследствие злоупотребления психостимулирующими препаратами, включенными в список наркотических веществ — фенамином, метилфенидатом (мередил, риталин, центедрин), анорексигенными веществами — фепрароном и близкими к нему препаратами, а также кокаином и не относящимися к наркотическим, но обладающими психостимулирующим свойством местноанестезирующими препаратами (дикаин и др.) практически не встречается в связи со строгим контролем за назначением этих препаратов и крайне ограниченным их применением в медицинской практике.

Практическое значение имеют эфедриновая токсикомания и эфедроновая наркомания.

Эфедрин токсикоманы применяют внутрь в больших дозах, а в дальнейшем внутривенно вводят концентрированный эфедрин. Для этого токсикоманы выпаривают содержимое нескольких флакончиков 2—3% раствора эфедрина, растворяют

кристаллы в стандартном растворе, доводя его до 12%, и вводят в вену по 3—4 мл. Эфедриновая интоксикация отличается от каннабиноловой — возникают идеаторное возбуждение, беспричинная веселость, двигательная активность, повышенное настроение, стремление к общению, к деятельности, чувство любви к окружающим. При длительном приеме эфедрина разовая доза не нарастает, но период эйфории укорачивается и через каждые 3—5 ч производится повторная инъекция эфедрина без перерыва на сон в течение 2—3 сут (до 10 сут). После этого наступает истощение — вялость, сонливость, тошнота, головокружение, больной надолго засыпает. Через 3—10 дней вновь нарастает влечение к эфедрину и цикл повторяется.

Эфедрон готовится в домашних условиях путем специальной обработки эфедрина [Лукачер Г. Я. и др., 1987]. Эфедрон включен в список наркотических веществ и его употребление называется **эфедроновой наркоманией**. На жаргоне наркоманов эфедрон называется «джэф», «марцефаль», «мурцовка», «мулька». Его принимают внутрь или вводят внутривенно. Эфедрон вызывает ощущение «роста волос» на голове. Характерен внешний вид больного в эфедроновой интоксикации — бледное лицо, расширенные зрачки, сухие губы, которые больной постоянно облизывает. Психическое состояние укладывается в рамки гипомании с суетливостью, говорливостью, стремлением к деятельности.

Влечение к эфедрону развивается очень быстро — после 1—3 мес регулярного приема препарата внутрь или после 2—3 внутривенных введений. Через 3—6 мес регулярного употребления эфедрона разовая толерантность возрастает незначительно, но введение препарата учащается до 10—14 раз в сутки. Длительность непрерывного приема препарата увеличивается до 10—15 дней, перерывы сокращаются до 2—5 дней.

После прекращения приема эфедрона возникают явления абстиненции (бессонница, раздражительность, вспыльчивость, злобность, переходящие в слабость, апатию). В этот период больные стараются принять большую дозу снотворного (седуксен, радедорм, димедрол и др.), уснуть. Длительность абстиненции несколько суток.

При эфедриновой токсикомании и эфедроновой наркомании могут возникать интоксикационные психозы по типу параноидных, галлюцинаторно-параноидных с делириозными эпизодами (больной видит необыкновенно крупных насекомых, мышей и др.), нарушений схемы тела (удлинение или укорочение конечностей и др.).

Н. П. Герасимов, Е. И. Цымбал (1987) указывают, что острые эфедроновые психозы возникают через 6—9 мес систе-

матической интоксикации, после передозировки наркотика (многократное повторное введение), проявляются сменой аффекта — вместо эйфории больные испытывают тревогу, страх, возникают элементарные зрительные и слуховые галлюцинации, бредовые идеи отношения, преследования, напоминающие острый алкогольный параноид. Длительность психоза небольшая — до 3 дней.

При большой давности наркомании наступают общая астенизация и истощение, миокардиодистрофия и другие поражения сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся одышкой, тахикардией, ослаблением половой функции вплоть до полной импотенции.

Эфедроновая наркомания может сравнительно быстро привести к глубоким органическим поражениям центральной нервной системы, проявляющимся общемозговыми симптомами (вялая реакция зрачков на свет, диффузная мышечная гипотония, патологические рефлексы и др.), признаками повышенного внутричерепного давления и вегетативными расстройствами. Г. Я. Лукачер и соавт. (1987) выявили у больных эфедроновой наркоманией выраженные экстрапирамидные нарушения, которые обусловлены хронической интоксикацией марганцем, используемым при изготовлении эфедрона и вводимым внутривенно вместе с наркотиком.

Мы наблюдали больного 25 лет, у которого после 1,5 лет регулярного введения эфедрона развился стойкий паркинсонический синдром со скованностью, гипокинезией и микрографией; 6 мес стационарного лечения не привели к уменьшению паркинсонизма и больному установлена инвалидность II группы.

Лечение больных эфедриновой токсикоманией и эфедроновой наркоманией только стационарное, исключающее получение каких-либо стимулирующих препаратов.

Эфедрина, как и других психостимуляторов, больного лишают одномоментно. Назначают нейролептические препараты — аминазин, левомепромазин, галоперидол, трифтазин и другие, антидепрессанты — амитриптилин, азафен, в первые дни внутримышечно с кордиамином с последующим переходом на прием внутрь. При бессоннице дают феназепам, супрастин, димедрол или пипольфен на ночь. Одновременно назначают стрихнин или дуплекс, витамины, седативные средства, гипогликемические дозы инсулина.

При лечении эфедроновой наркомании в связи с поражением экстрапирамидной системы не допускается применение нейролептических препаратов ввиду возможности формирования экстрапирамидного нейролептического синдрома [Лукачер Г. Я. и др., 1987]. Дисфорические и тревожные состояния в абстиненции требуют назначения анти-

депрессантов (амитриптилин, пиразидол, азафен) в сочетании с транквилизаторами бензодиазепинового ряда (седуксен или реланиум внутримышечно, хлозепид, нозепам, мезапам и др.), на ночь обязательно дают транквилизаторы с выраженным снотворным эффектом — феназепам, мепротан, мезапам, нитразепам, а также грандаксин, смягчающий вегетативные нарушения. Назначают большие дозы ноотропов (пирацетам, пантогам, пиридитол), витамины. При явлениях повышения внутричерепного давления показана дегидратационная терапия (раствор сульфата магния, мочегонные средства), при экстрапирамидных нарушениях — беллатаминал, белласпон, беллоид. Циклодол противопоказан, так как возможно быстрое привыкание к нему.

Противоалкогольное лечение в первый период пребывания в стационаре осуществляется различными методами психотерапии, через 2—3 нед возможно использование активных медикаментозных противоалкогольных методик без каких-либо ограничений. Срок стационарного лечения — не менее 2 мес.

Из токсикоманий, вызываемых употреблением других медикаментозных средств, наиболее распространена циклодоловая токсикомания [Иванов В. И., 1978], нередко в сочетании с алкоголизмом, так как, по данным С. А. Саркисова (1980), прием 8—10 мг циклодола (4—5 таблеток по 0,002 г) на фоне алкогольного опьянения вызывает эйфорию, а при бо́льших дозах — интоксикационный психоз с расстройством сознания, психосенсорными расстройствами, элементарными слуховыми и зрительными галлюцинациями.

При злоупотреблении циклодолом толерантность доходит до 0,03 г (15 таблеток в день) и в отдельных случаях даже до 0,06 г (30 таблеток в день!). При таких дозах формируется абстинентный синдром с тяжелым психическим дискомфортом, тремором, повышенным мышечным тонусом, иногда болью в костях и суставах.

Купирование циклодолового интоксикационного психоза: промывание желудка, форсированный диурез, антиаритмические препараты (хинидин, обзидан). Можно использовать галантамин (галантамина гидробромид) по 1 мл 1% раствора подкожно 1—2 раза в день, наиболее эффективно введение 0,1% раствора эзерина по 2 мл 2—3 раза в день до исчезновения психотической симптоматики. Нейролептические препараты могут привести к обострению экстрапирамидных расстройств, психоз они не купируют, транквилизаторы противопоказаны, так как больные, как правило, имеют опыт злоупотребления ими [Иванов В. И., 1978].

Купирование циклодоловой абстиненции.

Лишение циклодола, как правило, одномоментное (в стационаре), для облегчения абстинентных явлений на несколько дней можно назначить препараты, близкие к циклодолу по механизму действия; мидокалм 0,05—0,1 г или амизил 0,001—0,002 г 3 раза в день. Одновременно делают вливания растворов глюкозы, сульфата магния, дают большие дозы витаминов, аминокислоты (метионин, липокаин, глутаминовая кислота). При грубых психопатоподобных реакциях рекомендуется гипертермия (сульфозин или пирогенал 5—6 инъекций через день).

В. М. Фрагин (1984) указывает на успешное применение иглорефлексотерапии в течение 5—7 дней по 2 сеанса в день для купирования абстиненции при токсикомании.

Больной находится в стационаре не менее 2 мес, противоалкогольное лечение проводится через 3—4 нед после поступления в стационар и полной дезинтоксикации.

Кроме злоупотребления циклодолом, возможно злоупотребление другими холинолитическими препаратами, а также препаратами других фармакологических групп с подобным действием. Лечение такое же, как циклодоловых токсикоманий.

В качестве средств, вызывающих токсикоманию, могут использоваться антигистаминные препараты — димедрол, пипольфен, которые в больших дозах дают парадоксальный стимулирующий эффект, к ним также возможно привыкание. Эти препараты добавляют к спиртным напиткам или принимают внутрь после употребления алкоголя для усиления опьянения. Как правило, эти токсикомании сочетаются с алкоголизмом и основное лечение — противоалкогольное.

Бытовой токсикоманией, вызванной стимуляторами, является злоупотребление кофеином, содержащимся в чае и кофе.

С этой целью приготовляется не обычный настой чая, а отвар большого количества сухого чая («чифир»). Эффект чифира стимулирующий, но значительно слабее, чем эфедрина и других психостимуляторов. Тяжелых психических нарушений не наблюдается, но могут возникать абстинентные явления с компульсивным влечением. Длительное злоупотребление кофеином способствует развитию гипертонической болезни, поражению сердца. Как правило, «чифиризм» чередуется с злоупотреблением алкоголем, попытки изготовления «чифира» возможны в наркологических стационарах.

Стационарного лечения этим больным, как правило, не требуется. Назначают нейролептические препараты, ноотро-

пы, большие дозы витаминов, физиотерапию, иглорефлексотерапию.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся со злоупотреблением транквилизаторами, седативными и другими лекарственными препаратами. У больных алкоголизмом могут быстро развиться привыкание и болезненное пристрастие к транквилизаторам, объясняющееся как парадоксальным эйфоризирующим эффектом больших доз транквилизаторов, так и перекрестной толерантностью, вследствие которой больные алкоголизмом принимают большие дозы этих препаратов вместе со спиртными напитками для усиления опьянения, а также во время ремиссий после противоалкогольного лечения. Наиболее часто бывает привыкание к мепротану, сибазону (диазепам, седуксен, реланиум), хлозепиду (хлордиазепоксид, элениум), нитразепаму (эуноктин), могут использоваться нозепам (тазепам), мезапам (рудотель), а также другие препараты с седативным действием.

Дозы транквилизаторов у токсикоманов увеличиваются в 10—15, даже в 25 раз, т. е. до 100—250 мг/сут (при разовой дозе 5—10 мг) [Еникеева Д. Д., 1980].

Абстинентный синдром при токсикоманиях, вызванных транквилизаторами, протекает легче, чем при злоупотреблении снотворными препаратами и психостимуляторами. Неврологические симптомы—бледность, гипергидроз, расширение зрачков с вялой реакцией на свет, умеренная гипертония мышц, тремор, повышение артериального давления, тахикардия, психические симптомы — раздражительность, злобность, агрессивность, депрессия.

По данным Н. Г. Найденовой (1987), при алкоголизме, осложненном седуксеновой токсикоманией, абстинентные явления сопровождаются аффективными нарушениями (подавленность, злобность, раздражительность), а к 7—8-му дню абстиненции могут возникнуть эпилептиформные припадки и острые психотические состояния.

Лечение лиц, принимающих большие дозы транквилизаторов (10—15 разовых доз в день и более) — стационарное. Снижение доз транквилизаторов постепенное, но более быстрое, чем барбитуровых снотворных — в течение 5—7 дней. Для купирования абстинентных явлений можно использовать пирроксан и бутироксан, растворы глюкозы, сульфата магния, хлорида или глюконата кальция, кордиамин, кофеин, эфедрин подкожно, большие дозы витаминов, кокарбоксилазу, фосфобион. На ночь назначают аминазин, левомепромазин или галоперидол парентерально с переходом на прием внутрь.

После полной отмены транквилизаторов назначают антидепрессанты седативного действия (амитриптилин, азафен, пиразидол), ноотропы (пирацетам, пиридитол), гипогликеми-

ческие дозы инсулина (до 16—24 ЕД). При болях в суставах дают анальгетики (антипирин, амидопирин, пенталгин, анальгин, бутадион и др.), при болях в мышцах — папаверин, беллоид, белласпон, делают теплые ванны.

Реже алкоголизм сочетается со злоупотреблением бромидами, салицилатами, другими лекарственными препаратами, часто их принимают без разбора, добавляют в больших дозах к спиртным напиткам. В этих случаях рекомендуется одномоментный обрыв приема этих препаратов.

Противоалкогольное лечение в стационаре этой группы больных осуществляется в соответствии с состоянием, без ограничений.

Лечение больных, злоупотребляющих алкоголем и летучими токсическими веществами. Злоупотребление летучими веществами бытовой химии (бензин, ацетон, пятновыводители, лаки, краски и др.) свойственно подросткам и даже детям моложе 10 лет [Захаров В. В., 1984]. Употребление опьяняющих количеств спиртных напитков чередуется с вдыханием паров летучих соединений, так как спиртные напитки труднодоступны для подростков. В. В. Захаров (1984) указывает, что младшие подростки чаще употребляют бензин, старшие — ацетон и растворители красок. Летучие жидкости вдыхают из полиэтиленовых пакетов.

Вдыхание паров бензина после 2—3 вдохов вызывает опьянение — головокружение, тошноту, чувство «невесомости», ноги и руки становятся как «ватные», в некоторых случаях нарушается схема тела — «голова меняет форму и размеры». В то же время возникают беспричинно веселое настроение, желание хохотать, прыгать. При закрытых глазах появляются быстро движущиеся зрительные образы, похожие на мультипликационные фильмы — «мультики». Может возникнуть делирий с неправильным поведением. После 7—10 мин вдыхания ацетона токсикоман испытывает ощущение комфорта, беззаботности, видит красочные иллюзии и галлюцинации, часто внушенные.

При повторном вдыхании токсических веществ тошнота, головная боль в опьянении не возникают, повышается толерантность, вдыхание становится более длительным. Влечение к вдыханию токсических веществ усиливается настолько, что приходится повторять его до 5—7 раз в день.

Подростки-токсикоманы после 1,5—2 мес употребления летучих токсических веществ становятся грубыми, несдержанными, перестают посещать школу, не приходят домой ночевать, оставаясь на ночь в подвалах, на чердаках, где они вдыхают токсические вещества.

Лечение стационарное. Необходима активная дезинтоксикационная терапия — витамины, прежде всего группы В, глу-

таминовая кислота, липоцеребрин, пирацетам, аминалон, бромиды, седативные средства, из нейролептических препаратов — перициазин (неулептил), френолон [Захаров В. В., 1984]. Лечение длительное, не менее 2 мес. При сочетании вдыхания летучих токсических веществ с употреблением спиртных напитков проводится противоалкогольное лечение.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с табакокурением (никотинизмом). Большинство больных алкоголизмом, в том числе женщин, одновременно заядлые курильщики, причем курение, как правило, предшествует алкоголизму. Употребление алкоголя усиливает потребность в курении, так как никотин, являясь антагонистом алкоголя, в какой-то степени компенсирует его отрицательное действие на самочувствие и в опьянении, и особенно в абстиненции.

При лечении больных алкоголизмом необходимо добиваться отказа от курения. Сочетание токсического действия алкоголя и никотина значительно повышает вероятность злокачественных новообразований, прежде всего легких, верхних дыхательных путей, желудка и кишечника, способствует возникновению и злокачественному течению ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, импотенции у мужчин, нарушениям генеративной функции у женщин и др. При лечении больных алкоголизмом в амбулаторных условиях им одновременно необходимо рекомендовать лечение от курения. В стационарных наркологических учреждениях должен быть строгий антиникотиновый режим.

В амбулаторных условиях прекращение курения может осуществляться тремя способами: одномоментным, быстрым и постепенным отучиванием от курения. В стационаре нужно использовать только первый способ и запрещать больному курение с момента поступления в стационар.

Одномоментное прекращение курения с момента поступления в стационар вполне удовлетворительно переносится большинством больных. Купирование алкогольного абстинентного синдрома включает все средства, снимающие никотиновую абстиненцию — витамины, седативные препараты, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, ноотропы, пирроксан, бутироксан и др. В амбулаторных условиях рекомендуются следующие порошки: глутаминовой кислоты 0,2 г, аскорбиновой кислоты 0,3 г, никотиновой кислоты 0,05 г, тамина бромида и пиридоксина по 0,02 г по 1 порошку 3 раза в день.

Ю. А. Королев (1981), В. В. Анучин (1983), Б. А. Целибеев (1983), Н. К. Фуфина (1984), С. М. Сенченок, Р. А. Зачепицкий (1985), а также зарубежные авторы, как отмечается в обзоре J. Holroyd (1980), указывают на высокую эффективность различных форм психотерапии при лечении куре-

ния, особенно гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки. В сеансы психотерапии (как гипносуггестивной терапии, так и аутогенной тренировки) алкоголизма можно включать внушение отвращения к курению.

Заместительную терапию табакокурения можно с успехом использовать как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В стационаре ее назначают больным, которым трудно прекратить курение с помощью лишь симптоматических средств. Наиболее активным средством заместительной терапии является цититон, лечение которым начинается с момента прекращения курения, проводится одновременно с симптоматическим лечением и может совмещаться с активной противоалкогольной терапией. Рекомендуется такая схема [Энтин Г. М., 1972]: с утра больному внутримышечно вводят 0,5—2 мл цититона. По мере того как появляется желание курить, больной выпивает по 1—3 глотка раствора цититона (содержимое 1 ампулы растворяют в 100 мл воды). Всего за день он выпивает еще 2—5 мл цититона. В последующие дни дозу цититона уменьшают и препарат назначают только внутрь. Курс лечения 12—14 дней. Вместо цититона можно вводить 1—2 мл 1% раствора лобелина внутримышечно 2 раза в день, возможен переход с цититона, применяемого 2—4 дня, на лобелин.

Можно назначать специальные таблетки против курения, содержащие 0,0015 г цитизина (табекс), 0,002 г лобелина (лобесил) или 0,003 г анабазина (под язык по одной таблетке 8 раз в день в первые дни с постепенным снижением числа приемов). С этой же целью за рубежом используют жевательные резинки, содержащие никотин [Malcolm R. E. et al., 1980]. В Советском Союзе выпускается антиникотиновая жевательная резинка, содержащая 0,003 г анабазина гидрохлорида, пищевые добавки и ароматизатор (гамибазин). Курс лечения антиникотиновой резинкой составляет 20 дней [Калина О. М., 1985] — первые дни больной жует 4 резинки, далее 3, 2 и с 13-го дня — по одной в течение дня.

Для лечения табакокурения с успехом используют иглорефлексотерапию, которую можно сочетать с купированием алкогольного абстинентного синдрома, лечением аффективных нарушений, подавлением патологического влечения к алкоголю, лечением алкогольных кардиалгий [Белкин А. И., Лакуста В. Н., 1983; Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л., 1985]. С помощью иглорефлексотерапии возможна выработка отвращения к курению.

В амбулаторных условиях целесообразно проведение УРТ с целью быстрого прекращения курения. При этом назначаются те же средства, что и при одномоментном прекращении курения, и дополнительно вещества, вызываю-

щие неприятный вкус во рту. Перед тем как закурить, больному рекомендуют прополоскать рот 0,5% раствором нитрата серебра или 0,1% раствором сульфата меди или 0,5% раствором протаргола либо колларгола. Одновременно проводится курс УРТ табакокурения, сочетающейся с антиалкогольной УРТ.

В этих случаях на высоте рвоты, вызванной апоморфином или рефлекторными рвотными средствами, больным предлагают закурить. Одновременно внушается отвращение к табачному дыму с тошнотой и рвотой. Как правило, после 2—3 таких сеансов при сочетании с заместительной терапией у больных вырабатывается достаточно выраженное отвращение к табачному дыму и они прекращают курение.

В. Е. Рожнов, А. Т. Филатов и соавт. (1987) разработали методику эмоционально-стрессовой терапии никотинизма, которую с успехом можно использовать как в стационарах, так и в амбулаторных условиях.

Группе больных из 10—15 человек проводится несколько занятий эмоционально-волевой тренировки в бодрствующем состоянии с формированием мотива воздержания от табакокурения. После освоения упражнений эмоционально-волевой тренировки переходят к эмоционально-стрессовой терапии с внушением отвращения к курению: 6—10 больных, лежащих на кушетках или сидящих в глубоких креслах, погружают в гипнотический сон. Больным в императивной форме внушают отвращение к виду, запаху, вкусу табака и табачного дыма. Далее психотерапевт дает установку открыть глаза, закурить. Во время курения у пациентов вызываются тошнота и рвота, после чего больные вновь погружаются в гипнотнческий сон. Курс лечения состоит из 20—30 сеансов.

Постепенное отучивание от курения проводится в амбулаторных условиях лицам, длительно курящим табак и страдающим заболеваниями, при которых противопоказана УРТ. Этим больным, помимо симптоматического лечения, проводят индивидуальные (или групповые) гипносуггестивные сеансы с соответствующей тошнотно-рвотной реакцией на курение.

Одновременно можно проводить иглорефлексотерапию. В процессе лечения ежедневно уменьшается количество выкуриваемых сигарет на 5—10% выкуренных накануне. За 10—15 дней лечения число сигарет доводится до 2—5 в день, после чего курение прекращается.

Как правило, больные, прекратившие курение в процессе противоалкогольного лечения, не начинают курить до рецидива алкоголизма, а возобновление употребления спиртных напитков сопровождается возобновлением курения.

ГЛАВА 7

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с тяжелыми сопутствующими заболеваниями внутренних органов и нервной системы. Особенности лечения больных алкоголизмом в подростково-юношеском и пожилом возрасте. Лечение женщин

При лечении больных алкоголизмом необходимо учитывать сопутствующие заболевания. Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин (1984) разделяют больных алкоголизмом на категории, в первую очередь по выраженности соматической патологии. В работах отечественных и зарубежных авторов приводятся многочисленные данные о распространенности различных сопутствующих заболеваний у больных алкоголизмом и смертности от этих заболеваний. Так, при средней продолжительности жизни мужчин 65 лет, женщин 74 года продолжительность жизни больных алкоголизмом мужчин составляет 48 лет, женщин — 49 лет [Мирошниченко Л. Д., Творогова Н. А., 1981; Анашкина Л. М., 1984]. По данным болгарских авторов В. Гиргиновой, Т. Станкушева, Ф. Лазарова (1985), 80% больных алкоголизмом умирают от соматических заболеваний, хотя, по данным Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта (1983), S. J. May, L. H. Kuller, J. A. Perper (1980), велико число смертей от несчастных случаев и самоубийств.

Сочетание противоалкогольной терапии с лечением сопутствующих и осложняющих алкоголизм заболеваний необходимо как в стационарах, так и в амбулаторных условиях.

Лечение алкогольных заболеваний нервной системы

Тяжелые алкогольные поражения центральной нервной системы встречаются сравнительно редко. Кроме энцефалопатий Гайе — Вернике, корсаковского амнестического психоза и псевдопаралича, практическое значение имеют алкогольный псевдотабес, алкогольная мозжечковая атаксия и восходящий алкогольный паралич типа Ландри.

Алкогольный псевдотабес сопровождается нарастанием неврологической симптоматики, напоминающей спинную сухотку: расстройства мышечно-суставного чувства, отсутствие ахилловых рефлексов, зрачковые нарушения и пр. Одновременно с этим отмечаются резкое мнестико-интеллектуальное снижение, грубые расстройства памяти не только на

текущие события, как при корсаковском психозе, но и разрушение прежних запасов знаний. В тяжелых случаях могут развиваться маразм, кахексия.

Алкогольный псевдотабес бывает, как правило, у пожилых больных с большой давностью алкоголизма, нередко сочетающегося с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Дифференциальная диагностика с сифилитическими заболеваниями центральной нервной системы проводится по отсутствию указаний на сифилис в анамнезе и отрицательным серологическим реакциям в крови и спинномозговой жидкости.

Лечение: большие дозы витаминов, прежде всего витамина B_1 (до 0,5—1 г в день), глутаминовая кислота, пирацетам, аминалон в больших дозах, йодистые препараты, в том числе бийохинол по 3 мл 2 раза в неделю, 18—30 мл на курс, соответствующие симптоматические средства. Больные должны длительно содержаться в стационаре.

Алкогольная мозжечковая атаксия описана в 1900 г В. М. Бехтеревым, проявляется в остро развивающихся после тяжелой алкогольной интоксикации расстройствах координации движений, шаткой походке, дизартрии, треморе конечностей, головы. Страдают преимущественно диэнцефальная область, мост и мозжечок.

Лечение: дезинтоксикационная терапия (растворы глюкозы, сульфата магния, тиоловые препараты, хлорид или глюконат кальция), большие дозы витаминов (B_1, B_6, PP, C и др.). После ликвидации неврологических расстройств противоалкогольное лечение нужно проводить с использованием небольших доз рвотных средств, гипносуггестивной терапии. Тетурам противопоказан.

Восходящий алкогольный паралич типа Ландри (миелоэнцефалопатия) вызывается поражением спинного и продолговатого мозга, начинается с пареза нижних конечностей, затем присоединяются парезы рук, бульбарные расстройства, в ряде случаев со смертельным исходом. В отличие от восходящего паралича Ландри инфекционного генеза алкогольный паралич не сопровождается лихорадкой. Очень важна ранняя диагностика — длительная и тяжелая алкогольная интоксикация в анамнезе, безлихорадочное течение. Лечение антибиотиками, как при инфекционном параличе, не улучшает состояния и может использоваться лишь для профилактики уросепсиса.

Промедление с лечением может привести к смерти больного [Болотова З. Н., Мануйленко Ю. А., Гусова А. Б., 1985].

Лечение: большие дозы витаминов (витамин B_1 до 2 г/сут), витамин B_6, кокарбоксилаза. Внутривенное капельное введение реополиглюкина, гемодеза (с добавлением витаминов),

лазикс по 1—2 мл в день, 5—7 мл 20% раствора пирацетама, 5—7 мл 2,4% раствора эуфиллина, по показаниям кордиамин, строфантин или коргликон. Для нормализации работы сфинктеров вводят 0,05% раствора прозерина по 1 мл 2—3 раза в день. Этими энергичными мерами удается значительно улучшить состояние больных, добиться полного выздоровления или выздоровления с остаточными парезами дистальных отделов конечностей.

Алкогольные заболевания периферических нервов встречаются сравнительно часто, по данным B. Neundörfer, D. Claus (1986), у 30% больных алкоголизмом, но протекают, как правило, легко. Алкогольные полиневриты, описанные С. С. Корсаковым, с множественными параличами практически не наблюдаются, при них преобладают чувствительные расстройства. Встречаются радикулиты, радикулоневриты, полиневриты и мононевриты. Из мононевритов распространен неврит лучевого нерва, который возникает вследствие не только алкогольной интоксикации, но и сдавления нерва во время сна опьяневшего в неудобной позе.

Отечественные авторы [Ильяш Т. И., 1979; Ярош А. А., Ильяш Т. И., 1979; Ласков В. Б., 1980; Савельев Ю. М., 1981; Курако Ю. Л. и др., 1984; Паникарский В. Г., 1985; Акимов Г. А. и др., 1986] указывают, что в большинстве случаев алкогольные полиневриты протекают в вегетативных (зябкость кистей и стоп, потливость, акроцианоз, ломкость ногтей) или сенситивных формах (парестезии в дистальных отделах рук и ног, боль, снижение чувствительности по типу «перчаток» и «носков»), значительно реже бывают парезы и параличи.

Своеобразной формой алкогольного поражения нервной системы является **алкогольная амблиопия** — ретробульбарный токсический неврит зрительных нервов [Демичев А. П., 1966; Гольдфарб Л. Г., Дроздов Э. С., Диамант Л. Н., 1984; Krumsick J. et al., 1985], возникающий, как правило, при употреблении суррогатов алкоголя и приводящий к нарушению восприятия красного и зеленого цветов, понижению остроты зрения, нарушению полей зрения. Для диагностики этого заболевания требуется специальное офтальмологическое обследование. Это имеет большое значение для водителей транспортных средств.

При лечении алкогольных заболеваний периферических нервов применяют большие дозы витаминов, в первую очередь витамина B_1 (до 1 г/сут), а также С, PP, B_2, B_6, B_{12}, B_{15}, дегидратационную терапию (растворы глюкозы, сульфата магния, тиоловых препаратов, хлорида или глюконата кальция и др.), болеутоляющие средст-

ва — ацетилсалициловую кислоту, антипирин, амидопирин, анальгин, фенацетин, бутадион и др.

После устранения боли назначают 1—2 мл 0,1% раствора стрихнина подкожно, 1 мл 0,05% раствора прозерина, 1 мл 0,5% раствора дибазола ежедневно в течение 20—30 дней. При ретробульбарном неврите рекомендуют секурииин по 0,002 г 2 раза в день в течеиие 30—40 дней или 1 мл 0,2% раствора подкожно, всего 10—15 инъекций, фолиевую кислоту.

Одновременно назначают различные местные и общие физиотерапевтические процедуры: грелки, соллюкс, кварц, УВЧ, диатермию, в дальнейшем — парафиновые, озокеритовые, грязевые аппликации, массаж, лечебную физкультуру, хвойные или радоновые ванны, электрофорез с новокаином, хлоридом кальция, йодидом калия. Показаны экстракт алоэ, стекловидное тело, лидаза, фитин, глицерофосфат кальция, фосфен, аденозинтрифосфорная кислота (АТФ) по 1—2 мл 1% раствора внутримышечно, 30—40 инъекций на курс.

Г. Я. Анищенко и соавт. (1984) указывают на эффективность иглорефлексотерапии во всех случаях алкогольного полиневрита.

Активное противоалкогольное лечение можно начинать после ликвидации острых явлений. Не ограничено применение условно-рефлекторных методик, метронидазола, нитрофуранов. Тетурам при алкогольных поражениях периферических нервов абсолютно противоказан. Его можно иногда использовать лишь для поддерживающего лечения после полной ликвидации явлений неврита, в небольших дозах, не более 0,25—0,3 г в день в течение 10—12 дней.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями внутренних органов

Сочетания алкоголизма с заболеваниями внутренних органов, эндокринной системы, расстройствами обмена веществ встречаются очень часто. Практически почти у каждого больного алкоголизмом II и особенно III стадии имеются те или иные сопутствующие или осложняющие заболевания. Это либо непосредственное следствие алкогольной интоксикации (алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени), либо заболевания, утяжеляющиеся вследствие алкоголизма (сердечно-сосудистые, туберкулез и др.).

В этом отношении интересны данные M. J. Ashley и соавт. (1981) из Канады, обследовавших соматическое состояние 1001 больного алкоголизмом, поступившего в стационар. Лишь у 6,5% не было соматических заболеваний, у 68,6% эти за-

болевания протекали без выраженной симптоматики, у 24,9% больных — привели к снижению трудоспособности.

Среди наркологов до сих пор бытует совершенно неправильное представление о том, что больным алкоголизмом, отягощенным соматическими заболеваниями, противопоказана активная противоалкогольная терапия и их не следует направлять в наркологические стационары. В действительности больные алкоголизмом на фоне тяжелых соматических заболеваний остро нуждаются в противоалкогольном лечении с последующим полным прекращением употребления спиртных напитков, без этого невозможно лечить соматическое страдание. Таких больных необходимо лечить преимущественно в стационаре, подбирать показанные им методы активной противоалкогольной терапии, настойчиво осуществлять противорецидивное лечение.

Более того, в настоящее время советским законодательством введено принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, уклоняющихся от противоалкогольного лечения в добровольном порядке или продолжающих пьянствовать после лечения. Поскольку этим контингентам больных противопоказано по состоянию здоровья пребывание в лечебно-трудовых профилакториях, они по постановлению народного суда направляются в специальные наркологические отделения, организуемые при наркологических (психиатрических) больницах или диспансерах, на срок от 3 мес до 1 года. В этих отделениях предусмотрены должности терапевта и невропатолога.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В работах отечественных и зарубежных авторов последних лет подчеркивается большая частота сочетаний алкоголизма с поражением сердца и сосудов. Выделяется даже самостоятельная форма заболевания — алкогольная кардиомиопатия [Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л., 1977; Кочегуров В. Н., 1979; Цымбал Е. И., 1983; Вихерт А. М., Цыпленкова В. Г., 1985; Березовский А. Д., Орлов М. В., Элконин Б. Л., 1985; Мысько Г. Н., Бурда С. И., Шатилло В. В., 1985; Müller S., Pocher K., 1981; Sereny G. et al., 1983; Van Thiel D. H., Gavaler J. S., 1985].

Смертность больных алкоголизмом и алкогольными психозами от ишемической болезни сердца и острой сердечной недостаточности вследствие алкогольной кардиомиодистрофии высокая [Пауков В. С., Угрюмов А. И., Хритинин Д. Ф., 1983; Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Подзолков В. И., 1985; Калинкин М. Н. и др., 1986; Миндлин Я. С., Косаговская И. И., 1986]. Изменения в сердечной мышце связаны с нарушениями белкового обмена у больных алкоголизмом и прямым

токсическим воздействием алкоголя и его метаболитов (ацетальдегида) на субклеточные структуры и ферментные системы миокарда [Кочегуров В. Н., 1979], а также нарушением обмена липидов в сердце [Бельченко Д. И. и др., 1980]. Поражениям сердечно-сосудистой системы способствует нарушение обмена липопротеидов. Хотя, по данным И. В. Бокий, В. Ф. Трюфанова, М. С. Усатенко (1984), у больных алкоголизмом повышено содержание холестерина высокой плотности, что может препятствовать развитию атеросклероза, В. Е. Дворников, П. Э. Рабинович (1984) выявили, что содержание липопротеидов высокой плотности повышается лишь в первые годы злоупотребления алкоголем, а в дальнейшем снижается, что способствует развитию атеросклероза.

Поражения сердечно-сосудистой системы в I и начале II стадии алкоголизма преимущественно функциональные, обостряются в периоды злоупотребления алкоголем и особенно в абстиненции, а после дезинтоксикации и симптоматического лечения полностью проходят, о чем свидетельствует нормализация биохимических показателей [Пятов М. Д., Гущин А. Н., 1976], ЭКГ, артериального давления и клинических данных. В более поздних стадиях алкоголизма функциональные нарушения нередко сменяются органическими — возникают миокардиодистрофия, коронаросклероз с явлениями стенокардии и коронарной недостаточности, стойкая гипертония, облитерирующий эндартериит и др. [Мыльникова Н. В., 1987]. Нередко даже такие тяжелые заболевания, как поздние стадии гипертонической болезни с гипертоническими кризами, сердечная недостаточность, перенесенный инфаркт миокарда не останавливают больных — они продолжают злоупотреблять алкоголем, ухудшая свое и без того тяжелое состояние. Причина этого заключена не только в отсутствии сознания болезни (алкогольная анозогнозия) и болезненном влечении к алкоголю, но и в попытке заглушить алкоголем болевой синдром (боль в сердце при стенокардии, головная боль при гипертонии и др.).

Инфаркт миокарда у больных алкоголизмом возникает в более молодом возрасте, как правило, без предшествующих явлений коронарной недостаточности и прединфарктного периода [Преображенский Д. В., Синицын В. Е., 1986; Воробьев Б. И., Кательницкая Л. И., Хомякова А. С., 1986; Можайцева А. Г. и др., 1986; Голиков А. П. и др., 1987], а болевой синдром выражен незначительно или даже отсутствует [Энтин Г. М., 1972; Шпак Л. В., 1986].

Больных, страдающих сочетанием алкоголизма с сердечно-сосудистыми заболеваниями, целесообразно лечить в стационаре. При выраженных симптомах заболевания на первые 5-

7 дней абстинентного периода назначается постельный (или полупостельный) режим, курение категорически запрещается. Наряду с большими дозами дезинтоксикационных средств (растворы глюкозы, сульфата магния, тиоловых препаратов, большие дозы витаминов), седативными, снотворными средствами, транквилизаторами, небольшими дозами нейролептических препаратов и антидепрессантов назначают средства, стимулирующие деятельность сердечно-сосудистой системы, соответствующие спазмолитические и гипотензивные препараты.

При алкогольной кардиомиопатии Т. Н. Иванова и соавт. (1984), Т. С. Мельникова, В. И. Подзолков (1986) рекомендуют применять 2 мл 1% раствора пирроксана внутримышечно, АТФ, рибоксин по 2 г 3—4 раза в день, при повышенном артериальном давлении — анаприлин (обзидан) по 0,01—0,04 г 2—3 раза в день или окспренолол (тразикор) по 0,02 г 3 раза в день с повышением доз.

Из нейролептических препаратов наиболее показан резерпин или раунатин, как правило, в сочетании с гипотиазидом, из транквилизаторов — оксилидин, который оказывает успокаивающее и снотворное действие, а при парентеральном введении (по 1—2 мл 2% или 5% раствора 1—2 раза в день внутримышечно) предупреждает и купирует возможные в абстиненции гипертонические кризы.

По миновании острых абстинентных явлений в течение 2—4 нед проводится лечение, направленное на нормализацию артериального давления, устранение стенокардических болей и других симптомов сердечно-сосудистых заболеваний. Лишь после этого и повторных специальных исследований (ЭКГ и др.) можно перейти ко второму этапу лечения — активной противоалкогольной терапии.

Активная противоалкогольная терапия допустимыми методами в обязательном порядке должна проводиться всем больным заболеваниями сердечно-сосудистой системы, продолжающим, несмотря на это, злоупотреблять алкоголем. Даже наиболее тяжелые формы гипертонической болезни, перенесенный инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность не могут быть поводом для отказа от активной противоалкогольной терапии. При тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях методом выбора является гипносуггестивная терапия, которую целесообразно сочетать с назначением плацебо (под видом тетурама) и затем проводить имитацию алкогольно-тетурамовых проб. Больного предупреждают, что алкоголь будет введен ему в кровь, а вводят никотиновую кислоту, хлорид кальция, АТФ, оксибутират натрия или другое вещество, вызывающее вегетативную реакцию. Внутрь алкоголь не дают. Проводят 2—3 такие пробы.

При более легких сердечно-сосудистых заболеваниях можно назначать иглорефлексотерапию с выработкой отрицательной реакции на алкоголь, использовать метронидазол, тинидазол, фуразолидон, фурадонин с алкогольными пробами.

УРТ можно проводить лишь небольшими дозами апоморфина (0,1—0,3 мл 1% раствора), лучше в сочетании с гипносуггестивной терапией, а также эметином и другими рефлекторными рвотными средствами больным гипертонической болезнью I и II стадии при умеренно выраженных поражениях сердечной мышцы, пороках сердца в стадии компенсации. Апоморфинотерапия в ряде случаев способствует нормализации артериального давления.

Сенсибилизирующая терапия небольшими дозами тетурама при чередовании с метронидазолом, фуразолидоном или фурадонином может использоваться как поддерживающее лечение наряду с применением симптоматических средств, нормализующих настроение, улучшающих сон.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями органов пищеварения. Заболевания органов пищеварения очень часто встречаются у больных алкоголизмом. Они могут быть следствием хронической алкогольной интоксикации или предшествовать алкоголизму.

Например, на ранних стадиях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки некоторые больные употребляют спиртные напитки во время приступа боли, поскольку в состоянии опьянения боль притупляется. Существует даже «народное средство» лечения язвенной болезни небольшими дозами 96% спирта, который якобы «дубит» язву, притупляет боль и способствует рубцеванию.

В действительности никакого дубящего действия на язву спирт оказывать не может, так как попавший в желудок алкоголь вызывает обильную секрецию желудочного сока, и спирт оказывается сильно разведенным. Он может вызвать лишь ожог слизистых оболочек глотки и пищевода. Притупление боли во время приступа объясняется аналгезирующим действием спирта. Такое «лечение» может привести к привыканию к алкоголю и алкоголизму, а нелеченая язвенная болезнь — к профузному кровотечению или перфорации, а также к перерождению в рак [Pujol H., 1985].

После резекции желудка по поводу язвенной болезни злоупотребление алкоголем способствует быстрому формированию алкоголизма, так как алкоголь быстро переходит в кишечник и всасывается в кровь, вызывая тяжелое опьянение. Этому способствует и имеющийся у лиц с резецированным желудком гиповитаминоз.

Лечение больных алкоголизмом, страдающих гастритами, гастроэнтеритами, коли-

тами, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Злоупотребление алкоголем может являться причиной острого и хронического гастрита, вызвать образование эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки [Сазонова Т. Ю. и др., 1984]. Эти авторы выделяют 4 формы хронического гастрита у больных алкоголизмом: поверхностный гастрит без поражения желез, гастрит с поражением желез без атрофии, атрофический и атрофически-гиперпластический гастрит. Тяжесть гастрита коррелирует с давностью и тяжестью алкогольной интоксикации. Важнейшим симптомом алкогольного гастрита считают утреннюю рвоту после опьянения у больного, ранее полностью утратившего рвотный рефлекс [Пятницкая И. Н. и др., 1977]. Наряду со рвотой имеются другие диспепсические явления (отрыжка, неприятный вкус во рту, боль в подложечной области и др.).

Лечение больных алкоголизмом, страдающих хроническими гастритами, гастроэнтеритами, колитами, проводится после купирования острых абстинентных явлений, дезинтоксикации и ликвидации обострения заболеваний органов пищеварения. Для этого назначают по 5—10 капель 0,5% раствора атропина 2—3 раза в день, окись магния (жженая магнезия) с гидрокарбонатом натрия (двууглекислая сода), экстрактом белладонны, викалин и другие средства.

Активное противоалкогольное лечение начинают после устранения острых явлений при благоприятных анализах желудочного сока, кала на скрытую кровь, рентгенологического исследования желудка и кишечника.

УРТ с помощью рвотных смесей, содержащих соли тяжелых металлов, больших доз апоморфина этим больным проводить не следует. Можно использовать небольшие дозы апоморфина, эметин. Целесообразно назначение метронидазола, тинидазола, фуразолидона и фурадонина, так как эти препараты благоприятно действуют при заболеваннях желудочно-кишечного тракта. Тетурам можно применять с осторожностью, в небольших дозах, главным образом для поддерживающего лечения. Можно парентерально вводить тетурам (абрифид) и использовать имплантации дисульфирам-депо (эспераль, радотер).

Больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки все виды условнорефлекторных рвотных сеансов, как правило, противопоказаны. Им следует назначать преимущественно сенсибилизирующие к алкоголю средства — тетурам, метронидазол, фуразолидон, фурадонин. Вне обострения, при зарубцевавшейся язве, можно проводить алкогольно-тетурамовые (фуразолидоновые) пробы, а также их имитации с помощью никотиновой кислоты и других средств.

В стадии обострения и в неполной ремиссии следует проводить сенсибилизирующее лечение без алкогольных проб, лучше сочетать его с гипносуггестивной терапией, иглорефлексотерапией.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями печени и поджелудочной железы. Алкогольные гепатиты и алкогольный цирроз печени остаются наиболее распространенными заболеваниями внутренних органов алкогольного генеза. На те или иные поражения печеночной ткани практически у всех больных алкоголизмом указывают как отечественные, так и зарубежные авторы [Карлинский В. М. и др., 1980; Бородулин В. Г. и др., 1984; Муратова И. Д. и др., 1984; Логинов А. С., Джелалов К. Д., Блок Ю. Е., 1985, 1986; Baumgarten R. et al., 1979; Runger F., 1981; Saunders J. B., Wodak A. D., Williams R., 1984; Audigier J.-C., Coppéré H., Barthélémy C., 1984; Lesch O. M. et al., 1986, и др.].

Токсический алкогольный гепатит проявляется увеличением и болезненностью печени, желтушностью склер, диспепсическими явлениями, болью в подложечной области и в правом подреберье, повышенни содержания билирубина в крови в 2—4 раза. Лечение заключается в ежедневных вливаниях растворов глюкозы с аскорбиновой кислотой, внутримышечно вводят витамины B_1, B_6, PP, витамин B_{12} по 500—1000 мкг в день, внутрь дают витамин B_{15} по 0,05—0,1 г 3 раза в день, липокаин по 0,3—0,5 г с метионином по 0,25—0,5 г 3—4 раза в день в течение 10—20 дней, вводят 2 мл 20% раствора пантотената кальция внутримышечно до 4 раз в день [Волынец С. И., 1981], назначают молочно-растительную диету, диатермию на область печени.

При высоком содержании билирубина в крови показаны кобаламид, витогепат или сирепар по 2—4 мл ежедневно в течение 5—7 дней, желчегонные препараты (хологон, холосас, оксафенамид и др.).

Явления гепатита ликвидируются, как правило, через 10—15 дней, после чего можно начинать активную противоалкогольную терапию, хотя печень еще остается увеличенной. Условнорефлекторные методики применяют без ограничений. Из сенсибилизирующих средств используют метронидазол, фуразолидон и фурадонин. Тетурам назначают лишь после нормализации функции печени, при поддерживающем лечении можно использовать его небольшие дозы.

При хронических алкогольных гепатитах печень увеличена, уплотнена, отмечаются стойкие диспепсические явления, желтушность склер, похудание. Содержание билирубина в крови стойко повышено, прямая реакция положительна, в крови также повышено содержание трансаминаз, альдолазы.

Лечение такое же, как при остром токсическом гепатите. Однако явления хронического гепатита стойкие, поэтому лечение должно продолжаться ряд недель и месяцев (диета, витамины, особенно витамин B_{12} повторными курсами, и др.). Наряду с этим проводится противоалкогольная терапия — гипносуггестивные сеансы, небольшие дозы апоморфина, метронидазол, никотиновая кислота с тиосульфатом натрия, иглорефлексотерапия, использование плацебо. Лечение тетурамом противопоказано.

При сочетаниях алкоголизма с холециститом, гепатохолециститом, холангитом проводят энергичное лечение этих заболеваний, после чего осуществляют активную противоалкогольную терапию с использованием гипносуггестивных сеансов, иглорефлексотерапии, условнорефлекторных методик, метронидазола и особенно фуразолидона, как средства, применяющегося при лечении этих сопутствующих заболеваний.

В. С. Кирсанов, Н. Н. Чередник (1987) предлагают оригинальную методику активного лечения больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта — аэрозольно-алкогольную реакцию (ААР). Больным, находящимся в состоянии гипноза, пульверизатором распыляют в полость рта и глотки 70% спирт с целью выработки тошнотно-рвотной реакции на алкоголь. Спирт можно распылять в помещении, где проводится гипносуггестивная терапия, через краскопульт или бытовой распылитель «Комфорт». Больные при этом дышат воздухом, содержащим алкоголь. Реакция эффективнее, если больные предварительно получили никотиновую кислоту или метронидазол. Данный вид терапии не противопоказан и больным с тяжелыми заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта.

Алкогольный цирроз печени возникает у больных хроническим алкогольным гепатитом, особенно если они не лечатся, продолжают злоупотреблять алкоголем, нарушают диету. Клинические проявления алкогольного цирроза печени: прогрессирующее истощение, диспепсические явления (понос, рвота), боль в области печени, иногда желтушность склер, кожи, кровоточивость. Ранее увеличенная печень уменьшается, становится плотной, стойко повышается содержание билирубина в крови с прямой реакцией. В наиболее тяжелых случаях развивается асцит. Течение заболевания медленное, возможна длительная стабилизация. В ряде случаев больные с выраженным циррозом печени и асцитом не обращаются к врачу, продолжают злоупотреблять алкоголем.

Лечение больных алкогольным циррозом печени осуществляется в стационаре. В питании ограничивают жиры, используют углеводы и полноценные белки. Применяют витамины А, B_1, С, К и особенно B_6 и B_{12} внутримышечно, внутривен-

ные вливания растворов глюкозы по 40—60 мл в день, внутрь дают липамид, при сильном зуде — преднизолон по 0,01—0,02 г в день. При асците полезны диета, богатая белком, с ограничением соли, гипотиазид по 0,1 г в день, хлорид калия по 3—6 г в день. При стойком массивном асците назначают меркузал, новурит, диакарб, циклометиазид, фуросемид (лазикс) и другие диуретические средства, в крайних случаях делают пункцию брюшной стенки.

Противоалкогольное лечение больных циррозом печени ограничивается гипносуггестивными сеансами, иглорефлексотерапией, при хорошей компенсации дают никотиновую кислоту, тиоловые препараты, плацебо.

Алкогольная печеночная энцефалопатия или алкогольная печеночная кома является разновидностью описанной Н. К. Боголеповым и соавт. (1970) гепатопортальной энцефаломиелопатии. По мнению F. Darnis (1965), в основе этого заболевания лежит аутоинтоксикация вследствие поступления в кровь продуктов кишечного распада через коллатерали между воротной и печеночной венами. При хорошо развитых коллатералях («шунтах») цирроз может длительно не проявляться, если больные употребляют мало мяса и животных жиров, то заболевание протекает латентно. Однако возможны кровотечения из расширенных вен кардиальной части пищевода, а также желудочные и кишечные диапедезные кровоизлияния, которые провоцируются нарушениями диеты. После такой геморрагии в кровь из кишечника поступает большое количество азотистых шлаков, которые проходят через анастомозы, минуя печень, и вызывают токсическую энцефалопатию, напоминающую печеночную кому. Через 1—3 дня после кишечного кровотечения у больного возникает возбуждение с отдельными делириозными эпизодами. Характерный симптом этого периода — крупноразмашистый тремор рук, напоминающий взмахи крыльев. В дальнейшем развивается сопорозное, а потом и коматозное состояние с потерей сознания, расстройством дыхания, сердечной деятельности, падением артериального давления, утратой реакций на болевые раздражители, угасанием рефлексов. Изо рта больного ощущается специфический «печеночный запах», обусловленный выделением продуктов кишечного распада.

Алкогольная печеночная энцефалопатия нередко развивается в терапевтических или хирургических стационарах, куда больные доставляются в связи с кишечным кровотечением. Дифференциальная диагностика проводится с внутричерепными и субдуральными гематомами, острой интоксикацией барбитуратами и другими наркотическими веществами, алкогольной энцефалопатией Гайе—Вернике. Диагноз алкогольной

печеночной комы ставится на основании алкоголизма в анамнезе, кишечного кровотечения, предшествующего коматозному состоянию, своеобразных психических нарушений в начале заболевания с крупноразмашистым тремором рук, своеобразного «печеночного» запаха изо рта, азотемии, билирубинемии, альбуминурии.

Прогноз при алкогольной печеночной энцефалопатии, как правило, благоприятный, при своевременном и правильном лечении больной выходит из коматозного состояния.

Лечение: средства, стимулирующие сердечно-сосудистую систему и дыхание, кислород, капельные внутривенные вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы (до 1 л), гемодеза или полиглюкина со скоростью 40—50 капель в минуту (0,3—0,5 л), гидролизина со скоростью 20 капель в 1 минуту, а затем до 40—60 капель в минуту (0,25—0,5 л), внутривенно вводят также 10—20 мл 1% раствора глутаминовой кислоты, 2—3 мл 2,5% суспензии кортизона или гидрокортизона внутримышечно.

После выведения из коматозного состояния приступают к лечению цирроза печени, назначают диету с ограничением белков до 40—60 г в день, антибиотики тетрациклин, левомицетин для подавления кишечной флоры. Аналогичные меры назначают с целью профилактики алкогольной печеночной энцефалопатии больным, у которых были кишечные кровотечения.

Больным, перенесшим алкогольную печеночную энцефалопатию, необходимо проводить такое же противоалкогольное лечение, как и больным алкогольным циррозом печени. Поскольку больные алкогольной печеночной энцефалопатией госпитализируются в терапевтические отделения, оттуда их следует переводить в наркологический стационар или организовать противоалкогольное лечение амбулаторно.

Близким к алкогольно-печеночной энцефалопатии является синдром Mallory — Weiss (Мэллори — Вейса) — разрыв слизистой оболочки в зоне между пищеводом и желудком также вследствие застойных явлений в системе воротной вены [Petzold H., 1981]. Я. Г. Гальперин, А. П. Демичев, Э. К. Кореневский (1981) наблюдали этот синдром у 15 больных, 4 из которых умерли вследствие профузного желудочного кровотечения. Заболевания сопровождались пределириозными психическими расстройствами. Основной симптом — рвота с кровью. Лечение состоит в оперативном вмешательстве, электрокоагуляции.

Примесь крови в рвотных массах служит противопоказанием для применения рвотных средств при УРТ.

Наиболее опасны острые панкреатиты, нередко возникающие у больных алкоголизмом [Целибеев Б. А., 1984;

Dreiling D. A., Koller M., 1985]. Они проявляются острой опоясывающей болью в верхней трети живота, рвотой, гиперемией лица. При этом нередко возникают делириозные симптомы — слуховые и зрительные галлюцинации, парестезии в области живота, они сопровождаются возбуждением и страхом. Нередко отмечаются быстрый переход в мусситирующий делирий, коматозное состояние. Делириозные явления возникают на 2—7-й день от начала острого панкреатита. В этих случаях ошибочный перевод больного в психиатрический стационар, промедление с операцией могут привести к смерти от панкреонекроза. Больные острым панкреатитом, несмотря на возникший делирий, должны оставаться в хирургических стационарах [Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л., 1977; Целибеев Б. А., 1985].

Подострый и хронический панкреатит может быть продолжением острого [Махов В. М. и др., 1983; Haller H., Jaroß W., Henefeld M., 1981; Teichmann W., Zastrow R., 1981], сопровождаться периодическими болевыми приступами, а при переходе в деструктивную стадию боли прекращаются [Seefeld U., Amman R., 1981].

В период ремиссий, после специального лечения больные, как правило, сами воздерживаются от употребления спиртных напитков вследствие их непереносимости, так как каждый прием алкоголя вызывает обострение процесса и усиление боли. Если больной, несмотря на панкреатит, все же злоупотребляет алкоголем, то наряду с назначением средств, применяемых при панкреатите (панкреатин, метионин, витамины B_{12}, PP, C, белладонна, платифиллин и др.), проводится противоалкогольное лечение — гипносуггестивная терапия, метронидазол, фуразолидон, фурадонин, при затухании симптомов панкреатита можно применять небольшие дозы апоморфина и рефлекторных рвотных средств, иглорефлексотерапию.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с нетуберкулезными заболеваниями органов дыхания. Злоупотребление алкоголем способствует возникновению и злокачественному течению заболеваний органов дыхания [Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л., 1977; Кондратенко В. Т., 1977; Иванова Т. Ф. и др., 1984; Энтин Г. М., 1985; Янков К., 1986; Lorenz J., 1985]. Это в значительной степени связано с иммунодепрессивным действием алкоголя [Аверьянова Л. Л., Пятов М. Д., Фомина В. Г., 1979; Иванова Т. Ф. и др., 1984], вследствие чего у больных алкоголизмом часто возникают и тяжело протекают пневмонии, в ряде случаев приводящие к легочным геморрагиям и абсцессам, возможен делирий на высоте пневмонии [Крылов А. А. и др., 1984].

Лечение болезней органов дыхания в наркологическом стационаре осуществляется по общим правилам — больным

хроническим бронхитом, эмфиземой легких, пневмосклерозом, хроническими воспалительным заболеваниями верхних дыхательных путей назначают антибиотики, обычно внутрь (ампициллин, оксациллин, ампиокс, окситетрациклин, метациклин, олететрин и др.), бисептол, сульфаниламидные препараты, при бронхоспазме дают эуфиллин, теофедрин, отхаркивающие микстуры, бромгексин, битиодин, либексин, тусупрекс, салицилаты, большие дозы аскорбиновой кислоты, рутин.

При бронхиальной астме и астматических бронхитах назначают эуфиллин, теофиллин, теофедрин внутрь, эуфиллин, дипрофиллин внутривенно, аэрозоли и др. По миновании острых явлений возможно проведение активной противоалкогольной терапии без ограничений. Больным бронхиальной астмой при редких приступах, хорошей компенсации процесса можно применять активные методы лечения, а при выраженных расстройствах функции дыхания — гипносуггестивную терапию, иглорефлексотерапию, тиоловые препараты, никотиновую кислоту, имитации алкогольно-тетурамовых проб, метронидазол, нитрофураны, а тетурам используют лишь для поддерживающего лечения, без алкогольных проб.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Заболевания почек и мочевыводящих путей у больных алкоголизмом обусловлены как непосредственным влиянием алкоголя, так и употреблением острых закусок с большим содержанием соли, частыми переохлаждениями, употреблением ядовитых суррогатов алкоголя. Неблагоприятно сказывается на почках нарушение антитоксической функции печени у больных алкоголизмом [Ишеков Н. С., 1985]. Злоупотребление алкоголем вызывает также обострение хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей — нефритов, почечнокаменной болезни, пиелитов, циститов и др.

Нередко больные алкоголизмом, страдающие заболеваниями почек и мочевыводящих путей, поступают в наркологические лечебные учреждения, иногда они начинают лечение в терапевтическом или урологическом отделении, после чего направляются на лечение по поводу алкоголизма. При этом больные соблюдают назначенную им диету, продолжают прием соответствующих медикаментозных средств.

При хроническом нефрите с повышением артериального давления показано внутривенное введение глюкозы с аскорбинатом магния (в 10 мл раствора 4 г глюкозы и 0,5 г аскорбината магния), 15—20 ежедневных вливаний на курс. При почечнокаменной болезни из средств, способствующих выведению мочевых конкрементов, наиболее показан ависан (по 0,05—0,1 г 3—4 раза в день в течение 1—3 нед), так как этот препарат ослабляет спазмы мочеточников, спо-

собствует отхождению камней, дает возможность применять активные методы лечения. Для ослабления спазмов мочеточников назначают папаверин, тифеин, но-шпу и др.

При воспалительных заболеваниях лоханок, мочеточников, мочевого пузыря и других мочеполовых органов назначают антибиотики (пенициллин и его производные, тетрациклины, олететрин, канамицин и др.), фурадонин по 0,1—0,2 г 3—4 раза в день.

Особенно показаны этим больным фурадонин и фуразолидон как одновременно антибактериальные и антиалкогольные препараты. Кроме нитрофуранов, можно использовать препарат 5-НОК (по 0,1 г 4 раза в день), оказывающий активное антибактериальное действие при пиелонефрите, цистите, уретрите, простатите и других воспалительных заболеваниях мочеполовой сферы, также несовместимый с алкоголем.

Активное противоалкогольное лечение указанным больным осуществляется после ликвидации острых проявлений заболевания почек и мочеполовой сферы. При хорошей функции почек и ликвидации воспалительных явлений можно проводить УРТ всеми методами, применять метронидазол, фурадонин, фуразолидон с алкогольными пробами. Тетурам назначают лишь в минимальных дозах (0,2—0,3 г в день) для поддерживающего лечения.

При хронических нефритах, нефрозо-нефритах, туберкулезных заболеваниях мочеполовой сферы, хронических воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей используют гипносуггестивную терапию, иглорефлексотерапию, назначают плацебо, метронидазол, фурадонин, фуразолидон с алкогольными пробами. Тетурам в этих случаях противопоказан.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с диабетом и другими эндокринными заболеваниями. Сравнительно часто алкоголизм сочетается с сахарным диабетом, который при этом нередко остается бессимптомным. Всем больным алкоголизмом, поступающим в стационар, следует исследовать содержание сахара в крови, тем более что для дезинтоксикации назначаются вливания глюкозы, которые у больных диабетом могут привести к быстрой декомпенсации состояния и даже к диабетической коме.

При выявлении диабета назначают соответствующую диету и лекарственные средства (бутамид, букарбан, хлорпропамид, цикламид, глибутид — адебит, липокаин, метионин), при необходимости инсулин.

Активное противоалкогольное лечение проводится настойчиво, до полного прекращения употребления спиртных напитков. При компенсированных формах диабета условнорефлекторные методики практически не ограничиваются, можно применять метронидазол, фуразолидон, фурадонин с алкогольны-

ми пробами, тетурам — преимущественно в качестве поддерживающей терапии. При наиболее тяжелых формах диабета с кетонемией и кетонурией, требующих постоянного лечения инсулином, применяют гипносуггестивную терапию, иглорефлексотерапию, плацебо.

Обменные нарушения у больных алкоголизмом не являются препятствием для активной противоалкогольной терапии. При ожирении назначают разгрузочную диету, гидротерапевтические процедуры (душ Шарко, веерный, циркулярный душ, углекислые ванны и др.), общий массаж. Молодым больным можно назначать тиреоидин по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день, больным старшего возраста — метилтестостерон или тестостерон-пропионат, хорионический гонадотропин.

Больным алкоголизмом, страдающим ожирением, показана разгрузочно-диетическая терапия с длительностью лечебного голодания 5—15 и даже 20—25 дней.

Активное противоалкогольное лечение в значительной степени определяется состоянием сердечно-сосудистой системы. Целесообразно назначать длительный курс апоморфинотерапии (20—25 ежедневных сеансов), способствующий похуданию. Можно использовать методы сенсибилизирующей к алкоголю терапии, но алкогольно-тетурамовые пробы проводить с осторожностью.

Активному противоалкогольному лечению у истощенных больных предшествует более длительный период восстановительной терапии (вливания растворов глюкозы, большие дозы витаминов B_1, B_2, B_6, B_{12}, B_{15}, PP, C, препараты железа, фосфора, мышьяка, стрихнина). Обязательно назначается курс лечения гипогликемическими дозами инсулина в течение 30—40 дней. Питание высококалорийное, богатое белками.

Из методов активной терапии этим больным более целесообразно назначать сенсибилизирующие препараты (тетурам, метронидазол, фуразолидон, фурадонин) с проведением алкогольных проб. Условнорефлекторные методики, если они не противопоказаны в связи с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, лучше ограничить 2—3 сеансами с использованием больших доз апоморфина и рефлекторных средств.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с хроническими воспалительными заболеваниями. Наиболее часто у больных алкоголизмом встречаются заболевания ЛОР-органов, которые Л. Я. Ховерс (1984) при обследовании 500 больных алкоголизмом выявил у 303 человек (60,6%).

При сочетании алкоголизма с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха, придаточных пазух носа, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, женской половой сферы и других органов необходима санация воспалительных очагов (антибиотики, физиотерапия, оперативные

вмешательства и др.), после чего проводится активное противоалкогольное лечение. По этим же принципам осуществляется лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с ревматизмом, хроническими кожными заболеваниями, болезнями органов зрения и др. Симптоматическое противоалкогольное лечение, направленное на купирование абстинентных явлений, проводится одновременно с лечением сопутствующего заболевания, а после ликвидации острых явлений сопутствующего алкоголизму заболевания осуществляется показанное активное антиалкогольное лечение.

Антиалкогольное лечение больных венерическими заболеваниями. Как мужчин, так и женщин, больных алкоголизмом, нужно тщательно обследовать на венерические заболевания. В стационаре всем обязательно проводятся серологические реакции на сифилис, у женщин исследуют влагалищные мазки. Лечение трихомоноза и гонореи при консультации венеролога можно проводить в наркологическом стационаре, больных сифилисом немедленно переводят в стационар кожно-венерологического диспансера.

Больным алкоголизмом, состоящим на учете у венеролога, обязательно проводится противоалкогольное лечение, так как при злоупотреблении алкоголем они могут не закончить лечения венерического заболевания и остаться источником заражения. Больным гонореей активное противоалкогольное лечение можно назначать непосредственно после окончания курса лечения антибиотиками. Можно использовать условнорефлекторные и сенсибилизирующие к алкоголю методики. Лечение, как правило, осуществляется амбулаторно либо больных помещают в наркологический стационар.

При свежем сифилисе противоалкогольное лечение необходимо начинать в венерологическом стационаре, после ликвидации острых проявлений сифилиса. В дальнейшем между курсами противосифилитической терапии антиалкогольное лечение можно проводить в амбулаторных условиях либо помещать больного в наркологический стационар. Активные методы противоалкогольной терапии при этом можно использовать в полном объеме.

Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с туберкулезом легких

Туберкулез легких, сочетающийся с алкоголизмом, представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Алкоголизм предрасполагает к заболеванию туберкулезом, больные алкоголизмом значительно чаще болеют туберкулезом, чем непьющие, как вследствие ослабления защитных сил организма, так и потому, что они, как правило, не проходят

профилактических осмотров, не придают значения начальным симптомам заболевания, не обращаются за медицинской помощью. Больные туберкулезом нередко начинают злоупотреблять алкоголем и у них быстро развивается алкоголизм, чему способствуют эйфория и гипоманиакальные состояния, возникающие вследствие туберкулезной интоксикации.

По данным В. В. Уткина и соавт. (1981), из 936 больных туберкулезом (81,9% мужчин, и 18,9% женщин) 376 (40,2%) страдали алкоголизмом, 20,7% злоупотребляли алкоголем систематически, 34% — эпизодически и лишь 5,1% не употребляли алкоголь. Алкоголизм отмечен во Франции у 50%, в Дании — у 40%, в США — у 69%, в СССР — у 30,8% [Незлин С. Е., 1986], больных туберкулезом.

Насколько велика эпидемиологическая опасность больных туберкулезом, злоупотребляющих алкоголем, свидетельствуют многочисленные работы отечественных авторов [Ершов А. И., 1966; Кигель Д. Г., Постнов В. С., 1975; Дроздов Э. С. и др., 1981, 1983, 1984; Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч., 1983, 1985; Кутько В. С., Слабунов О. С., 1985; Александров В. Л., 1986, и др.]. Они сообщают о тяжелом течении туберкулеза при его сочетании с алкоголизмом, большом числе диссеминированных, кавернозных форм с кровохарканьем, значительно более частом поражении внутренних органов, в ряде случаев с их амилоидозом. Так, В. Ф. Диденко, И. А. Большакова (1987) у 97,1% больных с сочетанием туберкулеза и алкоголизма выявили распространенный туберкулезный процесс с распадом легочной ткани, а массивное бактериовыделение — у 77,1% больных.

Больные туберкулезом и алкоголизмом в 11 раз чаще, чем больные туберкулезом, не страдающие алкоголизмом, прекращают лечение, не закончив его, и в 75,2 % случаев лечатся нерегулярно и кратковременно, не достигая абациллирования [Уткин В. В. и др., 1981], остаются бактериовыделителями и источниками туберкулезной инфекции.

Алкоголизм у таких больных протекает также крайне тяжело: пьянство, как правило, постоянное, толерантность к алкоголю снижена, опьянение тяжелое, часты острые алкогольные психозы, аффективные расстройства в форме депрессий с истерическим компонентом [Гринчар А. Н., Рудой Н. М., Энтин Г. М. и др., 1986]. А. Х. Имамов (1987) отмечает ускоренное развитие алкоголизма на фоне туберкулеза и тяжелую психопатизацию личности, обусловленную длительной изоляцией больных, негативным отношением общества к ним и взаимным отрицательным влиянием.

Диагностика алкоголизма у больных туберкулезом не представляет затруднений, так как в большинстве случаев алкоголизм предшествует туберкулезу, больные или ранее

лечились по поводу алкоголизма, или анамнестические сведения позволяют установить его в прошлом. Для формирования алкоголизма в процессе заболевания туберкулезом характерны компульсивное первичное влечение к алкоголю с преобладанием его над вторичным, быстрая утрата количественного контроля при относительно невысокой толерантности, вследствие чего алкоголь употребляется дробными дозами, эксплозивные и дисфорические формы опьянения с ранним появлением амнестических форм. Как дополнительный метод можно использовать ферментную диагностику [Кутько В. С., Слабунов О. С., 1985].

Лечение больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом, представляет сложности, прежде всего организационные. Содержание их в открытых туберкулезных отделениях нецелесообразно, так как они нарушают режим, пьянствуют, не лечатся, вовлекают в пьянство других больных и в конце концов выписываются за нарушение режима или самовольно уходят из больницы, не закончив противотуберкулезного лечения.

Для лечения больных туберкулезом в сочетании с алкоголизмом согласно существующему положению создаются фтизионаркологические стационары или отдельные фтизионаркологические больницы двух типов — для добровольного и для принудительного лечения.

Больные туберкулезом и алкоголизмом (или лица с привычным пьянством), согласившиеся пройти лечение от туберкулеза и алкоголизма, в добровольном порядке госпитализируются во фтизионаркологические отделения (в которых выделяется должность психиатра-нарколога).

В этих отделениях режим соответствует наркологическим стационарам (двери на замке, прогулки под контролем персонала, исключено потребление спиртных напитков и веществ наркотического действия). Больные находятся в этих отделениях до полной дезинтоксикации, дебациллирования и проведения курса противоалкогольной терапии. После этого больных можно выписать или перевести для долечивания в общие туберкулезные отделения.

Больные хроническим алкоголизмом, страдающие туберкулезом, уклоняющиеся от лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.10.85 г. (и соответствующими указами президиумов Верховных Советов других союзных республик) по постановлению народного суда направляются на принудительное лечение на срок от 3 мес до 1 года в специальные отделения (или больницы) для больных хроническим алкоголизмом, страдающих туберкулезом как тяжелым сопутствующим заболеванием. В этих отделениях (больни-

цах) закрытый режим, установлена милицейская охрана, лечение принудительное, при уклонении от лечения его срок может быть продлен постановлением народного суда по ходатайству администрации лечебного учреждения.

Лишь в таких лечебных учреждениях можно добиться полной изоляции больных от алкоголя и веществ наркотического действия на время лечения, дезинтоксикации, стабилизации туберкулезного процесса, провести необходимое лечение, в том числе хирургическое, до полного дебациллирования и использовать приемлемые для данного больного методы противоалкогольной терапии с переводом на поддерживающее лечение.

Накопленный положительный опыт лечения больных в фтизионаркологических отделениях свидетельствует о несомненной эффективности этой формы лечения [Крузе М. Я., 1980; Гринчар А. Н., Кочуровская С. С., 1981; Мелиновская Л. М., Карпухина Н. В., 1981; Калабуха В. А., Калабуха А. В., 1982; Дроздов Э. С., Шибанова Н. И., 1984; Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч., 1985; Таваснев В. В., Марандич И. Н., Носиков Т. Т., 1986]. В отдельных случаях возможно амбулаторное лечение этих больных [Лапицкий В. А., 1980].

При поступлении больных алкоголизмом во фтизиатрический стационар наряду с назначением антибактериальных препаратов им необходимо проводить энергичное дезинтоксикационное лечение (вливания растворов глюкозы, витамины B_1, B_6, B_{12}, B_{15}, С, РР, пантокрин, гормональные препараты— кортизон, преднизолон, переливания плазмы и белковых заменителей — гидролизин, аминопептид). Одновременно с целью купирования абстинентных явлений и подавления болезненного влечения к алкоголю назначают седативные и снотворные препараты (бромиды, валериана, пустырник, пассифлора, фенобарбитал на ночь и др.), тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол), транквилизаторы (феназепам, мебикар, оксилидин и др.), нейролептические препараты (аминазин, левомепромазин, трифтазин, галоперидол, перициазин, тиоридазин, хлорпротиксен, карбидин и др.), антидепрессанты, ноотропы. Применением комплекса этих препаратов удается быстро купировать абстинентные явления, подавить болезненное влечение к алкоголю.

Для купирования запоев у больных туберкулезом можно использовать пирогенал до 1000 МПД внутримышечно [Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч., 1985].

После дезинтоксикации и купирования абстинентных явлений проводится химиотерапия туберкулезного процесса. Часть больных алкоголизмом плохо переносят противотуберкулезные препараты, особенно ПАСК, циклосерин, стрептоми-

цин, этамбутол, несколько лучше — фтивазид, метазид, салюзид, хотя прием и этих препаратов иногда вызывает осложнения, связанные с поражением у больных алкоголизмом нервной системы и внутренних органов, прежде всего печени [Незлин С. Е., 1986].

Однако после дезинтоксикации и применения лекарственных средств, улучшающих состояние внутренних органов и нервной системы, переносимость противотуберкулезных препаратов улучшается, их можно использовать в больших дозах. В частности, В. А. Корякин и соавт. (1986) считают целесообразным внутривенное введение изониазида (тубазид) ежедневно струйно в виде 10 % раствора из расчета 15 мг/кг.

Активное противоалкогольное лечение обязательно для больных туберкулезом, сочетающимся с алкоголизмом. Показаниями к такому лечению является злоупотребление больным туберкулезом спиртными напитками даже при недостаточно четко выраженных симптомах алкоголизма. Это определяется тем, что антибактериальная терапия не может быть успешной, пока не прекращено злоупотребление алкоголем, поэтому необходимо добиться полного прекращения употребления спиртных напитков.

Существовавшее ранее мнение о том, что противоалкогольное лечение нельзя проводить больным активными формами туберкулеза, опровергнуто работами А. И. Ершова (1966), который доказал, что только сочетанием антибактериального и активного противоалкогольного лечения можно добиться успеха.

Применение сенсибилизирующих к алкоголю препаратов (тетурам, метронидазол, нитрофураны) возможно еще до полной стабилизации туберкулезного процесса и показано тогда, когда лечение проводится не в закрытом стационаре и возможны попытки употребления больными спиртных напитков.

В этот же период осуществляют целенаправленную психотерапию в различных формах, подготовку к активным методам лечения. Гипносуггестивная терапия должна использоваться широко, в том числе и ее эмоционально-стрессовый вариант. Применяют иглорефлексотерапию.

После улучшения общего состояния — нормализации температуры, показателей крови, рентгенологической картины и др., т. е. при субкомпенсации, а тем более при компенсированном туберкулезном процессе возможно проведение алкогольно-метронидазоловых, фуразолидоновых, фурадониновых, а также алкогольно-тетурамовых проб. Алкогольные пробы можно начинать через 2—3 нед противотуберкулезного лечения, их не должно быть больше 5 при возрастающих дозах спиртных напитков (10—60 мл водки). После выраженной

реакции больного переводят на поддерживающие дозы сенсибилизирующих к алкоголю препаратов. При длительном воздержании от алкоголя и приеме поддерживающих доз тетурама и других сенсибилизирующих к алкоголю средств применение циклосерина, изониазида (тубазид) не вызывает осложнений, наблюдаемых в период злоупотребления алкоголем.

При хирургическом лечении легочного туберкулеза у лиц, страдающих алкоголизмом, активное противоалкогольное лечение прерывается, но возобновляется по миновании послеоперационного периода и при улучшении состояния.

УРТ больные туберкулезом переносят хуже, чем сенсибилизирующую терапию: по данным А. И. Ершова (1966), возможен коллапс при применении 0,2—0,3 мл 1% раствора апоморфина, хотя Д. Г. Кигель, В. С. Постнов (1975) с успехом лечили таких больных апоморфином. Отрицательными сторонами применения условнорефлекторных рвотных средств является опасность возникновения легочных кровотечений у больных с кавернозными формами туберкулеза, а также похудание при повторных условнорефлекторных рвотных сеансах. В связи с этим указанное лечение можно проводить физически крепким больным при достаточной компенсации туберкулезного процесса. Меньше противопоказаний к применению тиоловых препаратов в сочетании с никотиновой кислотой, можно использовать иглорефлексотерацию, имплантацию эспераля.

Очень важно правильно организовать режим отделения, использовать различные формы трудовой терапии. Больные во фтизионаркологическом стационаре должны находиться от 6 до 12 мес.

Для больных туберкулезом, добровольно желающих лечиться от алкоголизма и имеющим установку на воздержание от алкоголя, противоалкогольное лечение в отдельных случаях можно организовать в общем фтизиатрическом стационаре.

Закрепление результатов лечения зависит от диспансерного наблюдения и поддерживающей терапии. Особое внимание необходимо уделять трудоустройству больного, улучшению его жилищных условий, налаживанию семейных отношений, изоляции от «алкогольной среды». Этими вопросами должен заниматься как туберкулезный, так и наркологический диспансер. Поддерживающее противоалкогольное лечение может включать чередование сенсибилизирующих к алкоголю средств (тетурам, метронидазол, фуразолидон, фурадонин), а также различные симптоматические и психотропные препараты по показаниям. В случае рецидива алкоголизма принимаются меры к его немедленному купированию.

Организация лечения больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом, и внедрение в практику современных методов представляются важной задачей наркологии.

Лечение нарушений половых функций у больных алкоголизмом

Нарушения половых функций у больных алкоголизмом могут быть обусловлены различными причинами. Это слабая половая конституция, последствия воздействия хронической алкогольной интоксикации на гипофизарно-надпочечниковую систему, различные отделы центральной нервной системы, железы внутренней секреции, половые железы. Наиболее часто эти состояния возникают в результате нарушения семейных взаимоотношений, неврозоподобных, астенических, аффективных расстройств.

Те или иные нарушения половой функции встречаются более чем у 30% больных алкоголизмом мужчин в возрасте 20—40 лет и более чем у 50% больных старше 40 лет. Ю. Т. Жуков и соавт. (1970) выявили половые расстройства у 58,3% больных, из которых у 27,6% — такие нарушения отмечались лишь в период похмелья и у 30,7% — и во время воздержания от алкоголя. А. Я. Мишин (1970) выявил половые нарушения у 41,2% больных. Из 633 больных алкоголизмом, средний возраст которых 37 лет, мы выявили нарушения половой функции у 410 (64,7%), из которых у 254 (40,1%) они были лишь в периоды злоупотребления алкоголем и в похмелье, у 130 (20,4%) отмечались стойкие нарушения половой функции в форме ослабления полового влечения, слабых эрекций, преждевременной эякуляции, значительного снижения оргастических ощущений. У 26 больных (4,28%) отмечена полная импотенция [Энтин Г. М., 1972].

В начальной и развернутой стадиях алкоголизма может наблюдаться повышение либидо вследствие расторможенности влечений, которое сочетается в ряде случаев со снижением потенции из-за ослабления эрекции, преждевременной эякуляции или даже исчезновения эрекции во время полового акта. Реже, особенно при выраженном запойном пьянстве, имеется ослабление или даже полное исчезновение либидо и потенции в периоды алкогольных эксцессов с восстановлением в межзапойных периодах.

На далеко зашедших стадиях (II—III и III) алкоголизма преобладают жалобы на ослабление эрекции, половое влечение снижается, сохраняясь в периоды опьянения, а при воздержании от алкоголя половая функция угасает. Многие больные умышленно скрывают от врача имеющуюся патологию половой функции.

Половые расстройства у больных алкоголизмом зависят от половой конституции, особенностей личности, нарушений нейрогуморальной составляющей и регуляции полового акта вследствие угнетающего действия алкоголя на центральную нервную систему [Лукомский И. И., 1967; Уланов Л. А., 1969; Васильченко Г. С., 1977] страдают функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и развиваются атрофические процессы в половых железах, снижающие их функции.

Многочисленными работами последних лет отечественных и зарубежных авторов выявлено резкое снижение содержания тестостерона в крови больных алкоголизмом. Г. П. Колупаев, В. А. Яковлев (1984, 1985) установили такое снижение у 92,3%, А. Н. Кобзарь и соавт. (1986) — у 82,1% при повышении содержания пролактина («феминизация» мужчин). Явления алкогольной тестикулопатии отметил А. Ф. Астраханцев (1984). R. Ferrando (1982) также выявил у больных алкоголизмом понижение содержания андрогенов и повышение эстрогенов, импотенцию и стерильность, причем у значительного числа этих больных отмечены тестикулярная атрофия и гинекомастия, что дает основание называть алкоголь тестикулярным ядом.

У больных алкоголизмом значительно нарушен сперматогенез. По данным Ю. Т. Жукова (1967), в сперме больных алкоголизмом содержится 53—96% дегенеративных форм сперматозоидов. Наиболее пагубно сказывается на сперматогенезе интоксикация алкоголем в пубертатный период. Н. З. Хант (1986) с помощью эксцизионной биопсии яичка выявил наибольшие гистологические изменения у лиц, начавших злоупотреблять алкоголем в подростковом возрасте. Ф. И. Стехун (1979) установлено, что у лиц, начавших употреблять алкоголь до 18 лет, число сперматозоидов по сравнению с нормой уменьшено на 46,5%, у начавших употреблять после 18 лет — лишь на 18,9%.

Нарушения половой функции у больных алкоголизмом необходимо тщательно выявлять, так как это можно с успехом использовать в психотерапевтической работе для убеждения больного в необходимости лечения и прекращения пьянства. Психотерапия сексуальных расстройств у больных алкоголизмом должна опираться на тщательный структурный анализ этих нарушений [Васильченко Г. С., 1983]. Больного нужно ориентировать на стремление сохранить себя для радостей личной жизни и семейного счастья.

Медикаментозное лечение половых расстройств обязательно включают в комплексную терапию больных алкоголизмом. М. М. Гатауллин (1970) указывает на значительно более длительные ремиссии у больных алкоголизмом, страдавших половыми расстройствами, которым наряду с антиалкоголь-

ным проводилось и специальное сексологическое лечение.

При назначении терапии сексуальных расстройств необходимо тщательное выяснение их причины. Так, часто нарушения половой функции у больных алкоголизмом бывают чисто психогенными, связанными с плохими отношениями с женой в результате пьянства больного. В этих случаях достаточно соответствующего психотерапевтического воздействия на больного и разъяснительной работы с его женой. Однако и медикаментозной терапии половых расстройств при определенных жалобах у больного следует уделять внимание. Это лечение желательно проводить при консультативной помощи сексопатолога как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

При ослаблении либидо и эрекции, наиболее часто встречающихся у больных алкоголизмом, назначают общеукрепляющий режим в период противоалкогольного лечения (утренняя гимнастика, лечебная физкультура, обтирания, соленохвойные или углекислые ванны, циркулярный, веерный или статический душ, фарадизация промежности, электрофорез и др.). Применяют препараты железа, фосфора, мышьяка, стрихнин (дуплекс), биогенные стимуляторы — экстракт листьев алоэ, стекловидное тело, а также секуринин, прозерин, карбахолин, пантокрин, элеутерококк, женьшень, сапарел, апилак и другие стимулирующие средства [Васильченко Г. С., 1983]. Показана витаминотерапия (витамины А, B_1, B_6). Особенно показан витамин Е (эревит) по 1 мл 30% масляного раствора внутримышечно, 10—15 инъекций.

Больным с резким ослаблением эрекций показаны большие дозы стрихнина [Энтин Г. М., 1969] начиная с 1 мл 0,1% раствора подкожно 1 раз в день с ежедневным увеличением дозы на 1 мл, т. е. в последующие дни 2, 3, 4, 5 мл. Начиная с 6 мл дозу делят пополам и делают две инъекции в обе руки. На 10-й день лечения доза доходит до 10 мл 0,1% раствора стрихнина (!) — по 5 мл в каждую руку. Применение больших доз стрихнина допускается больным молодого возраста (до 40—45 лет) под контролем артериального давления. К концу курса такого лечения восстанавливается эрекция.

Поскольку алкогольная интоксикация приводит к значительным гормональным нарушениям, больным алкоголизмом не только пожилого, но и среднего и даже относительно молодого возраста (35—40 лет) при нарушениях половой функции в отдельных случаях целесообразно назначать гормональную терапию. Гормональная терапия может осуществляться лишь по соответствующим показаниям. Заместительная гормональная терапия проводится при стойком снижении уровня андрогенных гормонов. Применяют метилтестостерон по 0,005 г или тестобромлецит (по 1—2 таблетки под

язык до полного растворения 2—3 раза в день) в течение 1—2 мес. Внутримышечно вводят тестостерон-пропионат по 1 мл 1—5% раствора через день, всего 10—20 инъекций, по 1 мл 10% раствора тестостерона энантата 1—2 раза в неделю в течение 1—2 мес (при поддерживающем противоалкогольном лечении), по 1 мл тетрастерона или сустанона-250 (омнадрена-250), всего 3 инъекции с интервалом 3—4 нед.

Применение андрогенных гормонов как стимуляторов половой функции, по данным Г. С. Васильченко (1983), дает кратковременный эффект из-за крутого возрастания концентрации гормонов при первых инъекциях препарата («эффект пружины»). При длительном применении андрогенов, в том числе препаратов пролонгированного действия, стимулирующий эффект утрачивается.

С. В. Дворяк (1984) лицам с гипоандрогенными чертами, с явлениями феминизации рекомендует назначать антиэстрогенный гормон кломифенцитрат по 0,05 г 1—2 раза в день в течение 2,5 мес. Антиэстрогены, по данным автора, снижают первичное патологическое влечение к алкоголю, в отличие от андрогенных препаратов, которые, напротив, могут его усилить.

По показаниям применяют гонадотропные гормоны, стимулирующие половые железы — хорионический гонадотропин по 500—1500 ЕД внутримышечно через день, 10—15 инъекций на курс. При одновременном применении гонадотропных и андрогенных гормонов доза каждого снижается наполовину.

Если лечение половой слабости с нарушением эрекции оказывается неэффективным, то можно применить кортикотропин, АКТГ, который стимулирует кору надпочечников и способствует образованию стероидных гормонов и глюкокортикоидов, имеющих непосредственное отношение к восстановлению половой функции. Применяют препарат пролонгированного действия АКТГ-цинк-фосфат для инъекций по 20—40 ЕД в первые 2—3 дня ежедневно, затем через день, 2 инъекции в неделю в течение 1—2 мес. Применять АКТГ можно лишь при отсутствии противопоказаний (гипертония, язвенная болезнь, туберкулез, заболевания почек).

При сексуальных нарушениях у больных алкоголизмом, связанных с гормональными расстройствами и сопровождающихся снижением либидо, изменениями ощущения оргазма и разнообразными вегетососудистыми расстройствами, показаны анаболические стероиды [Белкин А. И., 1978]. Можно использовать препараты для приема внутрь — метандростенолон по 0,005 г 1—2 раза в день или метиландростенидиол по 0,025 г 1—2 раза в день под язык в течение 4—8 нед или вводить парентерально — феноболин, ретаболил, силаболин

по 1 мл 5% раствора внутримышечно 1 раз в 7—15 дней, 4—6 инъекций на курс (1,5—2 мес).

С успехом применяется иглорефлексотерапия [Сосин И. К. и др., 1986]. Воздействие на аурикулярные и корпоральные вегетотропные точки для влияния на центры эякуляции и точки акупунктуры в области 2—4 поясничных сегментов способствует улучшению эрекции и увеличению продолжительности половых актов.

При преждевременной эякуляции назначают средства, уменьшающие возбудимость центральной нервной системы — микстуру с бромом, валерианой, пустырником, порошки, включающие 0,25 г бромкамфоры и 0,02 г фенобарбитала (по 1 порошку 3 раза в день в течение 2—3 нед), или 0,01 г экстракта белладонны, 0,02 г фенобарбитала и 0,2 г амидопирина (по 1 порошку 3 раза в день), спазмолитические препараты (спазмолитина 0,03 г, тифена 0,05 г, апрофена или дипрофена 0,025—0,05 г 2—3 раза в день в течение 2—3 нед). Эякуляция задерживается при назначении на ночь небольших доз трифтазина (0,0025—0,005 г). Хороший эффект дают внутримышечные введения 5—10 мл 25% раствора сульфата магния с 5 мл 2% раствора новокаина, 10—15 ежедневных инъекций.

При хорошей эрекции, но быстрой эякуляции рекомендуется 5—10% дикаиновая мазь (0,5—1 г дикаина и 10 г вазелина), которую за полчаса до полового сношения втирают в головку полового члена.

Лечение половых расстройств у больных алкоголизмом как в стационаре, так и особенно в амбулаторных условиях должно проводиться параллельно с активной противоалкогольной терапией, и при выборе метода активной терапии этот фактор следует учитывать. Так, по данным И. В. Стрельчука (1973) и по нашим данным [Энтин Г. М., 1969, 1972], апоморфинотерапия, особенно длительными курсами (15—20 сеансов), приводит к усилению либидо, улучшению эрекции. Это объясняется, вероятно, не только прекращением пьянства, но и стимулирующим влиянием апоморфина на диэнцефальную область. Больным с нарушениями половой функции рекомендуются именно эти методики. Наряду с этим имеются наблюдения [Jensen S. B., 1984], что применение тетурама, особенно длительное поддерживающее лечение этим препаратом, угнетает половую функцию.

Однако В. П. Тюменцев (1986) указывает, что из 526 обследованных им больных алкоголизмом жалобы на нарушения половой функции (отсутствие или слабость адекватных или спонтанных эрекций, преждевременная эякуляция, снижение полового влечения, притупление оргазма) предъявили 93 человека (17,6%), в том числе 39 — после приема тетура-

ма. По окончании противоалкогольного лечения и воздержании от алкоголя половая функция нормализовалась и у тех больных, которые связывали ее нарушения с «вредоносным действием тетурама», что позволило автору сделать вывод об отсутствии непосредственной связи половых расстройств с действием тетурама.

Тем не менее среди больных алкоголизмом распространено представление об ослаблении половой функции при лечении тетурамом и назначения этого препарата при жалобах на сексуальные нарушения, особенно на ослабление эрекции, следует избегать, используя его лишь для поддерживающего лечения в небольших дозах.

При длительном поддерживающем лечении тетурамом с целью профилактики половых расстройств целесообразно назначать витамин Е (эревит), стрихнин, секуринин, пантокрин, а если половая функция не восстанавливается, то заменять тетурам другими препаратами (метронидазол, нитрофураны).

При лечении больных алкоголизмом, страдающих нарушениями половых функций, необходимо предупреждать их жен, чтобы они не упрекали мужей в «слабости», «неспособности», а напротив, проявляли внимание и заботу. В амбулаторных условиях настойчивое лечение половых расстройств у больных алкоголизмом способствует длительному психотерапевтическому контакту с врачом и дает возможность проводить целенаправленную антиалкогольную терапию.

У женщин, страдающих алкоголизмом, нередко возникают черты маскулинизации (грубый голос, утрата округлых форм тела и др.), отмечаются аменорея, ранний климакс (в 35—42 года), снижение и полная утрата либидо. Эти нарушения объясняются прежде всего поражением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, так как половые железы страдают при алкоголизме у женщин меньше, чем у мужчин.

Лечению половых расстройств у женщин, больных алкоголизмом, не уделяется должного внимания и этот вопрос отражен в литературе недостаточно. При перечисленных выше расстройствах после консультации гинеколога и эндокринолога одновременно с противоалкогольным лечением целесообразно применять гормональные препараты — хорионический гонадотропин в тех же дозах, что и мужчинам. Наряду с гонадотропными гормонами можно назначать препараты женских половых гормонов — эстрон (фолликулин) по 5000—10 000 ЕД ежедневно в течение 2 нед, препарат пролонгированного действия экстрадиола дипропионат по 1 мл 0,1% раствора 1—2 раза в неделю, 5—10 инъекций, сублингвально метилэстрадиол по 1 таблетке 2—3 раза в день, синэстрол в таблетках по 0,001 г 1 раз в день или внутримышечно по 1 мл 0,1% раствора в течение 15—20 дней.

Особенности лечения больных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте, в пожилом возрасте, лечение женщин

При лечении больных алкоголизмом большую роль играют возрастные особенности, так как течение заболевания и возможности использования тех или иных методов противоалкогольной терапии в значительной степени определяются возрастом больного. Лечение алкоголизма имеет наибольшие особенности у подростков, в юношеском и пожилом возрасте.

Лечение больных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте. Алкоголизм подростков неуклонно возрастает. Зарубежные авторы указывают, что пьянство среди молодежи обычно групповое, приводит к быстрому формированию алкоголизма, снижению интеллекта, различным невротическим расстройствам. D. S. Lipton, R. C. Stephens и соавт. (1977) выявили употребление алкоголя у 80% учащихся 7—12 классов школ Нью-Йорка, N. Pace (1978) считает, что из 10 млн больных алкоголизмом в США 500 000 — подростки, ряды которых растут с угрожающей быстротой.

И. И. Лукомский (1971), И. Д. Муратова, Л. М. Котлова, П. И. Сидоров (1979), Г. В. Морозов (1980), И. Я. Копыт и соавт. (1980), В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин (1980), Н. Е. Буторина и соавт. (1980, 1982, 1986), Г. М. Энтин, П. Н. Лавренова (1981, 1986), Н. Г. Найденова (1982), И. Г. Ураков, И. Б. Власова (1982, 1985), Б. С. Братусь, П. И. Сидоров (1984), И. А. Никифоров (1986) указывают, что алкоголизм в подростковом возрасте характеризуется быстрым формированием и злокачественным, галопирующим течением.

Первичное приобщение к алкоголю подростков происходит преимущественно в семье, поэтому чем больше распространены алкогольные традиции в населении, тем выше алкоголизм подростков. Так, С. А. Пуцай и соавт. (1985) при анонимном анкетировании 969 учащихся СПТУ выявили, что употребляли спиртные напитки 41,7% (71% юношей и 33% девушек), 50% из них спиртные напитки употребляли дома.

Приобщению подростков к алкоголю и формированию у них алкоголизма способствует микросоциально-педагогическая запущенность [Ковалев В. В., 1969, 1979, 1981], проявляющаяся в незрелости высших компонентов личности (мировоззрение, моральные установки) и связанном с этим девиантном поведении. Микросоциально-педагогическая запущенность детей и подростков определяется неблагополучным семейным окружением. По данным П. Н. Лавреновой (1982), лишь 10% подростков, у которых сформировался ранний алкоголизм, жили в полных и благополучных семьях, остальные 90% происходили из неполных, конфликтных семей, пьянствовали ро-

дители и другие родственники у 64% подростков. Вовлечение подростков в пьянство в 90% случаев, по данным Г. М. Энтина, А. С. Пахтер (1982), происходит в референтных группах пьющих сверстников или старших по возрасту, что способствует быстрому формированию основных клинических признаков раннего алкоголизма и девиантного поведения. Формированию раннего алкоголизма способствуют и личностные особенности подростков, к которым Н. Е. Буторина, О. Е. Драпова, Е. Б. Занин (1985), Л. С. Рычкова (1985, 1986) относят легкую олигофрению, ранние органические поражения центральной нервной системы, а также патохарактерологические симптомы. Из характерологических особенностей личности, предрасполагающих к формированию раннего алкоголизма, наиболее существенными являются эмоционально-неустойчивые и конформно-неустойчивые акцентуации характера [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Строгонов Ю. А., 1983; Личко А. Е., 1985; Энтин Г. М. и др., 1986; Личко А .Е., Лавкай И. Ю., 1987]. Отрицательному воздействию микросреды (антисоциальных референтных групп) способствуют характерные для подростков стремление к группированию со сверстниками [Личко А. Е., 1985], подражанию и самостоятельным действиям [Лукомский И. И., 1971], а также реакции эмансипации, имитации, протеста, компенсации, недисциплинированность, склонность к поискам «легкой жизни», увеселений и др. [Ковалев В. В., 1979; Строгонов Ю. А., 1983].

Эти личностные особенности подростков, склонных к употреблению спиртных напитков и других веществ наркотического действия, приводят к формированию и быстрому прогрессированию отклоняющегося поведения, ранняя алкоголизация сама по себе представляется проявлением отклоняющегося поведения [Ковалев В. В., 1979]. Как правило, антидисциплинарные формы отклоняющегося поведения (отказ от выполнения учебных заданий, прогулы, недисциплинированное поведение в школе и вне ее, срывы уроков, драки, грубость в отношении родителей, старших, учителей и др.) имеются до начала употребления спиртных напитков. Началу систематического употребления алкоголя подростками может предшествовать вдыхание паров бензина [Узлов Н. Д., 1984] или других летучих токсических веществ.

Антисоциальные (антиобщественные) формы отклоняющегося поведения—непризнание нравственных норм, грубое неповиновение родителям, учителям, старшим, вызывающие манеры, полное игнорирование учебных занятий, мелкое хулиганство, драки и др. [Ковалев В. В., 1979] в ряде случаев отмечаются до начала злоупотребления спиртными напитками, но чаще бывают следствием пьянства. P. C. Hartocollis (1982), J. A. Wilcox (1985) также указывают на девиантное поведе-

ние алкоголизирующихся подростков — агрессивность, импульсивность, нарушенные отношения с родителями, учителями, старшими.

Делинквентное (криминальное) поведение (злостное хулиганство, нанесение телесных повреждений, кражи личного и общественного имущества, угон транспортных средств, сексуальные преступления и др.), как правило, являются следствием алкогольных эксцессов или направлены на добывание средств для приобретения спиртных напитков. Делинквентные формы поведения алкоголизирующихся подростков характерны для преморбидно психопатических и дебильных личностей По данным Г. С. Човдыровой, Е. Г. Станева (1981), они наблюдались у 72% обследованных.

Приобщение подростков к алкоголю начинается с беспорядочного употребления спиртных напитков дома, в случайных группах, как правило, относительно небольшими количествами, не вызывающими заметного опьянения. В. Д. Свистунов, Ю. А. Сафронов (1984) называют этот этап начальной адаптацией. Переломным моментом, ведущим к стремительному прогрессированию пьянства, быстрому формированию раннего алкоголизма, является включение подростка в референтную группу, возглавляемую отрицательным лидером, и групповая форма потребления алкоголя, при которой каждый пьет, «как все», а «все» — как тот, кто может выпить больше всех. Начинающему пить подростку как бы навязываются количества и частота потребления спиртных напитков. Как правило, в пьющих референтных группах подростков спиртные напитки употребляются 2—3 раза в месяц и чаще в зависимости от возможности их приобретения. Пьют обычно вино (оно дешевле), реже водку, а также суррогаты (одеколон и др.).

В отличие от взрослых, которые начинают употреблять спиртные напитки с небольших количеств, подростки в референтной группе сразу выпивают много, причем без закуски, что вызывает выраженное опьянение. По данным П. Н. Лавреновой (1981, 1982), исходная толерантность у подростков составляет в среднем 0,7 л вина крепостью 18% или 0,3 л водки, быстро нарастает, доходя через 4—6 мес до 0,7 л 40% алкоголя и даже выше.

При столь больших количествах спиртных напитков, употребляемых одномоментно, происходит быстрая резорбция алкоголя, создается высокая концентрация его в крови, что и определяет характер опьянения: кратковременная стадия эйфории, переходящая в дисфорию со склонностью к агрессивности, импульсивным поступкам. Опьянение заканчивается вялостью, сонливостью, глубоким сном. Часто бывают амнестические и сопорозные формы опьянения.

Подростки очень быстро утрачивают защитный рвотный

рефлекс — рвота бывает лишь в 3—5 эпизодах даже тяжелого опьянения и в дальнейшем прекращается.

При раннем алкоголизме изначально отсутствует как количественный, так и ситуационный контроль. Как говорилось в главе 1, формирование количественного контроля потребления алкоголя происходит в процессе употребления спиртных напитков, а его утрата — один из основных симптомов I стадии алкоголизма. Подростки при групповом пьянстве заранее ставят себе цель «напиться до отключения», поэтому количественный контроль у них не формируется. Отсутствие ситуационного контроля является следствием общей незрелости, микросоциально-педагогической запущенности, группового употребления спиртных напитков, которые и определяют отсутствие ответственности за свои поступки.

Изиачальное отсутствие количественного и ситуационного контроля потребления спиртных напитков определяет крайнюю злокачественность раннего алкоголизма и быстрое формирование синдрома измененной реактивности.

Влечение к алкоголю на первых этапах злоупотребления чисто ситуационное, связанное с ритмом потребления алкоголя в референтной группе. Вне влияния группы влечение к алкоголю не проявляется. Однако в процессе систематического пьянства, особенно при частом употреблении спиртных напитков, формируется первичное патологическое влечение, сначала ситуационное, а в дальнейшем и компульсивное, со стремлением привести себя в состояние опьянения в периоды вынужденного воздержания. Однако подросток заранее ставит задачу «напиться до отключения» и количественный контроль у него отсутствует, поэтому первый вариант вторичного патологического влечения формируется одновременно с первичным влечением. Вследствие этого I стадия раннего алкоголизма по клиническим признакам не полностью соответствует I стадии болезни у взрослых больных. О раннем алкоголизме могут свидетельствовать длительность и регулярность (частота) употребления спиртных напитков в опьяняющих количествах. По частотно-количественному критерию потребления алкоголя ранний алкоголизм (условно эквивалентный I стадии хронического алкоголизма) можно предполагать тогда, когда подросток по крайней мере в течение 6—8 мес регулярно 2—3 раза в неделю и чаще употреблял в сутки не менее 0,25—0,3 л водки или 0,5—0,7 л 18% вина или эквивалентного количества других спиртных напитков [Энтин Г. М. и др., 1986].

По динамике клинических признаков ранний алкоголизм диагностируется при изначально высокой или быстро возрастающей толерантности к алкоголю с утратой защитного рвотного рефлекса, дисфорических, амнестических и сопорозных формах опьянения, отсутствии количественного и ситуацион-

ного контроля потребления спиртных напитков, возникновении первичного ситуационного, реже компульсивного патологического влечения к алкоголю, а также становлении первого варианта вторичного патологического влечения к алкоголю (непреодолимое желание употреблять опьяняющие количества алкоголя).

Диагноз раннего алкоголизма дополнительно подтверждают переход от антидисциплинарных к антисоциальным и делинквентным формам поведения и заострение личностных особенностей (акцентуаций характера) с их трансформацией в патохарактерологические состояния.

Ранний алкоголизм следует шифровать по рубрике 305.0 МКБ 9-го пересмотра, брать подростков на профилактический учет, но лечение, естественно, проводить в полном объеме.

Алкогольный абстинентный синдром с вторым вариантом вторичного патологического влечения к алкоголю («синдром физической зависимости») также формируется значительно быстрее, чем у взрослых, хотя встречается лишь у 6,9% подростков, находящихся под наблюдением подросткового наркологического кабинета [Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1982].

Поскольку подростки с самого начала потребляют большие количества спиртных напитков, вызывающие значительную общую интоксикацию, после протрезвления у них возникают выраженные соматические расстройства (общее недомогание, головная боль, жажда, диспепсические явления и др.). Для улучшения самочувствия подростки употребляют тонизирующие напитки (крепкий чай, кофе), охлаждают голову и тело (прохладный душ и др.). При дальнейшем узлоупотреблении алкоголем возникают более выраженные абстинентные явления с вегетативными и неврологическими нарушениями (гипергидроз, тахикардия, повышение артериального давления, тремор, статокинетические нарушения) [Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983; Бегунов В. И., 1985]. Эти состояния появляются после 6 мес — 1,5 лет систематического злоупотребления алкоголем. Необходимо отметить, что некоторые подростки, находясь в референтной группе в ряде случаев со старшими и более «опытными», начинают «опохмеляться» по подражанию, не испытывая в этом потребности, в первые месяцы злоупотребления алкоголем, когда такое «опохмеление» не только не улучшает, но и ухудшает состояние. Однако продолжение такой имитации опохмеления может привести к быстрому формированию абстинентного синдрома уже с истинной потребностью в опохмелении. Продолжительность абстинентного синдрома у подростков меньше, чем у взрослых, — от 1 до 3 дней, редко дольше, опохмеление осуществляется относительно небольшими дозами алкоголя — 200—350 мл 18% вина

или 100—150 мл водки. Психические нарушения в абстиненции выражены незначительно, лишь у старших подростков и юношей Т. И. Нижниченко (1985) выделяет астенодепрессивный (угнетение, вялость, слабодушие), псевдоневрастенический (астения, ипохондрические жалобы, беспокойство), эксплозивно-дисфорический (раздражительность, тоскливо-злобный эффект) варианты абстинентного синдрома. Судорожные припадки, алкогольные психозы у подростков бывают крайне редко [Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983], а психозы, возникающие в молодом возрасте (до 26 лет) у больных, начавших злоупотреблять алкоголем в подростковом возрасте, протекают относительно легко [Нижниченко Т. И., 1982].

Потребление алкоголя у подростков на первых этапах формирования раннего алкоголизма хаотическое, обусловленное участием в референтной группе. При сформировавшемся абстинентном синдроме пьянство принимает сначала характер однодневных эксцессов с опохмелением, далее оно становится непостоянным с опохмелением, а в ряде случаев — запойным, сначала с кратковременными запоями по 2—3 дня, а в дальнейшем и с более длительными запоями или в виде постоянного (ежедневного) пьянства.

При дагностировании I—II и II стадий хронического алкоголизма у подростков длительность систематического злоупотребления алкоголем составляет не менее 1—1,5 лет, толерантность—не менее 1 л 18% вида или 0,5 л водки, первичное патологическое влечение к алкоголю компульсивное с выраженным дискомфортом в периоды воздержания, четко очерченные похмельные явления устраняются или облегчаются опохмелением. При сформировавшемся абстинентном синдроме преобладают психопатоподобный, психоорганический, реже астенический психопатологический синдромы.

Хронический алкоголизм I—II стадии следует шифровать по рубрике 303.1, II стадии — 303.2 МКБ 9-го пересмотра. Подростки, которые страдают хроническим алкоголизмом, берутся на диспансерный учет и после достижения 18 лет передаются под наблюдение участкового нарколога.

Лечение подростков, злоупотребляющих алкоголем, страдающих ранним алкоголизмом и хроническим алкоголизмом, является важной и ответственной задачей наркологической службы. Всех находящихся под наблюдением подросткового наркологического кабинета подростков следует разделить на 4 группы [Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1982; Овчинская А. С., Яценко Ю. Т., 1984]: 1) подростки, употребляющие спиртные напитки эпизодически, хаотически, под отрицательным влиянием окружающих (по данным авторов, 21% всех состоящих под наблюдением). По отношению к ним необходимы меры воспитательного характера, оздоровление микросреды, коррек-

ция поведения и при необходимости симптоматическое лекарственное лечение. Частота наблюдения — один раз в 1—2 мес; 2) подростки, систематически злоупотребляющие алкоголем и имеющие признаки начального привыкания к алкоголю: неконтролируемое употребление опьяняющих количеств спиртных напитков, утрата рвотного рефлекса, эксплозивные и дисфорические формы опьянения, отсутствие количественного и ситуационного контроля потребления спиртных напитков, элементы первичного патологического влечения к алкоголю. Эта наиболее многочисленная группа (60% состоящих под наблюдением) составляет «группу риска» или «угрожаемый контингент». Эти подростки нуждаются в более активном наблюдении (не реже одного раза в месяц) и решительных мерах, направленных на предупреждение дальнейшего употребления спиртных напитков, хотя в целом эти меры соответствуют тем, которые проводятся по отношению к подросткам первой группы. Подростки второй группы могут привлекаться к амбулаторному, а при необходимости и стационарному лечению; 3) подростки, которым устанавливается диагноз раннего алкоголизма (12%); 4) подростки, которым устанавливается диагноз хронического алкоголизма I—II и II стадии (7%). Отдельно выделяются подростки, употребляющие токсические вещества наркотического действия (токсикомании), а также комбинированные токсикомании (алкоголь и токсические вещества).

В отношении третьей и четвертой групп необходимо настойчивое противоалкогольное лечение. Привлечение к лечению подростков, страдающих алкоголизмом, представляет большие трудности, так как они, как правило, не признают у себя заболевание и активно сопротивляются лечению. Решающее значение в этом вопросе имеет влияние окружающей среды — родителей, учителей, администрации школ, СПТУ, в ряде случаев — административных органов (милиция, комиссия по делам несовершеннолетних и др.). Необходим контакт нарколога с родителями, представителями администрации и общественных организаций, инспекцией по делам несовершеннолетних с целью оздоровления микросоциальной среды подростков [Дроздов Э. С., Энтин Г. М. и др., 1981; Муратова И. Д., Сидоров П. И. и др., 1982; Целибеев Б. А., Ланда А. Н., 1982; Буторина Н. Е., Мовчан Н. Г., Кузнецов А. Н., 1984; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1984; Никольская Л. Д., Шмакова М. А., Кучушева Ф. М., 1984; Рыбалко М. И., Рахтанова И. П., Аккер Л. А., 1984; Рычкова Л. С., 1984].

К **амбулаторному лечению** удается привлечь лишь небольшую часть подростков, страдающих ранним алкоголизмом, так как необходима их изоляция от отрицательного влияния микросреды, референтных групп. Однако при хорошей организации подростковой наркологической службы и активных обще-

социальных мероприятиях амбулаторное лечение подростков может быть достаточно эффективным. Подросткам «группы риска» необходимо проводить в амбулаторных условиях симптоматическое лечение, сочетающееся с активным психотерапевтическим воздействием. В основном используют психотропные препараты с целью коррекции поведения — «малые» нейролептики, антидепрессанты в небольших дозах. Транквилизаторы, седативные препараты следует назначать с осторожностью ввиду опасности привыкания.

При неэффективности амбулаторного лечения подростков этой группы также следует госпитализировать.

На стационарное лечение направляются подростки, которым установлен диагноз раннего алкоголизма, в обязательном порядке подлежат госпитализации подростки с диагнозом хронического алкоголизма.

Младших подростков (до 16 лет) следует помещать в подростковые психиатрические отделения, где необходимо организовать активную противоалкогольную терапию.

Подростков старшего возраста (16—17 лет) можно госпитализировать в наркологические отделения для взрослых, в том числе в стационары при промпредприятиях.

Психотерапевтическое воздействие на подростков проводится по общим принципам, они участвуют во всех общих психотерапевтических процедурах. При индивидуальной психотерапии установка для подростков должна быть такой же, как и для взрослых (безусловный и полный отказ от употребления спиртных напитков). Акцент делают на опасности употребления спиртных напитков для молодого человека — невозможность продолжения образования, профессионального роста, создания семьи, возникновение различных заболеваний, половой слабости. Одновременно стимулируют положительные стороны личности — больной должен убедиться в своей социальной ценности для общества, у него вырабатывают перспективы на будущую учебу, работу.

Купирование абстинентного синдрома, дезинтоксикационную, общеукрепляющую терапию проводят теми же средствами, что и взрослым больным. Весьма эффективна пирогенная терапия [Лавренова П. Н., 1984; Энтин Г. М. и др., 1986] — 2—5 инъекций пирогенала или сульфозина в несколько меньших дозах, чем взрослым больным (в соответствии с массой тела), ежедневно или через день. Пирогенная терапия способствует купированию возбуждения, сглаживает психопатоподобное поведение, подавляет влечение к алкоголю. Из симптоматических средств обязательно применение ноотропов (пирацетам, аминалон, пиридитол, пантогам), витаминов в больших дозах, тиоловых препаратов и др. [Кривенков А. Н., Игонин А. Л., 1986].

Назначения транквилизаторов в связи с большей возможностью привыкания к ним, чем у взрослых больных, следует избегать. Допустимо использование феназепама, преимущественно на ночь по 0,0005—0,001 г, мебикара по 0,3 г 2—3 раза в день.

Из нейролептических препаратов наиболее показаны корректоры поведения [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1982; Лавренова П. Н., 1984; Личко А. Е., 1985; Энтин Г. М. и др., 1986], прежде всего перициазин (неулептил) начиная с 0,01 г (в капсулах или каплях) 2—3 раза в день с постепенным повышением доз до 0,05—0,07 г в день (вечерняя доза выше дневных), а также тиоридазин (сонапакс) по 0,025 г 2—3 раза в день также с повышением доз. Можно применять другие нейролептические препараты — хлорпротиксен, карбидин, аминазин или левомепромазин на ночь и др.

При психопатических расстройствах возможно использование модитен-депо по 0,5 мл (12,5 мг) один раз в 7—10 дней с одновременным назначением циклодола по 0,002 г 2—3 раза в день. При явлениях депрессии назначают антидепрессанты (амитриптилин, азафен, пиразидол) в небольших дозах.

Комплексное дезинтоксикационное и симптоматическое лечение способствует улучшению соматического состояния подростков, нормализации поведения, психотерапевтическому контакту, проведению активной противоалкогольной терапии.

Из специальных методов психотерапии наиболее приемлема для подростков аутогенная тренировка, которой они охотно занимаются как под руководством врача, так и самостоятельно. Гипнабельность подростков обычно значительно ниже, чем взрослых больных, они неохотно идут на гипносуггестивную терапию, сопротивляются внушению. Однако часть подростков можно включать в группы эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Более показаны им групповые психотерапевтические процедуры по изложенной выше методике. Подростки должны составлять отдельные группы.

Условнорефлекторные методики с успехом применяются при лечении подростков и используются в полном объеме.

Дозы апоморфина для подростков определяются массой тела и, как правило, не превышают 0,4 мл 1% раствора. Рвотная реакция при проведении УРТ в общих группах со взрослыми у подростков выражена в достаточной степени, что, вероятно, связано с индуцированием. Можно использовать сочетание апоморфина с рвотными смесями (их дозы также несколько меньше, чем для взрослых больных) и БАРС с троекратным введением возрастающих доз апоморфина, а также другие изложенные выше модификации УРТ. Число сеансов может быть несколько меньше, чем у взрослых больных, но

необходимо добиваться достаточно выраженного отвращения к алкоголю (не ниже II степени). В. А. Чудновский (1983) отмечает, что у подростков отрицательный рефлекс на алкоголь быстро вырабатывается, но быстро и угасает.

По индивидуальным показаниям подросткам можно использовать и более активные методы УРТ (абрифид с алкогольными пробами), а также немедикаментозные методы — иглорефлексотерапию с алкогольными пробами, вращение на кресле Барани и др.

Сенсибилизирующую к алкоголю терапию следует применять всем подросткам, находящимся в стационаре, с первых же дней лечения и до его окончания, чтобы избежать попыток нарушения режима. Наиболее адекватны для подростков нитрофураны (фуразолидон и фурадонин), которые назначают по 0,2 г 3 раза в день в течение 10—12 дней. По окончании приема этих препаратов следует назначать метронидазол (по 0,75 г 3 раза в день) или тинидазол (по 0,5 г 2 раза в день) в течение 8—10 дней. УРТ проводится на фоне приема метронидазола или тинидазола, на этот период нейролептические препараты отменяют. Рвотная реакция усиливается при приеме метронидазола или тинидазола. Алкогольные пробы проводят на фоне приема нитрофуранов.

Назначение тетурама подросткам нежелательно ввиду упоминавшихся выше побочных действий этого препарата. Лишь в порядке исключения старшим подросткам (17 лет) можно назначать тетурам, в том числе в комбинации с нитрофуранами. Имплантации эспераля проводить не следует.

Длительность стационарного лечения подростков 30—60 дней.

Эффективность лечения подростков уступает эффективности лечения взрослых больных [Муратова И. Д., Сидоров П. И., 1980; Сидоров П. И., Митюхляев А. В., 1985], но чем раньше начато лечение, тем больше шансов на его успех.

В профилактике злоупотребления алкоголем подростками большую роль играют санация семьи, изоляция подростков от родителей, злоупотребляющих алкоголем [Шурыгин Г. И., 1981], а также обеспечение правильных взаимоотношений подростка с родителями, устранение как недостаточного внимания к подростку («гипоопека»), так и «диктаторского» воспитания («гиперопека») [Москаленко В. Д., Дроздов Э. С., 1984].

Основная профилактическая работа проводится в школах, СПТУ. Целесообразной формой профилактики употребления спиртных напитков, а также курения, употребления веществ наркотического действия является создание в школах, СПТУ комиссий по борьбе с вредными привычками, включающих как преподавателей, так и активистов-старшеклассников [Энтин Г. М., 1984; Энтин Г. М. и др., 1986]. Активное участие

учащихся в этих комиссиях позволяет воспитывать подростков и юношей активными борцами с пьянством, алкоголизмом, наркоманией, с курением, утверждающих трезвый образ жизни молодого поколения.

Лечение алкоголизма в пожилом возрасте. Пожилые больные алкоголизмом (старше 60 лет) составляют, по данным Ю. И. Никитина (1965), 5% всех состоящих на учете. Среди этих больных можно выделить две группы: первая — больные, у которых алкоголизм возник в молодом и среднем возрасте, дожившие до пожилого возраста; их, по данным английских наркологов A. J. Rosin, M. M. Glatt (1971), 66%; вторая — больные, у которых алкоголизм развился в пожилом возрасте, после перехода на пенсию; их соответственно 34%.

В пожилом возрасте алкоголизм может приобретать неблагоприятное течение [Лукомский И. И., 1971; Перминов В. П., 1972] — сопровождаться депрессивными состояниями с суицидальными тенденциями, атипичными алкогольными психозами [Энтин Г. М., 1970; Пяткин С. А., Тихонова С. В., Смирнов В. И., 1980], быстрым нарастанием физического одряхления и психической деградации. Толерантность к алкоголю, как правило, снижается, но в ряде случаев остается достаточно высокой (до 1 л крепких напитков).

В других случаях алкоголизм в пожилом возрасте приобретает регрессивное течение [Гофман А. Г., 1985]. Так, G. Nordström, M. Berglund (1985), обследовавшие больных алкоголизмом через 15—30 лет после лечения, выявили, что после 45 лет наступает значительное улучшение и пожилой возраст — важный фактор ремиссии. Х. А. Аминов (1984), Д. Д. Еникеева (1985) также выявили регрессивное течение алкоголизма у пожилых больных, что связывается с прогрессированием заболеваний внутренних органов, препятствующих употреблению больших доз алкоголя, и изменением материального положения, не позволяющего приобретать спиртные напитки.

Лечение пожилых больных алкоголизмом проводится, как правило, в стационаре. Особое внимание обращают на тщательное обследование внутренних органов, длительную дезинтоксикацию, применение симптоматических средств. По показаниям назначают транквилизаторы, а при необходимости — антидепрессанты, преимущественно ацефен, азафен, пиразидол, «малые» нейролептики. Используют большие дозы витаминов, пирацетам, аминалон. Показано лечение гормональными препаратами — андрогенными и гонадотропными гормонами, проведение курсов лечения дробными дозами инсулина (до 16 ЕД).

Из активных методов противоалкогольной терапии используют допустимые для каждого больного по соматическому со-

стоянию. Показана гипносуггестивная терапия. Пожилые больные, как правило, высокогипнабельны. У них легко вырабатывается, но быстро угасает отвращение к алкоголю. С успехом можно использовать иглорефлексотерапию.

Из методов УРТ можно использовать сочетание тиоловых препаратов с никотиновой кислотой, отвар чабреца. При отсутствии противопоказаний физически крепким больным можно применять эметин и другие рефлекторные рвотные средства, а при хорошей переносимости этих препаратов — минимальные дозы апоморфина (0,1—0,2 мл 1% раствора) при небольшом числе сеансов (7—10). Можно использовать плацебо, метронидазол, нитрофураны с алкогольными пробами. Алкогольно-тетурамовые пробы, использование абрифида больным старше 60 лет, как правило, противопоказаны. Имплантацию дисульфирам-депо можно проводить по строго индивидуальным показаниям.

При поддерживающем лечении и наблюдении за пожилыми больными большую роль уделяют устранению психотравмирующих факторов, способствующих рецидиву. В то же время обязательно применяют седативные препараты, транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты, устраняющие или смягчающие сенситивность, склонность к депрессивным реакциям. При поддерживающем лечении используют такие психические особенности пожилых больных, как внушаемость, опасения за свое здоровье. H. Berger (1983) считает важным фактором в организации поддерживающего лечения пожилых больных алкоголизмом «терапию занятостью», так как потеря близких, одиночество, снижение жизненной активности, интерперсональные конфликты способствуют рецидивам алкоголизма.

Лечение женщин, страдающих алкоголизмом. Серьезную проблему клинической и социальной наркологии составляет организация лечения женщин, страдающих алкоголизмом. По данным зарубежных авторов [Cahill M. H., Volicer B. J., 1981; Turner S., Colao F., 1985; Straussner L. A., 1985], женщины составляют от 20 до 50% всех имеющихся в населении больных алкоголизмом, алкоголизмом страдают 7% взрослых женщин [Pérodeau G. M., 1985]. Хотя женщины начинают злоупотреблять алкоголем в среднем на 8 лет позже, чем мужчины, алкоголизм у них прогрессирует быстрее [Dahlgren L., 1978]. По данным отечественных авторов, женщины составляют среди учтенных больных алкоголизмом от 8—10% [Щербина Е. А. и др., 1985] до 14,4% [Удинцева-Попова Н. В., 1970] и даже до 20% в сельской местности [Зубарев В. М., Хальфин Р. А., 1984].

По данным отечественных авторов, мнение о том, что алкоголизм развивается у женщин значительно позднее, чем у

мужчин (после 30—35 лет), не подтверждается последними исследованиями [Василевская А. Д., 1981; Ураков И. Г., Власова И. Б., 1982; Короленко Ц. П., Тимофеева А. С., Донских Т. А., 1985]. Женщины лишь позже, чем мужчины, обращаются за медицинской помощью. Среди женщин, страдающих алкоголизмом, относительно много работниц торговли, общественного питания, что, вероятно, объясняется тем, что пьющие женщины стараются уйти из производственных коллективов, в которых их пьянство осуждается, а в сфере обслуживания к пьянству женщин относятся терпимее. Причиной начала злоупотребления алкоголем у молодых женщин, как правило, становится отрицательное влияние микросоциальной среды, у женщин более зрелого возраста — психотравмирующие ситуации, неустроенность семейной жизни, пример пьяницы-мужа [Анучин В. В., Альтшулер В. Б., Власова И. Б., 1984; Наку А. Г., Бошняга Е. К., 1985, 1986; Гузиков Б. И., 1985; Ливанов В. М., 1986; Peigne F., Veber F., Elis B., 1981; Hochla, N. A. N., Parsons O. A., 1982].

Течение алкоголизма у женщин, как правило, более злокачественное, чем у мужчин: быстро возникает навязчивое и насильственное влечение к алкоголю, утрачивается контроль, развиваются абстинентные явления (через 2—3 года после начала злоупотребления алкоголем), формируется запойное пьянство с длительными запоями и короткими промежутками между ними, резко выражены депрессивные состояния в периоды абстиненции, быстро нарастают явления деградации с утратой моральных и этических норм, лживостью, цинизмом, отсутствием критики к своему состоянию, психопатизацией и истерическими проявлениями. Из соматических осложнений у женщин чаще встречаются поражения сердечно-сосудистой системы и эндокринные расстройства. Острые алкогольные психозы возникают у женщин относительно чаще, чем у мужчин [Стаценко Н. П., 1969; Соколова Е. П., 1972].

Особенную опасность представляют семейные формы алкоголизма, т. е. злоупотребление алкоголем мужа и жены. С. З. Пащенков (1974), изучивший 102 случая семейного алкоголизма, установил его крайне злокачественное течение у женщин с быстрым развитием абстинентного синдрома, сопровождаемого выраженными соматическими, психическими и вегетативными нарушениями, явлениями психической деградации, нарушениями менструального цикла, аменореей, воспалением придатков матки, внематочной беременностью, фригидностью, бесплодием.

Алкоголизм женщин значительно тяжелее отражается на потомстве, чем алкоголизм мужчин. Это объясняется тем, что при злоупотреблении алкоголем у женщины может быть поражена как яйцеклетка, так и начавший развиваться зародыш,

а при дальнейшем развитии беременности — плод. Мутагенными свойствами обладают ацетальдегид, а также примеси, образующиеся при изготовлении и хранении алкогольных напитков [Obe G., 1985].

У больных алкоголизмом увеличивается число аберраций хромосом в лимфоцитах, что является индикатором повреждения зародышевых клеток и подтверждает мутагенные свойства алкоголя.

Еще опаснее для зародыша и плода непосредственное воздействие на него алкоголя, употребляемого беременной. В первые дни и недели внутриутробного развития зародыш, не имеющий еще околоплодных оболочек, омывается кровью матери, через которую осуществляются обменные процессы. В последующие периоды беременности алкоголь также свободно проходит через плаценту, попадая в кровь плода.

У пьющей женщины, а тем более у страдающей алкоголизмом, потребляющей большие дозы спиртных напитков, напивающейся до выраженного опьянения, концентрация алкоголя в крови может достигать 0,2—0,3 % и даже выше при длительной экспозиции (6—8 ч и более). Вполне понятно, что такая концентрация алкоголя в крови матери пагубно сказывается на развивающемся зародыше и если не приводит к его гибели и самопроизвольному аборту, то обусловливает рождение неполноценного ребенка с физическими и психическими дефектами, которые обнаруживаются в дошкольном и школьном возрасте.

В литературе последних лет описывается синдром алкогольной эмбриопатии, или алкогольный фетальный синдром [Beattie J. O., 1981; Nestler V. M., Spohr H. L., Steinhausen H. Ch., 1981; Hollstedt C., Dahlgren L., Rydberg U., 1983].

Характерен внешний вид таких детей — эпикантус, блефарофимоз, «монголоидное» строение глазных щелей, косоглазие, дисплазия ушных раковин, короткая спинка носа, расширенные ноздри, высокое небо (иногда его расщепление), ретрогения нижней челюсти, микроцефалия, мышечная гипотония. Дети отстают в умственном развитии, они очень подвижны, непоседливы, возбудимы, гневливы, не могут сосредоточить внимание, не способны к обучению в массовой школе. Нередко у них бывают врожденные пороки сердца, эпилептиформные припадки, spina bifida и другие дефекты. По данным зарубежных авторов, алкогольный фетальный синдром имеется у $^1/_3$ детей, родившихся от матерей, страдавших алкоголизмом и злоупотреблявших алкоголем во время беременности.

В описаниях патологии беременности и алкогольного синдрома плода отечественные авторы [Усова Е. В., Сазонова Н. С., Рассадина З. А., 1981; Пащенков С. З., Свининникова Н. Г., Юркова Т. С., 1983; Наку А. Г., Зиняк М. Я., Куни-

ковская Л. С., 1985; Кирющенков А. П., 1986] указывают на высокую интранатальную и перинатальную смертность и смертность детей в раннем постнатальном периоде (39%) у матерей, больных алкоголизмом, особенно употребляющих крепкие спиртные напитки и суррогаты.

Профилактикой алкогольного поражения плода является разъяснение того, что каждая женщина, живущая половой жизнью и желающая сохранить беременность в случае ее наступления, должна полностью воздерживаться от спиртных напитков, так как она, естественно, не может знать о возникшей беременности в первые ее дни и недели, а выпитый в это время алкоголь пагубно действует на развивающийся зародыш.

Женщинам, систематически злоупотребляющим алкоголем, а тем более зачавшим от пьяницы-мужа следует рекомендовать искусственно прервать беременность, так как в этих случаях очень велик риск рождения физически и психически неполноценного ребенка. Из этого видна актуальность своевременного выявления и привлечения к лечению женщин молодого, детородного возраста, страдающих алкоголизмом.

Лечение женщин, страдающих алкоголизмом, значительно труднее, чем лечение мужчин, так как у женщин еще больше, чем у мужчин, проявляется алкогольная анозогнозия. Женщины редко самостоятельно обращаются за помощью по поводу алкоголизма, а если делают это по настоянию родственников, то, как правило, не имеют серьезной установки на лечение и воздержание от алкоголя. Французский автор M. Fontan (1969) указывает, что женщины, больные алкоголизмом, попадают в поле зрения врача на далеко зашедших стадиях, а их добровольное поступление в больницу — явление исключительное. Ю. И. Никитин (1976) подчеркивает, что молодые женщины неохотно поступают в наркологический стационар, требуют выписки, а женщины среднего и пожилого возраста лечатся охотнее.

Для лечения женщин, больных алкоголизмом, необходимо создавать специальные стационары при промышленных и сельскохозяйственных предприятиях с использованием женского труда, сроки лечения в которых должны быть меньше, чем в стационарах для лечения мужчин (не более 3 мес). Женские стационары должны создаваться также при наркологических больницах (диспансерах), срок лечения там составляет 1,5 мес, целесообразно организовывать женские дневные стационары. При лечении женщин нежелателен длительный отрыв от семьи, поэтому предпочтительно амбулаторное лечение. Активные процедуры в наркологических кабинетах, диспансерах женщинам следует проводить отдельно от мужчин.

При психотерапии больных алкоголизмом женщин следует

добиться тесного психотерапевтического контакта, направить внимание на налаживание семейно-бытовых отношений, оздоровление микросоциальной среды, устранение возможного отрицательного влияния ближайшего окружения. А. А. Мейроян (1984), Б. Д. Карвасарский (1985) указывают на эффективность групповой психотерапии женщин, больных алкоголизмом.

Симптоматическое лечение как в амбулаторных условиях, так и в стационаре обязательно должно включать, кроме дезинтоксикационных средств и седативных препаратов, антидепрессанты, так как не только в абстиненции, но и в ремиссии у женщин нередко бывают депрессивные состояния — дисфорические, тоскливые и астенодинамические депрессии [Илешева Р. Г., Субханбердина А. С., 1984]. Скрытые депрессии, по данным А. Д. Василевской (1981), имеются у 30% женщин, больных алкоголизмом. Назначаются амитриптилин по 75—125 мг/сут, азафен по 100—150 мг/сут, пиразидол по 150—200 мг/сут, мелипрамин по 75—100 мг/сут [Анучин В. В., 1983]. Для дезактуализации влечения к алкоголю целесообразно использовать нейролептические препараты — карбидин, тиоридазин, трифлуперидол, модитен-депо, клозапин и др. [Анучин В. В., 1983].

В то же время снотворные препараты, транквилизаторы и стимуляторы женщинам следует назначать с бо́льшими ограничениями, чем мужчинам, так как женщины более склонны к злоупотреблению этими препаратами. M. A. Schuckit, E. R. Morrisey (1979), указывают, что до 80% женщин, больных алкоголизмом, злоупотребляют различными лекарственными препаратами, и подчеркивают, что амбулаторным больным никогда не следует выписывать снотворные препараты, транквилизаторы и стимуляторы. В. В. Анучин (1983) считает необходимым сочетать лечение алкоголизма у женщин с лечением табакокурения.

Препараты женских половых гормонов с успехом используют при лечении алкоголизма у женщин [Целибеев Б. А., Галинич Д. М., Балабаев А. В., 1981; Баженова Г. С., Абпазова Д. А., 1985]. Применяют по 1—2 мл 12,5% раствора оксипрогестерона капроната внутримышечно с интервалом 7—10 дней, до 10 инъекций на курс (лечение проводят в амбулаторных условиях или начинают в стационаре с продолжением в амбулаторных условиях), чем достигается быстрое купирование абстинентного синдрома, предупреждение обострения невротических явлений. Можно использовать также гонадотропные гормоны.

Активная противоалкогольная терапия проводится женщинам в полном объеме. При использовании гипносуггестивной терапии предпочтительнее проводить индивидуальные сеансы,

наряду с которыми можно использовать коллективные сеансы, аутогенную тренировку и другие формы активной психотерапии.

Активные сеансы УРТ и сенсибилизирующей к алкоголю терапии женщины переносят не хуже, чем мужчины [Виш И. М., Романюк В. Я., 1980; Абайдуллина Р. А., Галеева Р. Н., 1980], показания и противопоказания к этим видам лечения такие же, как и у мужчин. Следует учитывать физиологическое состояние женщин (алкогольно-тетурамовые пробы, активные условнорефлекторные сеансы не проводнть во время менструации), а также заболевания женской половой сферы.

Беременность, естественно, является противопоказанием к УРТ и сенсибилизирующей терапии всех видов.

При поддерживающем лечении женщинам назначают седативные препараты, нейролептики и антидепрессанты для своевременного купирования колебаний настроения, депрессивных состояний, нередко возникающих в предменструальный период и в связи с различными психическими травмами, во время которых возможны срывы и рецидивы. В эти периоды целесообразно проводить поддерживающее лечение сенсибилизирующими к алкоголю средствами (тетурам, метронидазол, фуразолидон, фурадонин).

В случае беременности больной алкоголизмом, если она желает сохранить беременность, что, естественно, не может быть ей запрещено, необходимо принимать решительные меры для предохранения развивающегося плода от алкогольной интоксикации. В первые месяцы беременности женщину, страдающую алкоголизмом, целесообразно поместить в наркологический стационар, где проводят симптоматическое лечение, психотерапевтическое воздействие. Назначение тетурама беременным противопоказано, так как имеются данные о тератогенном действии этого препарата [Favre-Tissot M., Delatour P., 1965]. Нельзя проводить различные активные процедуры, показаны индивидуальные гипносуггестивные сеансы.

После выписки из стационара беременная, страдающая алкоголизмом, должна находиться под строжайшим контролем наркологического кабинета и женской консультации при активном участии членов ее семьи. При малейшем подозрении на возобновление приема алкоголя беременную немедленно госпитализируют: в первой половине беременности в наркологический (психоневрологический) стационар, во второй половине — в гинекологическое отделение родильного дома с целью сохранения беременности.

После родов, при кормлении ребенка грудью страдающие алкоголизмом женщины также должны находиться под совместным контролем наркологического кабинета, женской и

детской консультаций. Врачи детской консультации обязательно должны получить от нарколога сведения о том, что кормящая мать злоупотребляла алкоголем. Если выясняется, что кормящая мать вновь начала пьянствовать, то необходимо поставить вопрос о том, чтобы отстранить ее от воспитания ребенка. Его следует либо передать на попечение родственникам, либо поместить в дом ребенка.

В этих случаях возможно лишение женщины родительских прав, что предусмотрено ст. 19 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье и ст. 59 Кодекса о браке и семье РСФСР, или об отобрании у нее ребенка без лишения родительских прав и передаче ребенка на попечение в соответствии со ст. 64 Кодекса о браке и семье РСФСР (и соответствующих статей кодексов о браке и семье других союзных республик).

По прекращении вскармливания грудью женщине, страдающей алкоголизмом, необходимо провести курс активной противоалкогольной терапии в амбулаторных условиях, а при возможности и в стационаре, после чего продолжать поддерживающее лечение.

Если матери, имеющие детей дошкольного и младшего школьного возраста, уклоняются от лечения, продолжают злоупотреблять спиртными напитками, то по требованию нарколога должны быть приняты самые решительные меры со стороны общественных организаций, административных и государственных органов вплоть до лишения женщины родительских прав или отобрания у нее ребенка без лишения родительских прав и направления ее на принудительное противоалкогольное лечение.

В случаях семейного алкоголизма, т. е. когда алкоголизмом страдают несколько членов семьи (муж и жена), необходимо добиться одновременного лечения всех больных. С. З. Пащенков (1974) подчеркивает, что санирование всей семьи способствует более длительной и стойкой ремиссии.

В отношении эффективности лечения алкоголизма у женщин данные литературы весьма противоречивы.

Более низкую эффективность терапии алкоголизма у женщин, чем у мужчин, можно объяснить тем, что среди женщин, лечащихся по поводу алкоголизма, больше психопатических и реактивно-лабильных личностей. Алкоголизм у женщин, как правило, более злокачественный, женщины нередко не доводят курс лечения до конца, боясь огласки. При сравнении одинаковых контингентов мужчин и женщин, получавших одинаковое лечение от алкоголизма, существенной разницы нет [Гофман А. Г., Куприянов А. Т., 1977]. При хорошей организации лечебного процесса эффективность лечения женщин не меньше, чем мужчин.

ГЛАВА 8

Основы организации наркологической помощи

Организация наркологической службы и руководство ее работой

Самостоятельная наркологическая служба в нашей стране выделена в 1976 г., когда Министерство здравоохранения СССР утвердило штатные нормативы наркологических диспансеров, отделений, кабинетов, были введены должности врача психиатра-нарколога и фельдшера-нарколога (помощника врача психиатра-нарколога), в титул медицинских учреждений внесены наркологические диспансеры и наркологические больницы.

Для руководства наркологической службой в министерствах здравоохранения СССР и крупных союзных республик созданы отделы наркологии. В союзных республиках без областного деления, автономных республиках, краях и областях, городах Москве, Ленинграде, Киеве, Минске, Ташкенте, Алма-Ате и Севастополе руководство наркологической службой осуществляет республиканский (областной, краевой, городской) наркологический диспансер или наркологическая больница, имеющие в своем составе организационно-методический консультативный отдел. Главный врач наркологического диспансера является главным внештатным наркологом органа здравоохранения административной территории. Методическое руководство наркологическими учреждениями осуществляет организационно-методический консультативный отдел, заведующий которым является помощником главного нарколога по организационной работе.

Постояннодействующие комиссии по борьбе с алкоголизмом создаются для руководства мероприятиями по борьбе с пьянством, алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, осуществляемыми не только наркологическими и психиатрическими лечебными учреждениями, но и учреждениями общемедицинской сети, фтизиатрическими, венерологическими и другими, а также ведомственными лечебно-профилактическими учреждениями, для координации их работы в этом направлении, а также для повседневной связи с партийными, советскими, административными органами и общественными организациями. Положение о постояннодействующих комиссиях по борьбе с алкоголизмом при органах (учреждениях) здравоохранения утверждено Министерством здравоохранения СССР 11.03.76 г. Эти комиссии создаются приказом руководителя органа здравоохранения при министерствах здравоохранения союзных и автономных республик, при краевых, областных,

городских и районных управлениях (отделах) здравоохранения, при центральных районных (городских) больницах. Председателем постояннодействующей комиссии по борьбе с алкоголизмом назначается заместитель руководителя соответствующего органа здравоохранения, отвечающий за лечебно-профилактическую помощь населению, заместителем председателя — главный нарколог органа здравоохранения. В состав комиссии включаются главные врачи или их заместители, заведующие орготделами наркологических, психиатрических и других лечебных учреждений, имеющих отношение к вопросам борьбы с алкоголизмом и наркоманиями, руководители аптечных учреждений, главные врачи домов санитарного просвещения, профессорско-преподавательский состав и научные сотрудники медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов, руководители медицинской службы и главные врачи наркологических учреждений внутренних дел, транспорта и других ведомств.

Постояннодействующие комиссии по борьбе с алкоголизмом при органах (учреждениях) здравоохранения осуществляют свою деятельность в тесном контакте с комиссиями по борьбе с пьянством при Советах министров союзных и автономных республик, исполкомах Советов народных депутатов, вносят на их рассмотрение предложения по улучшению организации наркологической помощи, развитию наркологических учреждений.

Основные задачи постояннодействующих комиссий по борьбе с алкоголизмом при органах (учреждениях) здравоохранения — контроль за осуществлением подчиненными им органами и учреждениями здравоохранения мероприятий по созданию и укреплению материальной базы наркологических учреждений и укомплектованию наркологических учреждений и подразделений в системе других лечебных учреждений квалифицированными медицинскими кадрами, повышению эффективности работы наркологических учреждений, внедрению новых, эффективных средств лечения и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, распространению передового опыта этой работы, совершенствованию антиалкогольной пропаганды и антиалкогольного воспитания населения.

Постояннодействующая комиссия по борьбе с алкоголизмом планирует свою работу на полгода или год, заседания комиссии проводятся один раз в 1—2 мес. Основная форма работы комиссии — проверка состояния наркологической службы в городах и районах республики, края, области с заслушиванием сообщения руководителя органа здравоохранения и ознакомлением со справкой проверявших работу членов комиссии. По результатам обсуждения выносится решение комиссии, обязательное для исполнения учреждениями здравоохра-

нения, а при необходимости издается приказ руководителя органа здравоохранения.

Комиссия может поднимать вопросы, требующие решения исполкома местных Советов народных депутатов, органами внутренних дел, народного образования и другими организациями, куда направляются соответствующие представления. На совместных заседаниях комиссии с другими ведомствами могут обсуждаться вопросы организации принудительного лечения больных алкоголизмом, профилактической противоалкогольной работы в учебных заведениях и различные проблемы, требующие координирования с соответствующими органами. При этом выносится совместное решение, обязательное для исполнения как органами и учреждениями здравоохранения, так и учреждениями соответствующих ведомств.

В начале года комиссия заслушивает отчет главного нарколога за предыдущий год и утверждает план основных мероприятий комиссии на текущий год.

Наркологические диспансеры (или наркологические больницы, имеющие диспансерные отделения и выполняющие функции республиканских, краевых, областных наркологических диспансеров) являются основными звеньями наркологической помощи населению. Положение о наркологическом диспансере установлено приказом Министерства здравоохранения СССР от 14.08.85 г. № 1078; штаты наркологических диспансеров установлены приказом Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177. Согласно этим документам предусматриваются республиканские наркологические диспансеры (в союзной республике без областного деления, автономной республике), краевые, областные, городские в одном из диспансеров для городов, являющихся самостоятельной административной территорией, и городские (в городах республиканского, краевого, областного подчинения), районные и межрайонные, в том числе в сельской местности. В штате наркологического диспансера первого типа предусмотрен организационно-методический консультативный отдел, выполняющий функции организационного центра наркологической службы в административной территории.

Работа амбулаторной наркологической службы во всех звеньях строится по участковому принципу, поэтому штатными нормативами предусмотрена основная должность — участкового врача психиатра-нарколога. Согласно приказу Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 должность участкового врача психиатра-нарколога определяется не численностью населения обслуживаемого участка, а числом фактически состоящих на диспансерном учете и профилактическом наблюдении больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Одна такая должность уста-

навливается на 850 больных хроническим алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, в том числе находящихся на профилактическом наблюдении (по поводу привычного пьянства — учетная форма МКБ 9-го пересмотра 305.0), и на 500 больных наркоманиями и токсикоманиями, находящихся на диспансерном учете, в том числе на профилактическом наблюдении по поводу немедицинского употребления наркотических и токсикоманических веществ (учетные формы 305.2—9). При этом для оказания амбулаторной наркологической помощи сельскому населению устанавливается не менее одной должности врача психиатра-нарколога на каждый район даже при меньшем числе состоящих на учете больных.

На каждую должность участкового врача психиатра-нарколога установлено две должности средних медицинских работников — участковой медицинской сестры и фельдшера (медицинской сестры) социальной помощи.

Введение новой системы штатных нормативов амбулаторной наркологической службы в значительной степени стимулирует активное выявление и взятие больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями на диспансерный учет, а в еще большей степени — взятие на профилактическое наблюдение лиц с привычным пьянством и замеченных в немедицинском употреблении наркотических и токсикоманических веществ.

Современные штатные нормативы позволяют создавать врачебные наркологические кабинеты на крупных промышленных предприятиях, в строительных организациях. Так, введенные еще в 1976 г. и оставленные без изменений штатные нормативы фельдшера (медицинской сестры) по наркологии на 5 тыс. работников промышленных, строительных, транспортных (автомобильного и городского транспорта) предприятий определяли открытие фельдшерских здравпунктов на этих предприятиях.

По современным штатным нормативам, когда на предприятии (или на нескольких соседних предприятиях) набираются 800—850 человек, состоящих на диспансерном учете и профилактическом наблюдении по поводу хронического алкоголизма, привычного пьянства, употребления наркотических и токсикоманических веществ, наркологический диспансер выделяет туда вновь образованную ставку участкового врача психиатра-нарколога, к нему две ставки средних медицинских работников (помимо фельдшеров-наркологов, определяемых численностью работников предприятия) и создает участковый наркологический кабинет. При этом, естественно, состоящие в этом кабинете на учете больные снимаются с учета в территориальных участковых наркологических кабинетах.

Помимо участковых врачей психиатров-наркологов, определяемых численностью больных, состоящих на диспансерном

учете и профилактическом наблюдении, в штате не только республиканских, областных, но и городских, районных и межрайонных наркологических диспансеров устанавливается одна должность врача психиатра-нарколога для организации на предприятиях антиалкогольной пропаганды и оказания профилактической медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим хроническим алкоголизмом, и одна должность врача-нарколога для оказания медицинской помощи (анонимно) лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим хроническим алкоголизмом. На каждую из этих врачебных должностей выделяется по одной должности медицинской сестры. Кроме того, для наркологических диспансеров в городах областного подчинения с населением более 500 тыс. человек устанавливается одна должность врача психиатра-нарколога по профилактике наркоманий (и одна должность медицинской сестры).

Республиканские, краевые и областные наркологические диспансеры имеют в своем штате **организационно-методический консультативный отдел**, который осуществляет анализ деятельности, планирует развитие наркологических учреждений, изучает и внедряет передовой опыт и новые формы борьбы с алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, разрабатывает предложения по улучшению наркологической помощи населению, организует экспертизу алкогольного и токсикоманического опьянения, освидетельствование лиц, направляемых на принудительное лечение по поводу алкоголизма и наркоманий, осуществляет контроль за ведением диспансерного учета больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, профилактического учета лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в единичных случаях употребления наркотических и токсикоманических веществ, ведением медицинской документации в наркологических учреждениях, осуществляет мероприятия по повышению эффективности противоалкогольной пропаганды, организует повышение квалификации медицинского персонала наркологических учреждений, обеспечивает взаимодействие наркологических учреждений с учреждениями общемедицинской сети, административными органами и общественными организациями, прежде всего Всесоюзным добровольным обществом борьбы за трезвость, составляет и анализирует годовые отчеты наркологической службы.

Для выполнения этой работы, кроме должностей, установленных для всех наркологических диспансеров и перечисленных выше, в республиканских, краевых, областных наркологических диспансерах приказом Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 установлены по одной должности врача психиатра-нарколога и фельдшера по контролю и организации наркологических экспертиз, должность врача

психиатра-нарколога участкового для проведения антиалкогольной пропаганды и профилактической работы среди подростков (к нему медсестра участковая и фельдшер социальной помощи), врач психиатр-нарколог по профилактике наркоманий, по одной должности врача психиатра-нарколога, терапевта и невропатолога для организации специальной медицинской комиссии по проведению экспертиз лицам, направляемым на принудительное лечение, круглосуточный пост (5 ставок) врачей психиатров-наркологов для проведения экспертизы алкогольного опьянения и соответствующее число ставок фельдшеров-лаборантов (лаборантов).

Кроме перечисленных должностей, для наркологических диспансеров устанавливаются должности заместителя главного врача по медицинской части (при наличии в штате 30 врачебных должностей, а при стационаре на 120 коек — 18 должностей), должности процедурных медицинских сестер, медицинских регистраторов, младшего медицинского персонала, а также кабинетов функциональной диагностики, физиотерапии, лабораторий и т. д.

В состав наркологических диспансеров включаются дневные наркологические стационары и наркологические стационарные отделения как непосредственно в помещениях, находящихся на балансе диспансера, так и на предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства.

Современный республиканский, краевой, областной наркологический диспансер — достаточно мощное лечебное учреждение, включающее организационно-методический консультативный отдел, диспансерную службу, стационарные отделения и дневные стационары.

Амбулаторная помощь, диспансерное и профилактическое наблюдение осуществляются участковыми врачами психиатрами-наркологами. Кабинеты работают в две смены и, как правило, находятся в помещении диспансера, где имеются регистратура, процедурный кабинет, кабинет для лечения условнорефлекторными методами, кабинет психотерапии (гипнотарий), конференц-зал (аудитория), в котором можно проводить групповую и коллективную психотерапию, работу с родственниками, кабинет физиотерапии (в котором можно проводить также иглорефлексотерапию). В помещении диспансера размещаются и другие вспомогательные кабинеты, если они предусмотрены штатными нормативами на развернутые диспансером наркологические койки: клинико-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др. В амбулаторное подразделение диспансера входят подростковый наркологический кабинет (желательно с отдельным входом), кабинет по лечению наркоманий и токсикоманий, специализированные кабинеты невро-

патолога, терапевта, психолога. Должность психолога наркологического диспансера может быть введена приказом министра здравоохранения союзной или автономной республики, начальника областного (краевого) управления здравоохранением в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177.

Часть участковых наркологических кабинетов можно размещать вне наркологического диспансера, прежде всего на промышленных предприятиях. В районах крупных городов, удаленных от диспансера, для удобства обслуживаемого населения участковые наркологические кабинеты, иногда по 2—3 вместе, целесообразно располагать в этих районах. Кабинет анонимного лечения необходимо открывать в отдельном помещении, не связанном с диспансером. Кабинет круглосуточной экспертизы алкогольного опьянения организуется либо в диспансере, либо в другом помещении.

Дневные наркологические стационары могут располагаться как в помещениях диспансера, так и на предприятиях промышленности, строительства. Стационарные наркологические отделения создавались ранее преимущественно на предприятиях в выделенных для этого помещениях. Однако для обеспечения полной самостоятельности наркологической службы необходимо иметь определенное число наркологических отделений в помещениях на балансе наркологического диспансера, в которых срок лечения не столь длительный, как в отделениях при промпредприятиях, работа на предприятиях является дополнительным, но не обязательным для всех больных условием пребывания в стационаре. В этих помещениях целесообразно создавать женские наркологические отделения, а также отделения (палаты) для лечения подростков, для больных наркоманиями и токсикоманиями, для лечения алкогольных психозов. Таким образом, наркологические больные (кроме больных вторичным алкоголизмом) выводятся из психиатрических лечебных учреждений и лечение их полностью осуществляется в наркологических учреждениях. Для этого наркологическим учреждениям необходима соответствующая материальная база.

Вместо наркологических диспансеров в административных центрах могут создаваться республиканские, краевые, областные наркологические больницы, имеющие в своем составе организационно-методический консультативный отдел и диспансерное отделение. При этом, учитывая штатные нормативы приказа Министерства здравоохранения СССР от 15.08.1974 г. № 760 с дополнениями и изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения СССР от 21.03.1988 г. № 225, достаточная укомплектованность специалистами (терапевтами, невропатологами, рентгенологами, лаборантами, врачами

функциональной диагностики и др.) возможна при общем числе коек не менее 300. Таким образом, наркологическая больница, как и полноценный стационар наркологического диспансера, должна иметь 300 коек и более, включая, естественно, отделения при промышленных предприятиях.

Поскольку норматив наркологических коек на 1990 г., утвержденный приказом Министерства здравоохранения СССР от 25.06.85 г. № 850, составляет по СССР 5 коек на 10 000 человек населения, а по отдельным республикам и более 5 (РСФСР, Белоруссия — 6, Латвия — 8), то в центре административной территории, имеющем население 400—500 тыс. человек, наркологический диспансер с 300 койками и более — сегодняшняя реальность. В большинстве административных центров с населением не более 800 тыс. человек, как правило, организуется один республиканский, краевой, областной наркологический диспансер со стационаром на 300 коек и больше.

В крупных городах с населением 800 тыс. — 1 млн человек необходимо создавать два и более наркологических диспансеров, что предусмотрено п. II, 2 приказа Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 — с разрешения министерства здравоохранения союзной республики. В этих случаях один из диспансеров, имеющий организационно-методический консультативный отдел и стационары, является республиканским (краевым, областным), диспансерное звено его включает кабинет экспертизы алкогольного опьянения, консультативные кабинеты (подростковый, наркоманий, пропаганды, анонимного лечения) и участковые кабинеты, обслуживающие сельские районы, близлежащие к административному центру. Городские наркологические диспансеры, а в наиболее крупных городах организуется несколько районных или межрайонных диспансеров, имеют амбулаторное звено и обслуживают городское население и промышленные предприятия. При этом главный врач республиканского (краевого, областного) диспансера основное внимание уделяет организационной работе в масштабах республики, края, области, а главный врач городского диспансера организует работу в административном центре.

Городские, районные и межрайонные наркологические диспансеры позволяют максимально приблизить квалифицированную наркологическую помощь к населению и, что самое существенное, значительно активизировать медицинские противоалкогольные мероприятия на местах.

Городские наркологические диспансеры создаются в городах областного подчинения с населением 75—100 тыс. человек и более, когда число состоящих на учете больных соответствует не менее чем 3 ставкам участковых

врачей психиатров-наркологов, кроме этого, на диспансер выделяются должности врачей-наркологов по пропаганде и анонимному лечению. При наличии двух стационарных отделений по 60 коек (а их безусловно целесообразно иметь в городах областного подчинения) штаты для полноценного наркологического диспансера вполне достаточны. Целесообразно также присоединить к обслуживанию городским наркологическим диспансером 2—5 близлежащих сельских районов.

Районные (или межрайонные) наркологические диспансеры организуются в республике, крае, области с таким расчетом, чтобы в сферу их обслуживания вошли все сельские районы, поселки городского типа и города районного подчинения. Как правило, межрайонный наркологический диспансер создается в районном центре, имеющем хорошо укомплектованную центральную районную больницу, что облегчает обеспечение диспансера медицинскими кадрами. Штатами он укомплектовывается так же, как городской диспансер, желательно иметь в его структуре стационарное наркологическое отделение (или несколько таких отделений) при предприятиях местной промышленности, а еще лучше — сельского хозяйства

В сферу обслуживания одного межрайонного наркологического диспансера должны входить 3—6 сельских районов В каждом из них при центральной районной больнице организуется наркологический кабинет, даже при минимальном числе состоящих на учете больных выделяется ставка участкового врача психиатра-нарколога. По мере накопления состоящих на учете больных выделяются дополнительные ставки, а при 3 ставках в соответствии с п. 2.2 приказа Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 вместо одной из ставок устанавливается должность заведующего наркологическим диспансерным отделением. Можно выделять должность врача психиатра-нарколога и при участковых больницах, если число состоящих на учете в регионе обслуживания больницы наркологических больных достигнет 400—500 (0,5 ставки) и 850 — полной ставки.

Таким образом создается многоступенчатая наркологическая служба — республиканский (краевой, областной) наркологический диспансер — межрайонный (городской) наркологический диспансер — районный (участковый) наркологический кабинет (или наркологическое отделение) при общемедицинском лечебном учреждении. Наркологическое учреждение имеется в каждом городе, районном центре. При органе здравоохранения (здравотделе, центральной городской или районной больнице) создается комиссия по борьбе с алкоголизмом и наркоманией, приказом руководителя органа здравоохранения назначается главный нарколог города, района.

Организация амбулаторной наркологической помощи

Амбулаторная наркологическая помощь является основным видом помощи больным алкоголизмом, она включает первичную и вторичную профилактику алкоголизма. При своевременном выявлении и привлечении к терапии больных алкоголизмом, полноценном купировании абстинентных явлений и запойных состояний в амбулаторных условиях, широком использовании психотерапии, симптоматических средств и активных методов лечения в сочетании с социальными и реабилитационными мероприятиями не менее 70% состоящих на учете больных могут успешно лечиться амбулаторно и не нуждаются в госпитализации.

Врачебный наркологический кабинет является лечебно-профилактическим подразделением наркологического диспансера, наркологического диспансерного отделения, центральной районной (городской) больницы, поликлиники, медсанчасти или другого лечебно-профилактического учреждения, в структуру которого он включен. Если наркологический кабинет находится вне наркологического диспансера, в другом лечебном учреждении, то желательно, чтобы он имел отдельный вход, гардероб. Кроме врачебного кабинета, необходимо иметь процедурный кабинет (если нет возможности пользоваться процедурным кабинетом лечебного учреждения), помещения для проведения терапии активными методами (условнорефлекторные и др.) с санитарно-техническими приспособлениями, кушетками, магнитофоном, средствами неотложной помощи. Желательно иметь холл для ожидания, в котором можно проводить общие психотерапевтические процедуры, беседы с родственниками и др.

Имеется опыт размещения наркологических кабинетов в одном здании с медицинскими вытрезвителями, пустующие помещения которых можно использовать в дневное время. Медицинский персонал наркологического кабинета имеет возможность обследовать после протрезвления лиц, доставляемых в вытрезвитель, выявлять нуждающихся в противоалкогольном лечении или профилактическом наблюдении.

Врач участковый психиатр-нарколог, согласно утвержденному Министерством здравоохранения СССР 26.08.85 г. «Положению о враче участковом психиатре-наркологе», является организатором наркологической помощи на обслуживаемом им участке (районе). Его основные обязанности — активное выявление и взятие на диспансерный учет больных алкоголизмом, на профилактическое наблюдение — лиц с привычным пьянством, организация их активного амбулаторного и поддерживающего (противорецидивного) лечения, направление на стационарное лечение и подготовка к освидетельствованию

направляемых на предупредительное лечение; наблюдение за закончившими принудительное лечение; ведение медицинской документации, снятие с диспансерного и профилактического учета. Кроме чисто лечебной работы, у участкового врача психиатра-нарколога широкий круг обязанностей по организационно-профилактической работе: он руководит деятельностью находящихся на его участке (районе) фельдшеров-наркологов, оказывает консультативную и методическую помощь учреждениям общемедицинской сети в противоалкогольных мероприятиях, участвует в работе местных партийных и советских органов, комиссий по борьбе с пьянством при исполкомах местных Советов народных депутатов, поддерживает контакт с местными органами внутренних дел (медицинскими вытрезвителями, инспекцией по делам несовершеннолетних), лично проводит и организует экспертизу алкогольного опьянения и предрейсовые осмотры водителей (при отсутствии специального кабинета экспертизы алкогольного опьянения). Участковый врач психиатр-нарколог активно участвует в санитарно-просветительной работе по пропаганде трезвого образа жизни, антиалкогольной и антинаркоманической пропаганде, в борьбе с курением совместно с местными организациями общества «Знание», Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость, работниками санитарного просвещения, местной печати, отделами народного образования, культуры исполкомов местных Советов народных депутатов.

Если участковый наркологический кабинет входит в состав наркологического диспансера, особенно республиканского, краевого, областного, то значительное число из этих обязанностей берут на себя администрация диспансера и сотрудники специальных кабинетов (экспертизы опьянения, подростковый, наркомании, пропаганды) Полный объем обязанностей лежит на участковом враче-наркологе наркологического кабинета центральной районной больницы сельского района или небольшого города Однако, как уже упоминалось, при достаточно активном взятии больных на диспансерный и профилактический учет, при выделении трех ставок врачей участковых психиатров-наркологов, можно организовать диспансерное наркологическое отделение с освобожденным заведующим отделением за счет одной из этих трех ставок. Заведующий отделением берет на себя основную долю организационной работы.

Активными помощниками врача участкового психиатра-нарколога являются средние медицинские работники кабинета.

Участковая медицинская сестра наркологического кабинета помогает врачу в приеме больных, участвует в проведении активного противоалкогольного лечения, в ведении медицинской документации. Она оповещает больных, находящихся на диспансерном учете и профилактическом наблюдении, о сро-

ках явки на прием, принимает меры к вызову не явившихся в срок. По поручению врача она посещает больных на дому, выполняет врачебные назначения на дому, если в этом есть необходимость, посещает находящиеся на участке учебные заведения, жилищные конторы, общественные пункты охраны порядка, где проводит санитарно-просветительную и профилактическую работу.

Фельдшер (медицинская сестра) социальной помощи ведет учет больных алкоголизмом, ограниченных судом в дееспособности, над которыми установлено попечительство, обследует на дому и на работе больных, находящихся на диспансерном учете и не являющихся в наркологический кабинет по вызову, через администрацию и общественные организации по месту работы, участковых инспекторов милиции принимает меры для обеспечения их явки. По заданию врача-нарколога фельдшер обследует больных, нуждающихся в специальном наблюдении (выбывших из лечебно-трудовых профилакториев, перенесших алкогольные психозы, склонных к антисоциальным поступкам и др.). При посещении лиц с антисоциальным поведением целесообразно делать это совместно с участковым инспектором милиции как в целях безопасности фельдшера (медицинской сестры), так и для принятия совместных мер.

Фельдшер (медицинская сестра) по наркологии и фельдшерский наркологический здравпункт на промышленном предприятии. Согласно п. 1.14 приказа Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 должности фельдшеров (медицинских сестер) по наркологии (для работы непосредственно в диспансере или в любом другом месте, в том числе в специально создаваемых здравпунктах) устанавливаются из расчета одна должность на 5 тыс. работников промышленных, строительных и транспортных (автомобильного и городского транспорта) предприятий и организаций, расположенных на территории, обслуживаемой диспансером.

Фельдшерские наркологические здравпункты создаются на крупных промышленных, строительных предприятиях и объединениях, в том числе предприятиях агропрома, насчитывающих 5 тыс работников и более, а при создании их на предприятиях с меньшим числом работников — на наиболее крупных, с прикреплением к ним для обслуживания фельдшером-наркологом близлежащих более мелких предприятий, с тем, чтобы общее число обслуживаемых работников составляло 5 тыс. человек. Для обслуживания мелких предприятий и организаций выделяются фельдшера-наркологи (на общее число 5 тыс. работников), работающие непосредственно в наркологическом диспансере, кабинете, или им выделяется помещение для организации здравпункта в ведомственном управлении (например, строительных или автотранспортных предприя-

тий). Фельдшерские наркологические здравпункты могут создаваться в небольших населенных пунктах для обслуживания работающего населения — на полную ставку при 5 тыс. работающих и на 0,5 ставки при 2—2,5 тыс. работающих.

Как правило, фельдшер по наркологии включается в штаты наркологического диспансера, диспансерного отделения или наркологического кабинета при центральной районной больнице. В зависимости от условий работы и по другим соображениям он может приказом руководителя местного органа здравоохранения включаться в штат медсанчасти или здравпункта предприятия, организации, территориальной больницы, поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерского здравпункта. Однако во всех случаях фельдшер (медицинская сестра) по наркологии проходит специальную подготовку по вопросам алкоголизма, наркомании и токсикоманий, по организации санитарного просвещения, полностью подчиняется участковому (районному) врачу-наркологу, обслуживающему зону, в которой расположен наркологический здравпункт во всех организационно-методических и лечебно-профилактических вопросах, отчитывается о своей работе перед наркологическим диспансером (кабинетом). При организации на крупных предприятиях (объединениях) врачебного наркологического кабинета все фельдшера-наркологи, естественно, переходят в его непосредственное подчинение.

Одной из основных задач фельдшера по наркологии на промышленных предприятиях, в объединениях является своевременное выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем (а также употребляющих наркотические и токсикоманические вещества), обеспечение обследования их врачом-наркологом, взятие на диспансерный учет или на профилактическое наблюдение с проведением соответствующих лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Эта работа проводится в тесном контакте с администрацией, общественными организациями предприятия, прежде всего комиссиями по борьбе с пьянством и организациями Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость.

Для наиболее полного учета лиц, злоупотребляющих алкоголем, комиссии по борьбе с пьянством составляют персональную картотеку, которая с участием фельдшера-нарколога (и при консультации врача-нарколога) разбивается на 3 группы учета: первая — нуждающиеся в административно-общественном и воспитательном воздействии, вторая — нуждающиеся в профилактическом наблюдении врачом-наркологом и профилактическом лечении и третья — нуждающиеся в диспансерном учете и противоалкогольном лечении

В персональную карточку (как правило, это пол-листа плотной бумаги или картона) записывают паспортные данные

(фамилия, имя, отчество, год рождения, образование и профессия, место работы и занимаемая должность, семейное положение и состав семьи, домашний адрес и телефон) и в произвольной форме работники отдела кадров или члены комиссии по борьбе с пьянством вносят данные о нарушениях трудовой дисциплины и общественного порядка в связи с пьянством, сведения из милиции, медицинских вытрезвителей, из медицинских учреждений (в том числе лечение по поводу алкоголизма, травмы в состоянии опьянения и др.), сигналы членов семьи, принятые по данным случаям меры общественного и административного воздействия. Такая картотека очень удобна и для отдела кадров, и для администрации и общественных организаций, так как позволяет проводить анализ причин пьянства и правильно организовать противоалкогольные мероприятия в отдельных подразделениях и в целом на предприятии, индивидуально работать с каждым пьющим.

Выбор индивидуальных мер определяется тем, в какую из трех перечисленных групп отнесен фельдшером-наркологом, при последующей консультации врача-нарколога каждый злоупотребляющий алкоголем.

К первой группе относятся лица, эпизодически или ситуационно злоупотребляющие алкоголем (это вторая и третья группы, описанные в разделе форм употребления алкоголя, предшествующих хроническому алкоголизму, в 1-й главе), для них достаточно эффективны меры общественного и административного воздействия. Внимание общественных организаций фельдшер-нарколог должен обратить на то, что эти лица, как правило, пьют в компании собутыльников, которая навязывает им частоту выпивок и количество спиртных напитков. Основная профилактическая мера— разрушить эту среду, вырвать из нее пьющего.

Вторую группу составляют лица с систематическим (привычным) пьянством, клинически описанные в 1-й главе как четвертая группа. Они злоупотребляют алкоголем несколько лет, повторно нарушают трудовую дисциплину, общественный порядок, создают семейные конфликты. Лица второй группы при содействии администрации и общественных организаций (в том числе решением комиссии по борьбе с пьянством) направляются на обследование к врачу-наркологу. Обследование производится либо на наркологическом здравпункте, либо в наркологическом кабинете, куда обследуемый приходит в сопровождении фельдшера-нарколога. Фельдшер подробно информирует врача об обследуемом. После осмотра врач решает вопрос о том, оставить ли обследуемого в первой группе (т. е. только под наблюдением общественных организаций), взять его на профилактическое наблюдение или, если есть соответствующие клинические данные, устанавливает ди-

агноз хронического алкоголизма, берет больного на диспансерный учет и назначает лечение.

На лиц, включенных во вторую группу, заводится индивидуальная амбулаторная карта в фельдшерском наркологическом здравпункте и медицинская карта амбулаторного наркологического больного (ф. № 025—5/у-88), которая хранится в территориальном наркологическом кабинете. Эти больные вносятся в отчеты как состоящие на профилактическом наблюдении. Врач назначает лечение, в том числе может рекомендовать больному привычным пьянством стационарное лечение.

Третью группу составляют больные хроническим алкоголизмом (а также наркоманией и токсикоманией), состоящие на диспансерном учете. Как правило, среди работников предприятия имеется определенное количество лиц, ранее лечившихся по поводу алкоголизма и состоящих на учете в территориальных наркологических кабинетах. В большинстве случаев сведения об этом имеются в отделе кадров и учетные карточки на этих лиц составляются даже тогда, когда они находятся в состоянии ремиссии и длительно не имеют нарушений, связанных с пьянством. Все они, естественно, состоят на учете у фельдшера-нарколога, а лечиться могут или по месту работы, или по месту жительства, о чем фельдшер делает соответствующие записи в индивидуальной амбулаторной карте. Если на учете у фельдшера-нарколога состоят больные в длительной терапевтической ремиссии, о бывшем наркологическом лечении которых нет сведений в отделе кадров, то фельдшер-нарколог с целью соблюдения врачебной тайны может не сообщать об этом администрации и не включать их в картотеку отдела кадров. В случаях рецидива, возобновления пьянства эти сведения, естественно, представляются в администрацию.

В учетную карточку отдела кадров ни при каких обстоятельствах не записывают диагноз «хронический алкоголизм», «привычное пьянство» и др., но может быть запись о том, что работник лечился в наркологическом диспансере или стационаре, находился в лечебно-трудовом профилактории.

На лиц, которым врачом-наркологом устанавливается диагноз хронического алкоголизма впервые в жизни, заводят соответствующие медицинские документы — медицинская карта амбулаторного наркологического больного (ф. № 025—5/у-88) и контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным (ф. № 030—1/у), которые передаются в территориальный наркологический кабинет, а фельдшер обеспечивает своевременное посещение больным врача-нарколога и по его назначению осуществляет лечение.

Фельдшер-нарколог ведет оперативный учет больных алко-

голизмом и лиц, состоящих на профилактическом наблюдении (индивидуальная амбулаторная карта, манипуляционный лист, журналы учета выявляемых больных, санитарно-просветительной работы и др.), составляет отчеты о работе, совместно с комиссиями по борьбе с пьянством и организациями общества борьбы за трезвость организует общественный контроль за их поведением и наставничество, участвует в работе самодеятельных организаций больных алкоголизмом (психотерапевтические коллективы, клубы трезвости и др.), принимает меры к немедленному купированию срывов и рецидивов, предоставляет врачу-наркологу объективные сведения о больных, воздерживающихся от алкоголя и подлежащих снятию с профилактического наблюдения и диспансерного учета.

Объем лечебной помощи на фельдшерском наркологическом здравпункте зависит от местных условий, помещения и оборудования, удаленности от амбулаторных и стационарных наркологических учреждений. При соответствующей организации под контролем врача психиатра-нарколога в фельдшерском наркологическом здравпункте можно проводить активное купирование абстинентных явлений и запойных состояний (в том числе пирогенными средствами), использовать методики активной терапии (условнорефлекторная и др.).

Максимальное приближение наркологической помощи к населению по производственному принципу создает возможность постоянного контакта наркологической службы с администрацией и общественными организациями в деле выявления не только алкоголизма ранних стадий, но и доноологических форм (привычное пьянство), обеспечения контроля за этими лицами в периоды диспансерного и профилактического наблюдения, привлечения к активному лечению, позволяет проводить своевременное купирование срывов и рецидивов.

Специализированные кабинеты наркологических диспансеров также входят в структуру наркологической службы.

Кабинет организации на предприятиях антиалкогольной пропаганды и оказания профилактической медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим хроническим алкоголизмом. Должность психиатра-нарколога и медицинской сестры кабинета предусмотрена во всех наркологических диспансерах. Врач кабинета с участием заинтересованных организаций проводит пропаганду здорового образа жизни, противоалкогольное воспитание трудящихся. Он активно участвует в клубной антиалкогольной работе на предприятиях совместно с фельдшерами-наркологами. В диспансере врач организует кабинет противоалкогольной пропаганды, снабжающий медицинский персонал не только наркологической службы, но и учреждения общемедицинской

сети методической литературой по противоалкогольной тематике, наглядными материалами.

Кабинетом проводятся методические и семинарские занятия по противоалкогольной пропаганде для пропагандистов и лекторов-медиков (врачей и средних медицинских работников). Врач кабинета противоалкогольной пропаганды работает в тесном контакте с организациями Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость, непосредственно на предприятиях он участвует в активном выявлении злоупотребляющих алкоголем, индивидуальной работе с ними, привлечении их к противоалкогольному лечению.

В межрайонных наркологических диспансерах, расположенных в небольших населенных пунктах, не имеющих достаточного числа промышленных предприятий, врач по антиалкогольной пропаганде может быть использован главным врачом диспансера для контроля за деятельностью наркологической службы в прикрепленных к диспансеру районах, ранее всего, в организации в них противоалкогольной пропаганды и профилактической работы.

Подростковый наркологический кабинет. Штатная должность участкового врача психиатра-нарколога для работы среди подростков предусмотрена лишь в республиканских (краевых, областных) наркологических диспансерах. В городских и районных (межрайонных) диспансерах должность участкового подросткового врача психиатра-нарколога выделяется на общих основаниях (на 850 подростков, состоящих на учете в связи со злоупотреблением алкоголем, или 500 подростков, состоящих на учете в связи с употреблением наркотических и токсикоманических веществ). Подростки состоят на диспансерном и профилактическом учете недолго, по достижении 18 лет их переводят на учет к врачам-наркологам, обслуживающим взрослое население. В связи с этим полная ставка подросткового нарколога выделяется, как правило, из ставок врачей-наркологов диспансера. Подростковый наркологический кабинет с 0,5 ставки подросткового врача-нарколога необходим в каждом наркологическом диспансере.

Основная задача подросткового наркологического кабинета — профилактическая работа в школах, СПТУ, средних специальных учебных заведениях, на предприятиях, использующих труд подростков. Необходим тесный контакт подросткового врача-нарколога и средних медицинских работников кабинета с инспекцией по делам несовершеннолетних. Практически все подростки, взятые на учет инспекцией по делам несовершеннолетних в связи с употреблением спиртных напитков и токсикоманических веществ, должны быть осмотрены подростковым наркологом и взяты на профилактическое наблюдение. Очень важно изолировать «отрицательных лидеров» — под-

ростков, вовлекающих сверстников или младших подростков в пьянство и употребление токсикоманических веществ. Этих подростков необходимо госпитализировать на длительный срок или по показаниям через комиссии по делам несовершеннолетних при исполкомах Советов народных депутатов направлять в спецпрофучилища закрытого типа, лечебно-воспитательные профилактории.

Подростковому наркологу необходимо также проводить санацию семей подростков, употребляющих алкоголь и токсикоманические вещества. В этих вопросах совместные усилия прилагают органы милиции, администрация и общественные организации по месту работы родителей подростков и участковый нарколог.

Подростковый нарколог обязан поддерживать деловой контакт с призывными комиссиями военкоматов, в частности, подростки, замеченные в систематическом употреблении алкоголя и токсикоманических веществ, весь приписной период (16—18 лет) должны находиться под контролем специалистов призывной комиссии и подросткового наркологического кабинета. При уклонении от наблюдения и лечения, продолжении употребления алкоголя или токсикоманических веществ, по направлению военкомата их необходимо госпитализировать в наркологические учреждения.

Подростковый врач-нарколог участвует в работе комиссий по делам несовершеннолетних при исполкомах местных Советов народных депутатов, в планировании противоалкогольной воспитательной работы в школах и СПТУ, осуществляемой органами просвещения, проводит методические занятия и семинары по этим вопросам с педагогами, при необходимости оказывает методическую и консультативную помощь специальным вспомогательным школам-интернатам, специальным школам и специальным профессионально-техническим училищам по противоалкогольной воспитательной работе.

Подростковый врач психиатр-нарколог, кроме подготовки по наркологии и общей психиатрии, в обязательном порядке должен пройти подготовку по детской и подростковой психиатрии — это специально оговорено в Положении о подростковом наркологическом кабинете наркологического диспансера, утвержденном Министерством здравоохранения СССР 16.09.83 г. В подростковом наркологическом кабинете целесообразно предусмотреть должности психологов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г. № 1177 (примечания, п. 4). Психолог подросткового кабинета, кроме специального психологического обследования подростков для уточнения диагноза, занимается психокорректирующей работой с подростками — в индивидуальных и групповых сеансах, помогает врачу-наркологу в проведении профи-

лактических мероприятий в учебных заведениях, самостоятельно осуществляет противоалкогольную пропаганду среди учащихся, преподавателей, родителей.

Подростковый наркологический кабинет при возможности изолируется от других кабинетов наркологического диспансера (отдельный вход, гардероб, холл для ожидания). Целесообразно открывать его в отдельном помещении.

Кабинет по профилактике наркоманий и токсикоманий. Штатная должность врача психиатра-нарколога по профилактике наркоманий установлена для республиканских, краевых, областных наркологических диспансеров и для городских наркологических диспансеров при численности обслуживаемого населения более 500 тыс. человек.

Самостоятельная должность участкового врача психиатра-нарколога выделяется при наличии на диспансерном и профилактическом учете 500 лиц, употребляющих наркотические и токсикоманические вещества. Таким образом, кабинеты по профилактике наркоманий и токсикоманий обязательно создаются при республиканских, краевых, областных и городских (в крупных городах) наркологических диспансерах. В других наркологических диспансерах — по эпидобстановке. Так, несомненно кабинеты по профилактике наркоманий и токсикоманий должны быть во всех городских, районных и межрайонных наркологических диспансерах регионов произрастания и традиционного использования наркотических веществ (Кавказ, Средняя Азия, Алтай, Дальний Восток и др.), в портовых городах и других местах по решению органов здравоохранения. В этих случаях дополнительные штаты наркологических диспансеров устанавливаются руководителями республиканских, краевых, областных органов здравоохранения в соответствии с правами, предоставленными им приказом Министерства здравоохранения СССР от 13.07 87 г. № 955.

Врач психиатр-нарколог по профилактике наркоманий и токсикоманий участвует в экспертизе опьянения одурманивающими веществами, амбулаторном и стационарном обследовании лиц, доставленных в состоянии наркотического или токсикоманического опьянения, наркотической абстиненции. Он организует диспансерный и профилактический учет больных, страдающих наркоманиями и токсикоманиями, лиц, замеченных в немедицинском употреблении лекарственных веществ и употреблении токсикоманических веществ бытовой химии, направляет извещения о больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании.

Кабинет по профилактике наркоманий и токсикоманий поддерживает постоянную связь с органами милиции по взаимному извещению и учету всех лиц, употребляющих нарко-

тические и токсикоманические вещества, обеспечивает своевременное направление их на стационарное лечение, регулярный совместный с органами милиции контроль за их поведением после стационарного лечения, выполнением медицинских назначений, осуществляет своевременное купирование срывов и рецидивов заболевания, снятие с учета больных после 5-летней ремиссии.

Медицинские работники кабинета активно участвуют в борьбе с наркоманиями и токсикоманиями совместно с административными органами (контроль за хранением и отпуском наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарственных веществ в аптечной сети и лечебных учреждениях, разработка предложений по пресечению выращивания растений, содержащих наркотические вещества, изготовлению наркотических веществ кустарным способом и др.), проводят профилактическую работу в учебных заведениях, трудовых коллективах. Врач психиатр-нарколог по профилактике наркоманий республиканского (краевого, областного) наркологического диспансера контролирует и оказывает методическую помощь по вопросам борьбы с наркоманиями и токсикоманиями наркологическим учреждениям и учреждениям общемедицинской сети обслуживаемой административной территории.

Анонимное лечение больных алкоголизмом, без взятия на учет, играет большую роль в системе амбулаторного лечения. Своевременному обращению за помощью больных алкоголизмом, а тем более привычно пьющих, препятствуют опасения, связанные с наркологическим учетом. В настоящее время анонимное лечение можно пройти в анонимных наркологических кабинетах наркологического диспансера и в хозрасчетных наркологических кабинетах.

Должность врача психиатра-нарколога для оказания медицинской помощи анонимно лицам, злоупотребляющим алкоголем и страдающим хроническим алкоголизмом, установлена во всех наркологических диспансерах. Каждый наркологический диспансер должен иметь кабинет анонимного лечения. Этот кабинет не должен размещаться в одном здании с наркологическим диспансером, иначе нельзя соблюсти анонимность. Нежелательно размещать кабинет и в лечебных учреждениях общемедицинской сети, нужно выделять для него отдельное помещение с изолированным входом. При размещении кабинета анонимного лечения вне здания наркологического диспансера в штате кабинета может устанавливаться 1 должность санитарки, а не 0,5 должности (п. 3 примечания приказа Минздрава СССР от 03.11.87 г. № 1177).

При обращении в кабинет анонимного лечения не требуется предъявления документов, удостоверяющих личность, паспортные данные записывают со слов обратившегося. Персонал

кабинета не вправе разглашать сведения о заболевании, интимной и семейной жизни обратившихся граждан.

В кабинете анонимного лечения должно быть организовано лечение не только алкоголизма, но и табакокурения. Из методов амбулаторного лечения предпочтение должно отдаваться различным видам психотерапии. Так как врач кабинета анонимного лечения не загружен профилактическими мероприятиями, он может уделять значительную часть времени непосредственно лечебной работе, овладеть методами гипносуггестивной терапии, иглорефлексотерапии и другими приемами, требующими индивидуального врачебного мастерства.

В то же время врач-нарколог кабинета анонимного лечения проводит и санитарно-просветительную работу в коллективах трудящихся по месту жительства. Ее цель — разъяснение необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, целесообразности полноценного противоалкогольного лечения, привлекательности анонимного лечения как важного фактора в борьбе против пьянства и алкоголизма.

Кроме бесплатного анонимного лечения, важной формой является анонимное лечение в хозрасчетных наркологических кабинетах (отделениях, амбулаториях). Министерством здравоохранения СССР 01.08.80 г. утверждено временное положение о таких учреждениях. В крупных городах, имеющих хозрасчетные поликлиники, наркологические кабинеты (отделения) создаются при этих учреждениях. Размер платы за услуги утверждается исполкомами городских (областных, краевых) Советов народных депутатов. Больных принимают врачи-наркологи и консультанты — научные сотрудники и профессорско-преподавательский состав научных и высших учебных медицинских учреждений.

В городах, не имеющих хозрасчетных лечебных учреждений, хозрасчетные наркологические кабинеты можно создавать как при бюджетных городских поликлиниках, так и при наркологических диспансерах. Кабинет, естественно, должен находиться в отдельном, хорошо оснащенном помещении, обеспечивать трудоемкие и сложные методы лечения. Кроме лечения наркологических больных и курильщиков табака, в кабинете целесообразно организовать платный прием сексологических больных, лиц, страдающих неврозами, осуществлять гипносуггестивную терапию, иглорефлексотерапию. Плату за лечение по утвержденным расценкам больные вносят в банк на спецсчет наркологического диспансера (поликлиники), и из этих средств выплачивается зарплата персоналу кабинета, на них приобретаются оборудование, аппаратура, медикаменты. Наркологический диспансер, имеющий стационары на промпредприятиях, на счет которого поступают отчисления от зар-

платы больных, может субсидировать хозрасчетный кабинет на оплату помещения, приобретение инвентаря и др. Когда кабинет будет приносить достаточный доход, свободные средства можно использовать на нужды диспансера. Развитие хозрасчетных наркологических кабинетов не только обеспечивает анонимное лечение, но и отражает современную тенденцию к расширению платных медицинских услуг.

Опыт работы хозрасчетных наркологических кабинетов свидетельствует о том, что в них обращаются и больные, состоящие на наркологическом учете, лечившиеся в общей наркологической сети. Мотивы обращения — возможность выбора врача и желание получить более полноценное лечение.

Наркологическая помощь сельскому населению. Основным учреждением, обеспечивающим полноценную наркологическую помощь сельскому населению, является наркологический кабинет при центральной районной больнице. Одна должность участкового врача психиатра-нарколога устанавливается на каждый сельский район независимо от того, достаточно ли для этого число выявленных наркологических больных. Однако пока нет в районе врача-нарколога, некому выявлять больных и брать их на учет. Организация районного наркологического кабинета, в котором, кроме врача, работают медицинская сестра, фельдшер социальной помощи, а также фельдшера-наркологи в соответствии с числом работников промышленных, строительных и автотранспортных предприятий, позволяет активно выявить и привлечь к лечению больных алкоголизмом, взять под диспансерное наблюдение привычных пьяниц, организовать профилактические противоалкогольные мероприятия. Важнейший вопрос — это обеспечение наркологического кабинета при центральной районной больнице помещением и квалифицированным врачом психиатром-наркологом.

Если в наркологическом диспансере врачи работают в коллективе, под руководством главного врача, специалиста-нарколога, то в наркологическом кабинете при центральной районной больнице врач-нарколог является единственным специалистом, получает лишь методическое руководство межрайонного наркологического диспансера. Решением Коллегии Министерства здравоохранения СССР от 01.11.85 г. должности психиатров-наркологов запрещено замещать врачам других специальностей, не имеющим наркологической подготовки. Этим же решением на главных врачей центральных районных больниц возложена ответственность за организацию наркологической помощи в районах, а терапевтам, хирургам, акушерам-гинекологам и врачам других специальностей вменено в обязанность проводить противоалкогольную пропаганду, разъяснительную и воспитательную работу со своими пациентами, с населением, а также выявлять лиц, злоупотребляющих алко-

голем, подозреваемых в наличии алкоголизма, и направлять их к врачу-наркологу.

Однако, как показывает опыт, больных алкоголизмом выявляют преимущественно комиссии по борьбе с пьянством при сельских (поселковых) Советах народных депутатов и комиссии по борьбе с пьянством на предприятиях района (в совхозах, колхозах и др.). В этих комиссиях необходимо создавать картотеку персонального учета лиц, злоупотребляющих алкоголем, по тем же трем группам, как приведено выше для комиссий (отделов кадров) предприятий. Для сельских районов эта работа еще более эффективна, так как все сельские жители, как говорится, на виду, о поведении каждого хорошо известно, нет миграции с одного места работы на другое, легче организовать контроль за поведением человека в быту.

Для активного выявления больных алкоголизмом и контроля за противорецидивным лечением состоящих на учете районный врач-нарколог периодически выезжает в сельские Советы и населенные пункты, где совместно с врачом участковой больницы или фельдшером фельдшерско-акушерского пункта осматривает состоящих на диспансерном и профилактическом учете больных, а также нуждающихся во врачебном наблюдении, совместно с администрацией, членами комиссии по борьбе с пьянством, участковым инспектором милиции принимает меры к лицам, злоупотребляющим алкоголем и уклоняющимся от обследования и лечения. По заданию врача в населенные пункты района систематически выезжают средние медицинские работники наркологического кабинета. Поскольку наркологический кабинет при центральной районной больнице удален от населенных пунктов и больные сельской местности не могут посещать его так же часто, как городские жители, врач-нарколог и средний медицинский персонал значительную часть своего рабочего времени должны отводить на выезды в сельские населенные пункты, удаленные от районного центра. Наблюдение за больными и поддерживающее лечение в сельских населенных пунктах осуществляют медицинские работники местных медицинских учреждений.

Поскольку полноценное амбулаторное лечение сельским жителям организовать труднее, чем городским, ввиду удаленности от наркологического кабинета, их следует чаще направлять на стационарное лечение для купирования похмельных явлений и запоев, для курсового антиалкогольного лечения.

В сельских районах с населением до 30—40 тыс. человек число выявленных и состоящих на диспансерном и профилактическом учете наркологических больных, как правило, не превышает 800—900 и обеспечивается одной должностью врача психиатра-нарколога. В районах, где число состоящих на учете больных достигает 1200 и более, выделяется дополни-

тельно 0,5 должности врача психиатра-нарколога (может использоваться по совместительству), а при дальнейшем выявлении и взятии на учет больных — полная должность. Соответственно может быть принят на работу второй врач психиатр-нарколог, а при 3 должностях — организовано наркологическое диспансерное отделение при центральной районной больнице.

Таким образом, первым этапом организации самостоятельной наркологической службы было создание республиканских, краевых, областных наркологических диспансеров во всех административных территориях. Второй этап — организация городских, районных и межрайонных наркологических диспансеров с охватом их деятельностью всех городов и районов. Третий, заключительный этап — организация наркологических кабинетов при центральных районных больницах и наркологических учреждениях в сельской местности. В дальнейшем стоит задача всемерного укрепления материальной базы наркологических учреждений — сверху донизу и обеспечение их высококвалифицированными медицинскими кадрами.

Организация диспансерного наблюдения за больными алкоголизмом, оценка эффективности противоалкогольной терапии

В наркологическом кабинете осуществляется диспансерный учет больных хроническим алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманиями и токсикоманиями и профилактический учет привычно пьющих, замеченных в немедицинском употреблении наркотических и эпизодическом употреблении токсикоманических веществ.

Для активного динамического наблюдения за больными в наркологическом диспансере (кабинете) должна четко вестись медицинская документация. На каждого первично обратившегося больного заводится медицинская карта амбулаторного наркологического больного (ф. № 025—5/у-88), называемая в дальнейшем «амбулаторная карта», в которую заносят краткие данные анамнеза, объективные сведения, результаты обследования, соматический и психический статус, диагноз и шифр заболевания, лечебные назначения и их выполнение, отражают динамику заболевания. Амбулаторные карты заводятся на всех больных, обратившихся в диспансер, в том числе на тех, кто обратился по поводу табакокурения и не подлежит ни диспансерному учету, ни профилактическому наблюдению. Амбулаторная карта обязательно заводится на лиц, представляемых для освидетельствования в связи с направлением на принудительное лечение, если ранее они на учете не состояли.

Амбулаторную карту заводят также на лиц, проживающих в зоне обслуживания диспансера, при получении на них выписки из истории болезни о стационарном лечении по поводу хронического алкоголизма, алкогольного психоза, наркомании или токсикомании, а также при получении извещения из другого лечебного учреждения (травматологического, туберкулезного ,венерологического и др.) об установлении диагноза хронического алкоголизма, алкогольного психоза, наркомании или токсикомании.

Амбулаторные карты хранятся в регистратуре по алфавиту или по участкам.

На больных, подлежащих диспансерному учету, заводятся контрольные карты диспансерного наблюдения за психически больными (ф. № 030 — 1/у). Карты заводятся на больных с впервые в жизни установленным диагнозом хронического алкоголизма, наркомании или токсикомании и на больных, ранее состоявших на наркологическом учете, но впервые обратившихся в данное лечебное учреждение в связи с переменой места жительства и по другим причинам.

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» утверждена Инструкция о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания.

Инструкцией утверждается, что диагноз наркологического заболевания может быть установлен как в амбулаторных, так и в стационарных условиях только врачом психиатром-наркологом в соответствии с принципами деонтологии, а в сомнительных случаях диагноз устанавливается врачебно-консультативной комиссией наркологического учреждения. В тех случаях, когда диагноз наркологического заболевания установлен в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении, окончательное решение вопроса о необходимости диспансерного учета или профилактического наблюдения принимает участковый врач психиатр-нарколог по месту жительства больного.

При установлении диагноза хронического алкоголизма, наркомании или токсикомании больной в обязательном порядке предупреждается лечащим врачом о социально-правовых аспектах, связанных с наркологическим заболеванием (ограничение на определенные виды трудовой деятельности, возможность принудительного лечения, ограничения дееспособности, лишения родительских прав и др).

В Инструкции указывается, что за время диспансерного учета больные должны получить квалифицированную помощь, обеспечивающую длительные терапевтические ремиссии. В случае выполнения больным всех назначений лечащего врача и соблюдения сроков явки на медицинские осмотры, наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной терапевтической ремиссии устанавливаются следующие сроки диспансерного учета и профилактического наблюдения: больные хроническим алкоголизмом — 3 года; больные наркоманиями и токсикоманиями — 5 лет; лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков хронического алкоголизма (группа риска) и замеченные в немедицинском потреблении наркотических или одурманивающих веществ без клинических проявлений заболевания — 1 год.

Сроки амбулаторного и стационарного лечения в период диспансерного учета устанавливаются лечащим врачом индивидуально. Для наркологических больных, поступивших на стационарное лечение впервые в жизни, устанавливаются сроки лечения: для больных алкоголизмом не менее 45 дней, для больных наркоманиями и токсикоманиями не менее 60 дней.

В соответствии с длительностью терапевтической ремиссии устанавливаются для больных хроническим алкоголизмом 3 группы динамического наблюдения, для больных наркоманиями и токсикоманиями — 4 группы.

I группу динамического наблюдения составляют больные, впервые обратившиеся или вновь взятые на диспансерный учет, состоявшие ранее на учете, но у которых были в течение предшествующего года рецидивы (т. е. длительность ремиссии менее одного года), больные, выписанные в текущем году из лечебно-трудовых профилакториев, специальных отделений для принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также освобожденные из исправительно-трудовых учреждений МВД СССР, в которых им осуществлялось принудительное лечение от алкоголизма или наркоманий.

II группу составляют больные с длительностью ремиссии от 1 года до 2 лет, в том числе выбывшие из учреждений, где им осуществлялось принудительное лечение, по достижении годичной ремиссии.

III группу составляют больные с длительностью ремиссии от 2 до 3 лет.

IV группу составляют больные наркоманиями и токсикоманиями с длительностью ремиссии от 3 до 5 лет.

Началом ремиссии следует считать день выписки из наркологического стационара (в том числе дневного), выписки из лечебно-трудового профилактория или освобождения из исправительно-трудового учреждения, где осуществлялось

принудительное лечение. Для больных, лечившихся амбулаторно, началом ремиссии следует считать день купирования последнего алкогольного эксцесса, день последнего приема наркотических или других одурманивающих веществ, для первичных больных — день обращения в наркологическое учреждение и начала амбулаторного лечения. Курсы амбулаторного лечения (естественно, при условии полного воздержания от алкоголя или приема одурманивающих веществ) следует относить к ремиссии. Инструкцией регламентируется периодичность осмотров наркологических больных, находящихся на диспансерном учете, и лиц группы риска, находящихся на профилактическом наблюдении, имеющих целью контроль за состоянием больных в процессе динамического наблюдения, проведения лечения и профилактических мер медицинского характера. При этом устанавливается, что осмотром больных и лиц группы риска может считаться только личный контакт с пациентом врача-нарколога, участковой медицинской сестры, фельдшера (медицинской сестры) социальной помощи или наркологического здравпункта, который сопровождается обследованием, лечебным воздействием, назначением медикаментозных средств. Получение каких-либо сведений о пациенте, в том числе при посещении на дому, без личного контакта с ним, основанием для подтверждения ремиссии не является. Осмотры должен проводить преимущественно врач. Согласно приведенной выше инструкции, число осмотров, проводимых средними медицинскими работниками, не должно превышать 30 %, лишь в сельской местности, при значительном удалении врачебного наркологического кабинета от места жительства пациентов, может достигать 50 %.

Средняя частота осмотров устанавливается, согласно инструкции, для больных I группы — не реже 1 раза в месяц, II группы — 1 раз в 2 мес, III группы — 1 раз в 3 мес. IV группы — не реже 1 раза в 4 мес.

Частота осмотра лиц группы риска, злоупотребляющих алкоголем, для взрослых устанавливается лечащим врачом индивидуально, для подростков до 18 лет — не реже 1 раза в месяц. Лиц группы риска, замеченных в немедицинском потреблении наркотических или одурманивающих веществ, — не реже 1 раза в месяц, как для подростков, так и взрослых.

Рекомендуемая частота осмотров. согласно инструкции, может варьировать во всех группах динамического наблюдения в зависимости от структуры контингента на участке и в порядке дифференцированного подхода к пациенту. Однако среднее число осмотров одного пациента в течение года устанавливается не менее пяти.

При построении картотеки динамического наблюдения используются принципы раз-

деления на группы учета. При этом выделяются больные наркоманиями и токсикоманиями, а также лица, замеченные в немедицинском потреблении наркотических или одурманивающих веществ. Карточки этих пациентов располагаются в соответствии с инструкцией приказа Министерства здравоохранения СССР и МВД СССР от 20.05.1988 г. № 402/109.

Карточки диспансерного наблюдения группы риска лиц, злоупотребляющих алкоголем, целесообразно выделить в отдельную подгруппу и располагать по месяцам и числам (или неделям, декадам) явки с выделением раздела неявившихся в срок.

В I группе учета целесообразно выделить ряд подгрупп. Первая, основная подгруппа включает больных алкоголизмом, взятых на учет в течение последнего года, имевших рецидивы, проходивших стационарное лечение не более чем 1 год назад. Картотека размещается в одном-двух ящиках на столе, разделы и группы учета разделены перегородками, свободно перемещающимися. Карточки размещены таким образом, чтобы врачу и медицинской сестре было известно состояние каждого больного на каждый день. Так, в первом разделе находятся карточки больных, направленных на стационарное лечение. Можно использовать специальные разделители с указанием стационаров, в которые направляются больные (стационар при диспансере, психиатрической больнице, промышленном предприятии, дневной стационар и др.). Врачу ясно, сколько больных на данный день находится в том или ином стационаре. Медицинская сестра может по телефону справиться о состоянии больного, о сроке выписки и других вопросах.

Следующий раздел — больные, проходящие активное амбулаторное лечение в наркологическом кабинете. В этом разделе находятся карточки больных, обратившихся впервые, получающих активное лечение в связи со срывами и рецидивами (купирование абстинентных состояний и запоев), а также проходящих курсы планового противорецидивного лечения в амбулаторных условиях (УРТ, гипносуггестивная терапия, иглорефлексотерапия и др.). Сроки данного лечения, как правило, 1—3 мес, эти больные посещают кабинет не реже 1 раза в 1—2 нед, поэтому даты явок устанавливаются на ближайший месяц (с 1-го по 31-е), карточки разложены на ближайшие 2 нед. Участковой медицинской сестре легко контролировать явку больного на лечебные процедуры в кабинет.

В следующем разделе располагаются карточки больных, находящихся на поддерживающем лечении и наблюдении до 1 года после выписки из стационара, окончания активного противоалкогольного лечения, купирования рецидива. Эти

больные должны являться в кабинет 1 раз в месяц. Обозначено разделение на месяцы (январь—декабрь), по срокам явки должны быть заполнены ближайшие 2 мес. Больные, которым была назначена явка на текущий месяц, но они не явились, по окончании месяца вызываются в кабинет повесткой, по телефону, а при неявке — через комиссию по борьбе с пьянством по месту работы, в крайнем случае — с помощью милиции.

Следующий раздел — это карточки больных, не явившихся в срок, уклоняющихся от обследования и лечения. В этот раздел переносятся карточки больных, которые не явились в назначенный срок после выписки из стационара или проведения поддерживающего лечения, не явились после повторного вызова (письменно или по телефону), о которых нет сведений от родственников, администрации по месту жительства, работы, милиции и др. В течение ближайших 2—3 нед участковая медицинская сестра или фельдшер социальной помощи обязаны выяснить, где и в каком состоянии находятся эти больные, обеспечить их явку к врачу, если необходимо, то с помощью участкового инспектора милиции. В случаях срыва ремиссии или рецидива проводится соответствующее лечение или больной госпитализируется.

Наконец, последний раздел — это карточки больных, злостно уклоняющихся от лечения, нуждающихся в направлении на принудительное лечение.

В отдельные подгруппы в I группе учета следует выделять карточки больных, выбывших из лечебно-трудовых профилакториев, исправительно-трудовых учреждений МВД СССР, где им проводилось принудительное лечение алкоголизма, а также больных, перенесших в истекшем году алкогольные психозы. Карточки их располагаются по тем же разделам, как и в первой подгруппе.

Карточки больных, перенесших алкогольные психозы, находятся в этой подгруппе в течение одного года после выписки из стационара. По прошествии этого времени они перешифровываются с рубрики 291 МКБ на рубрику 303 и либо переводятся во II группу учета, если находились весь этот год в терапевтической ремиссии, либо, если у них был рецидив, переносятся в первую подгруппу I группы.

Больные после принудительного лечения в ЛТП в течение двух лет находятся под совместным наблюдением наркологического учреждения и милиции. В течение этого времени карточки их выделяются в отдельные подгруппы. При ремиссии в течение года карточки их переносятся в отдельную подгруппу II группы (ремиссия от 1 года до 2 лет), а при ремиссии более двух лет — в общую III группу (в которой подгруппы не выделяются). При наличии рецидивов карточки этих боль-

ных в течение двух лет находятся в подгруппе выбывших из ЛТП, а в дальнейшем переносятся в первую подгруппу I группы.

Во II и III группах учета (ремиссионные больные) карточки распределяются по срокам явки, соответственно на ближайшие 2 или 3 мес. В случаях рецидива карточки переносятся в I группу учета.

Помимо размещения карточек формы № 030—1/у по группам и разделам учета, на них можно делать маркировку. Целесообразно маркировать карточки женщин, водителей транспортных средств, больных алкоголизмом I и III стадий (карточки больных во II стадии, которых большинство, не маркируют) и др. Маркировка карточек значительно облегчает составление отчетов.

Порядок снятия с диспансерного наркологического учета и с профилактического наблюдения определен Инструкцией приказа Министерства здравоохранения СССР от 12.09.1988 г. № 704. Причинами снятия с диспансерного наркологического учета являются: а) стойкая ремиссия (выздоровление); б) изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологическим учреждением территории, а также передача на диспансерное наблюдение в другое наркологическое учреждение; в) осуждение с лишением свободы на срок свыше 1 года; г) в связи со смертью.

Снятие с учета в связи со стойкой терапевтической ремиссией (по выздоровлении) производится на основании заключения врачебно-консультативной комиссии учреждения, в котором находится на учете больной. Трехлетняя (для больных алкоголизмом) и пятилетняя (для больных наркоманией и токсикоманией) ремиссия должна быть подтверждена объективными данными (при необходимости запрашивается характеристика с места работы, справка из отделения милиции и пр.). Необходимое условие снятия с учета по выздоровлении — соблюдение больным установленных сроков личной явки в наркологическое учреждение для осмотров в период диспансерного наблюдения. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 12.09.1988 г. № 704 обязывает главных врачей лечебных учреждений, осуществляющих наркологическую помощь, вывесить на видных местах информацию, содержащую основные положения Инструкции о порядке диспансерного учета и профилактического наблюдения наркологических контингентов. В этой информации должно быть подчеркнуто положение о том, что снимаются с наркологического учета по выздоровлении лишь лица, неукоснительно соблюдавшие сроки явки на осмотр в наркологическое учреждение. И если эти сроки больным нарушались, врачебно-консультативная комиссия вправе отказать

больному в снятии его с диспансерного учета и продлить срок диспансерного наблюдения.

Прекращение профилактического наблюдения осуществляется в аналогичном порядке. Основанием для снятия с профилактического наблюдения является длительное (в течение 1 года) воздержание от алкоголя, прекращение употребления в немедицинских целях наркотических или одурманивающих веществ Это, естественно, должно быть подтверждено объективными сведениями и при соблюдении назначенных лечащим врачом сроков явки на осмотр в наркологическое учреждение.

Снятие с учета по другим перечисленным выше причинам осуществляется лечащим врачом на основании официальных сообщений соответствующих органов или учреждений, заключение о снятии с диспансерного учета или профилактического наблюдения подписывается руководителем лечебного учреждения. В отдельных случаях, когда наркологическое учреждение не может в течение одного года обеспечить осмотр больного, несмотря на все принимаемые меры, и при отсутствии сведений о его местонахождении данный больной решением ВКК учреждения может быть снят с диспансерного учета.

Оценка эффективности противоалкогольной терапии. Эффективность определяется процентом больных, находящихся в терапевтической ремиссии более одного года, среди всех состоящих на диспансерном учете в наркологическом кабинете (включая уклоняющихся от лечения, находящихся на принудительном лечении). На 01.01 каждого года учитывается число (и процент) больных, у которых ремиссия была от 1 года до 2 лет, плюс число (и процент) больных в ремиссии от 2 до 3 лет и плюс число (и процент) больных в ремиссии более 3 лет, т. е. снятых за истекший год с наркологического учета. При правильном ведении картотеки по приведенной выше схеме эти данные легко подсчитываются по распределению карточек ф. № 030—1/у, т. е. по числу их во II и III группах учета

Организация стационарного лечения больных алкоголизмом

Стационарное лечение больных алкоголизмом занимает существенное место в системе наркологической помощи. Его преимущества перед амбулаторным лечением заключаются в возможности применения более активных методов, многие из которых неосуществимы в амбулаторных условиях, более углубленного обследования больных, лечении сопутствующих заболеваний, более широких возможностях для проведения психотерапевтического воздействия.

Как свидетельствует опыт работы наркологических учреж-

дений, каждый больной алкоголизмом в среднем проходит курс стационарного лечения 1 раз в 4—5 лет, следовательно, ежегодно на стационарное лечение направляется 20—25% всех состоящих на наркологическом учете больных.

Неотложными показаниями к стационарному лечению являются острые алкогольные психозы и препсихотические состояния, обострения хронических алкогольных психозов, обострение сопутствующих психических заболеваний, тяжелые запои, которые не удается купировать амбулаторно.

Показаниями к направлению на стационарное лечение в плановом порядке являются состояния с непреодолимым влечением к алкоголю, которые не удается купировать амбулаторно, удаленность амбулаторных наркологических учреждений от места жительства больного, необходимость или установка больного на проведение методов лечения, неосуществимых в амбулаторных условиях, а также различные социально-семейные факторы.

Основанием для госпитализации является также и установка больного на лечение в стационаре. Более того, руководителям органов здравоохранения и главным врачам лечебных учреждений разрешается при наличии свободных мест госпитализировать больных алкоголизмом по их заявлениям, в том числе прибывших из других городов на время их отпуска.

Стационарное лечение больных алкоголизмом осуществляется в психиатрических отделениях психиатрических больниц и диспансеров, в наркологических отделениях психиатрических и наркологических больниц и диспансеров, в наркологических отделениях при промышленных, строительных и сельскохозяйственных предприятиях. Кроме того, предусмотрено полустационарное лечение больных алкоголизмом в дневных наркологических стационарах

Штатные нормативы дневного стационара для больных алкоголизмом утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР от 03.11.87 г № 1177, на 50 мест (больных) устанавливают 1 должность врача психиатра-нарколога (заведующий дневным стационаром), по 1 должности медицинской сестры, сестры-хозяйки, санитарки-буфетчицы и инструктора по трудовой терапии. Положение о дневном стационаре для больных алкоголизмом утверждено Министерством здравоохранения СССР 12.12.80 г. Дневные наркологические стационары организуются, как правило, при наркологических диспансерах Целесообразно организовать дневной стационар в одном помещении с наркологическим стационаром при промпредприятии При этом возможен перевод больных из стационарного отделения для долечивания в днев-

ной стационар и наоборот, больных, не удерживающихся в дневном стационаре (нарушивших режим трезвости и др.), можно переводить в стационарное отделение. Дневной стационар имеет 10% коек от числа мест. Круглосуточно обслужить 5—10 коек своими штатами он не может, а при размещении его коек в стационарном отделении больные в ночное время обслуживаются дежурным персоналом стационара.

Срок лечения в дневном стационаре 1—2 мес. Больные работают на предприятии, получают полную зарплату, двухразовое горячее питание. Лечебные мероприятия проводятся для работающих в первую смену после работы, во вторую смену — до работы. Медицинский персонал диспансера работает, как правило, в середине дня (с 12 ч до 18 ч), чтобы обслужить обе смены больных. В дневном стационаре допустимо одновременное лечение мужчин и женщин, хотя активные лечебные процедуры желательно проводить раздельно.

Дневные стационары для лечения больных алкоголизмом можно создавать при медсанчастях промышленных предприятий, при спецкомендатурах с общежитиями для условно осужденных и условно досрочно освобожденных, среди которых немало нуждающихся в противоалкогольном лечении.

Лечение больных непсихотическими формами алкоголизма в общих отделениях психиатрических больниц представляется устаревшим и может осуществляться лишь в порядке исключения (например, лечение женщин при отсутствии в регионе женских наркологических отделений). Лечение вторичного алкоголизма, прежде всего симптоматического, пока остается прерогативой психиатрических больниц. Далеко не все наркологические стационары могут взять на себя лечение больных алкогольными психозами, наркоманиями и токсикоманиями. Таким образом, какое-то время в психиатрических больницах еще будут наркологические отделения для лечения этих больных.

В перспективе необходимо создавать специализированные наркологические больницы с отделениями для интенсивной терапии алкогольных психозов, для больных вторичным алкоголизмом, первичных и социально сохранных больных (более короткие сроки лечения), многократно и безуспешно лечившихся больных с явлениями алкогольной деградации (длительные сроки лечения), для принудительного лечения больных алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, женские отделения (также различных профилей), подростковое отделение, отделение для лечения больных наркоманиями и токсикоманиями отдельно взрослых и подростков. Наряду с этими отделениями на основной территории больница может иметь и отделения на предприятиях промышленности, строительства. Такие больницы на 500—

600 коек и более могут создаваться лишь в крупных городах— административных центрах.

В то же время все перечисленные виды наркологических стационарных отделений должны создаваться для дифференцированного стационарного лечения больных алкоголизмом.

Наркологические стационарные отделения при предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства являются основной формой стационарного лечения больных алкголизмом, в них сосредоточено до 70 % наркологических коек. Они создаются, как правило, при наркологических диспансерах (республиканских, краевых, областных, городских и межрайонных) и как исключение — в сельских районах, не имеющих наркологических диспансеров, при центральной районной больнице. Необходимо организовать такие отделения и для лечения женщин при предприятиях, на которых используется женский труд. Сроки пребывания в этих отделениях более длительные — 3—4 мес. Трудовые процессы должны не вытеснять лечебную работу, а использоваться как форма трудовой терапии. В отделениях проводят коллективную психотерапию, включают элементы самоуправления больных, основанные на педагогических принципах А. С. Макаренко. Согласно существующим положениям больные получают 60% заработной платы, 40% перечисляются на спецсчет диспансера и используются на приобретение инвентаря, оборудования, культурно-массовые мероприятия для больных и др.

Стационарные наркологические отделения должны быть и в помещениях, находящихся на балансе диспансеров. Сроки пребывания больных в них меньше — в среднем 1,5—2 мес, соответственно больше врачебных ставок: в отделении на промпредприятии 1 врачебная ставка на 55 больных, в отделении в наркологическом диспансере (психиатрической больнице) — на 45 больных (приказ Министерства здравоохранения СССР от 15.08.74 г № 760). Здесь можно дифференцировать отделения — для первичных, социально сохранных больных, а также для тех, кто по состоянию здоровья, возрасту, социальному положению не может лечиться в отделениях при промпредприятиях. Организуют женские отделения с сокращенными сроками лечения, так как нежелателен длительный отрыв женщин от семьи, а также подростковые наркологические отделения.

Привлечение к труду больных этих отделений осуществляется на основе договоров диспансера с близрасположенными предприятиями. Работают не все больные, как в отделениях на промпредприятиях, а лишь желающие.

Отделения для лечения больных алкогольными психозами, вторичным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями

также желательно открывать в наркологических диспансерах крупных городов, имеющих собственную стационарную базу, квалифицированные кадры врачей психиатров-наркологов с достаточно хорошей психиатрической подготовкой.

Преемственность стационарного и амбулаторного лечения обеспечивается в значительной степени психотерапевтическим воздействием на больного в стационаре, созданием у него установки на длительное поддерживающее лечение в амбулаторных условиях. Больного предупреждают, что в первые 2—3 дня после выписки из стационара он обязан явиться в наркологический кабинет по месту жительства или работы и продолжить там начатый курс поддерживающего лечения.

В наркологических отделениях целесообразно вести картотеку — заполнять карточку на каждого больного с указанием паспортных данных, даты поступления, выписки, диагноза, основных методов проведенного лечения, даты явки в наркологический кабинет. Медицинская сестра сообщает по телефону (или открыткой) о больных, назначенных на выписку в ближайшие дни, чтобы в наркологическом кабинете имелись эти сведения значительно раньше, чем будет получена выписка из истории болезни. По этим же карточкам можно собирать катамнестические данные на выписанных больных и судить об эффективности тех или иных методов стационарного лечения

Организация принудительного лечения больных алкоголизмом

Принудительное лечение больных алкоголизмом занимает существенное место в системе противоалкогольных мероприятий. Оно направлено на предотвращение и пресечение наиболее социально опасных последствий алкоголизма, а также на активное преодоление алкогольной анозогнозии, помощь больным не оценивающим правильно своего состояния, разрушающим пьянством свое здоровье и создающим в связи с этим опасность для окружающих, как, например, при сопутствующем туберкулезе.

Принудительное лечение больных алкоголизмом имеет 3 формы:

1) принудительная мера медицинского характера, применяемая судами к алкоголикам, совершившим преступления, назначается в соответствии со ст. 62 УК РСФСР (и соответствующими статьями уголовных кодексов других союзных республик). При осуждении этих лиц к лишению свободы принудительное лечение проводится в местах лишения свободы специально созданными для этого наркологическими подразделениями в исправительно-трудовых учреждениях различного ре-

жима, при осуждении к мерам наказания, не связанным с лишением свободы — в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом. Прекращение принудительного лечения производится судом по представлению лечебного учреждения, в котором оно осуществлялось;

2) принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях осуществляется на основании Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.03.74 г. с дополнениями, внесенными Указом Президиума Верховного Совета РСФСР 01.10.85 г. (и соответствующих указов президиумов Верховных Советов других союзных республик). Основанием для направления на принудительное лечение является уклонение хронического алкоголика от добровольного лечения или продолжение пьянства после лечения. Срок принудительного лечения и трудового перевоспитания устанавливается судом при наличии медицинского заключения и составляет от 1 года до 2 лет (в РСФСР). Ходатайство о направлении на принудительное лечение, кроме общественных организаций, трудовых коллективов и государственных органов, могут возбуждать члены семьи и близкие родственники алкоголиков;

3) принудительное лечение хронических алкоголиков, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями, препятствующими их пребыванию в лечебно-трудовых профилакториях, инвалидов I и II групп, мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет, уклоняющихся от добровольного лечения и продолжающих пьянствовать после лечения, согласно Указу Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.10.85 г. (и соответствующих указов президиумов Верховных Советов других союзных республик) осуществляется в специальных наркологических отделениях, куда они направляются судом на срок от 3 мес до 1 года.

Медицинское освидетельствование лиц, направляемых на принудительное лечение, осуществляется специальными медицинскими комиссиями при наркологических диспансерах в составе психиатра-нарколога, терапевта и невропатолога. При республиканских (областных, краевых) наркологических диспансерах комиссии укомплектованы штатными сотрудниками, при городских, районных и межрайонных наркологических диспансерах — специалистами, выделяемыми приказом руководителя органа здравоохранения.

В комиссию предоставляется медицинская документация, результаты обследования (анализы, рентгенологическое исследование, ЭКГ, при необходимости — консультации специалистов, не входящих в комиссию), объективные данные о поведении обследуемого, употреблении им спиртных напитков.

При освидетельствовании лиц, направляемых на принуди-

тельное лечение, в медицинском заключении должны быть ответы на следующие вопросы: 1) имеется ли у обследуемого хронический алкоголизм; 2) нуждается ли он в лечении от алкоголизма; 3) имеются ли у него противопоказания к противоалкогольному лечению и к пребыванию в лечебно-трудовом профилактории; 4) какой срок принудительного лечения рекомендует медицинская комиссия.

Установление диагноза хронического алкоголизма является обязательным для назначения любого вида принудительного лечения. Вполне понятно, что при обследовании лица, ранее состоявшего на наркологическом учете, вопрос этот не представляет затруднений. Без труда устанавливается диагноз хронического алкоголизма при наличии достоверных анамнестических и клинических данных. В неясных случаях — при небольшой давности злоупотребления алкоголем, отсутствии объективных сведений, подтверждающих алкоголизм, необходима дополнительная лабораторная диагностика.

После установления диагноза хронического алкоголизма вполне естественна нуждаемость в противоалкогольном лечении — для лиц, направляемых в ЛТП, это не вызывает сомнения. Что касается алкоголиков, совершивших преступления, то здесь исключения возможны. Так, например, больной алкоголизмом, находящийся в длительной терапевтической ремиссии, совершает преступление, не связанное с пьянством (хищение, спекуляция и пр.). Здесь может быть заключение, что хотя он является алкоголиком, в противоалкогольном лечении в данное время не нуждается. Медицинские противопоказания к лечению также весьма относительны. К ним могут относиться лишь прогрессирующие тяжелые заболевания (злокачественные новообразования, прогрессирующие системные поражения нервной системы и пр.), т. е. при применении ст. 62 УК РСФСР практически нет противопоказаний к противоалкогольному лечению в местах лишения свободы.

Что касается направления в ЛТП, то при наличии у освидетельствуемых заболеваний, включенных в перечень заболеваний, препятствующих направлению в ЛТП, утвержденный Министерством здравоохранения СССР 17.11.77 г., эти лица, как и инвалиды I и II групп, больные пожилого возраста, подлежат направлению на принудительное лечение в отделения для больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Освидетельствование лиц, совершивших преступления, к которым применяется ст. 62 УК РСФСР, осуществляется, как правило, амбулаторно. Лиц, направляемых в ЛТП, особенно в первый раз, и направляемых в отделения для принудительного лечения больных алоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (кроме больных туберкулезом), целесо-

образно обследование в течение 7—10 дней в наркологическом стационарном отделении. При этом часть больных может согласиться на добровольное противоалкогольное лечение в данном стационаре.

Принудительное лечение больных алкоголизмом, совершивших преступление, имеет большое социальное значение, являясь существенным мероприятием в борьбе с преступностью, особенно в отношении профилактики рецидивов преступлений, связанных с пьянством. Больные алкоголизмом, совершившие преступления, которым в местах лишения свободы не осуществляется противоалкогольное лечение, после освобождения, как правило, возобновляют пьянство и нередко совершают повторные преступления. Как упоминалось выше, даже длительная изоляция от алкоголя не ликвидирует патологического влечения к алкоголю. Поэтому противоалкогольное лечение в местах лишения свободы представляется обязательным, оно не является дополнительной мерой наказания, а, напротив, направлено на сохранение здоровья осужденного, излечения его от алкоголизма, т. е. мерой во всех отношениях гуманной. В то же время на лиц, осужденных с применением ст. 62 УК РСФСР, не распространяется условное осуждение, условно-досрочное освобождение, не применяется амнистия. Лишь после снятия судом принудительного лечения эти меры могут быть осуществлены.

Противоалкогольное лечение в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) проводят при медсанчастях (больницах), в которых создается наркологическая служба. Лечение может проводиться как амбулаторно (с выводом осужденных на работу), так и в стационаре медсанчасти. Обязательно используются активные методы лечения и поддерживающая терапия. Прекращение принудительного лечения допустимо лишь при положительных результатах противоалкогольной терапии, сознательном отношении больного к лечению и не ранее 1,5—2 лет после начала лечения. Прекращение принудительного лечения отнюдь не определяет снятия больного с наркологического учета — здесь сохраняется также 3-летний срок ремиссии. И если осужденный, прошедший в ИТУ противоалкогольное лечение, освобождается через 2—3 года, он все равно должен быть взят на учет в наркологическом кабинете (диспансере) — до истечения 3-летнего срока ремиссии.

Принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях также является важным мероприятием социальной защиты от последствий алкоголизма. Число лиц, нуждающихся в принудительном лечении, так как добровольное лечение их оказывается неэффективным, составляет около 10% от всех состоящих на учете больных хрониче-

ским алкоголизмом, плюс еще примерно такое же число лиц, не состоящих на наркологическом учете, пьянствующих и уклоняющихся от лечения. Потребность в местах в ЛТП составляет по нашим расчетам [Энтин Г. М., 1983] — 15—20 мест на 10 000 человек населения, в том числе 5—8% мест для принудительного лечения женщин. Насколько эффективно развитие сети лечебно-трудовых профилакториев в отношении предупреждения преступлений, совершаемых алкоголиками, свидетельствует такой факт. В административных территориях с хорошо развитой сетью ЛТП (10 и более мест на 10 000 человек населения) число лиц, осужденных в течение года с применением ст. 62 УК РСФСР, значительно меньше, чем направленных в течение этого года в ЛТП. В территориях с недостаточным числом мест в ЛТП количество осужденных с применением ст. 62 УК РСФСР не только в несколько раз больше, чем направленных в ЛТП, но и значительно превосходит число осужденных за преступления алкоголиков в территориях, хорошо обеспеченных местами в ЛТП.

Эффективность лечения в ЛТП остается еще невысокой, по нашим данным [Энтин Г. М., 1980], лишь 9% выбывших из ЛТП имеют ремиссию более года. Но в то же время у 66% хотя и возникают рецидивы, течение алкоголизма менее злокачественное, чем до направления в ЛТП.

Одной из причин недостаточной эффективности принудительного лечения следует считать недифференцированное содержание больных в ЛТП, крайне отрицательное влияние деградировавших больных алкоголизмом, многократно и безуспешно лечившихся, являющихся «отрицательными лидерами». Вероятно, целесообразно создать два типа ЛТП. Первый — общего режима, в эти ЛТП направлять первичных, не судимых, относительно сохранных больных алкоголизмом. В дальнейшем возможна передача этих учреждений органам здравоохранения. Второй тип — ЛТП усиленного режима, для повторных, ранее судимых больных, с наиболее выраженными формами антисоциального поведения. Эти ЛТП состоят в ведении органов внутренних дел, в них более строгие условия содержания, не допускаются внешние (контрагентские) работы. Следует также установить возможность взаимного перевода больных — за нарушение режима, уклонение от лечения — из ЛТП общего режима — в ЛТП усиленного режима, и наоборот, при добросовестном лечении и хороших показателях трудовой деятельности, как поощрение, из ЛТП усиленного режима перевод в ЛТП общего режима.

В организации лечебной работы в ЛТП наркологические учреждения органов здравоохранения оказывают повседневную помощь. Врачи-наркологи участвуют в решении вопроса о досрочной выписке из ЛТП, могут проводить с больными са-

нитарно-просветительную работу, готовить их к наблюдению и поддерживающему лечению в наркологических кабинетах после выписки.

Принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями окончательно решило вопрос о принудительном лечении всех нуждающихся в нем больных алкоголизмом. Как уже упоминалось выше, создаются два типа отделений для принудительного лечения этих категорий больных: для больных туберкулезом с сопутствующим алкоголизмом и для больных алкоголизмом с различными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к помещению в ЛТП.

Наиболее важно организовать принудительное лечение больных туберкулезом и алкоголизмом, о чем подробно говорилось в соответствующих разделах. Отделения для лечения таких больных целесообразно открывать при туберкулезных лечебных учреждениях (больницах, диспансерах), в которых имеются квалифицированные врачи-фтизиатры, лаборатории, рентгеновские кабинеты, фтизиохирургические отделения и пр. Учитывая, что среди этих контингентов больных много ранее судимых, ведущих антисоциальный образ жизни, психопатизированных, склонных к побегам — отделения для таких больных (или самостоятельные больницы) должны быть изолированы по всем правилам (высокие заборы, решетки на окнах, изолированные прогулочные дворы, пропускная система и пр.), необходима постоянная милицейская охрана как вне, так и внутри отделений.

Сроки лечения в этих отделениях должны назначаться максимальные — один год. При успешном лечении,в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 01.10.85 г., по истечении двух и более месяцев лечения больным по предоставлению лечебного учреждения судом срок принудительного лечения может быть сокращен и они могут быть переведены для долечивания (например, после пульмонэктомии) в общие фтизиатрические учреждения.

Основная задача принудительного лечения больных с сочетанием туберкулеза и алкоголизма — это полное дебациллирование этих больных, доведение их до такого состояния, чтобы они не представляли источник туберкулезной инфекции, с параллельным, естественно, противоалкогольным лечением, допустимыми по их состоянию методами.

Организация повсеместного лечения больных с сочетанием туберкулеза и алкоголизма, с обязательным использованием форм и методов принудительного лечения, далеко выходит за рамки только противоалкогольных мероприятий, является необходимой предпосылкой снижения заболеваемости туберку-

лезом и полной ликвидации в перспективе этого опасного заболевания в нашей стране.

Принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, инвалидов I и II групп, лиц пожилого возраста целесообразно осуществлять в специальных наркологических отделениях, организуемых в наркологических диспансерах, имеющих собственные стационары, а при отсутствии стационарной базы диспансеров — в психиатрических больницах. В эти отделения для продолжения и завершения принудительного лечения переводятся больные из ЛТП, у которых обнаружены заболевания, являющиеся противопоказанием к пребыванию в этих учреждениях.

Режимные условия содержания в этих отделениях могут быть не столь строгими, как в ЛТП и в отделениях для лечения больных туберкулезом и алкоголизмом, о чем свидетельствует сам состав больных. В отделениях должны осуществляться соответствующие методы противоалкогольной терапии, лечение сопутствующих заболеваний, доступные больным формы трудовой терапии. Сроки лечения в этих отделениях — от трех месяцев до одного года, при успешном лечении эти сроки через два месяца пребывания могут сокращаться судом по представлению лечебного учреждения.

Сочетание мер административного воздействия, применяемых к больным хроническим алкоголизмом, с интенсивным поэтапным противоалкогольным лечением позволяет добиться полного прекращения употребления спиртных напитков, излечения от алкоголизма. Основной залог успеха этих мероприятий — объединение усилий наркологической службы, всех органов и учреждений здравоохранения с административными органами и общественными организациями, осуществляющими комплекс мероприятий по преодолению пьянства и алкоголизма.

CCCR SH GROUP

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Авербах Я. К., Смирнов В. Е Социальный прогноз и особенности терапии больных эпилепсией, осложненной алкоголизмом//Клинические аспекты социальной реадаптации психически больных. - С., 1976 С. 107 - 113.

Авруцкий Г Я., Недуда А. А Лечение психически больных — 2-е изд М.: Медицина, 1988. — 528 с

Авруцкий Г. Я. Место психофармакотерапии в комплексном лечении хронического алкоголизма//Актуальные вопросы наркологии Тез. докл. Всесоюзн. симпозиума психиатров. Душанбе. 1984. С. 184--186.

Александровский Ю. А Клиническая фармакология транквилизаторов. - М.: Медицина, 1973. - 335 с.

Альтшулер В. Б., Анучин В. В. Клиника патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом и лечение нейролептиками: Методические рекомендации Минздрава СССР. М., 1979. - 24 с.

Анохина И. П., Коган Б М Роль нарушения функций катехоламиновой системы мозга в патогенезе хронического алкоголизма//Журн невропатол. и психиатр. - 1975 — № 12. — С. 1874 1883.

Анучин В. В. Комбинированная терапия хронического алкоголизма и табакокурения у женщин//В кн. Клиника, диагностика и лечение алкогольных заболеваний· Матер. научно-практ конф М., 1983 С. 148 - 152.

Банщиков В М., Короленко Ц П Проблема алкоголизма. (Медицинский и психологический анализ). М., 1973. 112 с

Белкин А И., Лакуста В Н. Биологическая терапия психических заболеваний. Кишинев. Штиинца. 1983. - 216 с

Бехтель Э Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М. Медицина, 1986 278 с.

Битенский В. С., Херсонский Е. Г., Дворяк С. В., Глушков В А. Наркоманин у подростков — Киев· Здоровья. 1989 211 с

Бокий И В., Липин И П Алкогольный абстинентный синдром. Л. Медицина, 1976. 119 с.

Бокий И В., Цыцарев С. В. Алкоголизм и самосознание личности//Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: Тез. докл. Л., 1986 С 351 354.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М. Медицина, 1984. 288 с.

Братусь Б. С., Сидоров П. И Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма, МГУ М.· Изд-во МГУ, 1984. 144 с.

Бурно М. Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов. М., 1981. 43 с.

Бурно М. Е Антиалкогольный клуб Метод рекомендации Минздрава СССР. - М., 1982. 18 с.

Буров Ю В., Ведерникова Н Н. Нейрохимия и фармакология алкоголизма. -- М.· Медицина, 1985. - 239 с.

Буторина Н. Е., Драпова О. Е., Занин Е. Б. О нарушениях формирования личности при раннем алкоголизме//Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 2. — С. 20—22.

Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. — М.: Медицина, 1988. — 286 с.

Вопросы качества психиатрической, неврологической и наркологической помощи. Сборник научн. трудов Московского НИИ психиатрии. — М., 1989. — 214 с.

Гамбург А. Л., Аранович А. Г., Роснюк В. А., Вольфсон В. Л. Лечение больных алкоголизмом пролонгами//Лечение алкоголизма: Сборник трудов. — Саратов, 1980. — С. 20—24.

Глебов В. С., Попова Н. Н. Структурно-динамический анализ I—II стадии алкогольной болезни с точки зрения их патогенетического единства// Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний: Сбор. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1986.— С. 51—61.

Голиков А. П., Зингерман Л. С., Моисеева Т. Ю., Рябинин В. А. Инфаркт миокарда у больных с хронической алкогольной интоксикацией//Клин. мед. — 1987. — Т. 65, № 2. — С. 110—113.

Гофман А. Г., Бориневич В. В. Наркомании, токсикомании и их лечение: Методические рекомендации Минздрава СССР. — М., 1979. — 48 с.

Гриненко А. Я., Корчагина Г. А., Бурова Н. П. Реабилитация больных алкоголизмом путем создания антиалкогольных клубов//Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями: Тез. докл. — Л., 1986. — С. 360—362.

Гринчар А. Н., Рудой Н. М., Энтин Г. М. и др. Организация выявления, учета и комплексного лечения больных туберкулезом, страдающих хроническим алкоголизмом. Методические указания Минздрава СССР. — М., 1986. — 20 с.

Гузиков Б. М. Психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом//Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии. — Ставрополь, 1986. — С. 75—76.

Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. — Л.: Медицина, 1988. — 224 с.

Гулямов М. Г., Погосов А. В. Клиника, некоторые вопросы патогенеза и профилактика осложнений тетурамотерапии больных алкоголизмом/ Журн. невропатол. — 1987. — № 2. — С. 254—260.

Гулямов М. Г., Погосов А. В., Асадов Б. М. Неотложные состояния, обусловленные алкогольной интоксикацией. — Душанбе: Ирфон, 1987. — 240 с.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

Ершов А. И. Туберкулез и алкоголизм. — М.: Медицина, 1966. — 99 с.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.

Зеневич Г. В., Чибих С. С. Психотерапия алкоголизма. — Л.: Медицина, 1965. — 146 с.

Иванец Н. Н., Игонин А. Л. О дифференциации лечения в зависимости от индивидуальных особенностей больных алкоголизмом//Вопросы патогенеза, клиники и лечения алкогольных заболеваний. 2-я Моск. науч.-практ. конф. психиатров-наркологов. — М., 1984. — С. 72—74.

Иванец Н. Н. Клинические варианты алкоголизма//Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 2. — С. 54—55.

Иванец Н. Н., Лукомская М. И. Диагностика ранних форм хронического алкоголизма//Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев: Штиинца, 1986. — С. 65—66.

Имамов А. А. Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающе-

го на фоне туберкулеза легких//Журн. невропатол — 1987. — № 3. — С. 422—424.
Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.. Медицина, 1985. — 303 с.
Качаев А. К., Политов В В. Отрицание болезни при хроническом алкоголизме//Клиника и патогенез алкогольных заболеваний: Сборник научн. трудов. — М., 1984 — С. 164—170.
Качаев А. К., Игонин А. Л. Индивидуализация лечения в зависимости от психопатологических особенностей хронического алкоголизма//Психиатрические аспекты наркологии: Матер. научно-практ конф. — Харьков, 1985. — С. 119—121
Кирсанов В. С., Чередник Н. Н. Комплексная терапия больных алкоголизмом с заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта//Журн. невропатол. — 1987. — № 2. — С. 261—265.
Ковалев В В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) — М.: Медицина, 1979. — 607 с.
Ковалев В. В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков//Нарушения поведения у детей и подростков: Сборн. научн. трудов. — М., 1981. — С 11—24.
Кондрашенко В. Т Нарушение соматических функций при алкогольной интоксикации. — Л. Медицина, 1977 176 с
Кондрашенко В. Т., Скугаревский А. Ф. Алкоголизм — Минск Беларусь, 1983. 288 с.
Копыт Н. Я., Сидоров П. И Профилактика алкоголизма. — М.. Медицина, 1986. — 239 с.
Короленко Ц. П., Тимофеева А. С., Донских Т. А. Женский алкоголизм, варианты течения, принципы терапии//Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — Т. 2 — С. 75 77
Кругликов Р И., Майзелис М. Я. Алкоголизм и потомство. — М.. Наука, 1987 — 126 с.
Лазурьевский Г. В., Николаева Л А. Каннабиноиды — Кишинев. Штиинца, 1972. — 68 с.
Лакуста В. Н. Методы лечения алкоголизма. — Кишинев Картя Молдовеняскэ, 1987. — 219 с.
Лисицын Ю П., Копыт Н Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). — М.: Медицина, 1983. — 263 с.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. Медицина, 1985. — 416 с.
Личко А Е, Лавкай И Ю Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма//Журн. невропатол — 1987. — № 2. С. 247 249.
Лужников Е. А. Клиническая токсикология М. Медицина, 1982. 368 с
Лукачер Г. Я., Врублевский А. Г, Ласкова Н. Б и др. Эфедроновая наркомания//Журн. невропатол. — 1987. — № 5. — С. 751 757.
Лукомский И И. Маниакально-депрессивный психоз. М.. Медицина, 1968. — 160 с.
Лукомский И И., Энтин Г. М. Вопросы организации борьбы с алкоголизмом/Под ред. А. А. Портнова. — М. Медицина, 1973. — 79 с.
Лукомский И. И. К вопросу о систематике форм и стадий алкоголизма и алкогольных психозов//Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1974. — Т. 3. — С. 58—60.
Матвеев В Ф., Ковалев А. А., Прокудин В Н. О некоторых новых лекарственных средствах, используемых в терапии больных алкоголизмом// Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев: Штиинца, 1986 С 108 109.
Морозов Г. В., Иванец Н Н. О некоторых клинических закономерностях течения алкогольных психозов//Журн. невропатол 1975. — № 11 — С. 1705—1710.
Морозов Г. В., Иванец Н. Н. Медикаментозная терапия алкоголизма//Алкоголизм (руководство для врачей) М Медицина, 1983 — С. 311—342.

Морозов Г. В., Иванец Н. Н. О классификации алкоголизма,,Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение). М., 1983. — С. 3—10.
Морозов Г В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. — М. Медицина, 1984. — 174 с.
Незлин С. Е. Алкоголизм и туберкулез//Клин мед 1986. - № 9.—С. 114—119.
Немировский О. Н., Ольшевская С С. Участие среднего медицинского персонала в лечении больных алкоголизмом. — Л.: Медицина, 1986. — 167 с.
Неотложная наркология Тез. докл. областной научно-практической конференции/Под ред И К. Сосина. — Харьков, 1987. — 271 с.
Никитин Ю. И., Демидов А. Ю., Гасан-Заде Н. Ю., Батаев В. Г. Применение антидепрессантов при лечении больных алкоголизмом//Врач. дело. — 1986. - № 12. — С. 105—107.
Нохуров А. Нарушения сексуального поведения. М.: Медицина, 1988. — 222 с.
Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов: Сб. научн. трудов Московского НИИ психиатрии. — М., 1986. — 259 с.
Портнов А. А., Пятницкая И. Н Клиника алкоголизма. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. Сборник научн. трудов Московского НИИ психиатрии. — М., 1988. — 181 с.
Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 286 с.
Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 333 с.
Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М.: Медицина, 1977. — 126 с.
Пятницкая И. Н., Чернобровкина Т. В., Горюшкин И И. Энзимодиагностические критерии алкоголизма//Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. - № 7. — С. 1051—1053.
Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. — М.: Медицина, 1988. — 256 с.
Родионов А. М. К вопросу использования гипноза в лечении хронического алкоголизма//Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии. — Ставрополь, 1986. — С. 102—103.
Рожнов В Е., Бурно М Е Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия больных алкоголизмом как методика активной условно-рефлекторной терапии (УРТ). Методические рекомендации Минздрава СССР. — М., 1979.
Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма и наркоманий//Руководство по психотерапии. — 3-е изд. — Ташкент: Медицина, 1985. С. 538—563.
Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Система эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом//Сов. мед. - 1987. — № 8. — С. 11—15.
Рязанцев В. А. Психотерапия и деонтология при алкоголизме. — Киев: Здоров'я, 1983. — 142 с.
Сапунов А. Б., Солодчикова Л. М. Опыт организации устойчивых психотерапевтических коллективов больных в наркологических отделениях при строительных организациях//Организация наркол. пом. на пром. предпр. и в сельск. местностях: Сбор. науч. тр. Моск. НИИ психиатрии. — М., 1984. — С. 61—65.
Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. — Киев: Здоров'я, 1986. — 152 с.
Сосин И. К., Гуревич Я Л., Мысько Г. Н. Эффективность белкового препарата полибиолина при лечении больных алкоголизмом//Врач. дело. 1986. — № 9. — С. 86—87.
Сосин И. К., Гуревич Я. Л., Мысько Г. Н. Наркологическая служба на промышленном предприятии. — Киев: Здоровья, 1989. — 222 с.

Спивак Л. И., Райский В. А., Виленский Б. С. Осложнения психофармакологической терапии. — Л.: Медицина, 1988. — 167 с.
Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М. Медицина, 1973. — 384 с.
Стрельчук И. В. Некоторые аспекты клиники и дифференцированного лечения больных алкогольным делирием//Журн. невропатол. и психиатр. 1983. — № 6. — С. 908—913.
Сытинский И. А. Биохимические основы действия этанола на центральную нервную систему. — М., Медицина, 1980. — 191 с.
Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии М.. Медицина. 1980. — 560 с.
Тресков В. Г., Калина О. М., Кикта С. В., Крашкина И И. Применение клофелина, оксибутирата натрия, оксибутирата лития, инмекарба и ликамелона для лечения больных хроническим алкоголизмом: Методич. рекомендации Минздрава РСФСР - М., 1987. 10 с.
Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. - М.: Медицина, 1977. — 167 с.
Ураков И. Г., Попова М. С., Цветков А. И. Лечение хронического алкоголизма у лиц с остаточными явлениями черепно-мозговой травмы//Современные проблемы нейропсихофармакологии. — М., 1984. — Ч. 2. — С. 165—167.
Филатов А Т Алкоголизм, вызванный употреблением самогона. Киев: Здоров'я, 1986. — 56 с.
Чуркин Е. А., Лужников Е. А. Гемосорбция в системе лечебно-восстановительных мероприятий при алкоголизме// Реабилитация больных нервпсих. заболев. и алкоголизмом. Тез. докл. научн. конф. — Л., 1986. — С. 397—399.
Штерева Л. В. Клиника и лечение алкоголизма. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1980. — 207 с.
Шумский Н. Г. Симптоматический алкоголизм//Алкоголизм (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1983. С 149- 176.
Энтин Г. М. Практическое руководство по лечению алкоголизма. - М.: Медицина, 1972. — 232 с.
Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979. — 288 с.
Энтин Г. М. Лечение алкоголизма//Клин. мед. - 1983. — № 9. С. 134-141.
Энтин Г. М. Особенности терапии вторичного алкоголизма//Психиатрические аспекты наркологии: Тез. докл. научно-практ. конф. - Харьков, 1985. — С. 124—125.
Энтин Г. М. Особенности клиники и терапии заболеваний органов дыхания при хроническом алкоголизме//Тер. арх. — 1985. — № 3. - С. 103 108.
Энтин Г. М., Лавренова П. Н., Буторина Н. Е., Занин Е Б. Клиника и терапия алкоголизма в подростковом возрасте: Методич. рекомендации Минздрава РСФСР. — М., 1986. — 29 с.
Энтин Г. М., Макагон Б. Я., Макагон Е. А. Опыт применения 7% масляного раствора тетурама (абрифида) при лечении больных алкоголизмом в стационарных и амбулаторных условиях//Актуальные вопросы наркологии: Тез. докл. конф. наркологов Молдавин. - Кишинев, 1986. С. 173—174.
Энтин Г. М., Никифоров И. А., Овчинская А. С., Шурыгин Г. И. Профилактика употребления спиртных напитков учащимися средних профтехучилищ и общеобразовательных школ: Методическ. рекомендации Минздрава РСФСР. — М., 1987. — 21 с.

Afficot P. Alkooismè troubles du caraetère et medicament//Psychol. Med. — 1981. — Vol. 13, N 8. — P. 1241—1247.
Agarwal R. P., Phillips M., McPherson R. A., Hensley P. Serum albumin and

the metabolism of disulfiram /Biochem Pharmacol., 1986. — Vol. 35, N 19. P 3341—3347
Beasley J. D. Alcohol-induced pathologi//Biomed. et pharmacother. — 1986.— Vol. 40, N 2 — P 43—45.
Beattie J. O. Alcohol and the fetal brain//Lancet — 1981 Vol. 1, N 8223.- P. 788.
Berger H Alcoholism in the elderly//Postgrad Med. — 1983 — Vol 73, N 1.— P. 329—332.
Brandsma J. M. Pattison E. M. The outcome of group psychotherapy alcoholics: an empirical review//Amer. J. Drug Alcohol Abuse. — 1985. — Vol. 11, N 1—2 — P. 151—162.
Christensen J. K., Ronsted P., Vaag U. H. Side effects after disulfiram//Acta psychiat scand. — 1984. — Vol. 69, N 4 — P. 265—273.
Cyuris J., Szalay A. Diszulfiram (anticol) pszichózisok//Orv Hetil., 1986, vol. 127, N 4. — P 2435—2437.
Dally S., Le Bellec M., Girre C. et al Peut-on soigner un alcoolique sans medicaments? Sem. hôpit Paris — 1984. — Vol 60, N 36—37. — P. 2595—2597
Donahue R. P., Abbott R. D., Reed D. M. Yano K. Alcogol and hemorrhagic stroke//J.A M A — 1986. — Vol. 255, N 17. — P. 2311—2314
Dreiling D. A., Koller M. The natural history of alcoholic pancreatitis· update 1985//Mt Sinai J. Med. — 1985 — Vol 52, N 5. P 340—342.
Ferrando R. Alcool et testicule//Bull Acad nat Med 1982. Vol. 1, N 5. — P. 577—581.
Fleischhacker W., Kryspin-Exner K. The phychopathology of alcoholism//Drug and Alcohol Depend. — 1986 — Vol 17, N 1 P 73—79
Fuller R. K., Branchey L, Brightwell D R. et al Disulfiram treatment of alcoholism//JAMA — 1986 — Vol 256 N 11 P 1449—1455
Gignac C., Parquet Ph. J. Chimiotherapie specifique de l'alcoolisme. les antabuses. Utilisations actuelles//LARC med — 1986 Vol 5. — P. 232—237.
Grüner J., Voigt W. Beitrag zur Morbiditatsrate des Delirium trements//Psychiat. Neurol. med Psychol 1984 Vol 36, N 6 P. 331—339.
Hartocollis P.-C. Personality characteristics in adolescent problem drinkers. A comporotive study//J. Amer Acad. Child Psychiat 1982. — Vol. 21, N 4. — P. 348—353.
Judd L. L., Huey L. Y. Lithum antagonizes ethanol intoxication in alcoholocs//Evolut. Psychiat. — 1984. — Vol 49, N 4. — P 1517—1521
Kirn T. Advances in understanding of alcoholism initiate evolution in treatment programs//JAMA. — 1986. — Vol. 256, N 11. P 1411—1412.
Lesch O. M., Lesch E., Dietzel M. Chronischer Alkoholismus - Alkoholfolgekrankheiten — Todes — ursachen//Wien med — 1986, Bd 136, 19—20 S. 565—575.
Lorenz J. Lunge a und Alkohol//Prax und Klin Pneumol 1985. — Bd 39, H 4. — S 116—121.
Naplas B., Vassault A., Charpin S. et al. Serum mitochondrial aspartate aminotransferase as a marker of chronic alcogolism. diagnostic value and interpretation in a liver unit//Hepatology. — 1986. Vol. 6 N 4. P 608—614
Neundörfer B., Claus D. Differentialdianose, Pathogenese und Therapie der alkoholishen Polyneuropathie//Fortschr Neurol. Psychiat — 1986. — Bd 54, H 8. — S. 214—217.
Nordström G., Berglund M. Ageing and recovery from alcoholism//Acta pharmacol. — 1985 — Vol. 57, Suppl. N 1. — P 799.
Obe G. Mutagene Wirkungen von Alkohol//Ges. Naturforsch. — Freunde Berlin. — 1985. — Bd 24—25. S. 7—9.
Peachey J. E., Naranjo C. A. The role of drugs in the treatment of alcoholism//Drugs. — 1984. — Vol 27, N 2. — P. 171—182.
Roy A., Linnoila M. Diagnosis and nosology of alcoholism//Prog. Neuro-Psy-

chopharmacol. and Biol. Psychiat. — 1986. — Vol. 10, N 2. — P. 165—166.
Runger F. Alkohol und Leber//Z. inn. Med.—1981, Bd 36, H 16.—S. 560—566.
Schuckit M. A., Morrisey E. R. Drug abuse among alcoholic women//Amer. J. Psychiat. — 1979. — Vol. 136, N 413. — P. 607—611.
Schuckit M. A., Griffits J. C. γ-glutamyltransferase values in nonalcoholic drinking men//Amer. J. Psychiat. — 1982. — Vol. 139. N 2. — P. 227—228.
Seefeld U., Amman R. Alkoholische Pankreatitis//Ther. Umsch. — 1981. — Bd 38, H 3. — S. 432—437.
Shipley T. E. Alcohol withdrawal and its treatment. — Some conjectures in the context of the opponent-process theory//J. Stud. Alcohol. — 1982.— Vol. 43, N 5. — P. 548—569.
Smith J. W. Diagnosing alcoholism//Hosp. Commun. Psychiat. — 1983. — Vol. 34, N 11. — P. 1017—1021.
Stowell A., Johnsen J., Ripel A., Morland J. Disulfiram-induced acetonaemia// Lancet. — 1983. — Vol. 1, N 8329. — P. 882—883.
Straussner L. A. Alcoholism in women: current knowledge and implications for treatment//Alcohol. Treat. Quart. — 1985. — Vol. 2, N 1. — P. 61—77.
Taylor J. R., Combs-Orme T. Alcohol und strokers in young adults//Amer. J. Psychiat. — 1985. — Vol. 142, N 1. — P. 116—118.
Teichmann W., Lastrow R. Alkohol und Pankreas//Z. inn. Med. — 1981. — Bd 36, H 16. — S. 567—571.
Timsit J. P. Dépistage biologique de l'alcoolisme//Bull. Soc. franc. alcool. — 1983. — Vol. 5, N 5. — P. 16—22.
Wilcox J. A. Adolescent alcoholism//J. Psychoact. Drugs. — 1985. — Vol. 17, N 2. — P. 77—85.
Wilson A., Davidson W. J., Blanchard R. Disulfiram implantation. A trial using placebo implants and two types of controls//J. Stud. Alcohol. — 1980. — Vol. 41, N 5. — P. 429—436.

OCR SH GROUP

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Глава 1. **Клиника, классификация и диагностика алкоголизма и алкогольных заболеваний** 5

Формы употребления алкоголя, предшествующие хроническому алкоголизму 5
Клиника I (начальной) стадии хронического алкоголизма . 13
Хронический алкоголизм II (развернутой) стадии . . . 24
Хронический алкоголизм III (конечной) стадии 41
Методы лабораторной диагностики алкоголизма 50
Типы течения, исход, прогноз алкоголизма 52

Глава 2. **Методика активного выявления и клинического обследования больных алкоголизмом. Психотерапевтическая тактика и этапность лечебного процесса** 57

Принципы активного выявления и привлечения к лечению больных алкоголизмом 57
Первичное обследование больного алкоголизмом . . . 65
Создание устойчивой установки на лечение и трезвеннической установки у больных алкоголизмом 69
Формы и методы психотерапевтического и психагогического (воспитательного) воздействия в системе лечения больных алкоголизмом 76
Этапность лечебного процесса 84

Глава 3. **Купирование острой алкогольной интоксикации, абстиненции, запоев. Применение симптоматических средств. Психофармакотерапия алкоголизма. Немедикаментозные способы лечения алкоголизма** 86

Купирование острой алкогольной интоксикации (опьянения) 86
Дезинтоксикационные, общеукрепляющие, симптоматические и седативные средства 91
Психотропные препараты в комплексном лечении больных алкоголизмом 106
Адреиолитические, противосудорожные, пирогенные препа-

раты 132
Немедикаментозные методы лечения алкоголизма . . . 139
Купирование острых абстинентных явлений и запоев . . 147

Глава 4. **Методы активной противоалкогольной терапии** . . . 153

Задачи и организация активной противоалкогольной терапии в амбулаторных условиях и в стационаре 153
Гипносуггестивная терапия и другие суггестивные методы лечения алкоголизма 156
Условнорефлекторные методы лечения больных алкоголизмом 176
Методики и модификации сенсибилизирующей к алкоголю терапии 201

Глава 5. **Лечение алкогольных психозов** 226

Лечение острых алкогольных психозов 227
Организация противоалкогольного лечения больных, перенесших острые алкогольные психозы 246
Лечение атипичных, затяжных и хронических алкогольных психозов, алкогольных энцефалопатий 250
Глава 6. **Купирование некоторых психопатологических состояний у больных алкоголизмом. Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с психическими заболеваниями (вторичный алкоголизм). Особенности клиники и лечения сочетаний алкоголизма с наркоманиями и токсикоманиями** 263
Особенности терапии при основных психопатологических синдромах у больных алкоголизмом 263
Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с психическими заболеваниями (вторичного алкоголизма) 269
Особенности клиники и лечения сочетаний алкоголизма с наркоманиями и токсикоманиями 289

Глава 7. **Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с тяжелыми сопутствующими заболеваниями внутренних органов и нервной системы. Особенности лечения больных алкоголизмом в подростково-юношеском и пожилом возрасте. Лечение женщин** 318

Лечение алкогольных заболеваний нервной системы . . . 318
Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с заболеваниями внутренних органов 321
Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с туберкулезом легких 335
Лечение нарушений половых функций у больных алкоголизмом 341
Особенности лечения больных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте, в пожилом возрасте, лечение женщин 347

Глава 8. **Основы организации наркологической помощи** . . . 365

Организация наркологической службы и руководство ее работой 365
Организация амбулаторной наркологической помощи . . 374
Организация диспансерного наблюдения за больными алкоголизмом, оценка эффективности противоалкогольной терапии 388
Организация стационарного лечения больных алкоголизмом 395
Организация принудительного лечения больных алкоголизмом 399

Список литературы 406

OCR SH GROUP

Монография

Геннадий Михайлович Энтин

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Зав. редакцией — канд. мед. наук **Э. П. Попова**
Редактор **А. Г. Гофман**
Младший редактор **В. М. Силина**
Оформление художника **А. Л. Чирикова**
Художественный редактор **Д. Б. Краснобаев**
Технический редактор **Л. А. Зубова**
Корректор **М. П. Молокова**

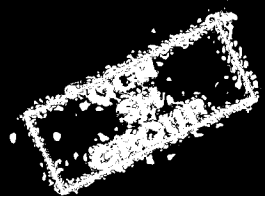
ИБ 5136

Сдано в набор 22.11.89. Подписано к печати 28.03.90. Т-03665. Формат бумаги 60×88/16. Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура литерат. Печать офсетная. Усл. печ. л. 25,48. Усл. кр.-отт. 25,48. Уч.-изд. л. 27,51. Тираж 30 000 экз. Заказ 1443. Цена 2 р.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8

Московская типография № 11 Госкомпечати СССР. 113105, Москва, Нагатинская ул., 1.

SH GROUP

Г.М. Энтин

ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА