Серия «Учебники»

В.Л. Гавенко
Г.А. Самардакова
А.М. Кожина
В.И. Коростий
О.О. Демнна

НАРКОЛОГИЯ

Учебное пособие

Ростов-на-Дону
«Феникс»
2003

CGR
SH
GROUP

ББК 56.14
Г 12

Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М., Коростий В.И., Демина О.О.

Г12 Наркология: Учебное пособие. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 288 с. (Серия «Учебники»)

Учебное пособие посвящено рассмотрению эпидемиологии, клинических проявлений, этиологии, патогенеза, лечения и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий с учетом требований МКБ-10 и в соответствии с учебными программами для студентов медицинских университетов. Включены новые клинические формы зависимости от психоактивных веществ, которые появились и распространялись методах лечения, возрастных и гендерных особенностях, коморбидных заболеваниях, а также юридические аспекты наркологии.

Для студентов медицинских вузов и врачей-интернов всех специальностей.

ББК 56.14

ISBN 5-222-03552-5

OCR SH GROUP

© Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М., Коростий В.И., Демина О.О., 2003
© Оформление, изд-во «Феникс», 2003

ПРЕДИСЛОВИЕ

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотиками, токсическими веществами) значительно распространилось в последние годы во всем мире. Ежегодно увеличивается число больных с зависимостью от психоактивных веществ, сопровождающейся психическими и соматоневрологическими расстройствами, что приводит к значительным социально-экономическим и моральным потерям. Растет число потребителей алкоголя, наркотиков и психоактивных веществ среди подростков и даже детей. Вышеизложенное определяет медицинское и социальное значение проблемы злоупотребления психоактивными веществами.

Актуальность издания учебного пособия «Наркология» обусловлена необходимостью более углубленного изучения наркологии не только психиатрами и наркологами, но и специалистами других отраслей медицины, особенно семейными врачами. Высокая распространенность алкоголизма, наркомании и токсикоманий требует включения этого раздела психиатрии в план теоретической и практической подготовки врачей всех специальностей, так как они в процессе своей практической деятельности будут сталкиваться с проблемами наркологии.

Одним из важнейших путей противодействия распространению заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, является повышение качества подготовки в области психиатрии и наркологии сту-

лентов медицинских вузов, будущих врачей общей практики, Именно они должны стать первичным звеном диагностической и профилактической работы относительно алкоголизма, наркомании, токсикоманий и связанных с ними психических расстройств.

В объеме одного раздела учебника по психиатрии уже невозможно подать материал, отражающий содержание отдельной медицинской специальности, которой на сегодня является наркология. В узких рамках отведенных на изучение психиатрии и наркологии учебных часов студенты медицинских вузов не могут охватить специальные пособия для практикующих наркологов и научные монографии. Таким образом, студенты медицинских вузов фактически не имеют учебника, в котором основы современной наркологии изложены полно, систематизированно и одновременно лаконично.

В учебном пособии подробно излагаются факторы риска, этиология, патогенез, клиника, течение, дифференциально-диагностические критерии, методы первичной и вторичной психологической профилактики употребления и зависимости от психоактивных веществ. Изложение учебного материала проводится в рамках Международной классификации причин болезней и смертей 10-го пересмотра с учетом классического опыта отечественной медицинской психологии, психотерапии, психиатрии и наркологии.

Большое внимание в учебном пособии уделено вопросам ранней диагностики донозологических форм злоупотребления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами. Знание клиники, дифференциально-диагностических критериев ранних форм злоупотребления психоактивными веществами повышает эффективность их терапии и предупреждает развитие грубых, а в ряде случаев и необратимых нарушений у этих больных.

Наряду с традиционными понятиями наркологии здесь приводится новая терминология, которая отвечает междуна-

родным стандартам. В учебное пособие включены новые клинические формы зависимости от психоактивных веществ, которые появились и распространились в последние годы. Характеризуются принципы лечения и профилактики алкоголизма, наркомании, токсикоманий. Приводятся данные о современных методах, их эффективность и возможные побочные эффекты.

Учебный материал изложен по общей для всех видов наркологических заболеваний схеме: острая интоксикация, постинтоксикационное состояние, признаки зависимости, особенности синдрома абстиненции, а также клинические проявления на различных стадиях заболевания, возрастные и половые особенности. Описаны патогенетически обусловленные методы терапии как острой интоксикации, так и зависимости от психоактивных веществ.

В отдельном разделе учебного пособия приведены правовые вопросы наркологии.

Приложение содержит клинические задачи, составленные в формате тестовых заданий лицензионного экзамена. Решение этих задач преследует цель закрепления знаний по различным разделам наркологии.

CCR SH GROUP

ВВЕДЕНИЕ

Психоактивные вещества — это такие вещества, однократный прием которых вызывает различные субъективно приятные психические состояния: эйфорию, повышение активности, субъективное чувство комфорта, успокоение.

При злоупотреблении психоактивными веществами возникает зависимость (психическая, а нередко и физическая). Длительное употребление этих веществ приводит к деградации личности, снижению когнитивных способностей и вследствие этого к нарушению социальной адаптации.

Выделяют три группы психоактивных веществ: алкоголь, наркотики, токсические вещества — и соответственно злоупотребление ими с зависимостью называется алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ обозначаются рубрикой F-1 и выделяются отдельные состояния, общие для всей группы F-1:

F-1.0 — острая интоксикация.

F-1.1 — употребление с вредными последствиями.

F-1.2 — синдром зависимости.

F-1.3 — синдром отмены.

F-1.4 — синдром отмены с делирием.

F-1.5 — психотическое расстройство.

F-1.6 — амнестический синдром.

F-1.7 — резидуальное состояние и психотические расстройства с отставленным дебютом.

F-1.10 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

F-1.11 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов.

F-1.12 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиоидов.

F-1.13 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.

F-1.14 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.

F-1.15 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.

F-1.16 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.

F-1.17 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.

F-1.18 — психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.

CCR SH GROUP

1. АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголь — наиболее часто используемое психоактивное вещество.

Алкоголизм — хроническое психическое заболевание, вызванное злоупотреблением спиртными напитками, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и возникновением физических и психических нарушений.

Упоминание о вреде пьянства есть в трудах Галена, Гиппократа, Аристотеля. Серьезный научный подход к этому заболеванию произошел в начале XIX в. Впервые хронический алкоголизм был описан Магнусом Гусом в 1852 г. ВОЗ утвердила алкоголизм как болезнь в 1952 г. и определила ее следующим образом: «Алкоголики — это такие лица, злоупотребляющие спиртными напитками, чья зависимость от алкоголя достигла такой степени, когда она вызывает значительное нарушение психических функций или оказывает вредное влияние на их физическое и психическое здоровье, их межличностные взаимоотношения, их нормальную жизнедеятельность в социальной и экономической сферах, или это лица, у которых наблюдаются продромальные признаки развития вышеуказанных состояний».

По данным ВОЗ, в мире 120 млн больных с алкогольной зависимостью, а показатель распространенности алкоголизма — 2%. В последние годы отмечается четкая тенденция роста пьянства и алкоголизма во многих промышленно развитых странах, где число алкоголиков составляет 7–10% в

популяции. Проблема алкоголизма является одной из основных в мире.

Мотивами употребления спиртных напитков являются: удовлетворение любопытства в отношении действия вещества; чувство принадлежности к определенной группе; выражение своей независимости; познание нового, приносящего удовольствие; достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения»; достижения чувства расслабленности, уход от проблем.

Выпивка — это не только дурная привычка или форма алкогольного поведения. Алкоголь частично улучшает процессы коммуникации, способствует разрешению межличностных конфликтов, снятию напряжения, вызывает эйфорию. Психофармакологическое действие алкоголя — это создание периода эйфории у здоровых людей, нормализация соматопсихического состояния у лиц с различными психоэмоциональными нарушениями.

Оказывая биполярное действие, спиртные напитки вызывают эйфорию и снимают эмоциональное напряжение. При повторных приемах алкоголя условнорефлекторно закрепляется стремление снимать им эмоциональное напряжение и прием спиртных напитков превращается в привычку. Этому способствует еще и то, что острота конфликта, вызвавшего напряжение, сглаживается не только на период действия алкоголя, но и на некоторое время после него. Кроме того, алкоголь является «социальным катализатором», облегчающим межличностное общение.

Степень алкоголизации общества зависит от экономических, социальных отношений в нем. Социально-психологическая функция алкоголя сводится к иллюзорному улучшению удовлетворения личностных потребностей.

Наибольший пик употребления спиртных напитков приходится на возраст 20—40 лет. Значительное распространение пьянства в определенной степени можно объяснить

терпимостью к нему у большинства членов общества. Хотя 92,5% мужчин и 96,7% женщин осуждают пьянство как таковое, но только от 50 до 70% людей осуждают асоциальное поведение в состоянии опьянения.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) расстройства, связанные с употреблением алкоголя, составляют подкласс F-10.0–F-10.6.

Классификация алкогольных психических расстройств

I. Острая алкогольная интоксикация
   1. Простое алкогольное опьянение
   2. Измененные формы простого алкогольного опьянения
   3. Патологическое опьянение

II. Бытовое пьянство

III. Хронический алкоголизм

IV. Металкогольные психозы

1.1. ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) — симптомокомплексы психических, вегетативных и неврологических нарушений, обусловленных действием алкоголя. Алкоголь легко проходит через биологические мембраны, смешиваясь с водой и легко растворяясь в жировых растворах. Всасывание его в кровь начинается уже в полости рта, еще быстрее происходит в желудке и кишечнике, с кровью алкоголь распространяется по всему организму.

Классификация форм острой алкогольной интоксикации

I. Простое алкогольное опьянение
   1. Легкая степень
   2. Средняя степень
   3. Тяжелая степень

II. Атипичные формы простого алкогольного опьянения
1. Дисфорическое
2. Параноидное
3. Истерическое
4. Депрессивное
5. Гебефреническое
6. Эпилептоидное
7. Сомнолентное
8. С импульсивными действиями
9. Эксплозивное

III. Патологическое опьянение
1. Эпилептоидная форма
2. Параноидная форма

1.1.1. ПРОСТОЕ АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Простое алкогольное опьянение — самый частый вид острой алкогольной интоксикации. Степень выраженности и формы психических, неврологических и вегетативных нарушений при этом зависит от дозы принятого спиртного, пола, возраста, соматического состояния, психологических особенностей личности, ее эмоционального состояния, крепости напитка и формы его приема.

Разделяют 3 степени тяжести алкогольного опьянения:

Легкая степень простого алкогольного опьянения возникает при концентрации алкоголя в крови от 20 до 100 ммоль/л (20–100 мг алкоголя на 100 мг крови) и характеризуется снижением активного торможения. Появляются ощущения психического и физического комфорта. Настроение повышается, люди испытывают желание много говорить, чувствуют бодрость и прилив сил, облегчаются социальные контакты. Личности застенчивые, малообщительные в этом состоянии легче заводят разговоры с незнакомыми, шутят, смеются. Неприятности переживаются легче, спокойнее.

Субъективно человек в состоянии легкого опьянения чувствует подъем работоспособности, однако это ощущение обманчиво, так как внимание не концентрируется, легко отвлекается, темп мышления ускоряется, но ассоциации поверхностны. Снижаются критическая оценка своего состояния, объем и качество выполняемой работы, возрастает число ошибок. Вегетативные нарушения проявляются гиперемией, тахикардией, булимией, гиперсексуальностью. Обычно люди в легкой степени опьянения не совершают каких-либо аморальных или криминальных поступков. Через несколько часов признаки интоксикации исчезают, у некоторых появляются сонливость, слабость. Память на весь период опьянения сохраняется.

Средняя степень простого алкогольного опьянения наступает при концентрации алкоголя в крови от 100 до 250 ммоль/л и характеризуется снижением процесса возбуждения. Изменяется настроения от эйфоричного до раздражительного, недовольного. Появляются чрезмерная обидчивость, неудовлетворенность происходящим, что определяет высказывания и поступки пьяного. Снижается возможность правильно оценивать происходящее, это приводит нередко к неблаговидным, а порой и противоправным действиям. Замедляется процесс мышления, суждения становятся плоскими, речь — смазанной с персеверациями, опьяневшему трудно подбирать слова, появляется дизартрия. Повышается порог слухового восприятия, поэтому речь становится громкой. Внимание трудно переключается, грубо нарушается почерк, возникает атаксия, движения становятся некоординированными, ослабляется болевая и температурная чувствительность. Гиперемия лица сменяется цианозом, бледностью. У некоторых возникают тошнота, рвота.

Средняя степень опьянения сменяется глубоким сном, после которого снижается работоспособность, появляются слабость, раздражительность или угнетение настроения,

отсутствие аппетита, сухость во рту, тяжесть в голове, неприятные ощущения в сердце. Некоторые события, происходящие в состоянии опьянения, вспоминаются неотчетливо.

Тяжелая степень простого алкогольного опьянения. Развивается при концентрации алкоголя в крови от 250 до 400 ммоль/л и проявляется угнетением сознания от оглушенности, сомноленции до комы. Выражены неврологические нарушения, атаксия, мышечная атония, дизартрия, амимия. Возникают вестибулярные расстройства: тошнота, рвота, головокружение, ощущение звона в ушах. Снижается острота зрения, нарушается ориентировка в местности. Появляются психосенсорные расстройства, иллюзии. Слабеет сердечная деятельность, снижается артериальное давление, температура тела. Утрачивается интерес к окружающим. Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, иногда в неудобных позах и неподходящих местах. Во время сна иногда происходят непроизвольное мочеиспускание и дефекация. При концентрации алкоголя в крови до 700 ммоль/л может наступить смерть от паралича дыхания.

На следующий день после тяжелой степени опьянения постинтоксикационные явления более выражены и более длительны, чем после средней степени. Опьянение тяжелой степени сопровождается полной амнезией.

Время, необходимое для полного восстановления нормального самочувствия, увеличивается с возрастом пациента и стажем злоупотребления алкоголем. В ряде случаев самочувствие остается плохим до 2-суток после выпивки.

1.1.2. АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Факторы, предрасполагающие к развитию атипичных форм простого алкогольного опьянения, различны. Это

могут быть резидуально-органические поражения мозга, ранний возраст начала употребления алкоголя, сочетанный прием различных видов спиртных напитков, одновременный прием алкоголя и лекарственных препаратов, соматическое заболевание, сопровождающееся астенией, недосыпание, недоедание, переутомление, психогении. При этом происходит чрезмерное усиление или ослабление расстройств, сопровождающих опьянение, либо изменение их динамики, а также появление симптомов, не свойственных опьянению. Наибольшие изменения претерпевают психические признаки простого опьянения.

Дисфорическая форма алкогольного опьянения

Вместо эйфории появляются злобность, раздражительность, гневливость, мрачное настроение, приводящие к конфликтности и агрессивности. Опьяневший испытывает чувство дискомфорта, появляется гиперестезия. Злоба распространяется на все окружающее, сопровождается придирчивостью, язвительностью, поиском повода для ссор. Такое состояние может сохраняться в течение нескольких дней. Эта форма опьянения развивается обычно при органической патологии головного мозга.

Параноидная форма алкогольного опьянения

Характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости. Опьяневшие неадекватно оценивают слова и поступки окружающих как стремление унизить, обмануть, осмеять. Усиливается двигательное и речевое возбуждение, пьяные выкрикивают отдельные фразы или слова, свидетельствующие о грозящей им опасности. Эта форма опьянения нередко сопровождается агрессией по отношению к окружающим, не зависящей от их слов и дей-

ствий. Параноидная форма опьянения развивается у примитивных личностей, паранойяльных и эпилептоидных психопатов.

Истерическая форма простого алкогольного опьянения

Поведение опьяневшего рассчитано на аудиторию. Движения театральные (бурные сцены отчаяния, метание, заламывание рук) иногда с элементом пуэрилизма. Высказывания патетичны с различными обвинениями в адрес других, самовосхваление либо преувеличенные самоупреки. Нередко совершаются демонстративные суицидальные поступки. Эта форма опьянения обычно развивается у лиц с истерическими чертами характера.

Депрессивная форма простого алкогольного опьянения

Вместо эйфории преобладает подавленное настроение. Появляются слезливость, неприятные воспоминания, жалость к себе, ощущение тревоги, тоски, идеи самообвинения и суицидальные мысли. Риск суицидальных попыток в этом случае высок.

Маниакальная форма простого алкогольного опьянения

Преобладает повышенное настроение с беспечностью, благодушием, сопровождаемое неуместными шутками, различными «озорными» поступками. Поведение некоторых опьяневших проявляется дурашливостью, стереотипиями, кривлянием, эхолалиями. Такие формы характерны для подростков и юношей.

Эпилептоидная форма простого алкогольного опьянения

Характеризуется двигательным возбуждением с раздражительностью, усиливающимися при противодействии со стороны окружающих. Опьяневшие агрессивны вначале в отношении тех, кто делает им замечание или пытается успокоить, а затем агрессия распространяется на всех, кто случайно оказался рядом. Однако даже на высоте эпизода не наблюдается полного отрыва от реальности. Психические нарушения редуцируются критически с последующим сном. Нередко период возбуждения амнезируется.

Сомнолентная форма простого алкогольного опьянения

После непродолжительной эйфории вскоре после приема алкоголя наступает глубокий сон, переходящий иногда в сопор или кому.

Эксплозивная форма простого алкогольного опьянения

Состояние эйфории под воздействием незначительных внешних факторов сменяется резким недовольством, раздражительностью, злобой. Эти вспышки обычно непродолжительны, чередуются с периодами покоя, но неоднократно повторяются на фоне опьянения.

Простое алкогольное опьянение, в том числе и его атипичные формы, сохраняет основные признаки острой алкогольной интоксикации, при этом не возникают продуктивные (психотические) формы расстройства сознания. Разнообразные поступки и высказывания пьяного имеют избирательную направленность. Присутствие лиц, способных оказать сопротивление с неприятными для пьяного последствиями, влияет на его поведение. У опьяневших всегда сохраняется возможность контакта с окружающими.

1.1.3. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Патологическое опьянение является острым психотическим состоянием, возникающим после приема различных доз алкоголя (от 300–500 мл до 50–150 мл в пересчете на 40% спиртные напитки), представляющим собой своеобразную идиосинкразию к алкоголю. В американской литературе это состояние называется алкогольным идиосинкразическим опьянением.

Патологическое опьянение возникает внезапно. Опьяневший неожиданно становится тревожным, растерянным, отрешенным от внешнего мира, движение его четкие, быстрые, высказывания угрожающего характера. Переживания больного обнаруживаются в скудных репликах, напряженной манере держаться, имеющих защитную направленность.

Внезапно развивается сумеречное состояние сознания, качественно отличающееся от оглушенности при простом опьянении. Изменяется восприятие окружающего, которое приобретает угрожающий характер, это вызывает растерянность, тревогу, страх, ужас. У больных сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия. При этом они дезориентированы, действуют в одиночку. Речевая продукция скудна и отражает тематику болезненных переживаний. Последние чаще отрывочны, нелепы, нестойки.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-то реальные мотивы и действительные обстоятельства. В их основе лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. Действия имеют, как правило, защитный характер для больного и направлены на устранение мнимой опасности.

При патологическом опьянении не страдают механизмы, регулирующие сложные автоматизированные действия,

равновесие и другие моторные процессы. Это способствует совершению сложных и быстрых движений. Поражает стремительность и ловкость, с которыми люди, находящиеся в патологическом опьянении, совершают нападения или спасаются бегством. При этом отсутствуют нарушения моторики, характерные для обычного алкогольного опьянения. На окружающих эти субъекты производят впечатления не пьяных, а психически нездоровых либо чем-то расстроенных. Заканчивается патологическое опьянение внезапно, иногда оно переходит в сон, который является следствием предшествующего эмоционального и двигательного возбуждения. В последующем полная или частичная амнезия. Ведущим в клинической картине патологического опьянения является искаженное восприятие действительности с заполнением сознания болезненными, бредовыми переживаниями с напряженностью, страхом, тревогой.

Выделяют две клинические формы патологического опьянения: эпилептоидную и параноидную.

Эпилептоидная форма патологического опьянения

Внезапно развивается резкое двигательное возбуждение с интенсивными, бессмысленными, хаотическими агрессивными действиями, совершаемые с невероятной жестокостью, злобностью, нередко имеют характер автоматизмов и стереотипий. Двигательное возбуждение и агрессивные действия определяются страхом, гневом, они не связаны с реальностью. Находящиеся в сумеречном состоянии сознания не убегают, а со злобой и яростью нападают на мнимых врагов — чаще молча, иногда с криком или невнятным бормотанием. Возбуждение заканчивается внезапно с переходом в состояние расслабленности, малоподвижности, в последующем наступает сон, после которого полная амнезия всего совершенного.

Параноидная форма патологического опьянения

Характеризуется внезапным появлением бредовых идей, утратой контакта с реальностью, психомоторным возбуждением со страхом, гневом, бессмысленными, импульсивными, стереотипными движениями. Галлюцинации и бред устрашающего для субъекта характера. Находясь в их власти, такие лица могут совершать ряд сложных и упорядоченных действий. Иногда они могут вступать в контакт с окружающими, предупреждать об опасности, но речь их обычно отрывочна, в виде отдельных слов, фраз, всегда четких, лаконичных, имеющих характер приказов, угроз и своим содержанием отражающих болезненно искаженное восприятие действительности.

При диагностике патологического опьянения следует учитывать не каждый симптом в отдельности (отсутствие нарушений моторики, частичная или полная амнезия, терминальный сон, наличие автоматизмов и стереотипий, дезориентировки, немотивированность преступления), а совокупность большинства из них, позволяющую считать, что состояние, развивающееся после приема алкоголя, является психотическим.

В развитии патологического опьянения большую роль играют факторы, временно ослабляющие организм (переутомление, недосыпание, недоедание, высокая температура окружающей среды), в сочетании с резидуальными симптомами органической патологии головного мозга, сопровождающимися ликворной гипертензией.

1.1.4. ЭКСПЕРТИЗА ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Состояние опьянения диагностируют психиатры и невропатологи, а при их отсутствии — врачи других специальностей.

Учитываются клиническое состояние и данные лабораторных исследований. Согласно критериям МКБ-10, состояние острой алкогольной интоксикации должно соответствовать следующим критериям:

1) наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений: а) расторможенность, б) конфликтность, в) агрессивность, г) аффективная лабильность, д) нарушение концентрации внимания, е) сужение мыслительных возможностей, ж) снижение умственной и производственной продуктивности;
2) наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений: а) шаткость походки, б) отрицательная проба Ромберга, в) признаки дизартрии, г) нистагм, д) нарушения сознания (например, сомнолентность, кома).

Однако одни клинические данные не всегда позволяют сделать заключения о существовании и степени острой алкогольной интоксикации. В экспертной практике широко используются качественные пробы на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (реакции Раппопорта, Мохова–Шинкаренко, проба Панова).

Существует ряд методов определения алкоголя в крови, наиболее точным и чувствительным из которых является метод газожидкостной хроматографии.

1.1.5. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Медицинская помощь при отравлении алкоголем: промывание желудка, введения п/к 0,25–0,5 мл раствора солянокислого апоморфина для вызывания рвоты, катетеризация мочевого пузыря в случае задержки мочеиспускания. В коматозном состоянии — введение сердечных препаратов, в/в по 100 мг пиридоксина (витамина B_6), до 1000 мл физиологического раствора с 40% глюкозой. При сильном двигательном возбуждении рекомендуется витамин B_{12} по 50–100 мг, барбитураты противопоказаны.

В случаях тяжелой комы — венепункция с изъятием до 200 мл крови, п/к физиологический раствор — 800–1000 мл. При асфиксии — вдыхание кислорода, искусственное дыхание, цититон (1 мл 0,15% раствора в/в), лобелин (п/к 1мл 1% раствора), вдыхание смеси 90% кислорода и 10% углекислого газа. Рекомендуется общее и местное согревание. При легкой и средней степени опьянения — внутрь 10–15 капель нашатырного спирта на 100 мл воды.

1.2. БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО

Абстинентами считают тех, кто по различным причинам воздерживается от приема алкоголя полностью (абсолютные) или употребляет спиртные напитки не чаще 2–3 раз в году в дозах не более 100,0 мл вина под влиянием окружающих (относительные абстиненты). Больше всего абстинентов в возрасте до 20 и старше 60 лет. Причины отказа от спиртных напитков могут быть различными: биологическая непереносимость алкоголя, ухудшение здоровья, социально-психологические (отрицательный «пример» родителей, религиозные мотивы и пр.).

Бытовое пьянство представляет собой вредную привычку, которая может перейти в болезнь — алкоголизм. Основной показатель бытового пьянства — частота и количество употребляемого алкоголя как средства решения психологических, социальных и биологических проблем. Эту форму злоупотребления алкоголем ряд авторов признают как донозологическую стадию алкоголизма. Однако известно, что количество пьющих в несколько раз превышает распространенность алкоголизма, и это свидетельствует об отсутствии фатальности в развитии болезни, тем не менее злоупотребление спиртными напитками повышает риск возникновения алкоголизма.

Пьянство можно рассматривать и как продромальную стадию алкоголизма и как состояние, из которого не разовьется болезнь, т. е. в большинстве случаев перехода в алкоголизм не происходит.

Э. Е. Бехтель описывает 4 стадии бытового пьянства.

Случайное употребление алкоголя

Потребность в спиртном отсутствует, толерантность к напиткам минимальная; опьянение выражено незначительно, недлительно; эйфория незначительная; полностью сохраняется контроль за дозой выпитого. При случайном употреблении частота алкогольных эпизодов — от нескольких раз в году до нескольких раз в месяц; доза — 50–150 мл (в пересчете на 40% алкоголь). Интенсивность опьянения регулируется чувством насыщения. Полностью отсутствует периодичность эпизодов опьянения, в проведении выпивки никогда не проявляется инициатива, воздержание от выпивки (после подготовки к ней) происходит легко.

Умеренное употребление алкоголя

Потребность в спиртном выражена слабо, толерантность умеренная. Интенсивность опьянения умеренная, эйфория выраженная; контроль над дозой выпитого сохранен, последствия минимальные. Частота алкогольных эпизодов 1–4 раза в месяц, дозы 100–250 мл. Воздержание от выпивки после подготовки воспринимается спокойно. Интенсивность опьянения регулируется чувством насыщения. Периодичность эпизодов определяется ситуацией, отсутствует инициатива в проведении выпивки. Готовность откликнуться на предложение выпить зависит от значимости ситуации.

Систематическое пьянство (алкогольная акцентуация)

Четко выражена потребность в спиртном, толерантность высокая. Опьянение выраженное, длительное со значительной эйфорией, возможна эпизодическая утрата контроля над количеством выпитого, имеется период последствий. Доза выпитого составляет 200,0–300,0 мл, частота 1–2 раза в неделю. Насыщение достигается редко и при больших дозах. Как правило, возникает периодичность в употреблении. Воздержание от выпивки после подготовки оставляет чувство неудовлетворенности, выпивающий выступает обычно инициатором или активно поддерживает инициативу выпивки.

Привычное пьянство (преалкоголизм)

Ярко выражена алкогольная потребность, она становится одной из основных потребностей личности. Толерантность к спиртным напиткам очень высокая, опьянение глубокое и длительное, эйфория выраженная, утрачивается контроль

за дозой выпитого, последствие значительное и длительное. Частота выпивки 2–3 раза в неделю в дозах 300,0–500,0 мл. Поздно наступающее чувство насыщения приводит нередко к тяжелым степеням опьянения. Вынужденное воздержание после подготовки к выпивке снижает настроение или вызывает дисфорию. Выражена инициатива в проведении выпивки.

1.3. ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

1.3.1. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К АЛКОГОЛИЗМУ

Алкогольная потребность развивается у разных людей в неодинаковом темпе, это зависит от особенностей личности, ее морально-этических установок, обычаев микросоциальной среды, предпочтительности этого способа релаксации перед другими.

Знакомство с алкоголем происходит уже в раннем возрасте. Так, по данным литературы, 40% детей 6 лет и 60% 10-летних определяют алкоголь по запаху, 6-летние дети могут узнать пьяного по поведению. Дети получают представление о спиртных напитках, наблюдая поведение своих родителей, родственников, знакомых. Первые пробы спиртного нередко происходят в подростковом возрасте. Мотивом являются любопытство, самоутверждение, подражание взрослым, а также следование потребностям группы, когда прием алкоголя становится одним из условий существования данной группы. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков поддерживает и увеличивает их прием. Постепенно возникает необходимость принимать дозу, которая вызывает опьянение. Изучение преморбидных личностных осо-

бенностей больных алкоголизмом позволяет выявить типы личности, наиболее часто встречающиеся у этой категории больных.

Тип личности, составляющий группу риска больных алкоголизмом, характеризуется: малой устойчивостью к стрессу, непереносимостью конфликтов; заниженной самооценкой, высоким уровнем тревоги, затруднением в установлении эмоционального контакта, неумением организовать свой досуг, неполным усвоением морально-этических норм и правил, ранним криминальным поведением.

В этот тип входят:

Аструктурная личность без увлечений, не умеет отдыхать. Эта личность чаще всего формируется под влиянием следующих факторов: малокультурные родители, безразличные ко всему новому; дефицит влияния семьи (неполная семья, родители живут своей жизнью, негативное отношение к ребенку); пресыщенность — избалованность; условия гиперопеки (чрезмерная родительская любовь).

Для аструктурной личности характерны отсутствие стойких интересов, интереса к труду, отсутствие удовлетворения от труда, неумение культурно отдыхать, отсутствие интересов к общественной жизни, высокая внушаемость и подчиняемость.

Экстернальная личность. Для нее характерны ослабление внутренних механизмов сдержанности и контроля. Поведение строится на учете возможных санкций. Резкие перепады интенсивности пьянства зависят от ситуации.

Личность с *«полярным» поведением* не может тормозить свои желания, противоречащие нормам морали.

Социально негативно-ориентированная личность. Формируется в условиях неблагоприятной микросреды (алкогольная, асоциальная).

1.3.2. НАРКОМАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Углубление основных симптомов, характеризующих привычное пьянство, приводит к алкоголизму. У больных алкоголизмом формируются признаки *наркоманического синдрома*, из которых общими для всех форм болезни являются патологическое стремление к спиртным напиткам, алкогольный абстинентный синдром и алкогольная деградация личности.

Патологическое стремление к алкоголю

Патологическое стремление к спиртным напиткам вытесняет другие интересы и мотивы, оно не может быть подавлено самим больным и алкогольное опьянение становится самоцелью. При этом утрачивается количественный и ситуационный контроль над приемом спиртного. Больные употребляют алкоголь, независимо от обстоятельств (рабочее время, возможность санкции, неподходящее место и т. д.) и обычно в дозах, вызывающих опьянение, так как у них не наступает чувства насыщения алкоголем.

Патологическое влечение к алкоголю принято подразделять на первичное и вторичное. Первичное влечение появляется после воздержания от спиртного, когда последствия интоксикации ликвидированы. Вторичное влечение возникает в состоянии алкогольного опьянения или похмелья.

Патологическое влечение к алкоголю проявляется мыслительными, эмоциональными, поведенческими, сенсорными и вегетативными компонентами.

Алкоголики в защиту своего злоупотребления выдвигают различные убеждения, точки зрения, оправдывающие его, стараются всячески защищать свои права на выпивки, как правило, скрывают истинные дозы и частоту приема спиртного, стараясь приуменьшить их.

Поведенческие компоненты патологического влечения проявляются уклонением от лечения, враждебностью к тем, кто настаивает на необходимости антиалкогольной терапии, недовольством больничным режимом.

Частые дисфории, снижение настроения, стремление винить в своих неудачах других, эмоциональная лабильность, раздражительность — основные эмоциональные признаки влечения к алкоголю у больных.

Патологическое влечение к алкоголю характеризуется различными неприятными ощущениями во внутренних органах (сенсорный компонент), а также многообразными вегетативными признаками: неприятные алкогольные сновидения, блеск глаз, гиперемия или бледность лица, гиперсаливация при упоминании о спиртных напитках.

Выделяют две формы патологического влечения к алкоголю — тотальную и парциальную.

При тотальной форме мысли и эмоции больных подчинены алкогольной тематике, в стационаре они конфликтуют, не подчиняются режиму, требуют выписки, отказываются от лечения. Эта форма патологического влечения сходна со сверхценными и паранойяльными расстройствами.

При парциальной форме больные пытаются бороться с влечением, которое причиняет ему страдание, переживается как чуждое его интересам, т. е. влечение имеет характер навязчивости.

В ряде случаев, чаще на поздних стадиях болезни, наблюдаются пароксизмальные компульсивные формы влечения к алкоголю, при этом идеаторный компонент отсутствует, т. е. больные не обдумывают своих действий, не оценивают их критически, не планируют их.

Абстинентный синдром

Алкогольный абстинентный синдром — комплекс вегетативных, сомато-неврологических и психических нарушений,

которые возникают у больных алкоголизмом при воздержании от спиртного после длительного и массивного пьянства. Клиника алкогольного абстинентного синдрома складывается из постинтоксикационных симптомов и симптомов, характерных для алкоголизма.

Среди постинтоксикационных расстройств наиболее часты такие, как головная боль, головокружение, общая слабость, разбитость, повышенная жажда, сухость во рту, отсутствие аппетита, жидкий стул, повышение артериального давления, неприятные ощущения в области сердца, живота, плохое настроение, снижение работоспособности. Эти нарушения возникают не только у больных алкоголизмом, но и у каждого злоупотребляющего спиртными напитками в постинтоксикационном периоде. У больных алкоголизмом описанные симптомы обычно сочетаются с двигательным беспокойством, дисфорией, раздражительностью, сильным желанием опохмелиться. В состоянии алкогольной абстиненции имеют место и признаки хронической интоксикации ЦКС: тревожный сон с яркими, неприятными сновидениями, гиперакузия, гипнагогические, а иногда отдельные истинные слуховые и зрительные галлюцинации, идеи отношения, виновности, самоуничижения, крупный размашистый тремор рук, языка, всего тела, потливость, тахикардия, нистагм, у некоторых больных — судорожные припадки.

В зависимости от преобладания тех или других признаков, обусловленных неполноценностью соответствующих органов и систем, выделяют несколько вариантов абстинентного синдрома при алкоголизме.

Нейровегетативный вариант является базовым и может сопровождаться другими дополнительными симптомами. Он проявляется вялостью, слабостью, снижением работоспособности; бессонницей, гипергидрозом, тремором; отечностью лица, плохим аппетитом; сухостью во рту, жаждой; тахикардией, лабильностью артериального давления.

При *церебральном варианте* описанные нарушения сочетаются с головной болью, головокружением, гиперакузией, обмороками, судорожными припадками.

При *соматическом варианте* преобладают различные признаки нарушения сердечной деятельности и желудочно-кишечного тракта.

При *психопатологическом варианте* появляются различные психические нарушения: тревога, страх, дисфории, иллюзии, галлюцинации, просоночные состояния, бредоподобные идеи.

Абстинентный синдром при алкоголизме возникает через 6–48 часов после последнего употребления спиртного и продолжается от 2–3 дней до 2–3 недель. В результате описанных выше изменений происходят нарушения в жизненно важных органах и системах, что может служить причиной летального исхода.

Особенности алкогольной психической деградации

Изменение личности при алкоголизме определяется стадией заболевания. На ранних стадиях обычно происходит заострение преморбидных личностных черт. Наиболее распространены следующие типы:

Синтонный тип — повышено настроение, жизнерадостность, общительность, оптимизм, неразборчивость в знакомствах, излишняя откровенность с посторонними.

Неустойчивый тип — зависимость от окружающих, подверженность внешним влияниям, нестойкость интересов и намерений, неспособность к преодолению препятствий, к систематическому труду, жажда развлечений, стремления к асоциальным компаниям.

Астенический тип — возбудимость, преобладающая над слабостью и истощаемостью, ранимость, впечатлительность,

склонность к аффектам, после которых наступает успокоение с сожалением по поводу своего поведения.

Эксплозивный тип — придирчивость, неприязнь, недовольство, повышенная обидчивость, раздражительность, сменяющаяся злобой с агрессивностью.

Кроме описанных типов в отдельных случаях происходит заострение шизоидных, истерических, дистимических черт личности.

На отдаленных этапах болезни развивается *алкогольная деградация,* характеризующаяся выраженным морально-этическим и интеллектуальным снижением.

Морально-этическое снижение обусловлено эмоциональными и психопатоподобными нарушениями. Эмоциональные нарушения выражаются в лабильности настроения, обидчивости, пессимизме с артистической демонстрацией своих чувств, возбудимости, вспышках раздражения и гнева. Происходит эмоциональное огрубение, снижение критики, поэтому больные не испытывают чувства вины. Алкоголики беспечны, недооценивают трудности, склонны к плоскому юмору. У них исчезает чувство дистанции, понимание особенностей поведения в различных ситуациях. Так, они могут предложить незнакомому человеку принять материальное участие в приобретении спиртного, нецензурно ругаться или рассказывать неприличные истории в присутствии детей, женщин, незнакомых людей. У некоторых развиваются кратковременные периоды депрессии.

Психопатоподобные симптомы в структуре алкогольной деградации на ранних этапах болезни мозаичны, полиморфны. Поведение больных часто неадекватно ситуации и нередко непредсказуемо. Наиболее выражены эксплозивные, эпилептоидные и истерические черты, которые в наиболее грубой форме проявляются в состоянии опьянения, однако они смягчаются, но не исчезают полностью даже после длительных ремиссий.

В структуре деградации личности при алкоголизме морально-этическое снижение появляется рано и усугубляется по мере развития болезни. В кругу собутыльников алкоголики веселы, беззаботны, хвастливы, не стесняясь, рассказывают об интимных сторонах своей жизни и жизни близких, смеются над болезнями и неудачами членов своей семьи. Они лживы, циничны, склонны к плоским однообразным шуткам. Дома проявляется особая грубость и неудержимость больных алкоголизмом, они агрессивны по отношению к родителям, женам, детям, подвергая их порой изощренным мучениям. При этом если они хотят что-то получить от близких, то становятся с ними ласковыми, заискивающими, просят у них прощения, унижаются, демонстрируя раскаяние. Алкоголики считают своими друзьями только тех, кто поддерживает их стремление к выпивке.

Снижается чувство долга перед семьей, сотрудниками. Алкоголики выполняют свои производственные обязанности поверхностно, стараются уклоняться от них, но получать при этом материальное вознаграждение. Исчезает интерес к творчеству, снижается чувство собственного достоинства. В результате больные деградируют социально. Многие из них лишаются работы, семьи, квартиры, средств к существования и при этом винят не себя, а других людей или неблагоприятное стечение обстоятельств. Они некритичны и к своей болезни, создавая особую систему «алкогольного алиби». Отрицая у себя алкоголизм, больные выдвигают шаблонные аргументы, сравнивая себя с другими: «Какой же я алкоголик, если могу выпить 1,5–2 л водки и не быть пьяным», «какой же я алкоголик, если всегда прихожу домой ногами, а не на четвереньках» и т. д.

На отдаленных этапах болезни становятся заметными черты интеллектуально-мнестического снижения, хотя до выраженного слабоумия дело доходит не у всех. Наиболее ранние признаки интеллектуального снижения проявляются в

неспособности осваивать новое, шаблонности в работе. Утрачиваются все интересы, кроме утилитарных, мышление становится рутинным, больные не способны отличить главное от второстепенного, снижается запас знаний. Внимание быстро истощается, трудно сосредоточивается. Исчезает способность тонко оценивать ситуацию, поведение больных часто бестактно, вызывает недоумение и насмешки других. Мнестические расстройства проявляются прежде всего фиксационной гипомнезией.

Выделяют следующие типы алкогольной деградации:

1) *с психопатоподобными симптомами* — мозаичные психопатоподобные проявления, чаще всего с чертами возбудимости, истеричности и депрессии;
2) *с хронической эйфорией* — преобладает беспечное, благодушное настроение, резкое снижение критики, обнаженная откровенность, шутливый тон речи с шаблонными оборотами;
3) *с аспонтанностью* — отмечается вялостью, пассивностью, снижением побуждений, утратой интересов и инициативы.

1.3.3. СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА

В клинической практике при диагностике хронического алкоголизма выделяют 3 стадии: начальную (I), среднюю (II) и конечную (III).

I (НАЧАЛЬНАЯ) СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Она представляет наибольшие трудности для диагностики, так как находится на границе между болезнью и пьянством, которая иногда бывает нечеткой, размытой.

Для этой стадии характерны первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля,

рост толерантности, алкогольные амнезии. Половина случаев проявления I стадии алкоголизма наблюдается у лиц моложе 25 лет, остальные — в 25–35 лет и крайне редко — в более старшем возрасте. Продолжительность от 1 года до 6 лет.

Патологическое влечение к алкоголю на этой стадии проявляется в наиболее легкой форме, обычно в ситуациях, когда выпивки происходят традиционно. Однако больные все чаще являются инициаторами таких ситуаций, ищут повода для выпивок. Они оживленно обсуждают подготовку к выпивке, с удовольствием вспоминают предыдущие застолья. У больных повышается настроение, они оживляются, оставляют более важные дела; препятствия, мешающие осуществлять выпивку, вызывают раздражение, неудовлетворенность. При появлении легкого опьянения после начальных доз спиртного появляется желание продолжать выпивку до среднего и даже тяжелого опьянения. Внешне патологическое влечение проявляется торопливостью с очередным тостом, «опережением круга», стремлением обязательно выпить все купленное спиртное, неразборчивым отношением к качеству спиртных напитков.

Толерантность к алкоголю на этой стадии возрастает в 2–3 раза, исчезает рвотный рефлекс при передозировках, происходит переход от более слабых напитков к более крепким. Эпизодически после тяжелых степеней опьянения больные забывают события, происходящие в конце этого состояния. Явления абстиненции на этой стадии отсутствуют. Негативные социальные последствия чаще ограничиваются семейными ссорами, замедлением продвижения на работе.

II (средняя) стадия алкоголизма

Главный ее диагностический признак — абстинентный синдром. Кроме того, усугубляются все симптомы болезни,

характерные для I стадии. II стадия алкоголизма формируется к 25–35 годам, длительность ее у $^2/_3$ больных менее 10 лет, у $^1/_3$–10–15 лет.

Первичное патологическое влечение к алкоголю на этой стадии нередко возникает спонтанно. В одних случаях влечение сопровождается борьбой мотивов («пить — не пить»), в других — такой борьбы нет. Первый вариант влечения наиболее характерен для тех ситуаций, когда желание выпить противоречит социально-этическим нормам и его реализация может повлечь за собой отрицательные последствия. При этом мысли о выпивке не покидают больного, приобретая обсессивный характер. Больные упорно отгоняют их, стараются избегать встреч с партнерами по выпивке, обходить магазины, где обычно покупают спиртное. При втором варианте патологическое влечение не осознается и его реализацию больные объясняют различными причинами: невозможностью «подвести» партнеров, семейными или служебными неудачами.

Утрата количественного контроля характеризуется тем, что прием обычной индивидуальной дозы приводит к неодолимому влечению продолжить выпивку. Больные пренебрегают этическими и социальными нормами, продолжают пить в новых компаниях или в одиночку.

Толерантность к алкоголю достигает максимума и на протяжении ряда лет остается постоянной, превышая начальную в 5–6 раз. Высокие дозы употребляются либо одномоментно, либо дробно на протяжении дня.

Изменяется картина опьянения — сокращается период эйфории, появляются эксплозивные или истероформные черты в поведении. Реже бывают депрессивные эпизоды с острым чувством безысходности, приводящие к суицидам. Алкогольные амнезии становятся систематическими и принимают характер палимпсестов, когда забываются отдельные эпизоды значительной части периода опьянения. Ос-

новной признак II стадии алкоголизма — абстинентный синдром (описанный выше) — вначале появляются элементарные вегетативные нарушения, которые затем дополняются тяжелыми соматическими и психопатологическими проявлениями.

Важное клиническое значение имеют формы злоупотребления алкоголем. Некоторые больные употребляют алкоголь периодически, при этом частые однократные выпивки сменяются псевдозапоями, которые в последующем переходят в истинные запои. *Псевдозапои* характеризуются ежедневным пьянством на протяжении от нескольких дней до нескольких недель. Начало и окончание запоя связано обычно с внешними причинами (получение зарплаты, выходные дни, события личной жизни — «причины» начала запоя; отсутствие денег, семейные или другие конфликты — «причины» его окончания).

Постоянные формы злоупотребления алкоголем во II стадии заболевания характеризуются ежедневным употреблением спиртного на протяжении длительного времени, наибольшие дозы приходятся на вторую половину дня или вечер. Эта форма злоупотребления сочетается с высокой толерантностью к спиртным напиткам.

Во II стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности в виде заострения преморбидных черт. Иногда проявляются черты алкогольной деградации (огрубение эмоций, возбудимость, недостаточно критическое отношение к себе), но в период ремиссии они обычно сглаживаются. Социальные последствия во II стадии алкоголизма различны, от малозаметных до глубоких, характеризующихся выраженной дезадаптацией. У половины больных не сохраняются браки. Трудовая дезадаптация проявляется снижением качества работы, мелкими административными взысканиями, некоторые из больных вынуждены менять места работы, деквалифицируются.

В этой стадии у больных также появляются нарушения сердечно-сосудистой системы, жировая дистрофия печени, гастрит.

III (конечная) стадия алкоголизма

Влечение к алкоголю принимает характер неодолимого, возникает спонтанно и требует употребления спиртного в больших количествах. Подобное влечение напоминает голод или жажду. Утрата количественного контроля сопровождается потерей ситуационного контроля. Любая, самая небольшая доза алкоголя вызывает неодолимое влечение к алкоголю со стремлением добыть его любой ценой, даже незаконным путем. Больные употребляют алкоголь в одиночку или в компании случайных лиц, нередко в неподходящих местах.

В этой стадии происходит снижение толерантности к алкоголю. Сначала снижается разовая доза, способная вызвать опьянение, но суточная доза остается высокой. В дальнейшем снижается и одномоментная и суточная доза, происходит переход от более крепких к менее крепким напиткам. В III стадии алкоголизма опьянение нередко эпилептиформное с вязким дисфорическим аффектом, придирчивостью, недовольством, угрюмостью, злобой и агрессией даже в отношении близких людей.

Нередко опьянение сопровождается оглушенностью, сонливостью, вялостью, пассивностью, безразличием к происходящему вокруг, больные бессвязно бормочут, кому-то угрожают.

Тотальные алкогольные амнезии, в отличие от палимпсестов, касаются всего периода опьянения и возникают после приема сравнительно небольших доз спиртного. Симптоматика абстинентного синдрома в III стадии алкоголизма смазана, так как больные постоянно пребывают в

состоянии опьянения. Если же происходит полное отнятие алкоголя, абстинентный синдром протекает очень тяжело с выраженными психопатологическими симптомами (страх, тревога, бессонница, иллюзии и галлюцинации, бредоподобные идеи отношения, виновности, преследования). Нередко в состоянии абстиненции наблюдается психоорганическая симптоматика (нарушение памяти, утрата критического отношения к себе, слабодушие, невозможность правильно выразить свои мысли) в сочетании с неврологическими симптомами (атаксия, тремор, дизартрия, анизорефлексия, глазодвигательные расстройства).

При переходе из второй в третью стадию болезни может возникнуть перемежающаяся форма злоупотребления алкоголем. В части случаев происходят истинные запои, которые обычно предшествуют вспышке интенсивного влечения к алкоголю. В первые дни запоя в несколько приемов употребляются наивысшие суточные дозы алкоголя, которые в последующем из-за нарастающего снижения толерантности и ухудшения физического состояния снижаются. В конце запоя возникает интолерантность, и больной перестает пить.

Некоторые больные употребляют спиртные напитки дробными дозами на протяжении суток, включая и ночь, дневные промежутки между выпивками составляют 1–3 часа. В III стадии алкоголизма развивается деградация личности: эмоциональное огрубение, исчезновение семейных и общественных привязанностей, грубое морально-этическое снижение, утрата критики, упадок инициативы и работоспособности, ухудшение памяти. Чаще других формируется психопатоподобный вариант деградации. Деградация личности в III стадии алкоголизма является причиной социальной деградации больных. В семьях алкоголиков часты внутриличностные конфликты. Жены и дети таких больных нередко заболевают неврозами. Супруги к этому времени чаще всего расторгают брак.

Нарушение трудовой дисциплины, снижение производительности труда, прогулы, частые смены мест работы значительно усиливают моральные страдания и материальные потери семьи больных алкоголизмом. Больные деквалифицируются, часто остаются без работы, находясь на иждивении близких.

В III стадии алкоголизма формируются грубые, часто необратимые патологические изменения во всем организме.

Ремиссии при алкоголизме

Полное воздержание больного от спиртных напитков с сохранением всех расстройств, свойственных алкоголизму, не менее 1 месяца, является ремиссией. В состоянии ремиссии исчезают все признаки интоксикации, улучшается общее состояние больного.

Ремиссии могут наступать после проведенного лечения (так называемые терапевтические) и под влиянием соматических или социальных факторов (так называемые спонтанные). По данным литературы, частота спонтанных ремиссий от 10 до 40% случаев, они более характерны для пожилых людей с большой длительностью заболевания вследствие снижения переносимости алкоголя, тяжелых интеркуррентных заболеваний и социальных причин. В ряде случаев спонтанные ремиссии наступают у больных среднего возраста на границе II и III стадии алкоголизма. Они крайне редки в I и III стадиях болезни. Кроме того, спонтанные ремиссии возникают при симптоматическом алкоголизме и обусловлены течением основного заболевания.

Терапевтические ремиссии обусловлены качеством лечебно-восстановительных мероприятий и особенностями заболевания. Наиболее продолжительные терапевтические ремиссии возникают в течение первых 1–2 лет после лечения и число их уменьшается с увеличением срока, прошед-

шего со времени окончания противоалкогольной терапии, крайне редки ремиссии у больных, перенесших алкогольный делирий.

Не все симптомы алкоголизма исчезают или смягчаются при ремиссии одновременно. Нередко в начале воздержания снижается настроение, появляется раздражительность, недовольство собой, периодически возникает первичное влечение к алкоголю, псевдоабстинентный синдром с вегетативными проявлениями, субдепрессивное состояние.

В последующем эти явления ослабевают и сглаживаются черты алкогольной деградации, но возобновление пьянства приводит к обострению симптомов алкоголизма. Наиболее стойкая ремиссия формируется только после 3–5 лет воздержания. Особенности ремиссии зависят от стадии алкоголизма.

В I стадии алкоголизма наиболее устойчивым в состоянии ремиссии оказывается патологическое влечение, которое может возобновиться спонтанно, под влиянием эмоциональных, ситуационных факторов, при возобновлении приема спиртного. Другие симптомы алкоголизма возобновляются на этой стадии лишь под влиянием интоксикации. У четверти больных в состоянии ремиссии на I стадии алкоголизма развивается астенический синдром с раздражительностью, эмоциональной лабильностью, бессонницей, слуховой гиперестезией.

Изменения личности редки, они проявляются либо заострением черт характера, либо морально-этическим снижением.

Астенический синдром редуцируется в ремиссии в течение от 2–3 недель до 2–3 месяцев, первыми уменьшаются соматические и вегетативные нарушения. Клиническая динамика симптомов I стадии болезни во время ремиссии не всегда совпадает с динамикой социальных последствий, которые могут продолжаться длительное время. В этой

стадии алкоголизма часто встречается алкогольная анозогнозия, которая приводит к рецидивам болезни.

На II стадии алкоголизма первичное патологическое влечение сочетается с вторичным, во время ремиссии оно увеличивается и становится все более спонтанным. Ситуационные факторы продолжают влиять на влечение. На динамику влечения влияет также форма употребления алкоголя, при псевдозапоях влечение к алкоголю ослабевает больше, чем при постоянном его употреблении. Обострение влечения при постоянной форме происходит, как правило, под влиянием собутыльников, запойной — при изменении психического или соматического состояния больных.

В состоянии ремиссии у больных II стадии алкоголизма наблюдается стойкая многообразная астеническая симптоматика: гипостенические, гиперстенические проявления, эмоциональная лабильность, субдепрессивные состояния, нарушается работоспособность, концентрация внимания. Эти нарушения могут продолжаться от 6 месяцев до 2 лет.

У больных II стадии алкоголизма в состоянии ремиссии выражены алкогольные изменения личности, которые проявляются не только заострением характерологических черт, но и интеллектуально-мнестическим снижением. Соматические и неврологические нарушения возникают у подавляющего числа больных, но они после прекращения алкогольной интоксикации исчезают.

Клиническая картина ремиссии нередко осложняется эмоциональными расстройствами (дисфория, депримированность, эмоциональная гиперестезия), что нередко приводит к рецидиву болезни.

Наиболее устойчивы ремиссии во II стадии алкоголизма, при запойной форме они длиннее, чем при постоянной. Чем больше длительность заболевания, тем короче ремиссии.

Ремиссии в III стадии алкоголизма могут быть обусловлены тяжелыми соматоневрологическими нарушениями.

Продолжительность ремиссии зависит от ряда факторов. Самые короткие ремиссии наблюдаются у больных моложе 20 лет, а наиболее стойкие — у больных 26–55 лет. На длительность ремиссии влияет возраст появления признаков алкоголизма — чем он моложе, тем короче ремиссия. Наиболее благоприятно на длительность ремиссии действует амбулаторное лечение, по сравнению со стационарным. Длительная и активная комплексная и поддерживающая терапия приводит к более устойчивым ремиссиям. Значительное влияние на длительность ремиссии, уменьшая ее, оказывают психогенные и соматические факторы.

Большое значение имеют установка на лечение, критическое отношение к своему заболеванию, а также желание отказаться от алкоголя навсегда. С целью удлинения ремиссии и улучшения ее качества необходимо оградить больного от влияния неблагоприятной микросоциальной среды (пьющих компаний на работе, дома). После окончания срока антиалкогольной терапии в семьях, трудовых коллективах необходимо всячески поддерживать стремление больных к полному воздержанию от спиртных напитков, доверять им такую же по сложности работу, какую они выполняли до заболевания, создавать вокруг них обстановку доброжелательности, терпимости.

Рецидивы

Рецидив при алкоголизме — это возобновление алкоголизации в период ремиссии с появлением симптомов вторичного или первичного патологического влечения. Если эти симптомы не обостряются, то эпизоды выпивок в ремиссии называются срывами. У больного может возникнуть впечатление, что он может продолжать употреблять алкоголь в небольших дозах, а это приводит к рецидиву болезни.

Рецидивы во II и III стадиях алкоголизма характеризуются трудно преодолимым влечением, больные пьют долго и большие дозы, нередко прибегая к суррогатам, похмельные явления у них отличаются тяжестью. Замечено, что тяжесть, длительность и клиника рецидива не зависит от длительности воздержания. Рецидивы чаще всего возникают под действием абстинентных и псевдоабстинентных явлений, ухудшения психического состояния, алкогольных традиций, психогений.

Купировать рецидивы рекомендуется теми же методами и средствами, которыми купируются последствия острой интоксикации. После этого необходима активная антиалкогольная терапия.

1.4. СОМАТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Эпидемиологическими исследованиями установлено, что заболевания внутренних органов встречаются у каждого четвертого алкоголика и общая заболеваемость людей, злоупотребляющих алкоголем, вдвое выше, чем у тех, кто пьет редко и мало. Наиболее характерными для хронического алкоголизма являются жировая дистрофия печени и полиневропатия. Однако нет ни одной системы организма, ни одного органа, которые не нарушались бы под влиянием алкоголя. Соматические и неврологические симптомы алкоголизма возникают на разных этапах заболевания.

Нарушения желудочно-кишечного тракта

Заболевания печени. Токсическое действие алкоголя на клетки печени, нарушения липидного обмена, дефицит

белков, липотропных и витаминов группы В приводят к развитию жировой дистрофии, гепатита и цирроза печени. По мере утяжеления клиники алкоголизма эти три формы поражения печени переходят одна в другую.

При жировой дистрофии печень увеличена, консистенция ее плотная, край закруглен, она чувствительна при пальпации. Алкогольный гепатит проявляется в двух формах — персистирующей (наиболее часто) и прогрессирующей. Больные периодически ощущают тяжесть в правом подреберье, метеоризм, переполнение желудка. Печень увеличена и более плотная, чем при жировой дистрофии. При прогрессирующей форме появляются рвота, диарея, анорексия, лейкоцитоз, повышение температуры, желтуха. Печень резко увеличена, уплотнена и болезненна при пальпации. Исходом этого состояния часто является цирроз печени (компенсированный и декомпенсированный), при котором описанные выше нарушения усугубляются и дополняются утомляемостью, снижением настроения, ослаблением полового влечения, выпадением волос, истончением кожных покровов.

Токсическое действие алкоголя на слизистую *желудка* вызывает алкогольный гастрит, характеризующийся отсутствием аппетита, тошнотой, отрыжкой, неприятным вкусом во рту, болезненностью в эпигастральной области. Злоупотребление алкоголем может служить фактором, способствующим развитию язвенной болезни желудка. У некоторых больных в верхних отделах тонкого кишечника возникают воспалительные изменения слизистой — алкогольный энтероколит.

Заболевание поджелудочной железы при хроническом алкоголизме проявляется в форме острого и хронического панкреатита. Наиболее характерен хронический панкреатит, обостряющийся после тяжелых алкогольных эксцессов. Клинически панкреатит проявляется болями в левом

подреберье, снижением аппетита, тошнотой, метеоризмом, неустойчивым стулом. При обострении процесса появляются опоясывающие боли, многократная рвота, субфебрильная температура, запор.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Алкогольная миокардиодистрофия возникает в результате непосредственного токсического влияния алкоголя на сердечную мышцу, проявляется сердечной недостаточностью с нарушением сократительной функции миокарда. У больных алкоголизмом чаще, чем у лиц того же возраста, не злоупотребляющих алкоголем, обнаруживается атеросклероз коронарных сосудов.

Заболевания органов дыхания

Алкоголь частично в неизмененном виде выдыхается через легкие, бронхи, трахею, вызывая катары верхних дыхательных путей, ателектаз легких, бронхоэктазы. В связи с резким снижением иммунных свойств организма, больные алкоголизмом нередко умирают от крупозной пневмонии. Алкоголизм предшествует развитию туберкулеза, течение последнего отягощается различными осложнениями со стороны желудочно-кишечного тракта, печени.

Алкоголь частично в неизмененном виде выделяется почками, что приводит к нарушению функции *почек* и *мочевыводящих путей*. Нарушения со стороны крови проявляются тромбоцитопенией, ослаблением способности лейкоцитов к фагоцитозу, гемолитической анемией.

Алкогольные полиневропатии развиваются у 20–30% больных вследствие деструктивных изменений периферических нервных волокон, вызванных токсическим воздействием на них алкоголя. Больные испытывают неприятные

ощущения «онемения», «ползания мурашек», колющие боли, слабость в нижних конечностях. Нарушается глубокая чувствительность, исчезают ахилловы рефлексы, иногда — коленные. Появляются тонические судороги в руках и ногах, походка становится атактичной.

Сексуальные нарушения встречаются во многих случаях при алкоголизме, выраженность их зависит от стадии заболевания. В III стадии обычно снижается либидо, нарушается половой акт в виде недостаточной эрекции, преждевременной эякуляции. Некоторые больные прибегают к стимуляции половой активности большими дозами алкоголя.

1.5. МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ (АЛКОГОЛЬНЫЕ) ПСИХОЗЫ

Металкогольные психозы — это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, возникающие у больных алкоголизмом преимущественно во II и III стадиях болезни. Существующий ранее термин «алкогольные психозы» заменен на «металкогольные» в связи с тем, что их причиной является не только непосредственное действие алкоголя на мозг, а большое значение имеет поражение внутренних органов и нарушение обмена веществ, вызванные хронической интоксикацией, а также провоцирующие вредности (соматические и психические). Металкогольные психозы (по данным ВОЗ) возникают у 10% больных алкоголизмом, у мужчин чаще, чем у женщин. В МКБ-10 металкогольные психозы классифицируются следующим образом:

- F-10.4 — состояние отмены с делирием в результате употребления алкоголя;
- F-10.5 — психотические расстройства в результате употребления алкоголя (галлюциноз, алкогольный бред ревности);

- F-10.6 — алкогольный амнестический синдром (энцефалопатия Гейне–Вернике, корсаковский синдром).

В отечественной наркологии металкогольные психозы классифицируются по синдромальным признакам и течению:

I. Острые металкогольные психозы
   1. Алкогольный делирий
   2. Острый галлюциноз
   3. Острый параноид

II. Затяжные металкогольные психозы
   1. Галлюциноз
   2. Параноид
   3. Бред ревности
   4. Депрессия

III. Алкогольные энцефалопатии
   1. Гейне–Вернике
   2. Корсаковский психоз
   3. Деменция
   4. Эпилепсия

1.5.1. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (БЕЛАЯ ГОРЯЧКА, DELIRIUM TREMENS)

Наиболее часто встречается металкогольный психоз (до 75% всех случаев психозов) как тяжелое проявление синдрома отмены. Белая горячка обычно возникает через 3–7 дней после прекращения приема спиртного или резкого снижения дозы у больных, злоупотребляющих в течение 5–15 лет в возрасте 30–40 лет. В продромальной стадии, которая может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев, наблюдаются расстройства сна с частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями, страхами, сердцебиением, потливостью. Днем у больных обычно астения с тревогой и беспокойством. Классический вариант алко-

гольного делирия характеризуется рядом последовательных стадий.

В первой стадии к вечеру и особенно к ночи у больных повышается общее беспокойство, они становятся настороженными, непоседливыми, говорливыми, причем речь их недостаточно последовательна. Появляются различные образные воспоминания и представления. Возникает гиперестезия, чаще тактильная, когда больные вздрагивают от легкого прикосновения. Настроение изменчиво: преимущественно от страха, тревоги до эйфории. В ряде случаев возникают вербальные галлюцинации. В последующем появляются зрительные иллюзии от немногочисленных до парейдолий, иногда больные видят «кино на стене». При закрывании глаз возникают гипнагогические галлюцинации, сопровождающиеся страхами. Резко ухудшается сон, при частых пробуждениях больные не могут отличить сновидения от реальности. Развивается преходящая дезориентировка в окружающем вне связи со сном. Больные становятся чрезвычайно внушаемыми, у них легко можно вызвать галлюцинации внушением: попросить прочитать «текст» с чистого листа бумаги, «разговаривать» по отключенному телефону; показывая на стену, можно заставить «увидеть» на ней несуществующих насекомых. Появляется симптом Липмана (при надавливании на закрытые глаза у больных возникают соответствующие вопросу врача зрительные галлюцинации).

В развернутой стадии делирия развивается полная бессонница, нарушается ориентировка во времени, в окружающих лицах, при сохранности ориентировки в собственной личности. Возникают истинные галлюцинации в виде множества подвижных насекомых, мелких животных, змей, реже крупных фантастических животных либо человекообразных существ, иногда больные видят проволоку, паутину, веревку. Зрительные галлюцинации изменяются в размерах,

то приближаются, то удаляются. При углублении расстройства сознания появляются слуховые, обонятельные, тактильные галлюцинации. Нередки нарушения схемы тела, изменяется его положение в пространстве. Больные высказывают отрывочные бредовые идеи преследования, ревности, отличающиеся конкретностью и несистематизированностью. Тематика бредовых высказываний, а также эмоции соответствуют содержанию галлюцинаций. Обычно эмоциональное состояние изменчиво — от страха, недоумения до веселости. Как правило, делирий сопровождается двигательным возбуждением с суетливой деловитостью, бегством, стремлением спрятаться. Больные чрезвычайно отвлекаемы, их речь состоит из отрывчатых коротких фраз или отдельных слов. Болезненные симптомы усиливаются обычно к ночи.

Алкогольный делирий сопровождается неврологическими и соматическими симптомами: атаксия, тремор рук, головы, гиперрефлексия, мышечная гипотония, гипергидроз, гиперемия кожных покровов, тахикардия, колебания АД, субфебрилитет, одышка, желтушность склер, в крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Длительность белой горячки от трех до семи дней. Выздоровление обычно наступает критически после глубокого продолжительного сна. У больных сохраняются воспоминания о болезненных переживаниях, собственное же поведение и происходящие вокруг него события обычно амнезируются. После острого периода в течение нескольких дней наблюдается астеническое состояние.

Кроме классического делирия встречаются различные его варианты.

Гипнагогический делирий

При засыпании при закрытых глазах больные видят различные галлюцинаторные образы, нередко сценоподобные,

которые исчезают при открытии глаз. Состояние сопровождается нерезким страхом, недоумением и соматовегетативными нарушениями. Гипнагогический делирий продолжается 1–2 ночи и может сменяться другими формами алкогольного делирия.

Гипнагогический онириэм

Отличается фантастическим содержанием зрительных галлюцинаций, их сценоподобностью и последовательной сменой одной ситуации другой. При открывании глаз галлюцинации исчезают, но при закрывании — возобновляются в виде продолжения предыдущей сцены.

Делирий без делирия

Остро возникающее состояние с суетливым возбуждением, выраженным тремором и гипергидрозом. Галлюцинации и бредовые идеи отсутствуют. Сон отрывочный или полная бессонница. Ориентировка не нарушается.

Абортивный делирий

Развивается без продромы, возникают единичные зрительные иллюзии и микроскопические галлюцинации без определенных ситуаций. Иногда встречаются акоазмы и фонемы. Сопровождается разнообразным страхом или тревогой. Двигательное возбуждение непродолжительно. Длительность абортивного делирия от нескольких часов до суток.

Делирий с выраженными вербальными галлюцинациями

При этой форме делирия вербальные галлюцинации, которые сопровождают другие нарушения восприятия,

характерные для классического делирия. «Голоса» устрашающего содержания, угрожающие больному. Бредовые высказывания в виде идей физического уничтожения, сопровождаются тревогой, страхом и двигательным возбуждением с импульсивными действиями. Вегетативные расстройства выражены умеренно. Продолжается психоз от нескольких дней до недели и более.

Систематизированный делирий

Преобладают сценоподобные зрительные галлюцинации и образный бред с тенденцией к систематизации, определяющие аффект и поведение больных. Иногда видятся сцены преследования авантюрно-детективного содержания, в которых больной всегда является объектом покушения.

Атипичные формы алкогольного делирия

Характеризуются симптоматикой, более свойственной эндогенным психозам.

Делирий с фантастическим содержанием (алкогольный онейроид)

В начале психоза появляются множественные фотопсии, элементарные зрительные галлюцинации (пыль, дым, волосы, паутина, нити), что сопровождается страхом, двигательным возбуждением. Через 2–3 суток ночью возникают сценоподобные зрительные и вербальные галлюцинации, бредовая ориентировка, симптом положительного двойника. Усиливается двигательное возбуждение, сопровождающееся сложными координированными действиями, на фоне которого через 1–2 дня периодически возникают эпизоды обездвиженности и сонливости.

Через несколько суток психоз заканчивается критически глубоким сном. О своих переживаниях больные рассказывают довольно подробно. Это фантастические сцены пыток, полетов в космос, концлагерей, войн, при этом появляется ощущение быстрого перемещения в пространстве. При закрытых глазах больные видят и себя участниками событий, при открытых — наблюдают за ними со стороны. На высоте психоза больные не испытывали страха, преобладали любопытство, удивление и даже безразличие. Длительность этого состояния 2–3 суток, выход, как правило, критический.

Алкогольный онириэм

С самого начала в клинике преобладают яркие зрительные галлюцинации, субступор или ступор.

Пролонгированный (хронический) делирий

При некоторых формах делирия обратное развитие симптоматики продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. У больных наблюдаются гипнагогические, а также тактильные, слуховые простые галлюцинации, сопровождающиеся незначительной параноидной настороженностью и неглубокой тревогой. При этом полностью сохранена ориентация и не нарушается поведение больных. Эти состояния чаше возникают ночью, больные к ним критичны. Днем настроение больных снижено, выражена астения.

Тяжелые делирии

Обычно развиваются после длительного ежедневного употребления спиртных напитков и суррогатов алкоголя. Неблагоприятными прогностическими признаками, которые

могут свидетельствовать о развитии тяжелого делирия, является повышение температуры до 38–39°С, резкое усиление тремора, миоклонические подергивание, выраженное психомоторное возбуждение.

Профессиональный делирий

Больные в болезненном состоянии имитируют свою профессиональную деятельность. В последующем, как правило, болезненный период амнезируется. Вслед за профессиональным делирием может возникать транзиторный амнестический корсаковский синдром или псевдопаралич.

Мусситирующий (бормочущий) делирий

Больные отрешены от окружающего, контакт с ними невозможен. Возбуждение ограничивается пределами постели с рудиментарными нецеленаправленными движениями (ощупывание, хватание, разглаживание, стягивание постели, перебирание пальцами). Речь бессвязная в виде отдельных звуков, слогов, междометий. Больные оглушены сначала днем, а потом и ночью. После выздоровления полная амнезия. При обоих вариантах тяжелого делирия наблюдаются выраженные соматоневрологические расстройства, коррелирующие с тяжестью психического состояния: симптомы орального автоматизма, страбизм, нистагм, птоз, гипертермия (до 40–41°С), гипергидроз, гипотензия, атаксия, дизартрии. Смертность при тяжелых делириях 2–5%, причины — пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

1.5.2. АЛКОГОЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

Это вторая по частоте группа металкогольных психозов, возникающих в возрасте 40–43 лет на 10–11-м году алко-

гольной болезни. По течению галлюцинозы подразделяются на острые, затяжные (протрагированные), хронические, бредовые.

Острый алкогольный галлюциноз

Чаще всего развивается на фоне абстиненции. Отличительной особенностью является сохранность ориентировки больного в себе и окружающих. Вначале у больных на фоне бессонницы или прерывистого сна появляются акоазмы, фонемы (свист, шум, шепот, отдельные слова или короткие фразы). Затем возникают вербальные галлюцинации, которые вначале имеют нейтральный характер, а в последующем больной слышит множество «голосов», комментирующих, угрожающих, осуждающих его поведение. Содержание «голосов», как правило, отражает реальные события жизни больного. «Голоса» говорят между собой, упоминая о больном в третьем лице, либо обращаются непосредственно к нему. Постоянная тема разговоров — обсуждение пьянства, интенсивность голосов меняется от шепота до крика. Голоса высмеивают больного, дразнят его, часто бывают императивными; к обвиняющим и угрожающим голосам нередко присоединяются оправдывающие и защищающие больного; между голосами могут возникать споры. Больные погружены в болезненные переживания и отрешены от реальности, это состояние усугубляется, когда возникает сценоподобный поливокальный галлюциноз с последовательно меняющимися галлюцинаторными ситуациями, связанными единой темой. Больные так образно рассказывают об этом, как будто бы видят это, а не только слышат. Галлюцинации с самого начала психоза сопровождаются бредовыми идеями преследования, физического уничтожения, обвинения, эротическими. Больные приводят много конкретных деталей, фактов, подтверждающих их мысли, но при этом

параноидная установка разлитая, диффузная, больной видит опасность во всем, все кажется ему подозрительным в поведении окружающих. Галлюцинации сопровождаются тревогой, страхом, отчаянием, в начале психоза — недоумением. Поведение больных соответствует бреду и галлюцинациям, больные предпринимают попытки самообороны от обращения за помощью в милицию, бегства до суицидальных или общественно опасных действий. Редукция психотических симптомов происходит обычно критически после глубокого сна. Продолжительность психозов от нескольких дней до месяца.

Кроме описанного классического галлюциноза могут наблюдаться некоторые его варианты.

Острый гипнагогический вербальный галлюциноз, когда при засыпании появляются либо немногочисленные акоазмы и фонемы, либо вербальные галлюцинации обыденного или профессионального содержания. Состояние продолжается одну или несколько ночей.

Острый абортивный галлюциноз продолжается от нескольких часов до суток и ограничивается, как правило, простыми вербальными галлюцинациями нейтрального содержания.

Атипичные формы острого алкогольного галлюциноза

Острый галлюциноз с психическими автоматизмами. Больные говорят, что «голоса» узнают их мысли. Иногда появляются вербальные псевдогаллюцинации. Чаще всего автоматизмы бывают идеаторными, значительно реже — сенсорными. Психические автоматизмы возникают обычно при поливокальном галлюцинозе, усиливаясь и умножаясь одновременно с усилением вербального галлюциноза, преимущественно в тишине и ночью.

В ряде случаев различные по продолжительности *делириозные эпизоды* присоединяются к вербальному галлюци-

нозу, появляются термические и тактильные галлюцинации, нарушение восприятия схемы тела. Больные испытывают страх, развивается двигательное возбуждение. Эти состояния возникают обычно ночью.

У ряда больных на фоне вербального галлюциноза возникают *онейроидные состояния*.

Затяжные (протрагированные) алкогольные галлюцинозы

Продолжительность их от одного до шести месяцев, чаще два-три месяца. В начальной стадии психоза преобладают нарушения, характерные для классического варианта. Различия возникают позже и выражаются присоединением к галлюцинозу бреда или депрессии.

При депрессивном варианте больные подавлены, высказывают идеи самообвинения, при бредовом варианте идеи преследования преобладают над галлюцинациями.

У ряда больных на протяжении всего периода психоза наблюдается вербальный галлюциноз, они критически относятся к болезни, настроение их ровное, поведение адекватное.

Хронические алкогольные галлюцинозы

В эту группу входят больные, у которых длительность психоза более шести месяцев, а нередко несколько лет.

Различают следующие варианты хронических алкогольных галлюцинозов.

Хронический алкогольный галлюциноз без бреда

Больные слышат «голоса», доносящиеся извне. Содержание их такое же, как и при остром галлюцинозе. «Голоса» не оставляют в покое больного целые сутки, вмешиваются во

все его дела. В первые месяцы больные вступают в разговор с голосами, в последующем как бы привыкают к ним. Поведение таких больных вполне упорядочено, имеется осознание болезни и критическое отношение к расстройствам. При полном воздержании от алкоголя происходит редукция психоза. Возобновление же пьянства обостряет симптомы галлюциноза, появляются бред, тревога, страх.

Хронический алкогольный галлюциноз с бредом

Наряду с галлюцинациями появляются несистематизированные бредовые идеи преследования, связанные по содержанию с вербальными галлюцинациями. Бредовые идеи излагаются больными обычно в одних и тех же формулировках, их усложнения не происходит.

Довольно редко встречается хронический галлюциноз с психическими автоматизмами и парафренизацией бреда. Чаще всего это идеаторные автоматизмы со слуховыми псевдогаллюцинациями, иногда идеи воздействия. У ряда больных в последующем развивается мегаломанический галлюцинаторный бред, при этом нарастает органическое снижение личности.

Алкогольные бредовые психозы

Форма алкогольных психозов, развивающихся преимущественно на 12–13-м году алкоголизма в основном у мужчин. По содержанию бредовых идей подразделяют острый и затяжной алкогольный параноид и бред ревности.

Острый алкогольный параноид

Возникает обычно, как и другие острые психозы, в состоянии абстиненции. В ряде случаев психозу предшеству-

ет короткий период (часы, сутки) предвестников: немотивированный страх, тревога, подозрительность, бессонница. Затем остро возникает уверенность, что больному грозит смертельная опасность, формируется бред физического уничтожения (убьют, зарежут, выбросят на ходу из вагона, застрелят и т. д.). Каждый, кто находится рядом, является членом банды, следит за больным. Появляются зрительные и вербальные иллюзии, больные видят, как в руках одного из преследователей блеснул нож, у другого из кармана высовывается дуло пистолета. При этом больные в разговорах окружающих слышат реплики в свой адрес. Это сопровождается выраженными страхом и тревогой. Часто больные пытаются скрыться, убежать и совершают это нередко с опасностью для жизни: выпрыгивают на ходу из поезда, прячутся в безлюдные места полураздетые в холодную погоду. Прибегают в милицию, ища там защиту. Иногда пытаются совершить суицид, чтобы умирать более легкой смертью. В некоторых случаях больные, спасая себя, нападают на окружающих.

Продолжительность от нескольких дней до нескольких недель, в ряде случаев остается резидуальный бред. Иногда на фоне запоя в состоянии опьянения развивается абортивный параноид, при котором описанные выше симптомы менее интенсивны, длительность его 1–3 часа. У некоторых больных, как правило, ночью, появляются зрительные галлюцинации и иллюзии, либо связанные тематически с бредом, либо не связанные с ним.

Затяжной алкогольный параноид

В начале болезни развивается картина, аналогичная острому параноиду. В последующем страх сменяется тревожно-депрессивным настроением, исчезают иллюзии, бред систематизируется. Больной начинает понимать, что его

преследователями являются не все окружающие, а лишь некоторые лица, с которыми у него были ранее конфликты. Поведение внешне производит впечатление нормального, однако больные остаются недоверчивыми, подозрительными; они стараются изменить привычные маршруты, просят родственников провожать их на работу и с работы, ограничивают круг общения. Прием спиртного усиливает страх и тревогу, изменяет поведение. Длительность затяжного параноида несколько месяцев.

Алкогольный бред ревности

Развивается исключительно у мужчин в возрасте около 50 лет, характеризуется первичным паранойяльным бредом. Частота этого психоза около 3% в группе всех алкогольных психозов. Возникает алкогольный бред ревности у больных с психопатическими чертами характера, которые в преморбиде отличались эгоцентричностью, стеничностью, чрезмерной требовательностью, застойным аффектом, склонностью к образованию сверхценных идей. Монотематический бред развивается медленно, исподволь. Алкогольная деградация создает реальные условия для отчуждения супругов в области интимных отношений, что служит предпосылкой для появления сверхценных идей супружеской неверности. Больные истязают своих жен расспросами об изменах, о детях, требуют сознаться, обещая простить.

В последующем развивается бред ревности, больные непоколебимо уверены в неверности жен, следят за ними, находят любовников среди людей, которые значительно моложе них. Больные тщательно проверяют белье жен, постель, находя подтверждение своим мыслям. Некоторые обращаются к общественности или органам правопорядка с просьбой помочь сохранить семью. Некоторые утвержда-

ют, что жена тратит деньги семьи на любовника, не заботится о детях, о доме. Иногда появляются идеи отравления, колдовства.

Поведение больных представляет опасность для их жен, так как они, даже попадая в психиатрическую больницу, умело диссимулируют бред, ласковы с женами, просят прощения у них. Иногда сами жены требуют их выписки из больницы, так как считают, что они выздоровели. Однако нередко при внешне правильном поведении больные совершают убийство своих жен.

Алкогольный бред ревности продолжается годами, однако при полном воздержании от спиртного у части больных бред может редуцироваться.

Алкогольные энцефалопатии

Это группа металкогольных психозов, характеризующихся сочетанием психических нарушений с выраженными соматическими и неврологическими расстройствами, преобладающими в клинической картине.

Алкогольные энцефалопатии развиваются на фоне алкоголизма продолжительностью от 5–7 до 20 лет и более, в третьей стадии болезни при запойной форме злоупотребления не только спиртными напитками, но и суррогатами. У женщин энцефалопатии развиваются через 1–3–4 года после начала ежедневного пьянства. Продромальный период длится от нескольких недель до года и более. У больных развиваются адинамическая астения, диспепсия, анорексия, тошнота и рвота по утрам, отвращение к жирной и белковой пище, сон становится поверхностным с частыми побуждениями и кошмарным сновидениями. Больные испытывают парестезии, онемение, стягивание, похолодание конечностей, судороги в руках и ногах, нарушаются походка и возможность выполнять точные действия, особенно с

мелкими предметами. Появляются атаксия, головокружение, тремор, ухудшается зрение.

Выделяют *острые* и *хронические* формы энцефалопатий.

Острые энцефалопатии

Энцефалопатией Гейне–Вернике заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет. В начале психоза появляются симптомы тяжело протекающего делирия (профессионального или мусситирующего). Галлюцинации зрительные, отрывочные и статичные, сопровождаются тревогой, двигательное возбуждение в пределах постели, речь бессвязная. Спустя несколько дней нарушение сознания углубляется до оглушенности, сомнолентности, сопора и в тяжелых случаях — комы. Грубые нарушения возникают в неврологической и соматической сферах: глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушение мышечного тонуса, вегетативные расстройства, признаки пирамидной недостаточности, трофические поражения. Больные резко истощены, выглядят старше своих лет, обезвожены, температура 37–38°С, тахикардия, аритмия, дыхание учащено, артериальное давление вначале несколько повышено, а затем резко снижается, в крови лейкоцитоз.

Летальный исход наступает в середине или к концу второй недели. Психоз, не приводящий к смерти, длится 3–6 недель. Нормализация сна является ранним признаком выздоровления. Исходом энцефалопатии Гейне–Вернике является психоорганический синдром, у мужчин — псевдопаралич, у женщин — корсаковский синдром.

Митигированные острые энцефалопатии. Астения в периоде продромы сопровождается раздражительностью, недовольством, субдепрессией. Манифест проявляется неглубоким делирием в ночное время, днем — сонливость с тре-

вожно-дисфорическими и ипохондрическими симптомами, а также фиксационной гипомнезией. Продолжительность психоза от нескольких недель до 2–3 месяцев.

«Сверхострая» форма алкогольной энцефалопатии. Развивается у мужчин. Период продромы характеризуется адинамической астенией с выраженными соматоневрологическими расстройствами и продолжается 2–3 недели. Такие больные нередко госпитализируются в соматические больницы. В манифесте психоза развивается профессиональный делирий, сменяющийся через несколько часов мусситирующим. Температура повышается до 40–41°С, сознание выключается. Летальный исход наступает на 2–6-е сутки. Возможно улучшение при своевременном лечении с развитием псевдопаралитического синдрома.

Хронические алкогольные энцефалопатии

Корсаковский психоз развивается в возрасте 40–50 лет и старше, обычно вслед за тяжелыми делириями или энцефалопатией Гейне–Вернике. В клинической картине ведущим является корсаковский амнестический синдром: амнезия (фиксационная и ретроградная), псевдореминисценции (нарушается воспроизведение событий во временной последовательности), конфабуляции (ложные, фантастические воспоминания), амнестическая дезориентировка. Пожилые больные обычно адинамичны, вялы, гипобуличны, более молодые — живее, подвижнее, стараются чем-то заняться. К дефекту памяти критика сохранена, и больные стараются скрыть его с помощью различных приемов. Наряду с психическими развиваются неврологические нарушения в виде невритов в области конечностей, сопровождающиеся атрофией мышц. Течение болезни обычно регредиентное.

Алкогольный псевдопаралич — редкое заболевание мужчин зрелого и пожилого возраста. Развивается после острых

алкогольных энцефалопатий и тяжелых делириев. Психические и неврологические проявления напоминают дементную или экспансивную форму прогрессивного паралича. Типичны явления тотальной деменции с грубым нарушением критики. В литературе описаны редкие формы алкогольных энцефалопатий: с картиной бери-бери, пеллагры, с симптомами ретробульбарного неврита, обусловленного стенозом верхней полой вены.

Кроме описанных выше металкогольных психозов выделяют психопатологические состояния, возникающие при алкоголизме и металкогольных психозах (алкогольная депрессия и эпилепсия) или сопровождаемые алкогольными эксцессами (дипсомания).

Алкогольная депрессия

Развивается при алкоголизме, а также при острых и пролонгированных металкогольных психозах. Депрессия возникает либо в период абстиненции, либо после делирия или галлюциноза. Сниженное настроение сопровождается дисфорией, слезливостью или тревогой, ипохондрией. Продолжительность депрессии от 1–2 недель до 1 месяца. Алкогольная депрессия чаще возникает у женщин, она нередко является причиной суицида. Сами больные обычно не обращаются к врачам с жалобами на плохое настроение, окружающие рассматривают депрессию как психологическую реакцию на болезнь, поэтому диагностируется это состояние часто ретроспективно.

Алкогольная эпилепсия

Форма симптоматической эпилепсии, развивающейся при алкоголизме и его осложнениях. Припадки возникают либо после длительного пьянства, либо в первые дни абсти-

ненции. Они также могут появляться в начале делирия или энцефалопатий Гейне–Вернике. Это либо генерализованные судорожные, либо абортивные припадки. При воздержании от алкоголя припадки обычно исчезают.

Дипсомании

Дипсомании (истинные запои) — периодическое (в форме запоя) злоупотребление алкоголем у лиц, не страдающих алкоголизмом. Запою предшествуют тревожно-депрессивное настроение, нарушение сна, анорексия, головная боль. Продолжительность запоя от нескольких дней до недели. Окончание его внезапное, когда исчезает потребность в алкоголе и появляется даже отвращение к нему.

Патогенез металкогольных психозов

Возникновение алкогольных делириев обусловлено нарушениями в диэнцефальной области, которые приводят к срыву компенсаторных механизмов при алкоголизме. Поражение печени, нарушение ее детоксицирующей функции приводит к нарушению окисления алкоголя и накоплению в крови токсических недоокисленных продуктов. Возникает гиповитаминоз, особенно недостаток витаминов группы В, при острых металкогольных психозах особенно выражен недостаток витамина B_6, при энцефалопатиях — B_1. Недостаток витамина B_1 резко нарушает углеводный обмен в головном мозгу. В патогенезе алкогольного бреда ревности играют роль несколько факторов: токсикоз, приводящий к органическому снижению личности; возраст больных, их преморбидные особенности и психогенные моменты, связанные со злоупотреблением алкоголем.

Лечение металкогольных психозов

Эффективность терапии металкогольных психозов определяется комплексностью, индивидуальным подходом с учетом состояния больного (как психического, так и соматического). Лечение острых металкогольных психозов должно проводиться в условиях стационара. Учитывая патогенетические основы острых психозов, должны проводиться следующие мероприятия:

1) дезинтоксикация;
2) ликвидация метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза, гипо- и авитаминоза) и коррекция водно-электролитного, кислотно-основного состояния;
3) устранение гемодинамических, сердечно-сосудистых нарушений;
4) предупреждение отека легких, а при его возникновении — устранение;
5) предупреждение и устранение гипоксии и отека мозга;
6) нормализация дыхания;
7) ликвидация гипертермии;
8) предупреждение и ликвидация нарушений функции печени и почек;
9) лечение сопутствующей соматической патологии.

Лечение алкогольного делирия целесообразно проводить следующим образом:

1) детоксикация — применение поливидона, декстрана-70, декстрана-40, препаратов трисоль и хлоросоль, изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингера в/в (капельно) или 5% раствора глюкозы (капельно) по 500–1000 мл, 25% раствора сульфата магния — 5–10 мл в/в с 10% раствором глюкозы (капельно); тиосульфата натрия, хлорида кальция в/в, унитиола — 5–10 мл в/м,

2) немедикаментозная детоксикация — очистительная клизма, плазмоферез, гипербарическая оксигенация, поверхностная церебральная гипотермия, назначение энтеросорбентов;
3) применение витаминов — тиамина, пиридоксина, цианокобаламина, аскорбиновой и никотиновой кислот в/в или в/м;
4) использование мочегонных средств — маннитола в/в, фуросемида в/м, ацетазоламида, триампура — внутрь;
5) назначение препаратов, устраняющих возбуждение и бессонницу, — оксибутирата натрия, тиопентала натрия в/в, диазепама в/м;
6) применение препаратов, воздействующих на мозговой обмен (ноотропных средств), — 20% раствора пирацетама парентерально по 10–20 мл;
7) назначение глюкокортикоидов — гидрокортизона, преднизолона в/в или в/м;
8) использование антиконвульсантов — карбамазепина, вальпроевой кислоты внутрь.

В этих случаях предпочтительна инфузионная терапия, которую следует начинать как можно раньше. Перед инфузионной терапией необходимо купировать возбуждение — в/в вводят седуксен по 20–40 мг 2–3 раза в сутки. Если седативный эффект седуксена не достаточен, вводят оксибутират натрия по 2–4 г в 20 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно. Купировать возбуждение можно 2% р-ром тиопентала натрия по 20–30 мл в/в медленно. В стадии продромы и начальных проявлениях алкогольного делирия с целью купирования бессонницы, беспокойства, вегетативных нарушений рекомендуется смесь Е. А. Попова (фенобарбитал — 0,4 г, спирт винный — 20 мл, вода дистиллированная — 200 мл) внутрь 1–3 раза в ночное время.

Следует учитывать, что нейролептики, особенно аминазин и тизерцин, не рекомендуется использовать для купирования

возбуждения больных алкогольным делирием, так как они могут вызвать тяжелое осложнение в виде резкого падения артериального давления, повышения проницаемости сосудистой стенки и появления отека мозга. Молодым больным без выраженной соматической патологии при резко выраженном психомоторном возбуждении возможно назначать 0,5% р-ра галоперидола 2–3 мг в/м или в/в 1–2 раза в сутки.

Выбор дезинтоксикационных средств определяется тем, какие симптомы преобладают у больного — обезвоживание или гипергидратация. При обезвоживании и гиповолемии в/в капельно водят 5% р-р глюкозы по 800–1500 мг/сут в сочетании с инсулином (8–16 ЕД), р-р Рингера по 2–3 л/сут, изотонический р-р натрия хлорида до 2–3 л/сут, гемодез по 400 мл 2–3 раза в сутки, реополиглюкин 400–1500 мг/сутки.

Состояние гипергидратации и гиперволемии требует проведения дегидратации: в/в капельно по 500–1000 мл гипертонического р-ра (10–20%) глюкозы с инсулином, р-р панангина (10 мл) в сочетании с диуретиками (фуросемид, лазикс). Усиленный диурез может вызвать гипокалиемию, предупредить которую можно введением в/в 3% р-ра хлорида калия по 50–100 мл. С целью дезинтоксикации назначают 5% р-р унитиона по 5 мл в/м 2 раза в сутки, 30% р-р тиосульфата натрия по 5 мл в/в; 25% р-р сульфата магния по 10 мл в/м.

Большое значение в лечении алкогольного делирия имеет витаминотерапия, причем целесообразно назначать комплексно различные витамины: 5% р-р витамина С по 4 мл 2 раза в сутки, в/м или в/в 1% р-р никотиновой кислоты по 2 мл 2 раза в сутки; 6% р-р тиамина бромида по 5–6 мл 3–4 раза в сутки; 5% р-р пиридоксина по 4–6 мл в/м 2 раза в сутки; 0, 02% р-р цианокобаламина по 1–2 мл в/м. Если больной может глотать — рутин по 50–100 мг 2–3 раза в сутки, пангамат кальция по 200–500 мг в сутки.

В последние годы широко используют немедикаментозные методы детоксикации: плазмаферез, поверхностную краниоцеребральную гипотермию, гемосорбцию, энтеросорбенты.

При алкогольном делирии происходит сдвиг кислотно-основного состояния в сторону ацидоза, устранение которого достигается комплексной терапией нарушений сердечно-сосудистой деятельности, легочной вентиляции, оксигенотерапией, коррекцией почечной и печеночной недостаточности, в/в введением 5% р-ра бикарбоната натрия до 150–200 мл/сутки, кокарбоксилазы 50–100 мг 1–2 раза в сутки в/м. Угрожающим при алкогольном делирии является падение АД. При его значениях 110/90–100/88 мм рт. ст. рекомендуется в/в введение 200 мг дофамина в 400 мл изотонического р-ра хлорида натрия капельно (10 капель в минуту под контролем АД). В тяжелых случаях (АД в пределах 80/60 мм рт. ст.) следует увеличивать скорость введения дофамина до 15–20 капель в минуту, доводя суточную дозу его до 400–800 мг. Действие дофамина усиливают в/в капельным введением 0,25 мг (1 мл) 0, 025% р-ра дигоксина в 10 мл 5% р-ра глюкозы, одновременно назначают мочегонные. При нарастании симптомов сердечной недостаточности, угрозе отека легких наряду с вазопрессорными средствами назначают нитраты: в/в капельно 10 мл 1% р-ра нитроглицерина в 100 мл изотонического р-ра хлорида натрия, скорость 5–6 капель в минуту под контролем А/Д.

При тахиаритмии, обусловленной при хроническом алкоголизме гипомагнеземией и гипокалиемией в/в капельно вводят 5–10 мл 25% р-ра сульфата магния, 30 мл 4% р-ра хлорида калия, 20 мл 2% р-ра рибоксина в 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия, обзидан 5 мг в/в медленно (1 мг в минуту).

Для профилактики отека мозга, который вызывается у больных алкоголизмом нарушениями гемодинамики,

токсикозом, повышенной проницаемостью стенок сосудов, нарушением водно-электролитного обмена, необходимо своевременно начать терапию, направленную на предупреждение этих нарушений. Назначается осмотический диуретик маннитол 15% р-р в/в капельно в дозе 0,5–1,5 г/кг веса больного, кортикостероиды — гидрокортизон ацетат по 50–100 мг в/м, гидрокортизон гемосукцинат по 25–50 мг в/в, преднизолон — по 30–45 мг 1–2 раза в день перорально. Для борьбы с гипоксией мозга используется витаминотерапия, 1% р-р АТФ (2–3 мл) в/м ноотропил (пирацетам) по 9–12 г в сутки.

Стойкая гипертермия, не обусловленная интеркуррентными заболеваниями, купируется физическими методами охлаждения, а также введением в/в 2 мл 50% р-ра анальгина. При наличии симптомов поражении печени назначается 1% р-р хлорида холина на изотоническом р-ре хлорида натрия по 200–300 мг в/в капельно (скорость введения до 30 капель в минуту), сирепар по 2–3 мл в/м 1 раз в сутки, метадоксин по 300–600 мг в/м или в/в.

При появлении судорожных припадков или развитии эпилептического статуса вводят в/в или в/м 2–4 мл 0,5% р-ра седуксена, 5% р-р унитиона (10 мл) в/м, 1% р-р лазикса 2 мл в/м с последующем введением 10% р-ра глюконата кальция 10 мл в/в, 40 мл 40% глюкозы с 5% р-ром аскорбиновой кислоты. После очистительной клизмы вводят в микроклизме 50 мл 3% р-ра хлоралгидрата. В наиболее тяжелых случаях проводится люмбальная пункция с извлечением 15–20 мл ликвора. При наличии судорог противопоказаны кордиамин, коргликон, камфора, лобелин, цититон, так как они повышают судорожную активность.

Продолжительность инфузиозных мероприятий зависит от тяжести делирия и составляет от 12 часов до 1,5 суток.

Терапия других форм неалкогольных психозов и энцефалопатий также должна быть комплексной и включать в

себя дезинтоксикацию (медикаментозную и немедикаментозную), витамины, нейролептики, транквилизаторы, ноотропы, неспецифическую стимуляцию при затяжном течении. Основное место в терапии галлюцинозов и бредовых алкогольных психозов занимают психотропные препараты: аминазин 150–300 мг в сутки, стелазин 20–50 мг в сутки, галоперидол 10–30 мг в сутки, левомепромазин 50–150 мг в сутки. В первые дни лечения их целесообразно вводить парентерально. После в/в введения аминазина или тизерцина в дозе 50 мг наступает продолжительный сон. В последующем назначают галоперидол 5–10 мл или трифтазин 10–15 мг 3 раза в день в/м. При ослаблении психотических симптомов больных переводят на пероральный прием нейролептиков. При острой энцефалопатии нейролептики противопоказаны.

Если у больных появляются симптомы депрессии, назначают амитриптилин 50–100 мг в сутки (не ранее 10 дней после последнего приема алкоголя). При затяжных галлюцинозах и параноидах, наряду с нейролептиками (через 3–4 недели от начала их приема) возможно применение инсулиношоковой терапии (20–25 глубоких гипогликемий).

При лечении алкогольного бреда ревности рекомендуется стелазин (трифтазин) до 60 мг в сутки или аминазин до 400 мг в сутки. Больным хроническим галлюцинозом назначают галоперидол до 30 мг в сутки или стелазин (трифтазин) до 60 мг в сутки. При лечении хронических алкогольных энцефалопатий (корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич, хронические психоорганические алкогольные состояния) необходимы повторные курсы витаминотерапии, ноотропов и общеукрепляющей терапии.

1.6. СОЧЕТАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА С ДРУГИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

По литературным данным, показатель коморбидности алкоголизма и других психических заболеваний — более 70%. Чаще всего с алкоголизмом сочетаются шизофрения, психопатии, эпилепсия, последствие черепно-мозговой травмы, маниакально-депрессивный психоз.

Клиника алкоголизма, сочетающегося с другими психическими заболеваниями, определяется особенностями этого психического заболевания, временем развития алкоголизма (до или после начала другого психического заболевания), преморбидными особенностями больного и средовыми воздействиями. С одной стороны, психические заболевания влияют на различные проявления алкоголизма (клинические особенности основных признаков алкоголизма и темп их развития, особенности деградации личности, алкогольных психозов), с другой — алкоголизм изменяет клинические проявления присоединившегося психического заболевания (усиливая или затушевывая их).

Психопатии формируются до начала алкоголизма почти в 100% случаев, шизофрения — в 60, неврозы — в 45–60%.

Алкоголизм и шизофрения

Сочетание этих двух форм заболеваний встречается примерно в 10% случаев. Патологическое влечение, абстинентный синдром у больных алкоголизмом в сочетании с шизофренией выражены незначительно. Обычно такие больные не отличаются предприимчивостью, изобретательностью, активностью поисков спиртного, они пассивно подчиняются режиму. В состоянии абстиненции преобладают апатия, астения, субдепрессивные и ипохондрические расстрой-

ства. Деградация личности у таких больных развивается очень быстро, сопровождаясь полным безразличием к своей судьбе и жизни близких, пассивностью, эмоциональным опустошением.

Влияние алкоголизма на шизофрению проявляется усилением, обострением галлюцинаторно-бредовой симптоматики, нередко с атипичными чертами.

Что касается негативных симптомов шизофрении, то они как бы смягчаются под влиянием алкоголизма. Эти больные отличаются общительностью, живостью, откликаемостью, активностью, что препятствует развитию шизофренического аутизма.

Алкоголизм и маниакально-депрессивный психоз

При выраженных формах маниакально-депрессивного психоза злоупотребление алкоголем встречается крайне редко. Это связано с тем, что больные с маниакальными состояниями быстро госпитализируются. Больные же с типичными эндогенными депрессиями не прибегают к алкоголю, так как он не облегчает их состояния. Чаще злоупотребление спиртными напитками наблюдается при циклотимии, и алкоголизм развивается обычно при атипичных циклотимических маскированных депрессиях.

В одних случаях алкоголизация сопровождает одну или несколько фаз и лишь изредка сохраняется на протяжении всего заболевания. Но при затянувшихся депрессиях происходит постепенное формирование алкоголизма, симптомы которого не исчезают и по выходе больных из депрессивного состояния. При этом повторные депрессии усиливают симптомы алкоголизма и ускоряют его развитие.

Алкоголизм и последствия черепно-мозговых травм

В анамнезе $^1/_4$ больных алкоголизмом есть указания на черепно-мозговые травмы, которые нередко предшествуют началу алкоголизма. Формирование алкоголизма чаще происходит после легких и средней тяжести черепно-мозговых травм. У таких больных изменяется форма опьянения. Период эйфории обычно недлителен и сменяется сонливостью. Часты дисфорические, эксплозивные, истерические, депрессивные формы опьянения.

По мере возрастания толерантности к алкоголю в состоянии опьянения обостряются энцефалопатические признаки. Абстинентный синдром характеризуется сочетанием вегетативных нарушений с психическими (депрессивно-дисфорические, депрессивно-ипохондрические, тревожные, параноидные, сенсорные расстройства).

У больных с последствиями черепно-мозговых травм ускоряется процесс формирования измененной реактивности, уменьшается длительность стадий, повышается риск возникновения металкогольных психозов, последние часто бывают атипичными. Типичная алкогольная деградация в этих случаях наблюдается редко, чаще развиваются либо алкогольно-травматические, либо преимущественно травматические изменения личности.

При сочетании алкоголизма с последствием черепно-мозговых травм происходит одновременное утяжеление обоих патологических процессов. При травматической эпилепсии присоединение алкоголизма ведет к учащению припадков и психических эквивалентов, чаще в виде дисфорий. Наркоманический синдром у этих больных возникает уже через 1–2 года после начала злоупотребления. Абстиненция сопровождается различными церебральными нарушениями, агрессией, суицидальным поведением, преобладает запойная форма злоупотребления.

Присоединение алкоголизма к другим органическим заболеваниям головного мозга способствует более быстрому развитию органического дефекта, нередко до слабоумия.

Алкоголизм и эпилепсия

Эпилептические припадки часто наблюдаются у больных алкоголизмом, причем 85% всех случаев — в состоянии абстиненции. Все судорожные пароксизмы при алкоголизме носят название «алкогольная эпилепсия». Обычно алкогольная эпилепсия развивается в конце II стадии и при переходе к III стадии болезни, и проявление ее зависит от алкогольной интоксикации. В период ремиссии припадки прекращаются. При алкогольной эпилепсии деградация личности происходит по алкогольному, а не по эпилептическому типу.

При комбинации алкоголизма с генуинной эпилепсией припадки возникают даже в период ремиссии и учащаются при злоупотреблении, особенно после запоев. Возникают серии припадков, а иногда и эпилептический статус. У этих больных часты дисфории с депрессивной окраской. Деградация личности формируется по эпилептическому типу, но в ее структуре больше выражена не торпидность, а взрывчатость, брутальность.

Алкоголизм у больных генуинной эпилепсией также имеет ряд особенностей: быстро формируется сильное патологическое влечение к алкоголю, преобладает запойный тип злоупотребления, в состоянии опьянения развиваются возбуждение, агрессия с последующей амнезией.

Алкоголизм и психопатии

По литературным данным, частота психопатий в преморбиде алкоголизма в 21 раз превышает распространенность психопатий у населения.

Алкоголизм у психопатов характеризуется ранним началом систематического пьянства, более тяжелыми нарушениями социальных функций, отсутствием критики к болезни, частыми рецидивами, а также суицидальными попытками и агрессивным поведением в состоянии опьянения. Психопатическая симптоматика усиливается присоединившимся алкоголизмом, что создает различные социальные проблемы уже на ранних стадиях болезни.

1.7. ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Изучением особенностей алкоголизма у женщин занимались многие исследователи. В последние годы наметилась тенденция к увеличению частоты случаев злоупотребления спиртными напитками среди женщин. Соотношение мужчин и женщин в группе злоупотребляющих изменилось с 20:1 до 2:1. Сведения о распространенности алкоголизма среди женщин основаны на обращаемости и поэтому менее достоверны, чем подобные сведения в отношении мужчин-алкоголиков. Это обусловлено тем, что женщины стараются скрыть свое заболевание и редко обращаются к наркологам.

Причинами, способствующими увеличению частоты алкоголизма у женщин, большинство исследователей считают изменившееся социальное положение женщин. Во многих странах женщины стали экономически и социально более независимыми, изменился их уклад жизни, расширились сферы профессиональной и общественной деятельности, что приводит к физическому и психическому перенапряжению, для снятия которого используются алкогольные напитки.

Однако значение этого фактора риска не следует переоценивать, так как, по некоторым литературным данным,

женщины, работающие на производстве, страдают алкоголизмом реже, чем домохозяйки.

Большое значение имеют культурный уровень, образовательный ценз и профессия. Среди пьющих преобладают женщины с начальным и неполным средним образованием, а также женщины, работающие в сфере обслуживания, мелкой розничной торговли, в небольших магазинах, буфетах.

Алкоголизации женщин способствуют семейная неустроенность, частые и длительные конфликты с родственниками, мужьями, разводы, одиночество. Большое значение имеют личностные аномалии; по некоторым литературным данным, у 40% женщин-алкоголиков в преморбиде отмечались признаки акцентуации или психопатии. Причем этот показатель значительно выше, чем в группе мужчин, злоупотребляющих алкоголем. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, в преморбиде чаще всего наблюдаются истерические, неустойчивые, возбудимые черты характера или робость, застенчивость, нерешительность в себе, интровертированность. У большинства этих пациенток обнаруживались черты инфантилизма, а у некоторых — легкой дебильности.

Больные алкоголизмом женщины — это обычно те, у кого не было воспитано чувство моральной чистоты, женского достоинства, принципиальности, ответственности за свои поступки. У них всегда было положительное отношение к выпивке, воспринятое от алкоголизированных родителей либо под отрицательным влиянием компании сверстников. Имеет значение и такой фактор риска, как субдепрессивные состояния, сопровождающиеся неприятными соматическими симптомами, которые смягчались приемом спиртных напитков.

Наиболее значимым фактором, определяющим алкоголизацию женщин, является наследственная отягощенность алкоголизмом и другими психическими заболеваниями.

Эти показатели значительно выше, чем в группе мужчин-алкоголиков.

Алкоголизм у женщин развивается в возрасте от 30 до 50 лет, т. е. на 7–10 лет позже, чем у мужчин, но заболевание у женщин прогрессирует быстрее. Риск заболеть алкоголизмом у женщин повышается в период менопаузы.

Опьянение у женщин обостряет их личностные особенности, у $^2/_3$ женщин оно сопровождается драчливостью, плаксивостью. Если пьяный мужчина не стремится сохранить моральные требования и ведет себя сообразно алкогольным обычаям (подражание, общее возбуждение), то у женщин элементы личностной нивелировки в состоянии опьянения не выражены, зато значительнее выступают их характерологические особенности.

Женщины с самого начала пытаются скрыть свое пьянство, они предпочитают пить либо в узком кругу, либо в одиночестве, не привлекая к себе внимания. У них быстрее, чем у мужчин появляется алкогольная зависимость. От начала злоупотребления до появления абстиненции проходит 3–5 лет, быстро утрачивается количественный контроль. Суточные дозы составляют от 350–500 мл водки или 500–700 мл вина до 1–1,5 и даже 2 л водки.

У женщин стадии алкоголизма короче, а психические и физические нарушения значительнее и наступают быстрее, чем у мужчин. В I стадии алкоголизма женщины больше склонны к скрытому употреблению алкогольных напитков, многие стараются самостоятельно избавиться от влечения, так как критически еще могут оценить все неблагоприятные последствия. Отличительной особенностью женского алкоголизма является то, что у них не наблюдается четко очерченных фаз болезни и одна фаза как бы наслаивается на другую. У женщин рано формируется похмельный синдром и выраженность психических нарушений при нем больше, чем вегетативных. В со-

стоянии абстиненции нередко развиваются депрессивные симптомы.

Ритм потребления алкоголя может проявляться либо запоями, либо регулярным пьянством, причем периодические формы злоупотребления (запои, псевдозапои) наблюдаются у подавляющего большинства женщин.

Влечение к спиртным напиткам у женщин часто появляется импульсивно, при этом отсутствует период аргументации, обдумывания, размышления, борьбы мотивов, и выпивка нередко опережает сам процесс принятия решения.

У женщин раньше, чем у мужчин, развиваются признаки деградации личности, которые также имеют некоторые особенности. У них почти не наблюдается «алкогольного юмора». Деградация женщин более глубокая: исчезают высшие моральные и эстетические эмоции, эти женщины оставляют работу, семью, не заботятся о детях и престарелых родителях, ведут аморальный образ жизни, неразборчивы в заведении знакомств, в половых связях. Они крайне редко соглашаются лечиться от алкоголизма и, как правило, не настроены на полное прекращение приема спиртных напитков. Соматические нарушения при алкоголизме у женщин встречаются чаще, чем у мужчин, у них в 2 раза чаще циррозы печени, гепатиты, невриты, алкогольная пеллагра. Часто наблюдаются бесплодие, мертворождение, рождение детей с физическими недостатками.

Алкогольные психозы развиваются преимущественно у женщин с отягощенной наследственностью по алкоголизму или психическим заболеваниям. У них редко возникает алкогольный делирий, не бывает, как правило, алкогольного бреда ревности, редки эпилептиформные синдромы, зато корсаковский психоз развивается чаще, чем у мужчин.

Лечение алкоголизма у женщин представляет большие трудности, так как они соглашаются лечиться только по принуждению окружающих или под влиянием обстоятельств.

Ремиссии у них редко бывают длиннее 1–2 месяцев. Наибольшая эффективность терапии алкоголизма наблюдается при малой длительности заболевания, положительной установке на лечение, при проведении полного курса комплексной терапии.

1.8. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА

1.8.1. ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм может формироваться в подростковом (14–18 лет) или юношеском возрасте (18–20 лет).

Клинические проявления, течение и исходы раннего алкоголизма имеют ряд особенностей. По мнению многих исследователей (И. В. Стрельчук, Э. А. Бабиян, Т. В. Морозов, В. С. Битенский, А. Е. Личко), он является злокачественным.

Предрасполагающими к развитию алкоголизма в раннем возрасте являются биологические, психологические и социальные факторы.

Среди биологических факторов следует отметить экзогенные вредности, перенесенные в детстве: задержка физического развития, интеллектуальное недоразвитие, девиантное поведение, состояние психической заторможенности или возбуждения в детстве, сноговорение, снохождение, энурез, психическая и физическая астения. К группе психологических факторов относятся особенности характера. По данным А. Е. Личко, среди подростков-алкоголиков преобладают лица с чертами эпилептоидной и неустойчивой психопатии. Особенности характера определяют моти-

вы употребления спиртных напитков. Так, неустойчивые личности прием спиртного объясняют желанием повеселиться, гипертимные — бездельем, истероидные — привлечением к себе внимания, шизоиды — снятием робости и неловкости в общении, конформные — пить «за компанию». Среди социальных факторов, способствующих развитию алкоголизма, прежде всего следует назвать микросоциальное окружение, отношение к спиртным напиткам в семье, алкоголизм родителей, алкогольные обычаи в компаниях, отсутствие контроля за поведением и обучением подростков. Предрасполагает к началу алкоголизации также склонность подростков к объединению со сверстниками. Такие неформальные группы часто бывают основным регулятором поведения педагогически запущенных подростков.

У подростков и юношей повышена чувствительность к спиртному, они пьянеют от меньших доз по сравнению со взрослыми. Клиника простого опьянения также имеет ряд особенностей. У подростков более выражена эйфория, сопровождающаяся нецеленаправленной гиперактивностью, быстро снижается контроль за дозой спиртного, а также социальный контроль. Подростки употребляют преимущественно крепленые вина.

В подростковом возрасте не редки атипичные формы опьянения: депрессивное, дисфорическое, истерическое, гебефреноподобное, сомнолентное. Это можно объяснить, с одной стороны, физиологическими и психологическими особенностями подростков, а с другой — условиями выпивки (случайные места, одномоментный прием больших доз без закуски). Палимпсесты, которые появляются иногда и в донозологическом периоде злоупотребления алкоголем, при сформировавшейся зависимости учащаются и становятся регулярными. Во время опьянения у подростков развиваются тахикардия, гипергидроз, появляется чувство жара. Часто во время опьянения подростки совершают

противоправные действия. В постинтоксикационном периоде у подростков наступает заторможенность при незначительных признаках астении.

Одним из существенных отличий подросткового алкоголизма от алкоголизма взрослых является сравнительно короткий период, во время которого формируется зависимость от спиртных напитков, у подростков он составляет 2–4 года.

Патологическое влечение к алкоголю возникает за 1–1,5 года от начала злоупотребления. Влечение к алкоголю формируется тем быстрее, чем раньше начато его употребление, причем часто подростки не осознают возникающего влечения. О неосознанном влечении свидетельствует оживленность больных при упоминании о выпивках, они охотно сообщают различные подробности выпивок, проявляют большую активность в стремлении добыть спиртное. Чем моложе больной, тем раньше влечение становится неодолимым, а эпизодическое пьянство кратковременно и быстро становится регулярным. Некоторые исследователи утверждают, что этап бытового пьянства у них практически отсутствует.

Появлению индивидуальной зависимости от алкоголя обычно предшествует групповая психическая зависимость, когда потребность выпивки возникает только в «своей» компании. В подростковом возрасте трудно разграничить донозологические формы злоупотребления спиртным и алкоголизм, а также отдельные стадии алкогольной болезни, так как многие симптомы ее незначительно выражены или отсутствуют, нет также четкого стереотипа ее развития.

Основным признаком первой стадии алкоголизма у подростков является формирование индивидуальной психической зависимости. Выпивка становится главным в жизни подростка, у него исчезают другие интересы. Подростки забрасывают учебу, не стесняются появляться в пьяном виде

в общественных местах, могут добывать спиртное незаконным путем. Они начинают пить несколько раз в неделю, независимо от того, есть ли компания собутыльников. Спиртное становится средством, необходимым для поддержания оптимального самочувствия.

Быстро возрастает толерантность к спиртным напиткам, исчезает защитный рвотный рефлекс на передозировку, более слабые напитки заменяются более крепкими.

У подростков в I стадии алкоголизма нередко наблюдаются признаки, которые обычно характерны для II стадии у взрослых больных: палимпсесты, изменение картины опьянения, выраженные соматические нарушения.

Сформировавшаяся физическая зависимость от алкоголя является признаком II стадии подросткового алкоголизма. Абстинентный синдром проявляется вегетативными симптомами с астенией, разбитостью, головной болью, диспепсическими явлениями, анорексией, бессонницей. Психические признаки абстиненции выражены слабее. Чаще всего наблюдаются субдепрессивные состояния. Неврологические симптомы, в частности тремор, отсутствуют. Явления абстиненции продолжаются от нескольких часов до 3–5 дней, но в последующем до 2 месяцев сохраняется сильное патологическое влечение к алкоголю, которое подчиняет себе поведение больных.

Нередко во II стадии алкоголизма у подростков наблюдаются запойные формы употребления спиртных напитков. Возрастает толерантность, которая держится на высоких цифрах не более двух лет. Влечение к алкоголю становится неодолимым. Соматоневрологические нарушения при подростковом и юношеском алкоголизме выражены незначительно, а у многих отсутствуют.

Уже на донозологической стадии изменяется поведение подростков, появляются грубость, развязность, пренебрежительное отношение к взрослым, снижаются морально-

этические, эстетические и интеллектуальные чувства. Довольно быстро формируются деградация личности и грубая социальная дезадаптация. Подростки обычно оставляют учебу, проводят время в асоциальных компаниях, их легко привлечь к различным криминальным поступкам, многие совершают суициды. При подростковой и юношеской алкоголизации преобладает поражение эмоционально-волевой сферы.

Металкогольные психозы при подростковом алкоголизме встречаются редко и отличаются рудиментарностью. Смертность от алкоголизма у молодежи выше, чем в других возрастных группах. Среди причин смерти на первом месте суициды, на втором — различные болезни.

Таким образом, алкоголизм у подростков и юношей характеризуется рядом особенностей. Это ускоренное развитие болезни, недостаточная выраженность симптоматики, трудность в разграничении стадий заболевания, быстрое развитие деградации личности, приводящей к социальной дезадаптации больных.

1.8.2. АЛКОГОЛИЗМ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Пик алкоголизации приходится на период 20–40 лет, в последующем употребление спиртных напитков обычно снижается. Однако есть две группы больных, злоупотребляющих алкоголем в пожилом возрасте. Одна — это те, кто начал злоупотреблять алкоголем в молодом возрасте, другая — те, у кого злоупотребление началось во второй половине жизни. Последнее происходит чаще в тех случаях, когда пожилые люди оказываются в одиночестве, без семьи, без друзей, без привычной для них профессиональной деятельности.

Алкоголизм у пожилых имеет ряд особенностей. У пожилых людей снижается патологическое влечение, что связано с присоединением соматических нарушений. Этим же объясняется и снижение толерантности. В синдроме похме-

лья преобладают расстройства сердечно-сосудистой системы (колебания АД, приступы стенокардии), а в психической сфере — депрессивные, дисфорические явления. Синдром похмелья продолжается 5–7 дней. Запои становятся короче и в промежутках между ними многие больные испытывают отвращение к спиртному.

Острые интоксикации алкоголем у больных с поздно начавшейся алкоголизацией отличаются большой частотой эксплозивных и дисфорических проявлений.

В литературе есть сведения о том, что одним из исходов алкоголизма у лиц пожилого возраста является развитие физического и психического маразма, сходного со старческим слабоумием. На вскрытии у таких больных обнаруживается атрофия коры головного мозга.

Некоторые исследователи считают, что алкоголизм в пожилом возрасте развивается медленно и достигает только I стадии. У некоторых пожилых людей развивается симптоматический алкоголизм на фоне затяжных депрессий, психопатоподобных нарушений.

1.9. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА

Общеизвестно, что основная причина алкоголизма — злоупотребление алкоголем, однако даже регулярное употребление алкоголя не всегда приводит к алкоголизму, а в некоторых случаях уже после первых выпивок возникает алкогольная зависимость. Поэтому можно считать обоснованным утверждение, что алкоголизм является мультифакторным и полиэтиологическим заболеванием.

Наряду со специфическим действием алкоголя в этиологии алкоголизма важную роль играют социальные, психологические и индивидуально-биологические факторы.

Социальные факторы, предрасполагающие к развитию болезни, — это питейные обычаи, отношение общества к употреблению спиртных напитков, социальное положение, экономическая обеспеченность, образование, семейное положение, этническая и религиозная принадлежность.

Роль социальных и микросоциальных факторов можно продемонстрировать результатами социологического исследования детей, когда в возрасте 3–4 лет 32% детей на просьбу сыграть праздник «играли» пьяных. Первая проба спиртного происходит в 12–14 лет, с 15–16 лет начинается более регулярное употребление, максимум приходится на 35–40-летний возраст. После 40 лет обычно происходит спад употребления спиртного, что обусловлено, с одной стороны, изменением самочувствия, а с другой — групповыми санкциями (в этом возрасте и на этом социальном уровне не принято злоупотребление).

Мотивы употребления различны, но наиболее часты следующие: желание изведать неизвестное, доказать свою принадлежность к группе, выразить свою независимость, уйти от проблем.

Большое значение имеет влияние семьи, друзей, создающее определенное отношение к алкоголю и формирующее личность. Роль психологических факторов подтверждается большой частотой алкоголизма у психопатических личностей, которые отличаются недостаточным приспособлением к социальной среде, они примитивны, неуверены в себе, несамостоятельны, зависимы от отрицательных лидеров. У них, как правило, отсутствуют увлечения, правильное критическое отношение к спиртному. Чаще алкоголизируются лица, у которых значительно выражен эйфоризирующий, релаксирующий эффект алкоголя. Конкретные психологические механизмы алкоголизации различны при разных типах психопатии. У неустойчивых, гипертимных, истерических психопатов прием спиртного — выра-

жение общей тяги к удовольствиям, у психастеников — стремление к снижению тревоги и напряжения, у возбудимых — способ эмоциональной реакции на неприятности («напиться назло»).

Индивидуально-биологические факторы алкоголизма прежде всего определяются наследственностью. Научные данные свидетельствуют, что риск развития алкоголизма у родственников первой степени родства в 7–15 раз выше, чем в популяции, риск заболеть у однояйцевых близнецов в 2–2,5 раза выше, чем у двуяйцевых. Роль наследственности может осуществляться как непосредственно через особенности ферментативных систем, ответственных за метаболизм алкоголя в организме, так и через наследуемые особенности личности, предрасполагающие к употреблению алкоголя.

Среди биологических факторов алкоголизма немаловажную роль играют остаточные явления органического поражения ЦНС, задержки и отклонения в соматополовом созревании, хронические и острые астенизирующие заболевания, невротизация и невропатия в детстве, а также раннее приобщение к низкосортным крепким спиртным напиткам.

Патогенез алкоголизма сложен, наибольшее значение в последние годы придается влиянию острой и хронической алкогольной интоксикации на функцию нейрохимических систем мозга — дофаминергическую, серотонинергическую и ГАМК-ергическую. Медики считают, что алкоголь действует на все (или многие) нейротрансмиттерные системы мозга. Низкие дозы алкоголя стимулируют дофаминергическую, серотонинергическую и норадренергическую системы, что сопровождается эйфорией и общим возбуждением. Высокие дозы алкоголя вызывают обратный эффект — уменьшение дофаминергической и норадренергической нейротрансмиссии и усиление тормозящих эффектов ГАМК. Клинически это проявляется моторной заторможенностью, дисфоричностью, общим седативным действием.

Хронический прием алкоголя потенцирует глютаматергические функции, что приводит к усилению нейротоксического действия эндогенных аминокислот. Гибель холинергических нейронов приводит к снижению холинергических функций и обусловливает снижение памяти при алкоголизме. В этот период нормальное функционирование нейрохимических и физиологических систем мозга возможно только при наличии в организме алкоголя. Абстинентный синдром сопровождается снижением чувствительности катехоламиновых рецепторов.

Механизм развития зависимости при алкоголизме имеет много общего с наркоманиями — это влияние на катехоламиновую (дофаминовую) медиацию. Алкоголь усиливает выброс нейромедиаторов из депо, что приводит к истощению их запасов и ухудшению самочувствия, а это обусловливает стремление к новому приему алкоголя. Связь между обменом катехоламинов и эндорфинов указывает на важную роль в формировании алкогольной зависимости эндогенных морфинов.

Механизм токсического действия алкоголя на ЦНС можно объяснить также тем, что он является мембранотропным липофильным веществом.

Велика роль печеночного фермента алкогольдегидрогеназы (АЛДГ), который способствует окислению алкоголя до конечных продуктов (воды и углекислоты). Недостаток этого фермента, который у больных алкоголизмом развивается вследствие грубого нарушения функции печени, ведет к накоплению в крови ацетальдегида, который оказывает токсическое действие на мозг.

1.10. ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Поскольку алкоголизм является полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют многие фак-

торы, лечение этих больных оказывается длительным и непрерывным, максимально дифференцированным, комплексным. Лечение должны получать больные даже на ранних стадиях алкоголизма.

Терапия алкоголизма проводится в несколько этапов:

I этап — лечение острых и подострых болезненных проявлений, возникающих в связи с алкогольной интоксикацией (прерывание запоя, купирование абстиненции).

II этап — восстановительная терапия, направленная на нормализацию соматоневрологических функций, а также борьба с влечением к алкоголю.

III этап — реабилитация больных, стабилизирующая терапия, направленная на поддержание ремиссии и профилактику рецидивов.

Первому этапу терапии должен предшествовать полный обрыв приема алкоголя, так как постепенное снижение доз проходит для больного тяжелее. Этот этап целесообразнее проводить в стационарных условиях. Необходимо полное соматическое и неврологическое обследование. Эффективность терапии алкоголизма в значительной степени зависит от контакта больных с врачом. Врач с самого начала должен бережно, но настоятельно направлять больного на путь лечения. Колеблющуюся мотивацию больного необходимо усилить, снять у него чувство вины за свою болезнь, но вызвать чувство ответственности за проведение лечения. Не следует в беседе с больными морализировать, упрекать, срамить их. Необходимо щадить самооценку больного и упрочить его уверенность в себе. Следует избегать таких выражений: «ты должен», «ты не должен», «все может случиться», «ты нуждаешься».

Лечебная тактика I этапа определяется результатами обследования больного. При неосложненной абстиненции уменьшению тревоги, смягчению тягостных ощущений, нормализации вегетативных проявлений могут способствовать

теплая ванна, спокойная обстановка, привычная и свободная одежда, полупостельный режим.

Из лекарственных средств отдается предпочтение бензодиазепиновым транквилизаторам: седуксен — 10–40 мг/сут, элениум — 20–100 мг/сут, феназепам — 1–3 мг/сут, которые назначаются в течение первых 3–5 дней внутрь (через каждые 4 часа) или в/м (2–3 раза в сутки). Одновременно назначаются витамины с целью нормализации окислительно-восстановительных процессов, антитоксической функции печени и компенсации вторичного гиповитаминоза (витамины B_1, B_6, B_{12}, B_{15}, C, PP). Уменьшение признаков гиперактивности симпатической нервной системы (тахикардия, гипергидроз, тремор, артериальная гипертензия) достигается с помощью пирроксана, анаприлина и других адреноблокаторов. Отмечено, что сочетание атенолола с бензодиазепинами кроме уменьшения вегетативных нарушений подавляет влечение к алкоголю.

Недостаток ионов магния приводит к миоклоническим подергиваниям, атаксии, тремору, бессоннице, раздражительности, тревоге. В этом случае назначается в/м сульфат магния (под контролем АД), карбамазепин (финлепсин, тегретол) или вальпроат натрия. Рекомендуется также свежеприготовленная смесь из 30 мл 20% оксибутирата натрия, 2 мл 0,5% раствора седуксена, 1 мл 1% раствор димедрола и 1 мл 1% раствора пирроксана внутрь однократно.

Из немедикаментозных методов лечения абстиненции применяют энтеросорбцию, оксигенофитотерапию, гипербарическую оксигенацию, электросон.

Вслед за устранением постинтоксикационных и абстинентных явлений проводится индивидуальная терапия различных соматоневрологических и психических нарушений, сопровождающих хроническую алкогольную интоксикацию.

Различные психопатологические симптомы купируют психотропными средствами, назначать которые не реко-

мендуется в период абстиненции и в первые две недели после ее купирования, так как некоторые из психотропных (в частности, амитриптилин, азалептин) могут вызвать у больных делириозные явления.

Среди антидепрессантов следует отдавать предпочтение препаратам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, ципрамил, сертралин, миансерин, тразодон, паксил), которые менее токсичны, чем ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты, обладают более избирательным антидепрессивным эффектом и подавляют патологическое влечение к алкоголю.

Назначение мягких нейролептиков (сонапакс, терален, флюанксол, неулептил) рекомендовано при различных эмоциональных и поведенческих нарушениях.

При затяжных астенических состояниях с истощаемостью, слабодушием, ухудшением памяти и интеллектуальных способностей показаны ноотропы (пирацетам, энцефабол, аминалон, пикамилон) в течение 1–2 месяцев.

Обострение первичного патологического влечения к алкоголю можно купировать с помощью нейролептиков с выраженным антипсихотическим действием: галоперидол — 1–5 мг 2 раза в день, клопиксол — 2–10 мг в сутки, пимозид (орап) — 1–2 мг 1–2 раза в сутки, пенфлюридол (семап) — по 20–40 мг 1 раз в 5–7 дней, этаперазин — по 4–10 мг 2–3 раза в день, пипортил — по 10 мг 2 раза в день, азалептин — по 25–50 мг 2–3 раза в день, флюанксол — 1–3 мг в сутки, рисполепт — 2–4 мг в сутки, стелазин — по 5 мг 2–3 раза в день.

На этом этапе лечения продолжается дезинтоксикационная терапия (унитиол, тиосульфат натрия, мочевина, сернокислая магнезия, изотонические растворы, гемодез, реополиглюкин), а также назначаются неспецифические средства укрепления гомеостаза (аутогемотерапия, инъекции

экстракта алоэ, стекловидного тела, ФИБС, витаминотерапия, физиотерапия).

Для подавления влечения к алкоголю используются также растительные средства: отвар баранца (5%), чабреца (7,5%), копытня европейского (3%), спорыша (5%). Прием этих средств по 1 ст. ложке 3 раза в день оказывает мягкое седативное, гипотензивное, диуретическое действие и снижает потребность в алкоголе.

С целью выработки стойкого отвращения к алкоголю применяются условно-рефлекторная, сенсибилизирующая терапия и психотерапия.

Отрицательная (рвотная) реакция на вид, запах, и вкус алкоголя вырабатывается в процессе условно-рефлекторной терапии (УРТ). В качестве подкрепляющего средства используют различные рвотные средства. Чаще всего с этой целью применяется апоморфин. Больной выпивает 1 л воды или чая и принимает немного пищи. Затем п/к вводят 0,5% раствор апоморфина, дозу которого повышают от сеанса к сеансу от 0,2 до 1,0 мл. Через 3–4 минуты после введения препарата появляются слюнотечение, тошнота, чувство жара, гиперемия лица, головокружение, шум в голове, резкий гипергидроз, вначале тахикардия, затем брадикардия, АД снижается. Возникает тошнота, после чего больному предлагают нюхать, а затем выпить привычный для него напиток (30–50 мл). Через 1–15 минут после тошноты возникает рвота, продолжающаяся до 20 минут. На курс лечения необходимо 20–25 сеансов.

У некоторых больных апоморфин может вызвать обмороки, коллапсы, для купирования и профилактики которых рекомендуется введение кордиамина, кофеина, коргликона, эфедрина, цититона.

Апоморфин противопоказан при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, стенокардии, тяжелых формах кардиосклероза и церебрального атеросклероза, органичес-

ких заболеваниях ЦНС, открытых формах туберкулеза легких. Выработанный условный рефлекс нестоек и требует повторного подкрепления через 6–7 месяцев.

Кроме апоморфина используют и другие рвотные средства: эметин, баранец, чабрец.

Борьба с патологическим влечением к алкоголю проводится и с помощью сенсибилизирующей терапии, суть которой заключается в создании химического барьера, делающего физически невозможным прием алкоголя. Сенсибилизация к алкоголю вызывается приемом антабуса (тетурам, дисульфирам, эспераль), метронидазола (флагил, трихопол), фурадонина, фуразолидона.

Наиболее часто в алкогольной сенсибилизирующей терапии используется тетурам, который задерживает метаболизм алкоголя на стадии ацетальдегида, оказывающего токсическое действие.

Тетурам назначают по 0,25 мг 2 раза в день в течение двух недель, затем снижают суточную дозу до 0,25 мг. Через месяц делают перерыв на 10–20 дней. В процессе лечения тетурамом рекомендуются витаминотерапия, АТФ, препараты железа, пантокрин и другие тонизирующие средства. Если позволяет соматическое состояние больного, на 7–10-й день приема тетурама проводят тетурам-алкогольную пробу. Больному однократно дают повышенную дозу тетурама (0,75–1 г) и 30–50 мл водки. Спустя 5–10 минут возникает тетурам-алкогольная реакция: тахикардия, затруднение дыхания, чувство пульсации и напряжения в голове, тяжести в области сердца, гиперемия, одутловатость лица, в начале повышение, а затем — снижение АД, чувство страха, иногда — коллапс. Длительность реакции 1–2 часа. При тяжелом течении рекомендуется купировать ее введением 20 мл 30% раствора тиосульфата натрия, 20 мл 1% раствора метиленового синего, сердечно-сосудистыми препаратами, вдыханием кислорода.

С учетом тяжести тетурам-алкогольной реакции не рекомендуется проводить ее больным с нарушениями сердечно-сосудистой системы, печени, но присутствие этих больных на лечебном сеансе желательно.

Абсолютными противопоказаниями для лечения тетурамом являются перенесенный инфаркт миокарда, частые приступы стенокардии, аневризма аорты, гипертоническая болезнь II–III стадий, коронарная недостаточность, выраженный церебральный атеросклероз, обострение туберкулеза легких, бронхиальная астма, эмфизема легких, гепатит, цирроз печени, панкреатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эпилепсия, эндогенные психозы.

В настоящее время широко применяется имплантация под кожу депо-препарата дисульфирама — «эспераля». В результате постепенного рассасывания создается постоянная его концентрация в крови. Однако, по некоторым литературным данным, имплантация эспераля оказывается не более эффективной, чем имплантация плацебо. В качестве средства «сенсибилизации» к алкоголю используют метронидазол (трихопол, флагил), который менее токсичен, чем тетурам. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2–3 недель, при этом рекомендуется вызывать у больного рвотные реакции на алкоголь путем полоскания водкой полости рта несколько раз, начиная с 10-го дня приема препарата.

Фуразолидон назначают в 3 приема в сутки до 0,6–0,8 г. На 7–10-й день его приема возникает непереносимость спиртного.

В качестве сенсибилизирующего к алкоголю средства может быть использована никотиновая кислота (0,1–0,2 г в сутки в течение 20–30 дней).

Эффективность противоалкогольного лечения в значительной степени определяется поддерживающей терапией, направленной на стабилизацию ремиссии. Длительность этого этапа до 5 лет.

Центральное место на третьем этапе лечения занимает психотерапия, направленная на реабилитацию и ресоциализацию больного, формирование и закрепление навыков трезвой жизни, уверенности в себе, в своей способности решать различные проблемы без помощи спиртного. Главная задача на этом этапе — создать такие жизненные условия, которые не побуждали бы больного к возобновлению пьянства. Наиболее частые причины рецидивов — нерешенные жизненные проблемы, непреодоленные семейные или производственные конфликты.

Важные условия стабилизации ремиссии — устроенность в семье и на работе, что, к сожалению, бывает далеко не всегда. Необходимо помочь больному наладить нарушенные связи с ближайшими родственниками. На этом этапе могут возникать обострения патологического влечения к алкоголю, вызываемые эмоциональными, неврозоподобными и психопатоподобными нарушениями, поэтому очень важно их предупреждение или сглаживание. Если патологическое влечение к алкоголю возникает с определенной периодичностью (не реже одного раза в 2–3 месяца), рекомендуются соли лития в сочетании с финлепсином (тегретол) по 0,2–0,4 г в сутки. Дозировка солей лития в зависимости от его концентрации в крови (от 0,6 до 1–2 ммоль/л).

Очень важно научить родственников больного распознавать продромальные признаки обострения влечения к алкоголю: ухудшение сна, снижение настроения, раздражительность, утомляемость, исчезновение обычных интересов. В этом случае необходимо обратиться к врачу, который решает вопрос о возобновлении или усилении аверсионной терапии.

Учитывая, что ни один из существующих методов терапии, направленной на борьбу с влечением к алкоголю, не является радикальным, основным методом лечения больных алкоголизмом признается психотерапия.

Она должна сопровождать любой метод лечения, так как даже самые эффективные средства не будут давать ожидаемого результата без психотерапевтического воздействия на личность больного. Психотерапевтическая работа должна проводиться с первого осмотра больного.

Кроме рациональной психотерапии, которая должна сопровождать каждое назначение врача, каждую беседу с больным, применяют различные методы коллективной психотерапии, в частности метод эмоционально-стрессовой психотерапии, когда после психотерапевтической беседы больного вводят в состояние гипноза длительностью не менее 1–1,5 часа и вырабатывают условно-рефлекторную тошнотно-рвотную реакцию на вкус и запах алкоголя.

Условно-рефлекторная терапия нередко дополняется императивной суггестией и опосредующей психотерапией.

Применяется метод вербальной аверсивной терапии, когда словесное внушение воображаемого потребления спиртного вызывает у больного рвотную реакцию.

На современном этапе развития психотерапии при алкоголизме отдается предпочтение глубокому анализу личности больного и системы его ценностных отношений с целью повышения социально-психологической адаптации пациента и отказа от употребления алкоголя. Поэтому важнейшее место в комплексном лечении алкоголизма отводится групповой психотерапии, основу которой составляют дискуссионные (недирективные) варианты с использованием пантомимы, разыгрывание ролевых ситуаций, проективных рисунков и др. Необходимо сформировать у больного адекватные реакции на возможные рецидивы болезни, готовности быстрого установления контакта с лечебными учреждениями.

Сеансы групповой психотерапии проводятся 2–4 раза в неделю по 1,5–2 часа в группах по 7–9 человек с различными клиническими проявлениями болезни, различной ее

длительностью, различающихся по возрасту, профессии, образовательному уровню.

Групповая психотерапия может проводиться только в случае, если у пациента есть мотивация на лечение и выздоровление. При деградации личности и негативном отношении больного к лечению этот вид терапии противопоказан.

При алкоголизме важное значение имеет семейная психотерапия, направленная на выявление основных семейных конфликтов, налаживание семейных отношений, адаптацию семьи к режиму трезвости.

1.11. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА

Первичная профилактика алкоголизма требует проведения комплекса административных, законодательных и медико-гигиенических мероприятий. Мероприятия административного и законодательного характера — это административно-правовые и воспитательные меры, направленные на усиление антиалкогольной борьбы. Медико-профилактические мероприятия — это проведение широкой разъяснительной работы среди населения с использованием средств массовой информации. Необходимо бороться с традициями, начиная с детского возраста. Цель профилактики — не создание общества абстинентов, лишенного алкоголя, так как в условиях общества со стойкими алкогольными традициями это недостижимо, а умеренное, контролируемое употребление алкоголя.

Вторичная профилактика — это раннее распознавание и раннее лечение алкоголизма. Необходимо распознать и преодолеть противодействие пациентов лечению.

Третичная профилактика — это задержка развития грубых, необратимых нарушений при алкоголизме.

Таким образом, эффективность первичной профилактики алкоголизма зависит от координированности и широты межведомственных, преимущественно немедицинских мероприятий; вторичная и третичная профилактика алкоголизма определяется комплексом медицинских мероприятий, осуществляемых преимущественно наркологической службой.

2. НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

2.1. НАРКОМАНИИ

Наркомании — заболевания, вызванные употреблением веществ, включенных в государственный список наркотиков, проявляющихся психической, а иногда и физической зависимостью от этих веществ, толерантностью к ним и выраженными медико-социальными неблагоприятными последствиями.

В отечественной наркологии к наркотикам принято относить только те вещества, которые включены в официальный список наркотиков, утвержденный министром здравоохранения. Термин «наркотическое вещество» включает в себя 3 критерия: медицинский, социальный и юридический. Медицинский критерий означает, что данное вещество оказывает на ЦНС такое действие (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.), которое может быть причиной его немедицинского применения. Социальный критерий — немедицинский прием этого вещества получает такое распространение, что создает опасность и социальную значимость. Юридический критерий обусловлен первыми двумя и требует включения этого вещества в список наркотических средств. Наркотическим признается только вещество,

соответствующее всем этим трем критериям. Отсутствие хотя бы одного из критериев исключает отнесение данного вещества к наркотикам, даже если злоупотребление им приводит к возникновению зависимости и другим вредным последствиям.

В отечественной наркологии злоупотребление веществами, не внесенными в список наркотиков, определяется как токсикомании. С клинической и медицинской стороны подход к больным наркоманиями и токсикоманиями, а также принципы их терапии идентичны. Различия определяются юридическим критерием, который отсутствует при токсикоманиях. Следует иметь в виду, что «Перечень наркотических средств» может изменяться как в сторону исключения из него какого-то вещества, так и в обратную сторону — включением в него новых веществ.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) все средства, которыми злоупотребляют больные, обозначают как «психоактивные вещества», вызывающие психические и поведенческие расстройства. Выделяют 10 групп таких веществ: алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные и снотворные, кокаин, другие стимуляторы (включая кофеин), галлюциногены, табак.

Эта рубрика в МКБ-10 обозначена как F-1, в которой выделены следующие состояния:

F-1.0 — острая интоксикация;

F-1.1 — употребление с вредными последствиями;

F-1.2 — синдром зависимости;

F-1.3 — синдром отмены;

F-1.4 — синдром отмены с делирием;

F-1.5 — психотическое расстройство;

F-1.6 — амнестический синдром;

F-1.7 — резидуальные состояния и психотические расстройства с отставленным дебютом.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «наркотизация» населения всего земного шара продолжает расти: только официально в мире насчитывается свыше 1 млрд людей, употребляющих психоактивные вещества, среди них — 50 млн наркоманов; по данным европейского бюро ВОЗ, в Европе почти 16 млн наркоманов, это в основном молодые люди (18–25 лет), каждый пятый из них — женщина.

В нашей стране наиболее распространены кустарно изготовленные наркотики из группы опиатов и каннабиоидов. Однако в последнее время стали часто использоваться героин, психостимуляторы и галлюциногены (в частности, «экстази»), ингалянты. Многие наркоманы используют эфедроновые наркотики, которые изготовляют из лекарств, содержащих эфедрин, а среди наиболее обеспеченных слоев населения появляются и кокаиноманы. В последние годы во всем мире происходит «омолаживание» контингента наркоманов и токсикоманов.

Результаты социологического исследования, проведенного среди студентов одного из гуманитарных вузов, показали, что около 20% из них пробовали наркотики, только половина относится к употреблению наркотиков отрицательно, почти у половины опрошенных есть знакомые, друзья, родственники, употребляющие наркотики. Только половина респондентов относятся к легализации наркотиков отрицательно, а треть — допускают их узаконивание. Исследование показало, что употребление так называемых легких наркотиков не трактуется опрошенными как наркомания.

В Докладе по наркотическим средствам экономического и социального советов ООН (1995) отражена ситуация распространения психоактивных веществ в мире и частота наркоманий и токсикоманий. Отмечен общий рост производства незаконных наркотиков, что расширило их рынки

сбыта и сделало их доступными для новых групп населения. Исчезли различия между странами-производителями и странами-потребителями наркотиков. Распространение инъекционных форм потребления наркотиков способствует заболеваемости СПИДом. Во всем мире прослеживается тенденция роста изготовления и использования веществ, стимулирующих ЦНС и галлюциногенов, причем это особенно проявляется в Центральной и Западной Европе. Четко прослеживается рост абсолютного числа наркоманов, а также случаев первичного злоупотребления героином и амфетаминами.

2.1.1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРКОМАНИЙ

Острая интоксикация наркотиком

Наркотическое «опьянение» характеризуется субъективно положительными для данного человека переживаниями: улучшается настроение, оно становится безмятежным, благодушным без реального улучшения ситуации. Проблемы на время дезактуализируются, но не устраняются. Такое субъективно приятное действие наркотик оказывает только в начале болезни, а в последующем его принимают только для предотвращения абстиненции, восстановления и повышения работоспособности.

Каждый наркотик вызывает характерное для него состояние интоксикации, которое часто сопровождается нарушением сознания, мышления, восприятия.

Первые приемы наркотика иногда вызывают защитные реакции организма в виде зуда, тошноты, рвоты, голово-

кружения, профузного пота, которые исчезают при последующих приемах.

Острая наркотическая интоксикация зависит от способа введения наркотика, внешнего вмешательства, соматического и психического состояния принявшего наркотик.

Злоупотребление наркотиками без зависимости от них не является наркоманией и в отечественной наркологии определяется как аддиктивное поведение — это злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние до того, как сформировалась зависимость от них.

Клиника наркоманий

Клиника наркоманий представлена в виде трех основных синдромов: психическая зависимость, физическая зависимость и толерантность к наркотику.

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Она развивается во всех случаях систематического приема, но иногда может возникнуть уже после первой пробы. Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта. Влечение к наркотику может быть обсессивным или компульсивным. При обсессивном влечении у больного постоянно присутствуют мысли о наркотике, сопровождающиеся оживлением, подъемом настроения в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при его отсутствии. Компульсивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотику, определяет поведение больного, мотивы его действий при полном отсутствии критики. Компульсивное влечение может возникнуть при абстиненции или на высоте интоксикации, в последнем случае может произойти передозировка наркотиком.

Физическая зависимость — состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика. Возникает абстинентный синдром, который облегчается или купируется полностью очередным введением наркотика.

Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий. Следует отметить, что физическая зависимость возникает при хроническом употреблении не всех наркотиков.

Толерантность — это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, когда организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом.

Течение наркоманий

В течении наркоманий выделяют три стадии. Вначале происходит эпизодический прием наркотиков, когда еще нет определенного ритма наркотизации и изменения толерантности. Постепенно, а иногда после первого приема наркотика, формируется психическая зависимость, наркотики употребляются уже регулярно, толерантность к ним возрастает — это I *(начальная)* стадия наркомании.

II (*развернутая*) стадия характеризуется дальнейшим ростом толерантности до максимума, изменяется характер наркотического опьянения, появляется физическая зависимость.

III (*конечная*) стадия — падает толерантность, полностью исчезают позитивные переживания после приема наркотика, развиваются грубые соматоневрологические нарушения.

Классификация наркоманий

I. Опийная наркомания.
II. Наркомания, обусловленная злоупотреблением препаратами конопли.
III. Наркомания, вызванная злоупотреблением барбитуратами.
IV. Наркомания, вызванная злоупотреблением психостимуляторами:
   1) амфетаминовая наркомания;
   2) злоупотребление кустарными препаратами, препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей;
   3) кокаиновая наркомания.
V. Наркомания, вызванная злоупотреблением галлюциногенами:
   1) мескалин и псилоцибин;
   2) ЛСД;
   3) фенциклидина.
VI. Полинаркомании, осложненные наркомании.

2.1.2. ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ

Опийная наркомания возникает при злоупотреблении опиатами — наркотическими анальгетиками, получаемыми из снотворного мака, а также синтетическим путем. Имеется около 20 видов алкалоидов, содержащихся в маке, наркотическим действием обладает их фенантреновая группа.

К опийным наркотикам относятся: а) натуральные препараты (опий-сырец, млечный сок снотворного мака, маковая соломка, омнопон, чистые алкалоиды опия — морфин, кодеин); б) синтетические (промедол, метадон, лидол); в) полусинтетические (героин). В нашей стране наиболее распространено введение кустарно изготовленных препаратов из маковой соломки. Все перечисленные препараты опия вызывают сходный морфиноподобный эффект, а различия проявляются в особенностях абстинентного синдрома и сроках формирования зависимости. Опийные препараты курят, вдыхают, принимают внутрь и парентерально. Наиболее наркогенным является героин.

Опийные препараты угнетают гидролиз ацетилхолина, блокируют передачу болевых импульсов в коре головного мозга. Наркотическое «опьянение» возникает при приеме даже небольших доз опийных препаратов. Сразу после введения наркотика больные ощущают тепло, поднимающееся волнообразно от живота к голове, вызывая в голове легкий приятный толчок. При этом пациент ощущает приятный зуд в кончике носа, подбородке и во лбу. Появляется ощущение особого блаженства, радости, мысли текут быстро, все проблемы отступают на задний план. Это первая фаза опийной интоксикации («приход» на сленге наркоманов), которая продолжается от 40 секунд до 1–3 минут.

Во второй фазе интоксикации («кайф») появляется чувство восторга, радости и многие другие приятные ощущения, которые больные затрудняются описать словами: «это надо испытать самим, тогда вы поймете». Мысли о неприятном «забываются», проблемы исчезают. Больные испытывают приятное успокоение, расслабленность, происходит быстрая смена образных грезоподобных переживаний и представлений. Со стороны больные выглядят вялыми, заторможенными, неподвижными. При использовании кустарно приготовленных препаратов наблюдается стимулиру-

ющий эффект: больные не сидят на месте, громко смеются, жестикулируют. По окончании 2-й фазы интоксикации, длительность которой 10–30 минут, наступает поверхностный, прерывистый сон в течение 2–3 часов. При пробуждении — снижение настроения, общий психический дискомфорт.

Диагностика опийной интоксикации по МКБ-10 определяется наличием следующих критериев:

1) недавнее потребление препарата;
2) дезадаптивный характер поведения;
3) сужение зрачка и наличие не менее одного из следующих признаков:
   а) дремотное состояние, невнятная речь, нарушение внимания или памяти;
   б) наличие препарата в крови до 24 часов после приема последней дозы.

Передозировка опийных препаратов представляет собой опасное для жизни состояние, сопровождается замедлением дыхания, гипотермией, гипотензией, брадикардией, сужением зрачков. Смерть обычно наступает вследствие остановки дыхания. Триада признаков: кома, зрачки в виде булавочной головки, затрудненное дыхание — свидетельствует о передозировке опийных препаратов и требует оказания экстренной медицинской помощи (введение антагонистов опиоидов, в частности налоксона, налорфина).

Первое введение наркотика у $^1/_3$ больных сопровождается неприятными ощущениями: тошнотой, рвотой, головокружением, головными болями, чувством жара или озноба. Однако это не останавливает их от последующих приемов наркотиков. Вначале препарат вводится нерегулярно, в компании, доза его не повышается (этап эпизодического приема наркотика). Длительность этого этапа определяется видом наркотика, его доступностью и способом введения, в среднем он продолжается 2–3 месяца, иногда 6–12 месяцев.

Быстрее всего формируется зависимость при внутривенном введении наркотика, а также при введении кустарно изготовленного из маковой соломки препарата. Героин при внутривенном введении вызывает зависимость после 3–5 инъекций, морфин — после 10–15.

I стадия болезни характеризуется появлением психической зависимости, регулярным приемом наркотика, ростом толерантности. Рост толерантности происходит через 2 недели — 1,5 месяца после начала систематического приема наркотика. При отсутствии наркотика у больных снижается настроение, ухудшается психическое самочувствие.

II стадия болезни развивается через 3 недели — 2 месяца после начала систематического приема наркотика. Резко возрастает толерантность, достигая высоких цифр. Так, больной может принимать дозы опиатов, в 200–300 раз превышающие терапевтические. Больные обычно знают свои предельные дозы, но при перерыве в приеме наркотика толерантность снижается и прием обычной для данного наркомана дозы приводит к передозировке.

Характер острой интоксикации во II стадии опийной наркомании изменяется. Уже не удается испытать те приятные ощущения, которые были раньше после приема наркотика. Преобладает стимулирующий эффект и больные отмечают повышение работоспособности. Период действия наркотика укорачивается, что вынуждает вводить его с большей частотой.

Для II стадии характерен абстинентный синдром, который развивается в течение нескольких часов после последнего приема наркотика и достигает максимума через 1,5–3 суток, наиболее острые его симптомы держатся до 10 дней, а резидуальные — дольше. Уже через 6–8 часов после последнего приема наркотика появляются раздражительность, тревога, дисфория, общее недомогание, слабость, зевота, слезотечение, насморк, чихание, зуд в носу, носоглотке,

ощущение закладывания носа, повышенная перистальтика кишечника. Это состояние окружающие ошибочно могут расценить как респираторное заболевание. Уже в начале абстиненции наблюдаются мидриаз, тахикардия, тремор, анорексия, отвращение к табачному дыму, нарушение сна — до полной бессонницы. Затем появляются озноб, гипергидроз, неприятные болевые ощущения в мышцах, тело покрывается «гусиной кожей». К концу вторых суток возникают сильные боли в мышцах рук, ног, спины («ломка» на сленге наркоманов), которые чрезвычайно мучительны для больного. Усиливаются тревога, беспокойство, появляется дисфория, чувство безнадежности, бесперспективности и компульсивное влечение к наркотику. Больные не находят себе места, мечутся, стонут.

На 3–4-й день абстиненции появляются мучительные диспепсические расстройства, боли в животе, частый жидкий стул до 10–15 раз в сутки, иногда с примесью крови, нередко рвота, субфебрилитет, тахикардия, артериальная гипертензия. Больные угрюмы, раздражительны, тревожны, гневливы, что приводит к агрессивным или аутоагрессивным действиям. Наибольшего развития симптомы абстиненции достигают к 3–5 суткам, а затем постепенно редуцируются: сначала прекращается диспепсия, затем исчезают боли. Эмоциональные расстройства, влечение к наркотику и нарушение сна остаются значительно дольше. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения в среднем около двух недель.

Резидуальные признаки абстиненции могут продолжаться от 2 до 5 недель, в этот период больные испытывают непреодолимое влечение к наркотику, настроение у них снижено, дисфорично, они испытывают чувство психического дискомфорта, сон нарушен, выражена астения.

При употреблении кустарно приготовленных опийных препаратов продолжительность абстиненции около

10 дней, все ее проявления развиваются лавинообразно уже к концу вторых суток воздержания. Более выражены болевой синдром, диспепсия, боли в мышцах очень мучительны и сочетаются с болями в суставах. Более выражены и психические нарушения: тревога, недовольство, дисфоричность, агрессивность. Выражены тахикардия при нормальном или пониженном артериальном давлении, боли в пояснице. Синдромы абстиненции у этих больных редуцируются в следующем порядке: быстрее исчезают диспепсические и вегетативные симптомы, боли в мышцах и суставах уменьшаются к 5–6-му дню и с этого времени интенсивность их возрастает к вечеру и ослабевает днем. При отсутствии лечения явления абстиненции исчезают к 10–12-му дню. Продолжительность II стадии болезни в среднем 5–10 лет в зависимости от вида, доз и способа введения наркотика.

В III стадии исчезает эйфорический эффект наркотика и он вводится только для поддержания работоспособности и настроения. Толерантность к наркотику снижается. В состоянии абстиненции больные испытывают мышечный дискомфорт. У некоторых возникают опасные для жизни нарушения сердечно-сосудистой системы. Продолжительность абстинентного синдрома от 5–6 недель до нескольких месяцев.

Систематический прием опийных наркотиков приводит к грубым соматическим и психическим нарушениям. Больные выглядят старше своего возраста, кожа бледная, сухая с желтушностью, лицо морщинистое, волосы и ногти тонкие и ломкие, они истощены, рано лысеют, часто выпадают все зубы. Вены утолщены, жгутообразные, с многочисленными рубцами, иногда полностью облитерированы, часты флебиты. Развивается эмфизема легких, часты пневмонии, гепатиты, гломерулонефриты и полиневриты. Психические нарушения на начальных этапах выра-

жаются астеническими симптомами, в поздней стадии заболевания больные становятся неработоспособными из-за грубой астении и анергии.

У многих больных (чаще у тех, кто употребляет героин), формируются признаки интеллектуально-мнестического дефекта, некритичность, торпидность мышления, слабость внимания, поверхностность суждений, нарушения памяти. Эти нарушения более выражены у больных, употребляющих кустарно приготовленные препараты. Грубо нарушается личность, особенно высшие морально-этические ее свойства: интересы сосредоточены только на способах добычи наркотика, больные лживы, отсутствует чувство стыда, их не волнует потеря работы, семьи, собственного здоровья. Сглаживаются индивидуальные личностные особенности и больные становятся похожими друг на друга. Следует подчеркнуть, что наиболее грубые личностные изменения происходят у больных, употребляющих кустарно изготовленные наркотики.

Прогноз опийной наркомании неблагоприятен, выздоровление крайне редко и только у $^1/_5$ больных может быть достигнута ремиссия.

2.1.3. НАРКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПРЕПАРАТАМИ КОНОПЛИ

Злоупотребление препаратами конопли является самой распространенной в мире формой наркомании. Употребляют же эти препараты более 200 млн жителей земного шара. В нашей стране этот вид наркомании является вторым по частоте после опийной. Наркотическим действием обладают психоактивные вещества, содержащиеся в конопле, — каннабиноиды, наиболее активным из них является транс-D-9-тетрагидроканнабиол (ТГК), которым особенно богата индийская конопля.

Наркотик, который готовят из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуана (на сленге наркоманов — «травка», «сено»). Смолистое вещество, которое собирают с верхушек травы каннабиса, называется гашиш (анаша, банг, киф, хурус, харас, дагга, на сленге наркоманов — «план», «дурь», «грязь»). Марихуана содержит 0,5–4% ТГК, гашиш — 2,8 и даже 10–20% ТКГ, поэтому марихуана менее наркогенна.

По литературным данным, больше всего лиц, пробовавших и употребляющих препараты конопли, в США, Австралии, Канаде, Норвегии. В странах СНГ примерно $^2/_3$ наркоманов приобщение к наркотикам начинают с конопли.

Каннабиоиды употребляют с пищей, питьем, но чаще вдыхают при курении. Марихуану смешивают с табаком и готовят сигареты, которые длиннее обычных и сгорают косо (на сленге наркоманов — «косяк»). Употребление марихуаны часто начинается уже в старших классах школы.

Нередко первые употребления препаратов конопли вызывают неприятные ощущения: тошнота, сухость во рту, слюнотечение, головокружение, затруднение дыхания, стеснение в груди. Эйфория возникает после 3–4 пробы. Действие наркотика наступает немедленно и достигает максимума к 30 минуте. В первые 5–10 минут после приема наркотика могут возникнуть страх, тревога. Затем появляется эйфория с острым желанием бегать, танцевать, прыгать. Вначале желание подавляется. Это сопровождается ощущением тепла во всем теле, особой легкости, как бы утрачивается ощущение своего веса («невесомость»). Движения воспринимаются свободными, не требующими усилия, координация их не нарушается. Неадекватная веселость сопровождается громким смехом по незначительному поводу. Если прием наркотика происходит в группе, то обычно смехом «заражается» вся компания, вследствие по-

явления повышенной внушаемости. По этому же механизму группа может испытывать страх, тревогу, ужас.

Развивается своеобразное изменение сознания, когда принявшие наркотик воспринимают только то, что происходит в их группе и как бы не замечают всего окружающего. Возникает гиперестезия к звуковым и цветовым раздражителям, цвета становятся более яркими, богатыми, а самый слабый музыкальный звук приобретает особо громкое звучание. Обостряется потребность в общении, в желании высказаться, при этом высказывают странные идеи, не относясь к ним критически. Общение в группе обычно формальное, часто заданные вопросы не находят ответа или вызывают неадекватный взрыв смеха. Мышление становится непоследовательным, ассоциации поверхностны.

У многих возникают психосенсорные расстройства с явлениями дереализации и деперсонализации, когда изменяется восприятие окружающих предметов и времени. Нередко появляются макропсии, искажается восприятие формы предметов. Нарушается представление о времени и пространстве: течение времени то ускоряется, то замедляется; расстояние между предметами, а также между принявшим наркотик и окружающими представляется огромным, кажется, что рука никогда не дотянется до стакана, ступеньки лестницы «протянулись до неба». Нарушается самосознание, происходит как бы раздвоение личности, когда, с одной стороны, воспринимается собственное «Я», рядом с которым существует еще кто-то, который контролирует поступки первого, смеется над ним. Растормаживаются влечения, повышается аппетит, появляются гиперсексуальность, агрессивность.

Состояние опьянения сопровождается вегетативными нарушениями: гиперемия лица, мраморность кожи, бледность носогубного треугольника, тахикардия, сухость во рту, расширение зрачков, ослабление их реакции на свет,

гиперемия склер. Длительность легкого опьянения от 30 минут до 2–4 часов после марихуаны и до 5–12 часов — после приема гашиша. По выходе из интоксикации возникает резкое чувство голода, а в дальнейшем чувство усталости, сонливость. В течение нескольких часов от одежды курильщика исходит своеобразный сладковатый запах. Следующие 3–4 суток наблюдается астения с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, сниженным настроением.

При повышенной чувствительности к наркотику и его передозировке развиваются психотические формы опьянения, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, страхом, сценоподобными, нередко фантастического содержания зрительными и слуховыми галлюцинациями, бредом преследования, нарушением ориентировки. Психотические формы гашишного опьянения проявляются следующими синдромами: делириозным, делириозно-онейроидным, спутанности, сумеречным состоянием сознания, острым параноидом, сопровождающимися страхом, агрессией. Длительность этих состояний от нескольких часов до нескольких дней.

Эпизодическое курение препаратов конопли может быть достаточно длительным и не вызывать психической зависимости. У подростков вначале курение носит нерегулярный групповой характер, который сохраняется довольно долго. Психическая зависимость появляется через 2–3 года, при этом препарат принимается уже в одиночку. Более половины лиц, многократно и длительно принимавших гашиш, оставляют его, некоторые же переходят к другим наркотикам или к алкоголю. Гашиш нередко является входными воротами для других наркотиков. Психическая зависимость у лиц, употребляющих марихуану, развивается значительно медленнее, чем при курении гашиша.

I стадия наркомании характеризуется возникновением психической зависимости, курят наркотик уже в одиночку

по 2–3 раза в день, все мысли заняты тем, как бы достать очередную дозу.

При перерыве в приеме наркотика возникают вялость, сонливость, снижается настроение, появляются головная боль, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность. Все эти неприятные ощущения исчезают после курения наркотика.

На этой стадии в состоянии интоксикации больные не нуждаются в общении, посторонние начинают мешать эйфории. Они выглядят безразличными, безучастными, отрешенными от действительности, как бы переносятся в мир грез и фантазий, могут долго находиться в одной позе, не стремясь к общению, а на обращение отвечают с раздражением.

II стадия наркомании развивается при регулярном курении гашиша через 2–3 года. Появляется абстинентный синдром: недомогание, усталость, разбитость, отсутствие аппетита, тремор, потливость, сердцебиение, снижение настроения с раздражительностью, гневливостью, злобностью, тревогой, страхом. Характерны различные сенестопатии: стеснение и тяжесть в груди, затрудненное дыхание, сжимающие боли в сердце, ощущение сдавления головы, ощущение жжения и покалывания на коже и под кожей, иногда появляется бессонница. Все это сопровождается компульсивным влечением к наркотику. Максимального развития абстиненция достигает к 3–5 дню, а ее средняя продолжительность до 2 недель. В этот период возрастает толерантность, увеличивается количество сигарет с гашишем от 2–3 до 4–5 и более, употребляются все более крепкие его сорта. Влечение к наркотику становится компульсивным.

У 15% многолетних курильщиков гашиша развиваются хронические психозы, сходные по клиническим проявлениям с параноидной шизофренией. Больные высказывают бредовые идеи преследования, воздействия, испытывают слуховые галлюцинации, становятся абуличными, апатичными.

В III стадии наркомании, которая развивается при хроническом употреблении гашиша, развивается психопатизация личности. Больные становятся вялыми, пассивными, безынициативными, угрюмыми, замкнутыми. У них снижена память, неустойчиво внимание. Утрачиваются морально-этические установки, появляется грубое нарушение поведения, нередко с антисоциальными поступками. В редких случаях описывается псевдопаралитический синдром. У гашишоманов нередко развиваются рак легких, хронические бронхиты.

Некоторые исследователи отрицают возможность формирования физической зависимости и абстиненции, роста толерантности, влияния наркотика на интеллект и поведение больных. Есть даже предложения легализовать производные конопли и не относить их к наркотикам. В частности, в Канаде рекомендуют принимать марихуану при лечении депрессии. В отечественной наркологии злоупотребление препаратами конопли относится к наркомании, характеризуется общими для наркоманий закономерностями развития с социальными последствиями.

2.1.4. НАРКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ СНОТВОРНЫМИ

Злоупотребление снотворными, внесенными в список наркотиков, относится к наркоманиям, злоупотребление другими снотворными — к токсикоманиям. Наркотиками являются производные барбитуровой кислоты — барбитал (веронал), фенобарбитал, барбамил, нембутал, из снотворных небарбитурового ряда — ноксирон.

По продолжительности действия барбитураты делят на три группы: кратковременного действия (тиопентал, гексонал); промежуточные (амитал-натрий, барбамил, этаминал-натрий, нембутал); длительного действия (тиоминал, веро-

нал). Чаще наркоманы употребляют препараты второй группы, принимая их либо внутрь, либо вводя внутривенно. Злоупотребление снотворными может быть у больных, которые принимают их при нарушениях сна. Другая группа начинает принимать снотворные, чтобы испытать эйфорию.

У пациентов с нарушениями сна различной этиологии снотворные купируют бессонницу, улучшают настроение, самочувствие. Длительный прием даже терапевтических доз приводит к развитию психической зависимости, когда пациент уверен, что без снотворных не сможет заснуть. Происходит постепенное увеличение дозы, необходимой для достижения снотворного эффекта, т. е. появляется толерантность. Сроки формирования зависимости определяются дозой, частотой приема и способом введения препарата.

Сами пациенты не замечают возникновения зависимости, одним из признаков которой является прием снотворных днем, объясняя это тем, что препараты их успокаивают.

Больные, употребляющие снотворные с целью эйфории, обычно вводят их внутривенно в дозах, превышающих терапевтические в 2–3 раза. Постепенно у пациентов этой группы эйфоризирующий эффект снижается, развивается толерантность.

Если у больных, злоупотребляющих барбитуратами с целью купирования бессонницы, потребность в увеличении дозы возникает через 6–12 месяцев, то у пациентов, стремящихся к эйфоризирующему эффекту барбитуратов, эта потребность при внутривенном введении препарата развивается через несколько дней непрерывного его употребления, а при пероральном приеме — через 1–1,5 месяца.

Острая или хроническая интоксикация барбитуратами напоминает алкогольное опьянение: заторможенность, дискоординация движений, торпидность мышления, гипомнезия, замедление речи, нарушение критики, трудности

в сосредоточении внимания, эмоциональная лабильность, растормаживание сексуальных и агрессивных импульсов, заострение личностных черт. Эти нарушения сопровождаются неврологической симптоматикой: нистагм, диплопия, атаксия, гипотония, неравномерность рефлексов. Барбитураты определяются в крови пациентов.

Через 2–3 года регулярного приема барбитуратов снижается потребность в увеличении дозы и происходит ее стабилизация, причем длительность периода стабилизации у больных, принимающих барбитураты для борьбы с бессонницей несколько лет, а у наркоманов, преследующих получение эффекта эйфории, — 4–6 месяцев. В последующем происходит снижение дозы и в этот период у больных нередко развиваются передозировки. При передозировке барбитуратами возникает состояние, опасное для жизни: головокружение, тошнота, рвота, профузный пот, икота, чувство дурноты, резь в глазах, слюнотечение. В последующем развивается коматозное состояние, смерть наступает в результате остановки дыхания и сердечно-сосудистой недостаточности. Следует отметить, что при барбитуровой наркомании диапазон между наркотической и смертельной дозами невелик.

Абстинентный синдром при барбитуровой наркомании возникает в течение первых 24 часов после отмены препаратов, достигает пика через 2–3 дня, а затем медленно регрессирует. К концу первых суток после отмены барбитуратов у наркоманов появляются тревога, раздражительность, обидчивость, слезливость. Ухудшается сон, вначале больные спят не более 5–6 часов за ночь, сон сопровождается гипергидрозом, кошмарными сновидениями, на 2–3-е сутки возникает бессонница, настроение еще более ухудшается, нередки дисфории. В этом состоянии больные совершают демонстративные суицидальные попытки. Развивается слабость, появляются неприятные ощущения в теле, боли в

суставах, в подложечной области, тошнота, рвота. Типичны грубый тремор рук, языка, век, мышечные подергивания. АД становится неустойчивым, при резком его падении может быть летальный исход. Особую опасность представляют большие судорожные припадки, которые чаще возникают на 3–5-й день абстиненции, иногда развивается эпилептический статус. На 3–8-й день воздержания у ряда наркоманов развиваются психозы в виде делириозного синдрома, напоминающего алкогольный делирий, но отличающегося большой тревогой, злобностью и напряженностью. Иногда развиваются синдромы вербального галлюциноза, а также галлюцинаторно-параноидные шизофреноподобные состояния. Абстинентный синдром при барбитуровой наркомании продолжается от 3 до 4–5 недель и является опасным для жизни состоянием. Это обусловливает необходимость постепенного уменьшения доз снотворных, а не одномоментную их отмену.

Хроническая интоксикация барбитуратами довольно быстро, в течение 4–5 лет, приводит к грубым нарушениям личности, формированию психопатоподобного органического дефекта. Нарушается память, снижается способность к концентрации внимания, мышление становится тугоподвижным, ассоциации бедными. Сужается круг интересов, появляется дисфоричность, злобность. Токсическая энцефалопатия проявляется грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, развивается характерная барбитуровая деменция. Больные полностью теряют критику к болезни, у них грубо нарушаются морально-этические и эстетические нормы поведения, они перестают следить за собой, становятся эгоистичными, лживыми. Степень нравственной деградации при барбитуровой наркомании превосходит таковую при всех других формах наркоманий.

Специфичен внешний вид больных: цвет лица серо-зеленый, с сальным налетом, лицо пастозное с глубокими

мимическими складками. Зрачки расширены, реакция их на свет ослаблена. Движения не координированы. Нарушается АД (повышается в состоянии абстиненции и снижается при интоксикации). Язык покрыт плотным грязно-коричневым налетом. Характерны неврологические нарушения: мелкоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук, пошатывание в позе Ромберга, горизонтальный нистагм, отсутствие конвергенции. У ряда больных развиваются полиневриты, анемия, агранулоцитоз.

2.1.5. НАРКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

Психостимуляторы действуют возбуждающе на ЦНС, повышая активность, стремление к деятельности, снимая чувство усталости, создают ощущение бодрости, легкости движений, ясности ума и сообразительности, снимают сонливость. Они как бы включают потенциальные возможности деятельности, которые недоступны обычному волевому усилию.

Мягкие психостимуляторы применяются в детской практике при гиперкинетическом синдроме, при нарколепсии и постэнцефалитическом паркинсонизме. Кроме того, их принимают иногда спортсмены, а также водители автомобилей в дальних рейсах, когда они вынуждены много часов подряд быть за рулем. Их используют при лечении ожирения для снижения аппетита.

Наркогенной активностью обладают следующие психостимуляторы: амфетамины, препараты эфедрина и эфедринсодержащих смесей, кокаин.

Амфетаминовая наркомания

Наиболее известные амфетамины: сульфат амфетамина — фенамин, декстроамфетамин (декседрин), метамфетамин (метедрин), метилфенидат (риталин).

Амфетамины принимают внутрь и вводят внутривенно.

Острая интоксикация амфетамином проявляется подъемом настроения, физической бодростью, ускорением мышления, повышенным стремлением к деятельности, общению, многоречивостью. Это состояние напоминает гипоманиакальный синдром, и оно обычно развивается у лиц, принимающих амфетамины эпизодически в дозе 5 мг препарата.

При регулярном приеме амфетамина стимулирующий эффект слабеет и для его достижения необходимо увеличение дозы. Толерантность возрастает уже после первых недель злоупотребления, больные вынуждены вводить препарат несколько раз в день. Несмотря на то, что при в/в введении больших доз могут возникать нарушения восприятия, это не препятствует наращиванию доз. Суточная доза у наркоманов может достичь 1 г препарата при условно смертельной дозе 120 мг.

На высоте интоксикации может развиваться острый психоз с идеями преследования, деперсонализацией и дереализацией, когда больные ощущают себя бесплотными, парящими существами. Больные испытывают зрительные галлюцинации со страхом, тревогой. Нарушается восприятие схемы тела, лиц окружающих. Нередко в этом состоянии больные проявляют агрессию. В некоторых случаях развивается делириозный синдром.

Острая интоксикация амфетаминами сопровождается выраженными соматоневрологическими расстройствами: мидриаз с вялой реакцией зрачков на свет, мышечные подергивания, стереотипные движения губ и языка, повышение

артериального давления, тахикардия, головная боль, потливость, озноб, геморрагии, тошнота, рвота, бруксизм, затруднение дыхания, тремор, атаксия, бледность, сухость во рту. В постинтоксикационном состоянии у больных снижается настроение, появляются тревога, дисфории, резкая астения, вялость, разбитость, они испытывают сильное влечение к очередному введению наркотика.

Если амфетамин применяется в лечебных целях редко и в небольших дозах, зависимость может не сформироваться. Однако при систематическом приеме, особенно если препарат вводится внутривенно, быстро развивается физическая зависимость и внезапный перерыв в приеме наркотика приводит к развитию абстинентного синдрома. При этом больные испытывают чувство сильной усталости, разбитости, сонливость днем и бессонницу ночью. Изменяется настроение, у одних больных преобладают астено-депрессивные синдромы с идеями самообвинения и суицидальными попытками, у других — раздражительность, тревожность, злобность, истеричность. Абстинентный синдром достигает максимума к 2–4-му дню и продолжается до 2–3 недель. Иногда в состоянии абстиненции развивается нарушение сознания по делириозному типу. Кроме того, описаны хронические амфетаминовые психозы, продолжительностью от 2–3 недель до нескольких месяцев.

Хроническое употребление амфетаминов приводит к дистрофии, авитаминозу, изъязвлению кожных покровов, нарушению сна, грубым вегето-сосудистым нарушениям. У амфетаминовых наркоманов развивается деградация личности.

В последнее время молодыми людьми, нередко подростками, используется в качестве развлекательного наркотик «экстази», который является 3, 4-метилендиоксиметамфетамином (МДМА). «Экстази» применяется в таблетках на дискотеках, танцевальных вечерах с целью подъема актив-

ности при длительных танцах. После приема таблетки «экстази» появляется ощущение всеобщего братства, интимной близости, любви к людям, особого блаженства, восторга, которые продолжаются 20–30 минут. В последующем развивается стимулирующий эффект: желание двигаться, танцевать, возникают иллюзии, сексуальное возбуждение, ускоренный поток мыслей, «мозг как бы в тумане». В постинтоксикационном периоде — вялость, слабость, сонливость, сниженное настроение, затруднение в интеллектуальной деятельности, боли в мышцах. Регулярный прием «экстази» приводит к повышению толерантности, появляется необходимость принимать препарат ежедневно. Меняется картина опьянения, вместо эйфории появляется страх, раздражительность, описаны также зрительные галлюцинации и иллюзии, панические атаки, депрессивные и параноидные состояния. Прием «экстази» ведет к грубым нарушениям в печени, сердце, гипертермии с последующим тепловым ударом и летальным исходом, что противоречит бытующему мнению о том, что «экстази» — безопасный наркотик.

Наркомании, вызванные кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащими смесями (эфедроновая и первитиновая наркомании)

Эфедрин (алкалоид, содержащийся в траве эфедры) действует возбуждающе на ЦНС. Применяется в медицине в виде эфедрина гидрохлорида (таблетки, глазные капли 1–5% р-р, капли в нос 2–3% р-р). Эфедрин содержится в различных композитных препаратах: солутан, сунорэф, бронхолитин, теофедрин, антастман, эфитин. Вначале токсикоманы использовали для наркотизации чистый эфедрин. Более 20 лет назад кустарным способом стали изготовлять из эфедрина и эфедринсодержащих смесей (путем их обра-

ботки перманганатом калия и уксусным ангидридом) препарат эфедрон, с более высоким, чем у чистого эфедрина, наркогенным действием. Этот препарат включен в список наркотиков. Из медицинских препаратов, содержащих эфедрин (солутан, сунорэф, бронхолитин), кустарным способом изготовляют наркотическое средство метамфетамин, близкое по своей структуре к первитину. Чистый первитин применялся в медицине для лечения депрессии, нарколепсии, но в связи с его токсическими свойствами был снят с производства. В настоящее время наркоманы используют самодельный первитин (йодпервитина гидрохлорид), который, как и эфедрон, относится к группе амфетаминов и является сильным психостимулятором.

В нашей стране эфедроновая наркомания по распространенности занимает третье место после опийной и канабиоидной.

Эфедрон принимают внутрь и вводят внутривенно, первитин — только внутривенно. Эфедрон обычно употребляется группами по 5–7 человек, первитин — чаще в одиночку.

При приеме эфедрона внутрь через 10–15 минут развивается эйфория со своеобразными психосенсорными расстройствами, появляется необычная легкость в теле, чувство шевеления волос на голове, ощущение невесомости. Окружающие предметы кажутся сочно и ярко окрашенными. Возникают синестезии: наряду со звуками в глазах возникают радужные пятна. Появляется чувство собственной доброты, любви к людям, необычной ясности и четкости мыслей. Повышается настроение, больные многоречивы не по существу. Исчезают аппетит, сон, задерживается мочеиспускание, появляется сердцебиение, сухость во рту. Это состояние интоксикации продолжается до 6–8 часов.

При внутривенном введении эфедрона и первитина развиваются две фазы интоксикации.

В первой фазе эфедронового опьянения, которая развивается через 10–20 минут после введения наркотика, больные ощущают расслабляющую волну, поднимающуюся вверх от рук и ног. Появляется чувство необычной легкости, невесомости во всем теле. Затем возникают эйфория, благодушие, все проблемы отступают на задний план, появляется уверенность в себе, в своих возможностях справиться с любыми трудностями. Длительность этой фазы 15–20 минут.

При первитиновом опьянении деперсонализационные расстройства выражены в большей степени. Сразу же после введения препарата наркоманы ощущают несколько волн, поднимающихся спиралевидно друг за другом, одновременно появляется приятный запах свежести (фиалок, яблок). Чувство особой легкости своего тела доходит до ощущения потери своего физического «Я», растворения в окружающем пространстве. Эйфория выражена в значительной степени, больные испытывают восторг, необычное счастье. При первитиновом опьянении первая фаза продолжается до 2–2,5 часа.

В первой фазе интоксикации наркоманы обеих групп лежат или сидят, зашторивают окна, закрывают двери, выключают источники звуков, все их внимание сосредоточено на собственных ощущениях. Часто для создания фона больные включают тихую мелодичную музыку.

Вторая фаза интоксикации характеризуется стимулирующим эффектом препаратов. При эфедроновой интоксикации больные находятся в состоянии речевого и двигательного возбуждения, напоминающем гипоманиакальное. Наркоманы испытывают прилив сил, энергии, стараются свою энергию претворить в действие. Появляется уверенность, что все преграды преодолимы. Гипербулия часто реализуется в обыденных действиях: уборка, стирка, ремонт бытовой техники. Однако из-за неустойчивости внимания

начатые дела не завершаются. Больные становятся болтливыми, мышление ускоряется, ассоциации поверхностны. Внимание легко переключается с одной темы беседы на другую. В этом состоянии наркоманы беспокойны, не могут сидеть на одном месте, суетливы, совершают много лишних движений.

Клиника второй фазы первитиновой интоксикации сходна с эфедронной. Но при интоксикации первитином больные помимо обыденной деятельности занимаются «творчеством», сочиняют музыку, стихи, прозу, рисуют картины. Эта деятельность непродуктивна, однообразна и, как правило, незавершенна. У первитиновых наркоманов нередко возникают бредоподобные идеи особого могущества, своих необыкновенных способностей (возможность предугадывать события, читать мысли других людей и т. п.). Некоторые наркоманы уверены, что кустарный первитин превращает их в «сверхлюдей». После приема эфедрона и первитина резко усиливается половое возбуждение. Длительность второй фазы эфедроновой и первитиновой интоксикации несколько часов.

При приеме больших доз кустарных психостимуляторов у $^1/_3$ наркоманов в состоянии интоксикации развиваются интоксикационные психозы в виде острого или рудиментарного параноида с бредом преследования, особого значения, вербальными и зрительными галлюцинациями. Психозы возникают обычно после многодневной наркотизации, когда дозы наркотика достигают величин максимально переносимых. В этих случаях после очередной инъекции наркотика вместо эйфории появляются страх, тревога, напряжение, ощущение надвигающейся опасности. Развивается слуховой галлюциноз или галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом преследования, отношения, воздействия, иногда величия, сопровождающийся выраженным двигательным возбуждением. Вначале наблюдается ускоре-

ние мышления, затем оно замедляется, при этом настроение становится более дисфоричным. Эти состояния обычно проходят без специального лечения, после прекращения интоксикации. Длительность психозов от 3–4 часов (при эфедроновой интоксикации) до 8–10 часов (при первитиновой). В отдельных случаях психозы принимают затяжной характер до одного месяца и более и требуют антипсихотической терапии.

Острая интоксикация кустарными психостимуляторами сопровождается повышением артериального давления, акрогипергидрозом, тошнотой, рвотой, задержкой мочеиспускания, анорексией, бледностью кожи, сухостью слизистых, тахикардией, экстрасистолией, гипертермией. В неврологическом статусе — мидриаз, стойкий красный дермографизм, ослабление реакции зрачков на свет, недостаточность конвергенции, горизонтальный нистагм, диффузная мышечная гипотония, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, статическая атаксия, интенционный тремор. Постинтоксикационное состояние развивается через 6–8 часов после окончания второй фазы при эфедроновом опьянении и через 12–16 часов — при первитиновом. Оно характеризуется снижением настроения, раздражительностью, злобностью, слабостью, сонливостью, сильным влечением к наркотику.

Более половины тех, кто попробовал однажды внутривенное введение эфедрона или первитина, повторяют эти введения.

Наркомания кустарными психостимуляторами развивается обычно в молодом возрасте, когда данный препарат является единственным наркотиком, либо злоупотребляют психостимуляторами на фоне опийной наркомании, препаратов конопли или других психоактивных веществ без синдрома зависимости.

Длительность эпизодического злоупотребления эфедроном от 1–2 недель до 6 месяцев, обычно 2–4 месяца.

Психическая зависимость формируется за 3–4 недели. При злоупотреблении первитином формирование психической зависимости происходит значительно быстрее — за 3–4 дня, а иногда этап эпизодического употребления первитина отсутствует и уже после первого введения начинается его регулярное потребление. Вначале злоупотребления эфедроном его дозы составляют от 2 до 5 мл в/в в сутки. В последующем суточная доза резко увеличивается за счет увеличения разовых доз и частоты введения наркотика. Если вначале эфедрон вводится 5–6 раз в сутки, то в последующем интервалы между инъекциями сокращаются от 1–2 часов до 30–40 минут. Суточная доза возрастает в 20–30 раз по сравнению с первоначальной. Более медленный рост толерантности происходит при употреблении первитина. Его первоначальная доза примерно 0, 7 мл препарата при двукратном введении. В дальнейшем суточная доза возрастает до 7–9 мл, а частота введения от 2–3 до 5 раз в сутки.

Форма употребления кустарно приготовленных психостимуляторов может быть циклической и непрерывной.

Циклический тип часто устанавливается с самого начала наркотизации. Больные вводят наркотик круглосуточно в течение нескольких суток, а затем происходит перерыв в употреблении наркотика. Во время цикла у больных полностью отсутствуют аппетит, сон, задерживается мочеиспускание. В среднем при внутривенном введении эфедрона цикл продолжается 2–7, иногда 10 суток, перерыв — 5–7 дней. К концу цикла развивается физическое и психическое истощение с отвращением к наркотику. В постинтоксикационном состоянии больные вялы, сонливы, у них повышен аппетит. Для облегчения засыпания они часто принимают небольшие дозы седативно-снотворных препаратов или алкоголь.

Непрерывная форма употребления наркотика чаще наблюдается при первитиновой наркомании. Больные вводят

наркотик ежедневно в дневные часы. Иногда циклический тип употребления наркотика переходит в постоянный.

Физическая зависимость к эфедрону формируется через 6–12 недель регулярной наркотизации, к первитину — через 2–3 недели. Абстинентный синдром развивается через 6–12 часов после эфедроновой интоксикации и через 18–20 часов — после первитиновой.

Абстиненция характеризуется тремя группами нарушений: нарушение сна, аффективные расстройства и астения. Возникают слабость, усталость, вялость. Появляется чувство психического и физического дискомфорта. Больные становятся мрачными, злобными по отношению к окружающим. При первитиновой наркомании могут появляться идеи самообвинения, суицидальные мысли. Большую часть времени больные лежат в постели, темп мышления у них замедлен. Сонливость сочетается с невозможностью уснуть, часты пробуждения от кошмарных сновидений. Абстиненция сопровождается грубыми вегетативными нарушениями: мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, сжимающие боли в области сердца, мучительные задержки мочи, гиперакузия, светобоязнь. Эти нарушения продолжаются несколько суток и сменяются тяжелой астенией. При непрерывном типе приема наркотиков описанная выше картина абстинентного синдрома усложняется алгическими симптомами: боли в позвоночнике, коленных и голеностопных суставах.

Продолжительность абстинентного синдрома при циклическом типе употребления эфедрона — 4–5 суток, первитина — 5–7 суток; при непрерывном приеме наркотиков абстинентный синдром более продолжителен: до 7 дней при эфедроновой наркомании и до 21 дня — при первитиновой.

После острых абстинентных расстройств на первый план выступают аффективные нарушения (депрессия, дисфория) и расстройства сна. У некоторых первитиновых

наркоманов в течение первых суток абстиненции развивается делириозное расстройство сознания с обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями преследования, отношения, физического воздействия. Больные испытывают страх, они возбуждены, агрессивны. Длительность абстинентного психоза до 1,5 месяца, а резидуальная симптоматика может сохраняться до 3–4 недель.

Со временем оба препарата перестают вызывать эйфорию, устраняя только вялость, слабость, плохое настроение.

При злоупотреблении кустарными психостимуляторами быстро развивается психопатизация личности, наступает выраженное эмоциональное огрубение, снижение работоспособности, морально-этическое снижение. Больные оставляют учебу, работу, круг интересов ограничивают наркотиками, общаются только с наркоманами, ведут паразитический образ жизни, воруют, попрошайничают, становятся нечистоплотными, неряшливыми. Постепенно нарастает снижение памяти и интеллекта. Характерен внешний вид больных: они истощены, кожа бледная с сероватым оттенком, развиваются миокардиодистрофия, хронический гастрит, спастический энтероколит, у мужчин — импотенция, у женщин — аменорея. Так как при кустарном изготовлении эфедрона используется калия перманганат, то в результате его длительного употребления присоединяются симптомы хронического отравления марганцем: хориоформные гиперкинезы, парез мягкого нёба, языка, лицевых мышц.

С середины 90-х гг. прошлого столетия получило распространение использование комбинированных препаратов от простуды, содержащих эфедрин («эффект», «колдак», «трайфед», «актифед», «флюколд», «флюколдекс»), для кустарного изготовления наркотических препаратов психостимулирующего действия.

Наблюдения последних лет свидетельствуют о быстром распространении патологической зависимости от кустарно изготовленных психостимуляторов, исходным веществом для которых являются противопростудные препараты. Это обусловлено доступностью прекурсоров, их относительной дешевизной, простотой изготовления наркотика в домашних условиях, возможностью легкого их приобретения, широкой официальной рекламой, а также выраженным эйфоризирующим, психостимулирующим действием.

Картина наркотического опьянения и особенности абстинентного синдрома при употреблении кустарных психостимуляторов, изготовленных из противопростудных препаратов, характеризуется различными психическими и соматоневрологическими симптомами. Сразу после введения наркотика возникает ощущение прилива тепла и жара к голове и верхней части туловища, покалывание в руках и ногах, чувство ползания мурашек. Кожа лица и шеи краснеет, сердцебиение учащается. Возникает ощущение необычайной легкости тела, полета над землей, сочетающиеся с приподнятым настроением, при этом пациенты боятся нарушить эту гармонию, они испытывают различные приятные ощущения во всем теле. Окружающее воспринимается в неестественно ярких красках. Резко стимулируется физическая и сексуальная активность, сопровождающаяся суетливостью, болтливостью, ускорением темпа мышления, убежденностью в своих неограниченных способностях и талантах. Однако физическая и психическая деятельность при этом непродуктивны.

Наркотическое опьянение после первых приемов продолжается 4–6 часов, в последующем укорачивается до 1–2 часов. Вначале кратность введения 2–3 раза в сутки, затем возрастает до 6–8 раз и более.

Постинтоксикационные проявления развиваются в течение 3–4 часов после последней инъекции и проявляются

резким истощением, падением активности, снижением настроения, тревогой, страхом, вялостью, разбитостью, головной болью. Это вызывает необходимость очередного введения наркотика.

Психическая зависимость формируется после 5–6 внутривенных инъекций препарата или через 2–3 недели эпизодического его приема.

У больных быстро развиваются неврологические нарушения. На начальных этапах наркотизации скованность, неуверенность в движениях, нарушение координации купировались очередным введением наркотика, но примерно через три месяца введение препарата перестает устранять эти симптомы.

Собственно абстинентный синдром проявляется астено-депрессивной симптоматикой и продолжается 2–5 дней.

Вредные последствия длительного употребления кустарных психостимуляторов, получаемых из противопростудных препаратов, проявляются грубыми неврологическими, сердечно-сосудистыми нарушениями и токсическим поражением печени. Резко замедляется речь больных, иногда до полной афазии, замедляются движения, появляются скованность, генерализованные гиперкинезы, нарушение почерка. У больных развивается синдром паркинсонизма, пирамидные нарушения обусловлены токсической энцефалопатией, в формировании которой существенную роль играют не только действие самого наркотика, но и токсические вещества (в частности марганец), применяемые при его изготовлении.

Следует подчеркнуть, что у наркоманов, употребляющих кустарные психостимуляторы из препаратов «эффект», «колдак» и их аналогов, прогредиентность заболевания большая, чем у лиц, использующих эфедрон.

Многовековой традицией ряда стран Восточной Африки и Аравийского полуострова является жевание листьев

ката (листья кустарника съедобного ката), который содержит несколько активных веществ, в том числе амфетаминоподобный катион и менее активный катин, который идентичен подавляющему аппетит Д-норпсевдоэфедрину — составной частью многих средств для похудения. Алкалоид катинон внесен в список наркотических средств.

При многолетнем жевании листьев ката возникает психическая зависимость, влечение к кату может быть обсессивно-подобным и сверхценно-доминирующим (чаще). Абстиненция развивается у пожилых пациентов со стажем употребления ката 15–20 лет. Характеризуется абстинентный синдром нерезко выраженными миастенией, судорогами в икроножных мышцах, нарушениями сна, парестезиями, уменьшением перистальтики, снижением аппетита и сексуального влечения. У некоторых больных в состоянии абстиненции могут возникать психические нарушения в виде астено-дисфорического, субпсихотического состояния с подозрительностью, настороженностью, сверхценными страхами и опасениями. Длительность абстинентного синдрома 1–2 недели.

Хроническая катовая интоксикация проходит три стадии развития.

В первой стадии выражена психическая зависимость, отсутствует абстиненция, устойчива толерантность.

Во второй стадии периодически утрачивается количественный и ситуационный контроль потребления ката, изменяется форма опьянения (уменьшается период эйфории), медленно растет, достигая стабилизации, толерантность, развивается абстиненция, заостряются отрицательные черты характера, развиваются признаки социальной деградации.

В третьей стадии нарушается ритуально-символическая манера потребления наркотика, выражена физическая зависимость, преобладают атипичные формы опьянения, жевание ката осуществляется для устранения астении, тревожности,

снижаются разовая и суточная дозы, нарастают психопатизация и социальная деградация.

При хронической катовой интоксикации часто развиваются психозы с широким диапазоном психопатологических синдромов: экзогенных, экзогенно-соматических и экзогенно-органических. Наиболее частым является параноидный синдром.

Кокаиновая наркомания

Кокаин — алкалоид (эфир бензойной кислоты), наркогенность которого определяется сильным стимулирующим действием.

Кокаин выделен из листьев кустарника кока — растения, произрастающего в Боливии и Перу. Кокаин был выделен в 60-х гг. XIX столетия и широко применялся для местной анестезии. Тогда же началось и злоупотребление кокаином. В настоящее время кокаиновая наркомания является серьезной медицинской и социальной проблемой для многих стран мира. В нашей стране только в последние годы появились единичные случаи этого вида наркомании. Существуют различные способы потребления кокаина, наиболее распространен интраназальный. Наиболее употребляемым является гидрохлорид кокаина. В последнее время все более широкое распространение получает алкалоидный кокаин — «свободное основание», «основание», «крэк» — его вдыхают при курении. Среди коренных жителей Южной Америки и Карибского бассейна распространено курение кока-пасты — первый промежуточный продукт при обработке листьев коки в процессе получения гидрохлорида кокаина. В некоторых странах Южной Америки жуют листья коки (кусочки листьев, часто с добавлением извести, помещают за щеку).

Кокаиновая интоксикация начинается через 2 минуты при внутривенном введении препарата и достигает пика в

течение 5–10 минут. При интраназальном способе действие препарата начинается через 5–10 минут и пик наступает в пределах 15–20 минут. Через 30 минут эффект постепенно исчезает. Острая интоксикация кокаином проявляется подъемом настроения, чувством прилива энергии, повышенной бодрости, тенденцией к переоценке своей значимости, своих возможностей, расторможенностью, многоречивостью, гиперактивностью. Более выраженное кокаиновое опьянение сходно с маниакальным синдромом; больные строят грандиозные планы, высказывают неадекватные суждения, они становятся безответственными, импульсивными, совершают неразумные траты денег, переоценивают свои способности и возможности, проявляют гиперсексуальность. Нередко развивается психомоторное возбуждение. В этих состояниях больные могут совершать различные правонарушения, а также стать жертвой несчастного случая. Очень большие дозы кокаина, при длительном эпизоде его приема, вызывают эйфорию, сочетанную с тревогой, раздражительностью, страхом смерти.

При передозировке кокаина развивается психотическое опьянение со страхом, тревогой, растерянностью, зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями: ощущение ползания насекомых по телу, которых больные ищут, ловят, расчесывая кожу до крови, им кажется, что окружающие хотят с ними расправиться, угрожают убийством.

Иногда вслед за интоксикацией или во время нее возникает кокаиновый делирий с наплывом ярких устрашающих зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций, которые больной принимает за реальность; кокаиновый онейроид с пассивным созерцанием сценоподобных картин, кокаиновый параноид, когда внезапно возникает бред преследования или ревности с внешне упорядоченным поведением. Кокаиновый психоз обычно транзиторный и исчезает

после окончания приема наркотика, но иногда продолжается несколько дней.

Острая кокаиновая интоксикация сопровождается соматическими и неврологическими нарушениями: сухость во рту, гипергидроз, дрожание, жжение в глазах, мидриаз, головные боли, учащенные позывы к мочеиспусканию, тахикардия, гипертензия, озноб, гипертермия, бессонница, анорексия, тошнота, диарея, сердечные аритмии. При употреблении очень высоких доз могут возникать судорожные припадки (вплоть до эпилептического статуса), острые сердечные аритмии или остановка дыхания с летальным исходом.

Эйфория, которая возникает при кокаиновой интоксикации, непродолжительна и сменяется противоположным состоянием — дисфорией с тревогой, разбитостью, раздражительностью, что вызывает необходимость вновь принимать кокаин. В период «кокаиновых эпизодов» больные практически почти непрерывно принимают наркотик, ибо вводят его с 15-минутным перерывом. Для достижения желаемого эффекта приходится вводить прогрессивно увеличивающиеся дозы наркотика. Если пациент не может принять наркотик, возникает посткокаиновая дисфорическая депрессия, продолжительность которой зависит от длительности «кокаинового эпизода». Так, вслед за недельным эпизодом больной может спать несколько дней. Кокаиновые эпизоды обычно продолжаются менее 12 часов, а иногда затягиваются до 7 дней.

Если период посткокаиновой дисфории наблюдается более 24 часов, то это состояние расценивается как синдром абстиненции, который характеризуется депрессивно-дисфорическим настроением с умеренно выраженными вегетативными нарушениями и отдельными идеями отношения, преследования, суицидальными мыслями. В этом состоянии резко выражено компульсивное влечение к нар-

котику. Описанные нарушения достигают своего пика на 3–4-й день воздержания и продолжаются от 10–14 дней до 1 месяца.

Вслед за этим периодом у больных отмечается стойкая дисфорическая депрессия с ангедонией (невозможностью получать удовольствие). Появляется чувство безысходности, внутренней пустоты, безрадостности и на этом фоне возникают воспоминания о кокаине, что приводит к рецидиву. У пациентов постоянная выраженная психическая зависимость, которая развивается в разные сроки при разных способах введения препарата. При внутривенном введении или курении крэка она формируется через несколько недель, при интраназальном приеме через многие месяцы, при жевании листьев коки через годы.

Ошибочно думать, что кокаин не вызывает физической зависимости, она формируется у взрослых в течение 4 лет, а у подростков через 1,5 года злоупотребления.

Кокаиновая наркомания приводит к изменению личности, снижению морально-этических эмоций, резко суживается круг интересов, ухудшается память, снижается интеллект. Больные часто оставляют работу, не заботятся о близких людях, ведут паразитический образ жизни. Больные обычно истощены, снижается аппетит, цвет лица у них сероватый, слизистые оболочки сухие. При интраназальном приеме кокаина может быть некроз и прободение носовой перегородки, при внутривенном введении — нередко абсцессы. Грубо нарушается сон, он сопровождается кошмарными сновидениями.

2.1.6. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

К этой группе относится злоупотребление веществами, вызывающими галлюцинации и другие психические

расстройства. Эти вещества еще называют психотомиметическими и психоделическими. Эта группа насчитывает более 100 природных и синтетических препаратов. Наркоманов привлекает необычность вызываемых ими переживаний.

По механизму действия галлюциногены можно разделить на 4 подгруппы:

Серотонергические — ЛСД, мескалин, псилоцибин.

Метиловые амфетамины — МДМА («экстази», МДА).

Антихолинергические — атропин, скополамин, содержащиеся в мандрагоре, белене, белладонне, дурмане.

Диссоциативные анестезики — фенциклидин, кетамин.

Галлюциногены известны более двух тысячелетий. Индейские племена в Америке во время религиозных ритуалов использовали высушенные верхушки кактуса пейота, действующим началом которого является мескалин. У ацтеков тем же целям служил «божественный гриб» псилоцебе, действующее вещество которого названо псилоцибином.

В середине XX столетия было синтезировано вещество, галлюциногенная активность которого в сотни раз превышала активность растительных препаратов. Это ЛСД — диэтиламид лизергиновой кислоты. Кроме ЛСД используются и другие синтетические галлюциногены — дипропилтриптамин (ДРТ), 3,4-метилендиоксиметамфетамин (МДМА — «экстази»), фенциклидин, кетамин.

Галлюциногены вызывают растормаживание деятельности затылочных областей мозга и лимбических структур путем воздействия на метаболизм катехоламинов, дофамина, ацетилхолина, серотонина и ГАМК. Все галлюциногены оказывают выраженное симпатомиметическое действие, проявляющееся тремором, тахикардией, гипертензией, потливостью, мидриазом, неотчетливостью зрения.

Злоупотребление псилоцибином и мескалином

Действие псилоцибина проявляется примерно через 15 минут при приеме 4–8 мг препарата (перорально), достигает пика через 90 минут, затем в течение 2–3 часов действие ослабевает, но не исчезает в течение 5–6 часов. Мескалин вызывает галлюциногенный эффект в дозах 200–500 мг, его действие продолжается 1–2 часа и часто сопровождается тошнотой и рвотой.

В состоянии интоксикации псилоцибином и мескалином больные испытывают яркие зрительные цветные галлюцинации, которые калейдоскопически меняются. Пациент чувствует как бы раздвоение личности с возможностью наблюдать за собой со стороны. Возникают нарушения схемы тела, другие деперсонализационные и дереализационные симптомы. Воспоминания о пережитом остаются.

Злоупотребление ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты)

ЛСД бывает в виде порошка, раствора, капсул или пилюль. Вещество не имеет ни вкуса, ни запаха, ни цвета, может быть растворено на куске сахара, обрывке промокательной бумаги.

Чаще принимается внутрь, в единичных случаях вводится подкожно или внутривенно, иногда его курят, смешивая с табаком.

Действие ЛСД наступает уже при приеме 20–35 мг, но обычно употребляемая доза гораздо выше — 50–300 мг. Интоксикация развивается через час после его приема и продолжается до 8–12 часов. ЛСД вызывает грубые нарушения восприятия, эмоций и мышления. Чаще всего возникают зрительные галлюцинации, вначале в виде неясных контуров,

геометрических фигур, ярких вспышек света. В последующем появляются истинные зрительные галлюцинации, нередко устрашающие. Одновременно наблюдаются слуховые и тактильные галлюцинации. Настроение больных меняется от эйфории, экстаза до тревоги, паники. Повышаются внушаемость и чувствительность к раздражителям, необычайную насыщенность приобретают цвета, обостряется восприятие музыки, вкуса. Характерны синестезии, когда звуки воспринимаются окрашенными, а цвета звучат. Нарушается восприятие времени, оно как бы растягивается. Возникают деперсонализация и дереализация, расстройство схемы тела. Интоксикация ЛСД сопровождается ощущением работы своих внутренностей, сигналы от которых обычно не доходят до сознания. В памяти оживают события далекого прошлого, нередко раннего детства. Деперсонализация принимает своеобразные формы: возникает ощущение, что собственное «Я» отделяется от тела, появляется чувство, что человек сходит с ума и уже никогда не будет здоровым. У многих людей, принимающих ЛСД, возникает чувство глубокого понимания религиозных и философских идей, которое раньше им было недоступно. После этого остается ложное представление о повышении творческого потенциала собственной личности.

Галлюцинации и другие психические нарушения обусловливают поведение больных. Если сохранена критика, то они только пассивно созерцают все происходящее с ними. Если интоксикация более глубокая, то критика к болезненным переживаниям отсутствует, и больные могут совершать агрессивные или аутоагрессивные действия. На высоте выраженной интоксикации развиваются психотические состояния с галлюцинаторно-параноидными или маниакально-параноидными синдромами, продолжительность которых незначительна — несколько дней, но бредовая интерпретация галлюцинаций сохраняется и после их исчезновения.

В постинтоксикационном состоянии развивается тяжелая депрессия с ажитацией и суицидальными тенденциями продолжительностью от 1 до 7 суток.

Наиболее типичным осложнением у принимающих ЛСД является рецидив психических расстройств через некоторое время после приема наркотика. Это называется «плохая экскурсия», «скверное путешествие» (bad trip) и напоминает острую паническую реакцию на каннабис, которая сопровождается психотическими симптомами. Это состояние возникает у $^1/_4$ принимающих ЛСД, продолжается 8–12 часов, а иногда и дольше.

Другое типичное осложнение действия галлюциногенов — спонтанное транзиторное, повторно вызванное препаратом ощущение, которое появляется, когда субъект перед этим не принимал наркотика. В одних случаях развиваются галлюцинаторно-параноидные или депрессивные (с галлюцинациями) синдромы, в других — воспроизводятся отдельные фрагменты в виде элементарных зрительных галлюцинаций или иллюзий. В американской классификации эти нарушения называются «возвратная вспышка», длительность их 24–48 часов, иногда дольше.

У некоторых потребителей ЛСД развивается психическая зависимость в виде сильного влечения к повторному приему препарата. Толерантность развивается быстро, но также быстро исчезает (через 2–3 дня).

Физическая зависимость при употреблении ЛСД отсутствует. В литературе также нет отчетливых данных о значительных изменениях личности или затяжных психозах.

Злоупотребление фенциклидином (PCP)

Фенциклидин с 70-х гг. прошлого столетия использовался в качестве «уличного наркотика», который на сленге наркоманов называется «ангельская пыль», «кристалл», «мир»,

«супертравка», «суперзерно», «ракетное топливо». Он вводится внутрь, внутривенно, курением и в сочетании с другими наркотиками. Наиболее часто его впрыскивают в марихуановую сигарету или принимают внутрь. Препарат быстро всасывается в кровь и оказывает симпатомиметическое, холинергическое действие, вызывает реакцию серотониновой системы.

При приеме малых доз (2–3 мг) через 5 минут возникают эйфория, беспокойство до состояния тревожности, страха, ажитации. Это состояние сопровождается нарушением координации, атаксией, мышечной ригидностью и продолжается до 30 минут.

Умеренные дозы фенциклидина (5–10 мг) вызывают легкую спутанность, чувство нереальности происходящего, галлюцинации; дозы выше 10 мг приводят к коматозному нарушению сознания.

При высоких дозах препарата (25–50 мг) появляются судороги, повышается АД, температура тела, нарушается дыхание и сердечно-сосудистая деятельность, появляются судорожные подергивания, выключается сознание.

Психотические проявления развиваются уже при умеренной интоксикации. Это, как правило, помрачение сознания с галлюцинациями, бредом или маниакальное состояние с гиперактивностью, ускорением мышления, быстрой речью, грандиозными планами. Иногда во время острого психотического эпизода грубо нарушается поведение: больные рвут на себе одежду, мастурбируют, неопрятны, смеются или плачут. Эти периоды обычно забываются. Острый психотический эпизод продолжается от суток до одного месяца. Возможен и рецидив психоза после прекращения приема наркотика — так называемая возвратная вспышка (flash back).

Толерантность к фенциклидину растет медленно, при регулярном его употреблении может развиться психическая за-

висимость. Абстинентный синдром не развивается. В постинтоксикационном периоде появляются общее недомогание, слабость, сонливость, снижение настроения, парестезии, тремор, подергивание мышц лица.

При хроническом употреблении наркотика развивается органический психосиндром с резким снижением памяти, нарушением внимания, невозможностью контролировать свои действия, нарушением когнитивной функции. При длительном воздержании от употребления наркотика происходит улучшение интеллектуальных способностей больных. При фенциклидиновой наркомании часты рецидивы болезни.

Злоупотребление кетамином

Кетамин (2-(орто-хлорфенил)–2-(метиамино)-циклогексаногидрохлорид) применяется в анестезиологии для кратковременного наркоза. Злоупотребление препаратом в странах СНГ среди подростков и юношей распространилось с 90-х гг. прошлого века.

Кетамин вызывает быстрый и непродолжительный эффект, напоминающий эффект фенциклидина. Вводится внутримышечно и внутривенно в виде 5% раствора. Действие наркотика наступает через 15 минут после введения и продолжается до трех часов.

У принявшего наркотик повышается настроение, появляется чувство необычного блаженства, особой легкости в теле, полета, безграничности окружающего пространства, возникают явления дереализации и деперсонализации, расстройство схемы тела. Зрительные галлюцинации необычно яркие, иногда устрашающего характера, которые вызывают не страх, а интерес у наркотизированных. На высоте интоксикации нарушается сознание с дезориентировкой, ощущением, что они в безграничном пространстве, общаются с

Богом или дьяволом, слышат неземную музыку. Некоторые ощущают у себя необычные творческие способности. Внешне пациенты заторможены, и только по выражению лица можно судить о характере их переживаний. Это состояние напоминает онейроидное расстройство сознания, оно сопровождается дизартричностью речи, атаксией, дискоординацией движений, тахикардией, повышением АД.

В постинтоксикационном периоде может развиться психомоторное возбуждение, вслед за которым наступают слабость, сонливость, снижается настроение, появляется раздражительность и сильное влечение к повторению наркотизации.

При употреблении кетамина быстро развивается физическая зависимость, иногда уже после нескольких инъекций. Быстро растет толерантность, увеличиваются разовые дозы и кратность введения наркотика, у некоторых суточная доза достигает 1000–1500 мг кетамина. В некоторых случаях наркотизация носит циклический характер (2–3 дня интоксикации и несколько дней перерыв), но постепенно светлые промежутки укорачиваются. Абстинентный синдром при злоупотреблении кетамином не описан, но о физической зависимости свидетельствуют выраженное патологическое влечение к препарату, утяжеление постинтоксикационной симптоматики и частые рецидивы.

Злоупотребление МДМА («экстази»)

Принимается обычно перорально, продолжительность действия от 6 до 8 часов. Доза препарата от 75 до 150 мг вызывает тахикардию, повышение АД, мидриаз, бессонницу, анорексию. Психологическое действие проявляется эйфорией, повышением стремления к общению. Галлюцинации, как правило, не возникают. Более подробное описание действия «экстази» в разделе «Злоупотребление психостимуляторами».

2.1.7. ПОЛИНАРКОМАНИИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ НАРКОМАНИИ

Полинаркоманиями являются заболевания, при которых употребляется несколько наркотических средств одновременно или в определенной последовательности и к каждому из наркотических веществ у больного сформировалась зависимость.

Осложненная наркомания — это заболевание, при котором у больных наркоманией имеется зависимость к наркотикам и веществам, не признанным наркотическими. Наиболее часто встречается наркомания, осложненная алкоголизмом.

Полинаркомании и осложненные мононаркомании нередко возникают на этапе выбора предпочитаемого наркотика, а также в исходном состоянии, когда наркоманы стремятся получить желаемый эффект с помощью дополнительных психоактивных средств. Однако они могут развиваться и на других этапах формирования наркомании.

Наиболее часты опийно-барбитуровая, кодеин-ноксироновая, опийно-эфедроновая полинаркомании. Из осложненных наркоманий чаще встречаются злоупотребления опиатами и димедролом, циклодолом, транквилизаторами, алкоголем, одновременное злоупотребление седативными и снотворными препаратами и алкоголем. Большинство наркоманов начинают злоупотребление с гашиша, затем присоединяют другие наркотики.

Сроки формирования абстиненции при полинаркоманиях и осложненных наркоманиях зависят от характера наркотиков, их суточной дозы и способа введения. Наиболее быстро развиваются все признаки наркомании в случаях, когда основными наркотиками являются опиаты. У этих больных первые признаки абстинентного синдрома появляются в сроки 3 недели — 4 месяца от начала систематического употребления наркотиков.

В наиболее сжатые сроки формируется абстинентный синдром при кодеин-ноксироновой, опийно-барбитуровой полинаркоманиях.

Клиника абстинентного синдрома при полинаркоманиях и осложненных наркоманиях включает в себя признаки, присущие каждому из употребляемых средств. Однако если среди препаратов есть опийные, то абстиненция в основном характеризуется действием препаратов этой группы.

Нередко больные мононаркоманиями в состоянии абстиненции стремятся купировать ее проявления привычным наркотиком, и лишь при его отсутствии принимают другие препараты. Пациенты же с полинаркоманиями и осложненными наркоманиями с самого начала для купирования абстиненции используют различные психоактивные средства, нередко алкоголь.

2.2. ТОКСИКОМАНИИ

Токсикомании — заболевания, вызванные злоупотреблением веществами, не включенными в государственный список наркотиков, проявляющиеся психической (а иногда и физической) зависимостью от них.

Основное различие между наркотиками и токсическими веществами заключается в отсутствии у последних юридического критерия. Однако, с медицинской точки зрения, подход к этим болезням и принципы их лечения одинаковы. Если злоупотребление веществом, не отнесенным к наркотикам, принимает большую распространенность, то это вещество может быть внесено в список наркотиков и заболевание, вызванное его злоупотреблением, будет называться наркоманией.

Классификация токсикоманий

- Опийная токсикомания

- Токсикомании, обусловленные злоупотреблением транквилизаторами и снотворными
- Токсикомании, вызванные злоупотреблением психостимуляторами
- Токсикомании, вызванные злоупотреблением галлюциногенами:
  Злоупотребление атропиносодержащими средствами
  Злоупотребление антигистаминными препаратами
  Злоупотребление циклодолом
- Токсикомании, вызванные вдыханием летучих органических растворителей
- Никотиномания
- Политоксикомании

Донозологические формы злоупотребления токсическими веществами, при которых еще не сформировалась зависимость от них, не являются болезненными состояниями и определяются как токсикоманическое поведение, эпизодическое употребление или аддиктивное поведение. Аддиктивным поведением (addiction — пагубная привычка, порочная склонность) называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние до того, как сформировалась зависимость. В этом случае требуются меры или санкции скорее воспитательные, чем медицинские.

Факторы риска развития токсикоманий, т. е. перехода аддиктивного поведения в болезнь, можно разделить на три группы: биологические, психологические и социальные.

Биологические факторы — это наследственная отягощенность, резидуально-органические поражения головного мозга, хронические болезни печени с нарушением ее дезинтоксицирующей функции. Среди токсикоманов большой процент лиц с акцентуацией характера по возбудимому, неустойчивому типу, что дает основание относить именно эти типы акцентуации к психологическим факторам риска

токсикоманий. Доступность вещества, «мода» на него в соответствующей группе, степень ответственности — социальные факторы риска токсикоманий.

Токсикомании широко распространены в разных странах. Изготовление, продажа, перевоз и т. д. токсических веществ в нашей стране не запрещены, но нет четкого учета лиц, злоупотребляющих ими. Однако совершенно очевидно, что токсикомании распространены еще более широко, чем наркомании, особенно среди подростков и молодежи. Косвенным подтверждением этого являются результаты анонимного опроса, проведенного среди старшеклассников, учащихся техникумов и вузов. Опубликованы данные о том, что каждый пятый старшеклассник употребляет транквилизаторы, около $^1/_3$ студентов вузов периодически употребляют различные токсические вещества. Если же учесть число курильщиков табака, то можно утверждать, что токсические вещества употребляет значительная часть населения нашей страны.

2.2.1. ТОКСИКОМАНИЯ, ВЫЗВАННАЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ТРАМАДОЛОМ

В последнее время широкое распространение получило злоупотребление трамадолом, который представляет собой синтетический опиоид, обладающий анальгетическим действием и в связи с этим широко применяется для купирования болевого синдрома при различных заболеваниях. Препарат в виде гидрохлорида трамадола выпускается под различными названиями, наиболее распространены тралган и трамангин.

Многие подростки для достижения эйфории первым препаратом использовали трамадол, его относительная доступность привела к широкому распространению злоупотребления им среди подростков. Эйфория возникает после приема 300 мг трамадола.

Трамадоловая токсикомания формируется медленно, психическая зависимость появляется через 3–6 месяцев от начала злоупотребления. Одновременно с психической зависимостью развивается абстинентный синдром, проявляющийся психопатоподобной и депрессивной симптоматикой, сопровождающийся болями в мышцах и диспепсическими явлениями, степень выраженности которых больше, чем при употреблении кустарных опийных наркотиков. После окончания употребления трамадола у ряда больных в течение длительного времени (до 2 месяцев и более) наблюдались боли, чувство жжения во внутренних органах, суставах, мышцах.

Исследователи, изучавшие особенности развития зависимости от трамадола, считают, что сходство ее клинической картины с другими опиатами определяет необходимость отнесения этого препарата к списку наркотиков и пересмотра режима контроля над его оборотом.

2.2.2. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Злоупотребление транквилизаторами — одна из самых распространенных форм токсикоманий, так как они широко назначаются врачами всех специальностей, а нередко используются и без врачебного назначения.

Наиболее токсикогенными являются бензодиазепиновые транквилизаторы, самая распространенная в мире группа препаратов. Наиболее часто злоупотребляют диазепамом (седуксен, реланиум, сибазон), лоразепамом (активан), нитразепамом (радедорм, эуноктин), феназепамом, альпрозоламом (ксанакс), клоназепамом, реже — хлордиазепоксидом (элениум).

Транквилизаторы принимают внутрь, внутривенно и внутримышечно. Они широко используются для лечения различных непсихотических пограничных психических расстройств

в общемедицинской практике. По данным Т. И. Каплан и Б. Д. Ж. Сэдок (1994), около 15% населения США лечатся бензодиазепинами.

Длительное применение бензодиазепинов ведет к развитию толерантности и абстинентного синдрома. Интоксикации, вызванные бензодиазепинами при пероральном их приеме, наступают через 15–20 минут. Появляются головокружение, чувство покоя, улучшается настроение, все проблемы отступают на задний план. Развивается легкая оглушенность: переспрашивают вопросы, отвечают с задержкой, внимание привлекается с трудом, речь становится смазанной, походка неустойчивой. Прием очень больших доз препаратов вызывает сон, а в ряде случаев — сопор.

При в/в введении седуксена возникает выраженная эйфория, вслед за которой наступает сон. Большие дозы феназепама вызывают взбудораженность, расторможенность с враждебным, агрессивным поведением.

При применении радедорма опьянение напоминает алкогольное с заторможенностью, сонливостью, миорелаксацией. Для достижения эйфории применяется доза, в несколько раз превышающая терапевтическую. Повышение настроения сопровождается неусидчивостью, стремлением куда-то идти, снижением четкости восприятия, скорости реакции. У пациентов нарушается координация, речь становится дизартричной, кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом. Зрачки расширены, реакции на свет вялые. Резко снижен тонус мышц.

Постинтоксикационное состояние сопровождается вялостью, безразличием, слабостью, подавленностью в сочетании с раздражительностью, злобностью, плаксивостью.

Прием очень больших доз приводит к развитию психомоторного возбуждения с иллюзиями, галлюцинациями, расстройством сознания в виде делириозного или сумереч-

ного состояния, а иногда возникает опасное для жизни состояние (сопор, кома).

Купирование острого опьянения проводится с помощью дезинтоксикационной терапии, а также назначением аналептиков (кофеин, бемегрид).

Абстиненция развивается при прекращении употребления после приема доз от 10–20 до 40 мг/сут и длительностью приема в зависимости от дозы от 1 до 4 недель. Первые признаки абстиненции развиваются на 2–3 день после прекращения употребления.

Появляются бессонница, кошмарные сновидения, тревога, страх, дисфория, повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, усиление беспокойства до ажитации, либо вялость, повышенная утомляемость, деперсонализация, головная боль, тахикардия, гипотензия, потеря аппетита, тремор, атаксия, судорожные подергивания мышц, тошнота, потливость. Длительность абстиненции от 1–6 дней до нескольких недель.

Длительное злоупотребление транквилизаторами ведет к формированию органического дефекта личности с интеллектуально-мнестическим снижением, вялостью, черствостью, грубостью, эгоистичностью, жестокостью по отношению к близким. Грубо нарушаются этические нормы поведения, резко падает работоспособность, лицо больного становится маскообразным, мимика бедной, речь и движения замедленными.

Наиболее часто транквилизаторами злоупотребляют подростки в период «первичного поискового полинаркотизма» (Личко А. Е., Битенский В. С., 1991). Нередко наркоманы добавляют транквилизаторы к алкоголю, а некоторые прибегают к большим дозам транквилизаторов в качестве заменителя наркотиков, когда не могут раздобыть последние.

В связи с широким распространением злоупотребления транквилизаторами в нашей стране предприняты меры по

ограничению возможностей их приобретения. По приказу Министерства здравоохранения, транквилизаторы выдают пациентам только в определенных аптеках по рецептам на специальных бланках с круглой печатью и подписью не только лечащего врача, но и представителя администрации лечебного учреждения.

2.2.3. ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ КОФЕИНОМ

Кофеин содержится в продуктах питания и напитках: кофе, чае, какао, шоколаде, коле. В чашке кофе из зерен содержится 90–140 мг кофеина, в чашке растворимого кофе — около 70 мг, в чае — 30–80 мг.

Злоупотребление кофеином может быть в виде употребления крепкого чая — чифиря, когда 100–150 мг чая длительно кипятится в 200–300 мг воды.

Кофеиновая интоксикация выражается гипоманиакальным состоянием: настроение становится эйфоричным, повышается активность, пациенты чувствуют прилив сил, энергии, окружающее воспринимается ярче, мысли текут быстро, ощущается улучшение интеллектуально-мнестических способностей, при этом усиливается перистальтика желудка, учащается сердцебиение, повышается артериальное давление.

При передозировках кофеина (прием от 240 до 720 мг препарата) развиваются возбуждение, тревога, паническая атака, бессонница. При злоупотреблении чифирем могут возникать судорожные припадки, делириозные состояния, спутанность сознания. Доза кофеина 20 г считается летальной.

В постинтоксикационном состоянии больные астеничны. Настроение у них неустойчиво.

При длительном злоупотреблении кофеином развивается астенический синдром, который обычно возникает

через несколько часов после последнего приема напитков, содержащих кофеин. Появляются сильные головные боли, не купирующиеся анальгетиками, мышечное напряжение, раздражительность, тревога, снижается настроение, больные испытывают чувство усталости, сонливости, сопровождающееся тремором. Злоупотребление чифирем приводит к психопатизации с неустойчивостью настроения, эмоциональной несдержанностью, социальной дезадаптацией.

2.2.4. ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ СНОТВОРНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Злоупотребление снотворными — производными барбитуровой кислоты описано в 2.1.4.

Привыкание может возникать и к снотворным небарбитурового ряда, которые длительно назначаются для лечения бессонницы вначале под контролем врача, а затем эти медикаменты принимаются больными без назначений врача. Постепенно возрастает доза, необходимая для получения терапевтического эффекта, которая достигает величин, значительно превышающих терапевтические.

При острой интоксикации развиваются оглушенность, обнубиляция с заторможенностью, вялостью. Речь становится дизартричной, движения некоординированными, снижается мышечная сила, исчезают брюшные рефлексы. Выражены вегетативные нарушения: повышение температуры тела, брадикардия, снижение артериального давления, акроцианоз.

Регулярный прием снотворных приводит к патологическому привыканию и увеличению разовой дозы. Возрастает психическая зависимость, больной считает, что без снотворного он не сможет спать. При прекращении приема снотворного через 20–24 часа развивается абстиненция с выраженными

вегетативно-сосудистыми, неврологическими и психическими симптомами (раздражительность, злобность, тревожность, беспокойство, иногда эпилептиформные припадки).

Хроническая интоксикация приводит к развитию психоорганического синдрома. Вначале преобладают эмоциональные расстройства: раздражительность, взрывчатость, злобность, развивается эгоцентризм. В последующем явственно выступают признаки интеллектуально-мнестического снижения: замедляется темп мыслительных процессов, мышление становится торпидным. Снижается память, особенно фиксационная. Резко снижается круг интересов, развивается социальная дезадаптация, токсикоманы нередко совершают различные криминальные поступки. Неврологические нарушения проявляются снижением сухожильных рефлексов, ослаблением мышечного тонуса, мелкоразмашистым тремором рук, атаксией, дизартрией, гипомимией, стробизмом, нистагмом. В ряде случаев наблюдаются высыпание на коже, слизистых, анемия, агранулоцитоз.

2.2.5. ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Холинолитические препараты, используемые токсикоманами, представлены тремя группами:

- атропинсодержащие препараты (дурман, белладонна, астматол);
- антигистаминные средства (димедрол, пипольфен);
- антипаркинсонические препараты (циклодол).

Холинолитики блокируют парасимпатические эффекты, что приводит к усилению функции адренергической системы. Применение антипаркинсонических средств вы-

зывает центральный и периферический холинергический эффекты, антигистаминные — центральный, атропиновые — периферический.

Прием холинолитиков приводит к возникновению галлюцинаций и других психических расстройств. Злоупотребление этими средствами распространено в основном среди подростков.

Злоупотребление атропиносодержащими препаратами

Этот вид токсикомании в настоящее время встречается довольно редко. Иногда используют семена ядовитого дикорастущего растения — дурмана, содержащие ряд алкалоидов, в том числе атропин. Употребляют его внутрь. После приема 10–15 семян возникает острая интоксикация: головокружения, расслабленность с чувством приятного тепла в теле, настроение повышенное, нередко напоминает гашишное опьянение. Это состояние сопровождается тошнотой, рвотой, чувством сдавления в голове, болями в желудке, жаром, тахикардией. Длительность острой интоксикации дурманом от одного до нескольких часов. Употребление 15–25 семян дурмана вызывает делириозное состояние с метаморфопсиями, нарушением схемы тела, двигательным возбуждением, дурашливостью. Соматоневрологическая симптоматика психоза проявляется гипертермией, гиперемией лица с точечными кровоизлияниями в области лба, цианозом губ, тахикардией, мидриазом, сухостью слизистых. Острый период продолжается в течение суток.

В постинтоксикационном периоде наблюдаются общая слабость, разбитость, головная боль, атактическая походка, дисфункция желудочно-кишечного тракта. В дальнейшем в течение нескольких суток по вечерам появляются немоти-

вированный страх, тревога, суетливость, сон становится поверхностным.

Антихолинергические галлюциногены

Атропин и скополамин в низких дозах применяются в медицине, в высоких дозах производят галлюциногенный эффект. После их приема возникает сухость во рту, тахикардия, теряется четкость зрения, контроль над моторикой. К летальному исходу приводит угнетение дыхания, причем возникает это от доз, ненамного превышающих минимальную эффективную. В состоянии наркотического опьянения пациенты не ищут контакта с окружающими, они погружены в свои переживания, произносят бессвязные отрывочные фразы. При обращении к ним они могут описать свои переживания, но по выходе из этого состояния ничего о нем не помнят.

Злоупотребление антигистаминными препаратами

В настоящее время антигистаминные препараты редко применяются как самостоятельная форма злоупотребления. Подростки их обычно употребляют вместе с алкоголем для достижения «оглушения», опийные наркоманы добавляют димедрол к основному наркотику для удлинения его действия.

Прием больших доз димедрола приводит к развитию делирия, сходного с циклодоловым. Зрительные галлюцинации, так же как и при циклодоловом делирии отличаются калейдоскопичностью и обычно реально отражают ситуацию, предшествующую интоксикации. В отличие от циклодолового при димедроловом делирии на высоте болезненного состояния утрачивается критическое отношение к галлюцинациям, что может привести к

опасным для самого пациента и окружающих действиям. В постделириозном периоде преобладают явления астении. Купировать димедроловый делирий рекомендуют так же, как и циклодоловый.

Злоупотребления астматолом встречаются с конца 60 — начала 70-х гг. прошлого века. Под этим названием выпускается порошок, состоящий из листьев красавки (2 ч.), листьев белены (1 ч.), листьев дурмана (6 ч.), натрия нитрата (1 ч.), который в виде сигарет рекомендуется для лечения бронхиальной астмы.

При злоупотреблении токсикоманы пьют приготовленный из астматола настой. Астматоловый делирий протекает тяжелее циклодолового. Больные дезориентированы в месте и времени, в страхе озираются по сторонам, к чему-то прислушиваются, что-то ищут в мебели, на полу. Почти недоступны контакту. Произносят отрывочные фразы, свидетельствующие о галлюцинаторных переживаниях. Лицо гиперемировано, зрачки расширены, пульс учащен.

После введения аминазина больные засыпают, при пробуждении делириозные переживания исчезают, но в последующие дни могут появиться быстро проходящие делириозные эпизоды. По выходе из делирия, как правило, не сохраняется никаких воспоминаний о болезненных переживаниях либо эти воспоминания отрывочны и смутны.

В постделириозном периоде появляются адинамия, слабость, вялость, безучастность к окружающему, повышенная умственная утомляемость, невозможность концентрировать внимание. Купирование астматолового делирия можно проводить с помощью антагониста атропина — физостигмина. Однако отсутствие полной уверенности в том, что делирий вызван именно астматолом, и определенные технические трудности затрудняют использование физостигмина. Обычно прибегают к инъекциям аминазина.

Злоупотребление антипаркинсоническими препаратами

Антипаркинсонические препараты (циклодол, ромпаркин, паркопан, артан) применяются широко при поражении экстрапирамидной системы в неврологии и психиатрии. При лечении психически больных большими дозами некоторых нейролептиков (трифтазин, галоперидол, мажептил, лепонекс, леородин и др.) антипаркинсонические препараты назначают для профилактики и купирования нейролептического синдрома.

Злоупотребление циклодолом получило распространение в нашей стране с 70-х гг. прошлого века. Принимают его внутрь в таблетках по 2 мг. Злоупотребление циклодолом чаще носит эпизодический характер. Его принимают вместе с другими препаратами подростки с аддиктивным поведением. Циклодол употребляют больные политоксикоманиями. Реже злоупотребление циклодолом носит изолированный характер, при этом формируется токсикомания с выраженной психической, физической зависимостью и толерантностью. Циклодоловая токсикомания наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей. Острая интоксикация циклодолом, который принимают по несколько десятков таблеток, проявляется четырьмя фазами: эйфорическая, суженного сознания, галлюцинаторная и фаза выхода.

В стадии эйфории, которая развивается через 20–30 минут после приема препарата, повышается настроение, появляется болтливость, мимика утрирована, самочувствие хорошее, все вокруг становится необычно ярким, интересным. Поведение как при легкой степени алкогольного опьянения. Неприятности теряют актуальность, все происходящее воспринимается в розовом свете, звуки и краски воспринимаются более ярко. Пациенты непоследователь-

ны, несобранны, подвижны, стремятся к общению, смеются, танцуют. Вегетативные расстройства в виде гиперемии лица, тахикардии, неустойчивости АД, ухудшения зрения вследствие паралича аккомодации, атетоидных движений кистей рук. Эта стадия продолжается 30–40 минут.

Фаза суженного сознания характеризуется сонливостью, погруженностью в свои переживания. Наркотизировавшиеся испытывают различные приятные телесные ощущения в виде легкости, невесомости. Наблюдаются явления дереализации, деперсонализации, нарушения схемы тела. Они как бы наблюдают за собой со стороны. Окружающие предметы меняют свою форму, нарушаются пространственные соотношения. Не хочется двигаться, работать. Замедляется темп мышления, затрудняется осмысление окружающего, задаваемых вопросов, теряется нить разговора, пропадают мысли. Это состояние продолжается 2–3 часа и переходит в галлюцинаторную фазу, которая может развиться и минуя две предыдущие при употреблении больших доз циклодола.

Постепенно теряется ориентировка в месте и времени, искаженно воспринимаются лица людей и их поведение. Через 15–20 минут появляются элементарные галлюцинации (звонки, щелчки, оклики, точки, круги перед глазами), вслед за ними яркие зрительные галлюцинации, содержание которых отражает ситуацию, предшествующую интоксикации. Больные видят приятные сцены, смешные картины развлекательного содержания, если циклодол был принят в веселой компании. Если же интоксикация происходит во время ссор, драк, каких-то устрашающих событий, то больные «видят» бандитов, преследователей, сцены нападения. Характерной особенностью является калейдоскопичность галлюцинаций, т. е. их быстрая смена с повторением одних и тех же сцен по нескольку раз. Иногда бывают слуховые галлюцинации, которые тематически

связаны со зрительными. Лица, принимающие циклодол не впервые, не испытывают страха. Они могут с интересом рассматривать сцены убийства, расчленение людей и по выходе из состояния интоксикации нередко сравнивают их с мультфильмами. Довольно характерен своеобразный «симптом исчезающей сигареты», когда больной не видит собственной руки, но испытывает ощущения, что между пальцами у него зажата сигарета. Когда он пытается поднести сигарету ко рту, последняя исчезает. Также могут исчезать и другие предметы.

При передозировке циклодола развивается циклодоловый делирий. Вначале появляются фрагментарные зрительные галлюцинации, к которым в последующем присоединяются бредовые идеи и сценоподобные галлюцинации. Основными симптомами циклодолового делирия являются нарушения ориентации в окружающем, устрашающие зрительные и слуховые галлюцинации с остро возникающим бредом преследования, отношения.

В течении циклодолового делирия наблюдаются светлые промежутки от нескольких минут до нескольких часов, когда сознание проясняется, галлюцинации прекращаются, но воспоминания о них сохраняются, которыми больные охотно делятся с окружающими и дают болезненным переживаниям критическую оценку. Выраженного речедвигательного возбуждения при циклодоловом делирии обычно не наблюдается.

Неврологические нарушения во время делирия проявляются мидриазом, гиперемией лица, интенционным тремором, умеренной тахикардией.

Длительность циклодолового делирия около двух суток. В последующем на протяжении нескольких дней больные испытывают слабость, вялость, сонливость днем и бессонницу ночью. У некоторых без повторной интоксикации циклодолом через 1–2 дня возникают рецидивы делирия продолжительностью до нескольких часов.

Токсикоманы вначале принимают 4–6 таблеток циклодола по 2 мг, при регулярном его приеме формируется патологическое влечение. После 10–15-кратного приема циклодола в дозе 1,5–2 мг развиваются характерные для токсикоманий колебания настроения от эйфории при интоксикации до подавленности при воздержании. Растет толерантность. Абстинентный синдром развивается через 1–1,5 года после начала злоупотребления. Явления абстиненции появляются через 24 часа после последнего приема препарата. Возникает чувство внутреннего дискомфорта, напряжения, беспокойства. Снижается настроение, появляются слабость, разбитость, снижается работоспособность. В дальнейшем присоединяются соматовегетативные нарушения: тремор всего тела, гипертонус скелетной мускулатуры, скованность движений, боли в мышцах спины, судороги отдельных групп мышц. Непроизвольные движения конечностей, маскообразное лицо. Выражены злобность, раздражительность, дисфоричность. Абстинентный синдром продолжается 1–2 недели и сменяется астенией. Тремор и мышечный гипертонус могут продолжаться до 1,5–2 месяцев.

Уже на первых этапах наркотизации у больных, принимающих большие дозы циклодола (до 25–30 таблеток), нарушаются память, внимание, снижается сообразительность, замедляется мышление, развиваются характерные неврологичекие симптомы: на фоне бледности лица губы становятся алыми, щеки розовыми, чаще эта окраска в форме бабочки. Появляется тремор пальцев, непроизвольные подрагивания отдельных мышечных групп, повышение мышечного тонуса, походка становится своеобразной — выпрямленная спина, отставленные ноги и руки, ходьба на выпрямленных ногах.

2.2.6. ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННЫЕ ИНГАЛЯНТАМИ

Ингалянты — летучие вещества, которые вдыхаются с целью токсического опьянения. В качестве ингалянтов широко используются средства бытовой и промышленной химии.

В 60-х гг. прошлого столетия появились сообщения об использовании подростками различных летучих веществ, при вдыхании которых возникали состояния своеобразного опьянения. Вначале это было замечено в США и странах Западной Европы, но вскоре это увлечение распространилось и в нашей стране.

Вначале злоупотребляли пятновыводителями, бензином, ацетоном, различными сортами лака, в последнее время чаще употребляют клей типа «Момент». Действующими веществами ингалянтов являются алифатические и ароматические углеводы. Ингалянты хорошо растворяются в жирах, они чрезвычайно токсичны и быстро испаряются.

Наиболее распространенной формой употребления является вдыхание паров летучих жидкостей через сложенную ткань или из целлофановых мешков.

Клиническая картина острой интоксикации при употреблении различных веществ, наряду с общими признаками имеет ряд различий. Эффект наступает через несколько секунд после начала вдыхания.

Опьянение парами бензина начинается с ощущения щекотания в носу, горле, кашля, покраснения лица, склер, появляются мидриаз, тахикардия, нистагм, речь становится дизартричной, движения некоординированными.

В последующем развивается эйфория, не сопровождающаяся усилением двигательной активности. При прекращении вдыхания описанная симптоматика исчезает через 15–30 минут, появляются вялость, раздражительность, головная

боль. При продолжении ингаляции развивается делириозное состояние со зрительными галлюцинациями устрашающего содержания, к которым присоединяются слуховые галлюцинации. Содержание галлюцинаций определяется тем, что больные ранее видели, слышали, читали. Нарушения восприятия сопровождаются страхом и одновременно заинтересованностью. В начальной стадии делирия частично сохраняется критика к болезненным явлениям, в последующем все увиденное принимается за реальность. Это определяет поведение больного: он убегает, спасается от преследователей, нападает на них, защищается.

Через 10–30 минут после прекращения вдыхания бензина сознание проясняется, галлюцинации исчезают, но появляется оглушенность, вслед за которой развиваются адинамия, слабость, вялость, головные боли.

При ингаляции паров пятновыводитей, ацетона, нитрокрасок, клея вначале возникают головокружение, шум в голове, слезотечение, слюнотечение, першение в горле, двоение в глазах, тахикардия на фоне легкой оглушенности. Невозможно сосредоточить внимание, замедлены реакции на раздражители, расширяются зрачки, речь становится дизартричной, походка шаткой. При прекращении ингаляции состояние интоксикации продолжается 10–15 минут, затем появляются слабость, чувство тяжести в голове, головная боль, сладковатый привкус во рту, жажда, тошнота, иногда рвота. Постинтоксикационные нарушения продолжаются до 2–3 часов.

Если вдыхание органических растворителей продолжается, то вслед за оглушенностью развивается двигательное беспокойство, а иногда — возбуждение. Появляются эйфория, психосенсорные расстройства в виде макро- и микропсий, дисморфопсий: предметы видятся измененными в размере, искаженной формы, изменяется тембр внешних звуков, услышанные слова и звуки многократно повторяются

как эхо. Затем (при продолжении ингаляции) нарушается ориентировка в окружающем, больные перестают воспринимать реальность. При закрытых глазах появляются яркие, образные, сценоподобные галлюцинации, которые с определенным сюжетом сменяют друг друга, или картины, не связанные между собой. Происходит переплетение реального с фантастическим: преобладают картины сказочного, приключенческого или эротического содержания, копирующие иногда сюжеты виденных фильмов, как бы проецирующиеся на экран.

При опьянении парами пятновыводителей вслед за эйфорией происходит визуализация представлений, все видения произвольно вызываются и отражают то, о чем больной слышал, видел, читал или фантазировал. Настроение зависит от содержания галлюцинаций и в этих случаях, как и при вдыхании паров бензина, даже те видения, которые вызывают страх, приятны.

У больных с резидуальными последствиями органического поражения головного мозга при продолжительной ингаляции развивается онейроидный вариант опьянения, который наиболее характерен для опьянения парами ацетона, нитрокрасок, клея. У больных нарастает оглушенность. Они отрешены от реальности, галлюцинации возникают не «по заказу». Появляется наплыв ярких, грезоподобных видений сказачно-фантастического содержания, нередко у больных возникает двойная ориентировка, когда они видят себя участником галлюцинаторных картин, высказываются единичные бредовые идеи. Видения нередко напоминают мультипликационные фильмы и сопровождаются ощущением. что больному показывают кино, при этом он ощущает себя зрителем, а не участником видений. Обычно подростки стараются уединиться в места, где им никто не будет мешать и часами увлечены своими видениями. Если кто-нибудь мешает, препятствует продолжению ингаляций, это

вызывает злобу и агрессию у больных. Со стороны во время онейроидного состояния подростки выглядят оглушенными, оцепененными, голова их опущена, глаза полузакрыты, на лице застывшая улыбка, они не реагируют на обращение к ним. При тяжелом отравлении ацетоном онейроид переходит в сопорозное состояние и кому. Обычно больные помнят об онейроидных переживаниях и в течение нескольких дней часто возвращаются к этим воспоминаниям.

С момента прекращения ингаляции начинается обратное развитие явлений опьянения. Через 1–1,5 минуты исчезают галлюцинации, восстанавливается ориентировка, появляются раздражительность, головная боль, головокружение, слабость, вялость, тошнота, походка становится неуверенной, лицо гиперемировано, зрачки расширены, склеры инъецированы, сердцебиение учащено. Остаточные признаки интоксикации могут наблюдаться от нескольких часов до 1–3 суток. Долго остается неприятный привкус во рту, затрудняется мочеиспускание. Настроение снижено, с приступами дисфории.

К вдыханию ингалянтов чаще прибегают мальчики в возрасте 9–15 лет. Начало злоупотребления обычно бывает групповым — от нескольких человек до 2–3 десятков. Такие группы формируются либо в школе, либо по месту жительства подростков. Бóльшая часть подростков в последующем прекращает злоупотребление ингалянтами, некоторые переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами. Мотивами злоупотребления чаще всего являются любопытство, желание испытать неизведанное, подражание сверстникам своей группы. Прибегают к злоупотреблению ингалянтами чаще дети из неблагополучных семей с акцентуированными чертами характера (неустойчивые, эпилептоидные типы) с примитивными интересами, психическим инфантилизмом, а также с признаками резидуально-органического поражения ЦНС.

Этап эпизодического употребления продолжается 1–5 месяцев, иногда до 1 года. Постепенно формируется психическая зависимость, одним из основных диагностических признаков которой является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Кроме этого признака о сформировавшейся зависимости свидетельствует увеличение дозы употребляемого вещества, т. е. возрастает толерантность. Удлиняется время ингаляции (иногда много часов подряд), ингаляции повторяются ежедневно, по несколько раз в день. Подростки-токсикоманы не испытывают смущения, когда кто-то уличает их в злоупотреблении, наоборот, проявляют злобную агрессию. Они уже не стремятся скрывать ингаляции от родителей.

Возможность развития физической зависимости при злоупотреблении ингалянтами признается не всеми. Некоторые исследователи считают признаками физической зависимости вегетативные нарушения, а также депрессии с дисфориями в постинтоксикационном состоянии. Однако большинство расценивают эти нарушения как проявления энцефалопатии.

При почти ежедневном употреблении ингалянтов на протяжении недель и месяцев развиваются токсическая энцефалопатия и стойкий психоорганический синдром.

У подростков замедляется сообразительность, особенно когда требуется быстрота реакции, они с трудом запоминают новую информацию, что заметно отражается на их успеваемости. Уровень интеллекта таких подростков на нижней границе нормы, у них резко нарушается внимание, страдают его устойчивость и концентрация. Подростки становятся либо пассивными, медлительными, необщительными, бездеятельными, либо злобными, драчливыми, агрессивными. Они, как правило, бросают учебу, отказываются от занятий, убегают из дома, интерната.

Токсическая энцефалопатия выражается неврологическими и вегетативными симптомами: спонтанный нистагм,

неустойчивость в позе Ромберга, мышечный тремор, повышение сухожильных и снижение брюшных рефлексов, стойкий красный дермографизм, головные боли, плохой сон, головокружение, гипергидроз, вестибулярные нарушения.

Наиболее грубые проявления токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома отмечаются при интоксикациях бензином, у этих же больных встречаются поражение печени, почек, малокровие с лейкопенией.

При злоупотреблении пятновыводителями часты хронические бронхиты.

Ингаляция парами эфира

Эта форма токсикомании встречается крайне редко, обычно как профессиональная вредность у людей, соприкасающихся с эфиром.

Опьянение парами эфира похоже на легкую степень алкогольного опьянения. Вскоре после ингаляции паров эфира повышается настроение, суждения становятся легкими, веселье сочетается с двигательной расторможенностью.

Психическая зависимость проявляется постоянным желанием повторить прием препарата. Абстиненция выражается нарушением сна, угнетением настроения, его лабильностью, раздражительностью, гневливостью, подозрительностью, астенией. Патологическое влечение к эфиру приобретает обсессивный характер. Длительность абстинентного синдрома 4–6 дней.

Хроническая интоксикация приводит к снижению памяти, ограниченности суждений, паранояльности. Эмоции таких больных лабильны, у них преобладают гневливость, раздражительность.

2.2.7. НИКОТИНИЗМ (ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ)

Злоупотребление курением табака может перерасти в токсикоманию. Согласно МКБ-10, расстройства, связанные с употреблением табака (F 17), относятся к поведенческим и психическим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ (F 1).

Первое знакомство европейцев с табаком произошло в конце XV в., когда Колумбу в числе подарков индейцы Америки преподнесли сушеные листья дикорастущих растений «Петиум». В середине XVI в. табак распространился во Франции, чему способствовал французский посланник в Португалии Жан Нико, который первым в Европе вырастил табак из семян, высланных ему моряками Колумба. В середине 30-х гг. XVIII в. шведский естествоиспытатель Карл Линней, создавший классификацию животного и растительного мира, присвоил табаку название «никотин» в честь Жана Нико, а действующее вещество листьев табака назвал никотином.

Курение табака широко распространено во всем мире, несмотря на то, что в разное время и в разных странах были гонения на курильщиков. Вначале курили только мужчины, с 80-х гг. XIX в. к курению начали приобщаться и женщины. Мужчины в основном начинали курить в 16–19 лет, женщины же выкуривали первую сигарету в 25–30 лет. В настоящее время средний возраст начинающих курить значительно понизился, а число ку- рящих девушек увеличилось. Курение все больше распространяется в юношеском, подростковом и даже детском возрасте.

В странах Запада курит половина мужчин и более трети женщин, половина курильщиков употребляет более 11 сигарет в день.

Большинство курильщиков знают о вреде курения, но продолжают курить. Привычка курить прочно вошла в

жизнь и быт многих людей, стала необходимой жизненной потребностью. Одной из основных причин начала курения является любопытство, желание узнать что-то новое, которое наиболее выражено в подростковом возрасте.

Немаловажную роль играет и стремление подражать взрослым, товарищам, определенным авторитетам, героям фильмов. Желание начать курить вызывают и красочные рекламы сигарет.

Нередко школьники начинают курить, чтобы не быть предметом насмешек со стороны куряших товарищей, которые считают их трусами, несамостоятельными, боящимися осуждения родителей и взрослых.

По мере развития привычное курение становится сложным условным рефлексом, включающим в себя следующие компоненты:

- элементы фетишизма — красивые и дорогие курительные принадлежности;
- элементы ритуала — вертеть в руках зажигалку, разминать сигарету, набивать трубку, обрезать кончик сигары, делать первую затяжку, пускать кольца и т. д.;
- вкусовые ощущения, анализ субъективного удовольствия;
- удовольствие от запаха табачного дыма;
- рефлекторное воздействие табачного дыма с его ингредиентами через дыхательную систему на внутренние органы;
- непосредственное воздействие никотина на ЦНС;
- элемент общения — курение как групповое времяпрепровождение.

Наиболее частой формой употребления табака является курение, значительно реже наблюдаются нюхание, жевание и другие формы его потребления.

Акт курения состоит в том, что через подожженный и медленно тлеющий табак всасывается воздух, тление табака

усиливается действием кислорода. Продукты горения табака поступают в легкие. Табачный дым состоит из воздуха и взвешенных в нем продуктов горения табака и его сухой перегонки. Это аммиак, окись углерода, канцерогенные вещества, радиоактивный полоний. Все эти вещества оказывают неблагоприятное воздействие на организм курильщика. Согласно литературным данным, при выкуривании одной пачки сигарет средней крепости, при диаметре сигареты 0,8 см и длине табачной набивки 7 см, с общей массой табака в пачке 20 г образуется 0,0012 г синильной кислоты, столько же сероводорода, 0,22 пиридиловых оснований, 0,18 г никотина, 0,64 аммиака, 0,93 окиси углерода и не менее 1 г табачного дегтя (концентрата из продуктов горения и сухой перегонки табака). Наиболее токсичным веществом в составе табака является никотин, который оказывает многостороннее действие на нейровегетативные функции и обменные процессы. Средняя сигарета содержит 0,5 мг никотина, доза свыше 60 мг является смертельной. Никотин вызывает сужение периферических кровеносных сосудов, усиление перистальтики, повышение образования катехоламинов, норэпинефрина и эпинефрина, с высвобождением адреналина и норадреналина, снижение скорости обменных процессов, тремор. Никотин — психофармакологическое вещество, оказывающее психотропное действие: успокаивает, выравнивает настроение, снижает напряжение и страх. Никотин стимулирует гипоталамические центры удовольствия, что является одной из причин развития пристрастия к нему.

Концентрация никотина 0,5 мг на 1 м^3 воздуха в закрытом помещении опасна для здоровья не только курильщика, но и всех, находящихся в нем. Такая концентрация создается в комнате объемом 100 м^3 (8 х 5 х 2,5 м) от выкуривания 8 сигарет.

Критерии острой интоксикации никотином (по МКБ-10 F-1.0)

Наличие не менее одного из следующих признаков:

- бессонница;
- причудливые сновидения;
- эмоциональная неустойчивость;
- дереализация;
- снижение умственной продуктивности;
- тошнота, рвота;
- профузное потоотделение;
- тахикардия;
- сердечная аритмия.

Никотин и другие составные части табачного дыма легко всасываются кровь и разносятся ею по всему организму. Через 2–3 минуты после вдыхания табачного дыма никотин оказывает действие на головной мозг, выражающееся в кратковременном повышении его активности, что субъективно воспринимается курильщиком как приток новых сил, своеобразное чувство приподнятости и успокоения. Это действие непродолжительно и вслед за ним вскоре активность и настроение снижаются и курящий стремится к следующей сигарете.

При тяжелой степени интоксикации возникают нарушения, которые могут привести к летальному исходу. Через несколько минут после отравления никотином курильщик испытывает «чувство сжимания в горле, пищеводе и желудке», после чего появляется рвота обильная и многократная, сопровождающаяся обильным жидким стулом, гиперсаливация: слюна буквально течет изо рта. Живот вздут и сильно болезнен. Больной предъявляет жалобы на сильную головную боль и головокружение. Лицо бледное, зрачки сужены. Возникают возбуждение, дисфории. Затем болезненные явления со стороны ЖКТ уменьшаются. За возбуждением следует состояние ступора, которое чередуется с клоническими и

тоническими судорогами. Зрачки расширяются, пульс, до сих пор твердый, становится нитевидным, артериальное давление падает, тело больного покрывается холодным, липким потом. Если не принять срочных дезинтоксикационных мер, больной погибнет в течение времени от 15 минут до 1 часа.

При отравлении средней тяжести описанные выше нарушения менее выражены, но болезненные явления со стороны ЖКТ продолжаются несколько суток и с трудом поддаются терапевтическому воздействию.

Более или менее легкую степень отравления испытывают практически все начинающие курить. Организм как бы «возмущается» насилием над собою. Но так называемый негативный эффект первой сигареты, к сожалению, быстро исчезает и толерантность к никотину быстро возрастает.

Никотин обладает высокой степенью наркогенности, что явствует хотя бы из следующего факта — 85% людей, выкуривших первую сигарету, в последующем становятся курильщиками. Не у всех курильщиков вырабатывается зависимость. Наряду с так называемым страстным курением, выделяют умеренное курение и курение для снятия психического напряжения. Однако в двух последних случаях табачный дым вызывает такие же, но в меньшей степени выраженные патологические симптомы, как и у страстных курильщиков.

Кажущийся подъем энергии, улучшение самочувствия, успокоенность закрепляются в сознании курящего с выкуренной сигаретой, переходят в условный рефлекс. Курящий уверен, что без табака он не может нормально работать и жить, т. е. становится зависимым от табака. Средний курильщик выкуривает 20–30 сигарет в день, что свидетельствует о высокой толерантности к табаку. Постепенно формируется абстинентный синдром.

Абстиненция, или синдром отмены

Сила негативных ощущений зависит от индивидуальных особенностей организма и субъективного психологического настроя пациента.

Исходя из многочисленных исследований отечественных и зарубежных ученых, можно говорить о психической и физической зависимости, вызываемой никотином. Явления абстиненции возникают через 1,5–2 часа после последней выкуренной сигареты.

Подавляющее большинство испытывают последствия психической зависимости, основной симптом которой — страстное желание закурить сигарету, а также напряженность и раздражительность. Предъявляются жалобы на то, что безумно хочется закурить; на тоску, раздражительность; плаксивость, чрезмерную обидчивость, вспыльчивость; вялость, апатию, угнетенное, «дурное настроение», пустоту, неудовлетворенность; «голова ватная, не работает», повышенную сонливость или, наоборот, диссомнию. Может быть множество других жалоб, в зависимости от индивидуальных особенностей психики пациента.

Следует отметить, что желание курить нередко остается даже при длительных сроках воздержания (10–15 лет).

Выраженность физической зависимости нередко зависит от длительности курения, «стажа курильщика», но, как это ни парадоксально, очень редко зависит от количества поступающего в кровь никотина в сутки.

При беспрерывном употреблении табака от 1 до 10 и более лет при полной отмене имеют место такие болезненные проявления, как непрерывный изматывающий кашель, головная боль и головокружение, тошнота, запор, нередко периодический озноб. Проявление физической зависимости испытывают примерно 3% от всех, кто решает бросить курить. Болезненные явления продолжаются от 3 дней до 2 недель максимум.

Лишь незначительная часть потребляющих табак, отказавшись от него, утверждают, что это не составило им особого труда и с самого первого дня они наблюдают только положительные стороны в изменении своего состояния (бодрость, улучшение мыслительной деятельности, улучшение сна, аппетита и т. д.). В основном, за редким исключением, абстинентный синдром отсутствует у мужчин.

По МКБ-10 диагноз синдрома отмены (абстиненция) ставится на основании наличия не менее двух из следующих симптомов: тяга к употреблению табака; недомогание, слабость; тревога; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышение аппетита и прибавка массы тела; кашель; изъязвление слизистой полости рта; трудность в сосредоточении внимания.

Необходимо остановиться на проблеме увеличения массы тела, с которой сталкиваются бросившие курить. Увеличение веса происходит вследствие нормализации работы надпочечников, так как прекращение действия никотина на надпочечники ведет к уменьшению выработки адреналина, соответственно уменьшаются основной обмен, мочеотделение; усиливается процесс жирообразования. К тому же значительно усиливается аппетит или человек, чтобы «занять» рот, вместо сигареты постоянно «перекусывает».

Но в некоторых случаях диета остается неизменной, а масса тела все равно растет. Дело в том, что происходит изменение обмена веществ, так как идет изменение соотношения между адреналином и инсулином в организме. Как известно, адреналин тормозит внутрисекреторную функцию поджелудочной железы. Уменьшение продукции адреналина ведет к увеличению продукции инсулина, который задерживает воду в организме и способствует усиленному образованию жира из углеводов и воды, т. е. увеличение веса можно рассматривать как дополнительный стрессовый фактор при отказе от курения. Исходя из соматического

здоровья пациента, необходимо рекомендовать увеличение физических нагрузок, тем более, что ускорение обмена веществ приведет к ускорению процесса «очищения» организма от никотина и, как следствие, к укорочению периода абстиненции. К тому же физические упражнения могут играть роль «переключения» внимания с сигареты на собственные здоровые ощущения.

Особенности психических и соматических нарушений при хронической интоксикации никотином

У курильщиков с явлениями зависимости чаще, чем у некурящих того же возраста, развивается астенический синдром, они быстрее утомляются, часто допускают ошибки при выполнении заданий, требующих напряжения и внимания. По данным литературы, для них характерны импульсивность поведения, более низкий уровень образования, тревожность, недоброжелательность по отношению к другим людям. Курильщики, в отличие от некурящих, чаще разводятся или покидают семью, они более экстравертированы, враждебны и более склонны к употреблению спиртных напитков. У курильщиков чаще возникают инсульты, в результате которых развиваются дефектно-органические психические нарушения, вплоть до деменции. У них заметно снижается слух, нарушается ощущение вкуса.

При курении табака возникают грубые расстройства во внутренних органах.

Сердечно-сосудистые заболевания. В структуре смертности, обусловленной потреблением табака, сердечно-сосудистые болезни стоят в первом ряду. Никотин и окись углерода прямо или косвенно способствуют развитию ишемической болезни сердца и поражению периферических сосудов.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), включая острый инфаркт миокарда (острая сердечная недостаточность) и

хроническую ишемическую болезнь, среди курящих распространена шире, чем среди некурящих. Курение сигарет почти вдвое увеличивает риск развития ИБС, причем у молодых лиц этот риск намного больше. В среднем смертность от ИБС среди курящих на 80–90% выше, чем среди некурящих, а это означает в 2–4 раза больший риск внезапной смерти. Повышенному риску развития ИБС подвергаются больные сахарным диабетом и лица с генетически обусловленными гиперлипидемиями. У курящих значительно повышается степень атеросклеротического сужения наиболее мелких коронарных артерий; этот процесс еще более прогрессирует у злостных курильщиков. У них повышена адгезивность тромбоцитов, что способствует тромбообразованию и увеличивает вязкость крови.

При прекращении курения снижается риск ИБС у лиц в возрасте до 65 лет. Если человек воздерживается от курения на протяжении 10 лет, риск ИБС становится близким к таковому у некурящих. У курящих болезнь прогрессирует с переходом в злокачественную форму с осложнениями.

Еще более очевидна связь между курением и заболеваниями артерий нижних конечностей. Около 95% лиц, страдающих болями в ногах, возникающих при ходьбе, являются курильщиками. Так называемый в неврологии синдром Рейно (сужение сосудов верхних и нижних конечностей, ощущение «холодных рук и ног», острая боль при начале ходьбы в голенях и ступнях, акроцианоз) можно назвать «профессиональной» болезнью курильщиков. У многих из них развивается гангрена и появляется необходимость в ампутации. У курильщиков в 5 раз выше частота смертных случаев от аневризмы аорты. Существует также прямая зависимость между частотой инсульта и курением.

Хронические болезни легких. Побочные эффекты длительного курения проявляются в двух формах заболевания легких.

Хроническую гиперсекрецию слизи, сопровождающуюся стойким приступообразным кашлем с мокротой, называют простым хроническим бронхитом. Патологический процесс ограничивается главным образом крупными воздухоносными путями, нивелируется при прекращении курения и сам по себе не представляет угрозы для жизни больного.

Хроническое обструктивное заболевание легких сопровождается затруднением дыхания вследствие сужения главным образом мелких воздухоносных путей, обусловленного степенью выраженности патологических изменений легочной ткани. В частности, развивается эмфизема, которая отличается прогрессирующим течением, практически необратима и может приводить к инвалидизации и смерти.

Однако обе формы заболевания легких у курильщиков предрасполагают к развитию острых инфекционных заболеваний с вовлечением в процесс бронхов. Рецидивы инфекционных заболеваний обусловливают чувство дискомфорта и нарушение работоспособности в значительной мере.

Курение и рак. Риск смерти от рака легких зависит от числа выкуриваемых сигарет и возраста, в котором человек начал курить. У курильщиков сигарет с фильтром риск смерти ниже. Прекращение курения способствует снижению риска смерти, и через 10 лет риск заболеть не отличается от риска, которому подвержены никогда не курившие. Было высказано предположение о том, что тесная связь между курением и раком легких не прямая — это следствие того, что у заболевшего сочетается предрасположенность к раку легких и курению, причем оба фактора наследственно обусловлены. Риск развития рака полости рта или гортани у курильщиков в 5–10 раз выше, чем у некурящих. Эти формы рака с одинаковой частотой развиваются у курящих сигареты, сигары, трубки. У курильщиков чаще встречается

рак поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря. Причиной развития заболевания у курильщиков считают изменения в ДНК.

Курение и способность к деторождению. Курящие женщины чаще бывают бесплодными, беременность у них наступает реже, чем у некурящих. Кроме того, у первых раньше наступает менопауза. Эти наблюдения свидетельствуют о том, что курение неблагоприятно влияет на функцию яичников; механизм этого воздействия остается не установленным.

Осложнения беременности. У курящих беременных несколько повышается риск спонтанного аборта; кровотечения во время беременности и различных нарушений в развитии плаценты. Плацента у них более массивная и увеличена в диаметре по сравнению с некурящими. Это является результатом адаптационных изменений, обусловленных дефицитом кислорода в результате повышенной концентрации в крови циркулирующего карбоксигемоглобина.

Влияние курения на развитие плода. Масса тела ребенка, рожденного курящей женщиной, примерно на 200 г меньше, чем у рожденного некурящей. Механизм задержки внутриутробного роста, вероятно, состоит в воздействии веществ, входящих в состав табачного дыма, например окиси углерода, а некосвенных воздействиях, таких как дефицит питания у курящих женщин.

У женщин, бросивших курить до наступления беременности или в первые 20 недель беременности, дети ничем не отличаются от детей никогда не куривших матерей. В плаценте курящих женщин содержится бóльшее количество аномальной ДНК, чем в плаценте некурящих.

Влияние курения на желудочно-кишечный тракт. Ядовитые вещества табачного дыма, переходя в слюну, раздражают слизистую желудка, при этом появляются такие наруше-

ния, как потеря аппетита, боли в области желудка и кишечника, чередование запора и поноса, хронические гастриты, язвы желудка и 12-перстной кишки. Эти расстройства встречаются у курильщиков во много раз чаще, чем у некурящих того же возраста и живущих в таких же условиях труда и быта.

Кроме непосредственного действия на курильщика, табачный дым вызывает головную боль, головокружение, сердцебиение, разбитость у некурящих, которым приходится подолгу или постоянно находиться в накуренных помещениях. Из-за вреда здоровью не только курильщиков, но и так называемых пассивных курильщиков курение остается проблемой не только медицинской, но и социальной.

2.3. ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Первое знакомство с токсическими веществами и наркотиками чаще всего происходит в подростковом возрасте, что объясняется характерологическими особенностями подростков и формами их поведения. В этом возрасте нередки реакции группирования со сверстниками, эмансипации, увлечения, протеста. Приобщение подростков к психоактивным веществам происходит в компаниях сверстников асоциальной и антисоциальной направленности, под влиянием лидеров, которыми являются лица старшего возраста.

Для подростков наиболее характерна такая форма употребления наркотиков, как аддиктивное поведение, которое формируется (по В. С. Битенскому) следующим образом: 1-й этап — «поисковый полинаркотизм», когда подростки пробуют в компании различные токсические вещества; 2-й этап — выбор того вещества, которое доставляет

наибольшее удовольствие; 3-й этап — групповая психическая зависимость, когда желание принимать вещество появляется всякий раз, как только собирается соответствующая компания.

На этой стадии еще не сформирована психическая и физическая зависимость. Впервые подросток пробует какие-то средства чаще всего в компании сверстников, притом выбираются наиболее доступные и дешевые средства: табак, транквилизаторы, ингалянты, холинолитики, иногда психостимуляторы, марихуана. В последующем подростки либо отказываются от злоупотребления, либо продолжают его, принимая дозы препаратов, превосходящие терапевтические в 3–10 раз. Употребление собственно наркотиков подростки обычно начинают с курения препаратов конопли или приема таблеток «экстази». Мотивами употребления психоактивных веществ в этом возрасте является желание изменить свое состояние, изведать новые ощущения, побороть скуку, не отстать от товарищей, возможность забыться.

Отказ от дальнейшего употребления психоактивных веществ связан с неприятными ощущениями, ухудшением самочувствия, страхом перед угрозой наказания. У ряда подростков за первыми пробами следуют повторные, причем они часто попеременно меняют различные психоактивные вещества. Постепенно происходит выбор какого-то одного наркотика или токсического вещества, действие которого для подростка оказывается наиболее приятным. На этом этапе препараты преимущественно принимаются в группах, в компаниях. Скорость формирования наркомании при злоупотреблении психоактивными веществами зависит от фармакохимических свойств вещества, регулярности и способов введения. Быстрее всего формируется зависимость при внутривенном введении препаратов. Одним из факторов риска развития наркомании или токсикомании в подростковом возрасте является наследственная отяго-

щенность алкоголизмом и психическими заболеваниями. Имеют значение особенности воспитания — такие подростки обычно воспитываются либо в неполных, либо в неблагополучных семьях. Подростки с ранним началом наркотизации негативно относятся к учебе, у них низкий интеллектуальный уровень, ограниченность интересов, нестойкость и примитивность увлечений. Наркомании и токсикомании развиваются у подростков с девиантными чертами в преморбиде, это чаще всего неустойчивость, патологическая конформность, слабость эмоционально-волевых установок, повышенная внушаемость.

Течение наркоманий и токсикоманий при раннем начале наиболее прогредиентное. Хотя сроки формирования абстинентного синдрома у подростков более длительные, чем в старших возрастных группах, но в его клинической картине преобладают психопатологические явления, свидетельствующие о значительной тяжести этого состояния. У подростков, пристрастившихся к психоактивным веществам, быстро формируется деградация личности с психопатоподобными синдромами и признаками морально-этического снижения. Кроме того, у них слабеют интеллектуально-мнестические способности, т. е. развивается стойкий психоорганический синдром, нарушается внимание; снижается память, сообразительность, запас знаний, способность приобретать новые знания. Подростки становятся пассивными, безынициативными, безразличными к своему здоровью, учебе, будущему. В наибольшей степени это выражено у злоупотребляющих ингалянтами и седативными препаратами.

Употребление препаратов конопли в подростковом возрасте чаще бывает эпизодическим. Подростки курят кустарно приготовленные сигареты («травка»), реже используют марихуану и гашиш. Острая интоксикация канабиоидами чаще проявляется легкими субклиническими формами:

повышение двигательной непродуктивной активности, смена настроения от эйфории к страху, разговоры на сексуальные темы. По выходу из состояния опьянения подросток испытывает резкое чувство голода. Тяжелые психотические формы опьянения в подростковом возрасте при употреблении канабиоидов казуистичны. При регулярном употреблении препаратов конопли довольно быстро развивается социальная дезадаптация.

Злоупотребление опиатами, по данным В. С. Битенского, чаще наблюдается у подростков с эпилептоидным, неустойчивым или циклоидным типом акцентуации личности. Наиболее предпочтителен внутривенный способ введения препарата, кустарно изготовленного из маковой соломки.

Острая интоксикация сопровождается чувством душевного комфорта, довольства. Подростки обычно уединяются, погружаясь в мир грезоподобных фантазий. Это состояние сопровождается снижением артериального давления, брадикардией, бледностью и сухостью кожных покровов, миозом.

В подростковом возрасте 1-я стадия опийной наркомании наблюдается в два раза чаще, чем 2-я стадия, но влечение становится неудержимым. В состоянии абстиненции преобладает депрессивно-дисфорическое настроение, поведение подростков демонстративно, иногда совершаются псевдосуицидальные поступки с целью приобретения наркотика или средств на его покупку. Толерантность к наркотику растет медленнее, чем у взрослых. Во 2-й стадии опийной наркомании появляется физическая зависимость, меняется картина опьянения, быстро нарастают соматические нарушения.

Галлюциногены (в основном холинолитические препараты — астматол, циклодол, димедрол, атропинсодержащие) подростки употребляют эпизодически. В последние годы участились случаи употребления психостимуляторов:

эфедрон, первитин, таблетки «экстази», однако наркомании вследствие злоупотребления этими веществами у подростков встречаются редко. Транквилизаторы подростками принимаются обычно в сочетании с другими веществами (алкоголь, наркотики) в период «первичного поискового полинаркотизма». Сформировавшаяся барбитуратовая наркомания в подростковом возрасте не встречается.

2.4. ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ У ЖЕНЩИН

Во всем мире в последнее время отмечается значительный рост наркоманий и токсикоманий у женщин. Женщины начинают употреблять наркотики обычно под влиянием наркоманов-мужчин, причем эта закономерность прослеживается не только у взрослых женщин, но и у девочек-подростков. Если взрослые женщины приобщаются к наркотикам под влиянием своих мужей, сексуальных партнеров, то девочек-подростков обычно приучают старшие мальчики. Такому влиянию чаще поддаются девочки с асоциальными формами поведения.

Увеличение доз наркотиков и частоты их употребления у женщин также происходит под влиянием мужчин. На первых этапах наркотизации женщины обычно зависимы от мужчин, они пользуются теми наркотиками, которыми снабжают их мужчины, и очень редко покупают их сами.

Согласно литературным данным, многие женщины начинают употреблять наркотики, чтобы преодолеть свою пассивность, повысить сексуальную привлекательность, сравняться с мужчинами, улучшить настроение, уменьшить чувство одиночества. В ряде случаев мотивом приема наркотиков является желание получить острые ощущения, изведать неизведанное. Можно предполагать, что к «помощи»

наркотиков прибегают женщины, имеющие различные психологические проблемы и являющиеся акцентуированными или психопатическими личностями. У женщин чаще, чем у мужчин, первое знакомство с наркотиками происходит по медицинским показаниям. Немаловажную роль играют различные бытовые и жизненные проблемы, влияние микросреды.

Возраст начала употребления наркотиков у женщин существенно не отличается от такового у мужчин (18–21 год), однако некоторые виды наркотиков начинают употребляться в более раннем возрасте (марихуана — 14 лет, героин и кокаин — 17–18 лет). Обычно после 30 лет наркомания у женщин не дебютирует.

Предпочитание наркотиков у женщин несколько отличается, они начинают злоупотребление чаще с лекарственных препаратов (барбитураты, транквилизаторы) и переходят в дальнейшем на другие средства. У женщин с самого начала наркотизации преобладает комбинированный прием нескольких средств. Героин чаще принимают пациентки, у которых дебют наркотизации был в возрасте 19–20 лет, а реже те, кто впервые попробовал наркотики в подростковом возрасте. При позднем начале употребления отдается предпочтение психостимуляторам и седативным средствам. У женщин, как и у мужчин, наиболее часто употребляемыми наркотиками являются опиаты, а вторыми по частоте — седативно-снотворные препараты (у мужчин — марихуана). У женщин чаще, чем у мужчин, наблюдаются полинаркомания и политоксикомания.

Злокачественное течение наркоманий у женщин, по сравнению с мужчинами, отмечается большинством исследователей. Многие женщины сразу после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя период эпизодического их употребления. У них быстрее формируется наркоманический синдром, очень быстро развива-

ется физическая зависимость, быстро растет толерантность, укорачиваются начальные стадии наркомании. При систематическом употреблении наркотиков у женщин сильнее выражена зависимость и компульсивное влечение. Исследования показывают, что у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, зависимость формируется в течение одного года, а почти у половины в первые 3 месяца употребления наркотиков. Такое быстрое развитие наркомании объясняется отсутствием этапа эпизодического употребления наркотика.

Ремиссии у женщин возникают значительно реже, чем у мужчин, но продолжительность их дольше, вследствие благоприятного влияния близких людей (родителей, мужей). Чаще всего отказ от наркотиков у женщин связан с ухудшением соматического здоровья.

Рецидивы употребления наркотиков вызываются обычно нарушением эмоций (тревога, раздражительность, дисфоричность), в некоторых случаях возобновляют прием наркотиков с целью облегчения личных проблем или болевого синдрома.

У женщин-наркоманок грубее выражена деградация личности, приводящая к психосоциальной дезадаптации. Многие из них занимаются проституцией, совершают различные криминальные поступки. Деградация личности тем грубее, чем раньше начато употребление наркотиков.

Наркотизация женщин приводит к грубой акушерской патологии: у них часты преждевременные роды, выкидыши, преждевременная отслойка плаценты, мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность среди новорожденных. Прием наркотиков женщиной в первые два триместра беременности нередко приводит к рождению ребенка с признаками неонатального синдрома лишения наркотиков (в 60–90% случаев).

Таким образом, можно утверждать, что наркомании у женщин протекают более злокачественно, чем у мужчин, и

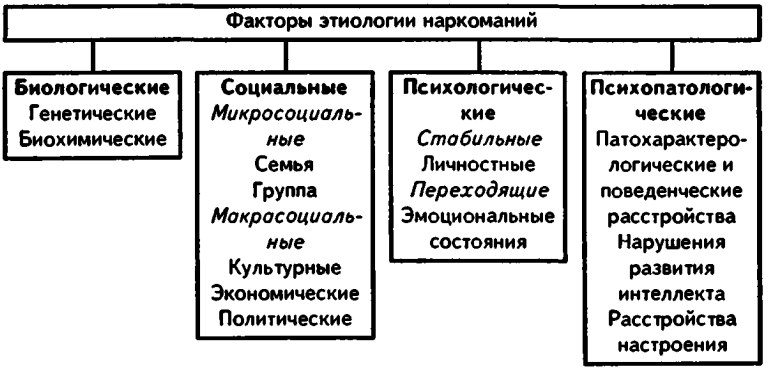
приводят к более грубым нарушениям как в психической, так и в соматоневрологической сферах организма.

2.5. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

2.5.1. ЭТИОЛОГИЯ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

До настоящего времени этиология наркоманий до конца не раскрыта. Наиболее общей причиной употребления различных психоактивных веществ можно считать их способность к изменению психического состояния человека с возникновением субъективно приятных состояний, ощущений и эмоций (эйфории), а также стремление человека к получению эйфории таким, не требующим значительных усилий, способом. Возникновение положительного условного рефлекса способствует повторению приема наркотика с последующим формированием зависимости. Таким образом, основным этиологическим фактором наркоманий и токсикоманий является психоактивное вещество, фармакологические особенности воздействия которого на человека определяют возможность развития физической и психической зависимости.

Для профилактики и лечения наркоманий важно знать, что способствует приобщению к наркотикам. Современные теории, объясняющие возникновение наркоманий, многочисленны и доказывают причинную роль множества различных факторов. Известные факторы риска развития наркоманий в соответствии с основными направлениями исследований (биологическое, социальное, психологическое) приведены на схеме.



Характеристика факторов риска

Наследственно-генетические факторы

Обнаружено, что при наркомании нарушаются функции опиоидных пептидов — энкефалинов, эндорфинов и других представителей этой группы, принимающих активное участие в регуляции гомеостатических функций организма, и биогенных аминов мозга — дофамина, норадреналина, серотонина, опосредующих фармакологические и поведенческие реакции. Индивидуальные наследственно-генетические особенности этих биохимических процессов могут быть в основе предрасположенности к возникновению зависимости.

Психологические причины

Распространению наркотиков способствует ряд психологических моментов, в частности желание достичь чувства полного духовного расслабления; стремление к творческому «вдохновению», «ясности мысли», выражению своей

независимости, а иногда и оппозиционного отношения к окружающему.

Социальная нестабильность

Социологи утверждают, что к наркомании приводит стремление уйти от проблем сегодняшней жизни, тревог, возможных неурядиц, а также неуверенность в завтрашнем дне, отсутствие перспективы, целеустремленности и реальных планов на будущее.

Молодежная группа

Считают, что основным фактором, способствующим началу употребления наркотиков подростками, является такой фактор, как наличие друзей-наркоманов Для подростков особое значение имеет ближайшее окружение в среде сверстников: свойственные подросткам реакции группирования приводят их в асоциальные группы, в которых имеются лица, употребляющие наркотики. Мотивами первого приема наркотиков и токсических веществ чаще всего являются любопытство, подражание приятелям-наркоманам, стремление не отстать от микрогруппы.

Семейное воспитание

Одним из провоцирующих факторов является неправильное воспитание: неполные семьи, конфликтные отношения между родителями, неправильные методы воспитания (потворствующая гиперпротекция или различные виды гипоопеки), антисоциальное поведение лиц из ближайшего окружения, физическое насилие, — все это способствует нарушению социальной адаптации развивающейся личности. При этом индивидууму не прививаются устойчивые

интересы и мотивы, твердые социальные установки, что способствует вовлечению в прием наркотиков.

Соматические заболевания

Поводом для применения наркотиков могут служить тяжелые послеоперационные состояния, различные соматические заболевания, сопровождающиеся болями. Наркомания развивается либо в связи с слишком длительным применением лекарственных средств, либо в связи с личностными особенностями пациента, когда после «пробы» больной сам ищет возможности повторить прием наркотика.

Наследственные и конституциональные факторы

Установлено, что на развитие наркоманий наряду с экзогенными факторами влияют и эндогенные.

Среди особенностей личности в преморбиде будущих наркоманов (токсикоманов) подчеркивались выраженные черты неустойчивости, повышенной возбудимости, патологической конформности и психической незрелости; отсутствие твердых принципов, «подлинного голоса совести», безвольность и разнузданность; антисоциальное поведение, слабое чувство ответственности, долга, поиски необычных ощущений, общая агрессивность; несформированность высших эмоций, сниженный самоконтроль, эмоционально-волевой дисбаланс с расторможенностью влечений, гедонистические тенденции на биологически неполноценной почве, обусловленной действием перинатальных и постнатальных вредностей.

Психопатологические факторы

Возможной причиной употребления психоактивных веществ может быть попытка их применения в болезненном психическом состоянии с целью облегчения душевного дискомфорта, изменения болезненно угнетенного эмоционального фона при аффективных расстройствах, дистимии. В силу недостаточной критичности и слабости волевых качеств к вовлечению в прием наркотиков более склонны лица с нарушениями развития характера и интеллекта.

В каждом конкретном случае заболевания удельный вес различных этиологических факторов, приводящих в сумме к началу употребления психоактивного вещества, индивидуален.

2.5.2. ПАТОГЕНЕЗ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

Механизм дальнейшего развития болезни, ее патогенез, складывается из дальнейшего воздействия следующих факторов:

- влияние психоактивного вещества на нейротрансмиттерные системы мозга, которое зависит от его фармакодинамических и фармакокинетических особенностей;
- индивидуальные ощущения, получаемые при употреблении психоактивного вещества, которые определяются наследственно-конституциональными свойствами организма, личностными особенностями человека;
- социокультуральные, микросоциальные и другие средовые влияния.

Клиническая практика показывает, что эти факторы действуют одновременно, дополняя друг друга.

На уровне нейротрансмиттерных систем главными путями общего влияния различных наркотиков являются до-

фаминергическая (особенно ее мезолимбическо-лобный отдел) и эндогенная опиоидная системы. Длительный прием опиатов вызывает гиперчувствительность дофаминергической, норадренергической, серотонинергической и холинергической систем мозга. Воздействие наркотиков приводит к интенсивному выбросу нейромедиаторов группы катехоламинов из депо и сильному возбуждению системы подкрепления, что сопровождается положительными эмоциональными переживаниями. Хроническое употребление наркотиков вызывает истощение запасов нейромедиаторов. Повторные приемы наркотического вещества временно компенсируют их дефицит, нормализуя деятельность лимбических структур. Однако это приводит к еще большему уменьшению их содержания. Формирующийся порочный круг лежит в основе развития психической зависимости. Одновременно при этом отмечается торможение активности адренергических нейронов в голубом пятне (locus cereleus). Усиление этой активности играет роль в развитии абстиненции. Нейрофизиологические механизмы развития наркотической зависимости базируются в стволовых и лимбических структурах мозга, где располагается так называемая система подкрепления.

Таким образом, общим звеном фармакологического действия веществ, способных вызывать синдром зависимости, является их влияние на катехоламиновую, в частности на дофаминовую, нейромедиацию в системе подкрепления лимбической области мозга. Это стержневой биологический механизм развития наркотической зависимости при злоупотреблении различными психоактивными веществами. Рассматривая специфические особенности отдельных наркотиков, выделяют основные точки приложения их действия:

Механизм действия наркотиков рассматривается сейчас также на уровне экспрессии генов, изменения активности

Нейрорецепторные эффекты психоактивных веществ

Опиаты	Блокада обратного захвата дофамина и увеличение его выделения
Кокаин	Блокада обратного захвата норадреналина и серотонина
Амфетамины	Освобождают из пресинаптических окончаний норадреналин, серотонин, дофамин
Кофеин, теобромин, теофиллин	Блокада аденозиновых рецепторов, индукция перемещения внутриклеточного кальция, ингибирование фосфодиэстеразы
Седативные средства (бензодиазепины, барбитураты)	Усиление эффектов ГАМК-А-рецепторов
Каннабиоиды	Связь с G-протеинсодержащими рецепторами нейронов

внутриклеточных ферментов, концентрации ионов в клетке. Например, опиаты могут нарушать экспрессию генов, кодирующих опиоидные нейротрансмиттеры.

Существенное значение для скорости развития зависимости имеют такие фармакологические особенности, как путь поступления наркотика, обеспечивающий скорость его проникновения в мозг, и степень липофильности психоактивного вещества.

Особенности клинической картины опьянения (по субъективным ощущениям) являются факторами, определяющими развитие психической зависимости: «сила» наркотика (для развития опийной наркомании), «эйфоригенность» наркотика (для возникновения кокаиновой наркомании).

Наряду с вышеуказанными особенностями наркотических веществ, в патогенезе наркоманий (токсикоманий) на протяжении всего времени развития болезни продолжают играть важную роль все те индивидуальные наследственно-генетические, личностно-психологические и психопатологические факторы, а также микро- и макросоциальные особенности, которые охарактеризованы ранее как этиологические

факторы риска. Они и определяют многочисленные варианты течения, прогноз заболевания, эффективность лечения.

2.6. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

2.6.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение наркоманий и токсикоманий проводят в несколько этапов.

Первый этап у большинства больных начинается с резкой полной отмены наркотика. Исключение составляют случаи злоупотребления барбитуратами, седативно-снотворными средствами, сочетания других наркотиков с высокими дозами этих препаратов, а также наличие сопутствующей тяжелой соматической патологии. В таких случаях отмена наркотика осуществляется поэтапно. Лечение включает купирование абстинентного синдрома и проведение дезинтоксикационных мероприятий, направленных на коррекцию соматоневрологических и психических нарушений.

На *втором этапе* лечение включает общеукрепляющую терапию до полного восстановления соматических функций, коррекцию поведенческих и психических расстройств до нормализации психического состояния.

Третий этап лечения заключается в проведении целенаправленной терапии в отношении синдрома зависимости. Терапия должна быть патогенетически обоснованной с учетом химической структуры и механизма действия наркотика и клинических особенностей данного больного (преобладание физической или психической зависимости, психопатологическое оформление патологического влечения к наркотикам, особенности его динамики (периодичес-

кое, постоянное), патохарактерологические особенности больного).

Четвертый этап — противорецидивная поддерживающая терапия с учетом условий возникновения предыдущих рецидивов заболевания. Определяются внешние ситуации и эндогенные факторы, вызывающие обострение влечения к наркотикам, приводящие к рецидиву.

Первые два этапа обычно проводятся в условиях стационара, третий — в стационаре либо амбулаторно, четвертый — амбулаторно. Длительность терапии определяется степенью тяжести абстинентного синдрома, выраженностью соматоневрологических и психических изменеий, степенью сформированности установок больного на прекращение приема наркотиков.

2.6.2. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

Методы дезинтоксикации

При поступлении больных наркоманиями в стационар в абстинентном состоянии лечение начинают с проведения дезинтоксикационных мероприятий. Одним из эффективных дезинтоксикационных средств является реополиглюкин, который вводится в/в капельно 400–1000 мл. Также применяется гемодез — 300–500 мл в/в капельно и изотонический раствор натрия хлорида — в/в капельно до 3000 мл в сутки. Кроме того, для снятия интоксикации используются глюкоза (в/в 40% р-р до 20,0 мл), алоэ — 2,0 мл в/м, дробные дозы инсулина, форсированный диурез. Используют

комплекс витаминов, особенно группы В: B_1 (тиамин) — 6% в/м до 10,0 мл в сутки; 5% раствор аскорбиновой кислоты (витамин С) — вводят в/в медленно от 5,0 до 10,0 мл на 40% растворе глюкозы; 5% раствор витамина B_6 (по 1–2 мл); 1% раствор витамина РР (по 1–2 мл). Применяют также 25% раствор магнезии от 2,0 до 8,0 мл с 15,0–20,0 мл 40% раствора глюкозы. Хорошо зарекомендовал себя комплекс дезинтоксикационной терапии, включающий ежедневное в/в введение 5,0–10,0 мл 10% раствора хлорида кальция вместе с 10,0 мл 40% раствора глюкозы, на протяжении 7–10 дней или ежедневное в/в введение 10,0 мл 30% раствора тиосульфата натрия вместе с 10,0 мл 40% глюкозы; ежедневное в/м введение 5,0–10,0 мл 25% раствора сульфата магния на протяжении 5–15 дней или ежедневное введение в/м 5,0–10,0 мл 5% раствора унитиола.

Используются немедикаментозные методы дезинтоксикации: гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез. Применение этих методов позволяет значительно уменьшить тяжесть проявлений абстиненции и сократить длительность лечения.

Гемодиализ — наиболее мощный метод дезинтоксикации с использованием аппарата «искусственная почка», применяется как мероприятие неотложной помощи в специализированных токсикологических центрах при лечении отравлений (состояний передозировки). Противопоказанием к применению является острая сердечно-сосудистая недостаточность, декомпенсированный экзотоксический шок.

Гемосорбция — это способ удаления токсичных метаболитов из крови путем ее фильтрации через колонку с гемосорбентом и дальнейшей интравазальной реинфузией пациенту с использованием катетеризации вены и артерии. Гемосорбция проводится в условиях операционной, при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. Процедура осуществляется бригадой в составе врача, имеющего

соответствующую профессиональную подготовку, реаниматолога и операционной медицинской сестры. Недостатками являются высокая себестоимость сорбента и возможность развития осложнений в виде озноба, гематом в местах инфузии, снижения артериального давления, тахикардии, коллапса.

Плазмаферез — метод дезинтоксикации, заключающийся в эксфузии 500,0–1000,0 мл крови, отделении форменных элементов от плазмы, возврате форменных элементов в кровяное русло и удалении плазмы. Плазмозамещение осуществляют адекватными объемами кристаллоидных растворов. Процедура достаточно проста и не требует дорогостоящих сорбентов, а возможные осложнения ограничиваются пирогенными реакциями, нарушениями центральной гемодинамики. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, Н. В. Стрелец (1997) рекомендуют проведение двух методик плазмафереза: дискретную, когда плазмаферез применяют с момента появления первых признаков абстинентного синдрома и в дальнейшем повторяют несколько раз, и одномоментную, когда процедуру плазмафереза проводят на конечных этапах развития острого абстинентного синдрома. Г. М. Митрофанова (1995) рекомендует проводить плазмаферез на 5–7-е сутки терапии.

Применение психотропных средств

В большинстве случаев абстинентный синдром, вызванный резкой отменой наркотиков, проявляется головными болями, агрипническими расстройствами, сердцебиением, раздражительностью, снижением аппетита, апатией, тревогой, сонливостью в дневное время и т. д. Данные состояния можно купировать симптоматическими средствами: кордиамином (ницетамид), камфорой, пентетразолом (коразол), кофеином, бромидами с валерианой или пустырником,

мепробаматом (мепротан), триоксазином, хлордиазепоксидом (либриум), диазепамом (валиум), хлорпромазином (аминазин), левомепромазином (тизерцин), назначая их на ночь, а также препаратами железа, эрготамином (беллоид) или белласпоном; физиотерапевтическими процедурами.

Кроме перечисленных групп препаратов, применяемых для лечения абстинентного синдрома, в случаях, когда основными признаками физической зависимости являются нарушения аффективного и психопатоподобного характера (снижение настроения, раздражительность, нервозность, беспокойство, тревожность, апатия, вспыльчивость и т. д.), необходимо проводить терапевтические мероприятия, направленные на купирование данных расстройств. Назначают 2,5% раствор аминазина (хлорпромазин) по 1–3 мл в/м или в/в в течение 5–7 дней или 2,5% раствор тизерцина (левомепромазин) по 2–4 мг в/м или в/в, неулептил по 10–30 мг/сут. Раздражительность, тревога снимаются при назначении мягких нейролептиков — сонапакса (тиридазин), хлорпротиксена и т. д. Нейролептики сочетают с кордиамином с целью предотвращения коллапса.

Больным, у которых в структуре абстинентного синдрома выражены аффективные нарушения, рекомендуется назначать антидепрессанты, преимущественно седативного действия. Учитывая выраженную дисфорию у больных, наличие тревоги и беспокойства, антидепрессанты необходимо комбинировать с нейролептиками. Среди антидепрессантов используются амитриптилин, азафен, герфонал, флувоксамин, лудиомил и др. Корригируют поведение больных неулептил, терален, пипортил.

При выраженном астеническом симптомокомплексе, когда в структуре абстиненции преобладают слабость, вялость, можно назначать такие препараты, как дуплекс в/м, элеутерококк и прочие мягкие стимуляторы. Для смягчения вегетативных расстройств применяется грандаксин (тофи-

зопам), обладающий вегетотропным действием (в дозах 150–300 мг в сутки).

В некоторых случаях целесообразно применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда: диазепам (валиум), хлордиазепоксид (либриум), лоразепам (активан), алпрозалам (ксанакс), феназепам и т. д. Данные препараты в обычных терапевтических дозах можно назначать при всех формах наркоманий и токсикоманий, за исключением тех больных, у которых имеется сформированная зависимость от них. Транквилизаторы способствуют улучшению сна, оказывают положительное действие на соматовегетативную симптоматику, купируют тревогу.

Для купирования возможных осложнений, свойственных больным наркоманиями, показано применение противосудорожных средств, холинолитиков.

Широко распространено применение ноотропов в связи с выраженным дезинтоксикационным и антигипоксическим эффектом. В частности, пирацетам в ампулах вводится в/в или в/м в дозе 3,0–4,0 г в сутки. При развитии коматозных состояний дозы увеличивают до 10,0–15,0 г в сутки. Следует, однако, отметить, что в ряде случаев ноотропы, в частности пирацетам, способствуют обострению патологического влечения к наркотику.

Для купирования болевых ощущений, развивающихся в структуре абстинентного синдрома у больных опийной наркоманией, целесообразно использовать лекарственные средства с выраженным антиалгическим эффектом. При болевых ощущениях во внутренних органах обычно назначают анальгин и его комбинации с n-холинолитиками (диколин) и m-холинолитиками (ридинол). При суставных болях используют фенилбутазон (реопирин), трамал, ибупрофен (бруфен).

Помимо лекарственных средств для смягчения абстинентного синдрома используют рефлексотерапию (акупун-

ктура), нейроэлектростимуляцию, а также другие методы физиотерапии (теплые ванны, массаж), купирующие болевую симптоматику, с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний.

Психотерапия и социальная реабилитация

Большое место в лечении наркомании занимает психотерапия. Основные принципы психотерапии наркомании включают добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков. На первом этапе лечения психотерапия направлена на повышение мотивации больного с целью преодоления явлений абстиненции. Кроме того, в некоторых случаях она позволяет снизить болезненные проявления абстиненции. Уже первый осмотр и беседа с больным должны быть использованы как первый сеанс психотерапевтического воздействия. Последующие психотерапевтические беседы должны быть направлены на достижение положительных установок больных на полное воздержание от употребления наркотиков и других средств, вызывающих болезненное пристрастие, а также на систематическое прохождение больным курсов поддерживающего противорецидивного лечения во внебольничных условиях. Их цель — выработка установки на воздержание от наркотиков. Эффективные психотерапевтические программы предполагают использование комплекса психотерапевтических подходов, включающих различные методы и формы психотерапии. Специальные виды психотерапии проводятся после купирования острых абстинентных явлений вплоть до момента выписки, осуществляются бригадой специалистов наряду с психофармакотерапией и немедикаментозными методами лечения. Для потенцирования фармакотерапии (после установления психотерапевтического контакта) воз-

можно применение различных вариантов суггестивной психотерапии и внушения.

В лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ могут использоваться различные модели семейной психотерапии, направленные на создание микросоциальной среды, которая способствовала бы активации механизмов выздоровления и адаптации больных, а также преодоления частых семейных кризисов, сопутствующих этим расстройствам.

В практике наркологических учреждений после купирования явлений абстиненции терапевтические программы часто завершаются, в то время как для предотвращения повторных эпизодов употребления психоактивных веществ необходимо проведение психотерапевтических и социореабилитационных программ длительностью 1–2 года.

Неспецифические методы поддерживающей и противорецидивной фармакотерапии

Наряду со специфическими лечебными программами противорецидивной терапии психотропные средства широко используются для купирования психопатологической симптоматики, первичного патологического влечения к наркотикам.

При актуализации признаков первичного патологического влечения к наркотикам, характеризующейся стойкой периодичностью и постепенным или внезапным развитием аффективных нарушений, средством выбора терапии являются соли лития с добавлением при необходимости антидепрессантов. При преобладании астенических расстройств применяют ноотропы: пирацетам (ноотропил) в дозе 2–2,4 г в сутки, энцефабол — 200–300 мг, гаммалон (аминалон) — 1,5–3 г, пикамилон в дозе 0,02–0,15 г в сутки; соли лития: лития оксибутират — 1–1,5 г, микалит — 2–3 капсулы (0,8–

1,2 г лития карбоната) в сутки, литонит — 300–400 мг в сутки; антидепрессанты — амитриптилин, миансан, мапротил, флоксирал, азафен, пиразидол. Курсы лечения — от 2 до 12 месяцев с перерывами от 2 недель до 1 месяца.

При наличии в структуре первичного патологического влечения к наркотикам психопатоподобных расстройств показаны такие нейролептики, как неулептил (перициазин) в дозе 10–20 мг, сонапакс — 30–100 мг, терален (алименазин) — 15–75 мг в сутки и др. Если терапия такими нейролептиками малоэффективна, назначаются пролонгированные формы пипортила или галоперидола. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам, диазепам, хлордиазепоксид, альпразолам и др.) применяют для купирования таких симптомов, как тревога, страх, беспокойство. Подавление «вспышек» актуализации патологического влечения к наркотикам проводится противосудорожными средствами — карбамазепин (финлепсин, тегретол), дифенин, конвулекс.

Большое место в противорецидивных программах должны занимать психотерапия и реабилитационные воздействия. В частности, Ю. В. Валентиком разработана методика континуальной психотерапии, при которой проводятся длительные психотерапевтические программы с сохранением преемственности на различных этапах. Важное значение имеет участие в группах встреч бывших наркоманов. Эти группы, как правило, существуют в форме общественных организаций.

2.6.3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

Лечение опийной наркомании

Лечение острой абстиненции. При опийной наркомании наиболее быстро и полностью купируют соматовегетативные проявления абстиненции клонидин (клофелин) — агонист альфа$_2$-адренорецепторов ЦНС, нормализующий дисбаланс в системах катехоламиновой нейромедиации. Терапию клофелином начинают с 1-го дня развития абстиненции и продолжают в течение 5–9 дней, постепенно уменьшая дозу. Начальные суточные дозы препарата, принимаемого перорально, не должны превышать 0,6–0,9 мг на 3–4 приема. В случае, когда артериальное давление становится ниже 90/60 мм рт. ст., дозу клофелина уменьшают и назначают кардиотонические средства (кордиамин, кофеин и др.). Влияние клонидина (клофелина) на психические и алгические расстройства менее выражено, что определяет целесообразность его применения в комплексе с психотропными препаратами и анальгетиками. В качестве анальгетика используют трамал, который назначают в первые дни лишения наркотика при резко выраженном болевом синдроме. Вводят по 2–4 мл (100–200 мг) трамала внутримышечно 3 раза в день, затем переходят на прием внутрь по 50–100 мг 3–4 раза в день, постепенно снижая дозу по мере уменьшения интенсивности болевого синдрома.

Для снятия острых явлений абстиненции и подавления патологического влечения к наркотикам назначают пирроксан в больших дозировках: по 0,03 г 4–5 раз в день (по 2 мл 1% раствора внутримышечно 4–6 раз в сутки). В даль-

нейшем дозировка постепенно уменьшается в зависимости от редукции проявлений абстинентного синдрома. В случае снижения артериального давления препарат немедленно отменяют. В связи со снижением артериального давления пирроксан противопоказан при выраженном атеросклерозе, коронарной недостаточности, нарушении мозгового кровообращения, болезнях крови, беременности.

Тиаприд (тиапридал) оказывает действие на дофаминовые рецепторы и по некоторым классификациям относится к атипичным нейролептикам. Тиаприд оказывает седативный, противосудорожный, антипсихотический и антиалгический эффекты. Лечение проводится по следующей схеме: тиаприд вводят в/в в дозе 200 мг 3–4 раза в сутки первые 1–2 дня, в последующие 1–2 дня в той же дозе, только в/м. Затем в течение следующего дня доза снижается до 100 мг. В результате терапии у больных отмечается почти полное устранение таких симптомов абстинентного состояния, как астения, раздражительность, тревога; наблюдается значительное улучшение сна, исчезают боли.

Налоксона гидрохлорид является антагонистом опиатов. Налоксон ускоряет высвобождение метаболитов опия из рецепторов, что сокращает сроки купирования абстинентного синдрома до 5–6 дней. Целесообразно его комплексное применение с альфа-адреноблокатором клофелином (клонидином), купирующим проявления абстинентного синдрома, усиливаемые введением налоксона. В первые дни терапии назначают максимальные дозы клофелина и минимальные налоксона, затем постепенно снижают дозы клофелина и увеличивают налоксона. Комплексное применение данных препаратов позволяет наиболее эффективно купировать основные проявления абстинентного синдрома.

Геминеврин (хлорметиазол, декстраневрин), нормализующий функцию катехоламиновой системы, при лечении

опийного абстинентного синдрома купирует бессонницу, психопатоподобные нарушения, тревогу. Препарат назначают в капсулах по 300 мг внутрь. В среднем разовая доза составляет 600–900 мг, суточная — от 1800 до 3900 мг, в большинстве случаев — 2700 мг (в 3–4 приема). Длительность приема препарата 3–6 дней. Наиболее целесообразно применение этого препарата у больных опийной наркоманией в сочетании с приемом барбитуратов благодаря противосудорожному действию геминеврина.

Среди перспективных новых методов лечения опийной наркомании можно назвать применение нейропептидов: холецистокинин (панкреозимин), такус (церулетид), пептид, вызывающий дельта-сон (ПВДС).

Методики купирования опийной абстиненции с использованием инсулинотерапии, повышенных доз сульфата атропина в настоящее время не находят широкого применения в связи с тем, что относятся к числу методов лечения, связанных с повышенной опасностью для жизни.

В зарубежной практике широко используется бупренорфин, который является частичным мю-агонистом опиатов и обладает способностью купировать проявления острой интоксикации за счет частично антагонистического действия, а острые проявления абстинентного состояния — за счет частичного агонистического. В среднем длительность лечения составляет трое суток. Эффект проявляется через 10–15 минут после инъекции. Постепенно редуцируются боли в мышцах, голове, суставах. Бупренорфин также обладает выраженным действием на соматовегетативную симптоматику. Наблюдается полное быстрое купирование таких симптомов, как гипергидроз, диарея, тошнота, рвота, зевота, слезотечение. Благодаря агонистическому действию на мю-рецепторы бупренорфин фактически полностью купирует алгический синдром. Одновременно с этим значительно редуцируется психопатологическая симптоматика. Целе-

сообразна комбинация бупренорфина с приемом тиаприда, который препятствует возникновению у больных опийной эйфории за счет нейролептического действия.

Метадон — синтетический агонист опиатов, — используется в США и ряде стран Западной Европы как для купирования острых проявлений опийного абстинентного синдрома, так и для заместительной терапии при поддерживающем противорецидивном лечении. В нашей стране бупренорфин и метадон не используются в связи с риском развития зависимости от этих препаратов.

Поддерживающая и противорецидивная терапия. После купирования абстинентного синдрома используются средства, нормализующие сон, устраняющие разнообразные депрессивные проявления. Для нормализации сна целесообразно использовать феназепам, имован, ивадал. Депрессивные нарушения устраняются мелипрамином, амитриптилином, анафранилом, ципрамилом, сертралином, ремероном. Дозы антидепрессантов и снотворных подбираются индивидуально, с учетом глубины нарушений сна и особенностей депрессивных состояний. В последнее время для купирования аффективных и диссомнических расстройств применяют атипичные нейролептики (рисполепт, зипрекса).

Медикаментозные методы противорецидивной терапии включают применение налтрексона — блокатора опиатных рецепторов. На фоне приема налтрексона употребление героина в дозе до 250 мг не приводит к появлению приподнятого настроения. Необходимым условием использования налтрексона является предварительное полное купирование абстиненции. Налтрексон принимают внутрь по 350 мг в неделю. Существует 2 схемы его приема: 1) ежедневно утром по 1 таблетке (50 мг), 2) по 2 таблетки (100 мг) 2 раза в неделю (например, в понедельник и среду) и 3 таблетки (150 мг) 1 раз в неделю (в пятницу). Курс лечения — до 180 дней и более. Побочные эффекты (покраснение кожи,

озноб, слабость) возможны вследствие повышенной индивидуальной чувствительности и неполной дезинтоксикации.

Обязательным компонентом противорецидивного лечения является проведение психотерапии и реабилитационных программ, длительность которых рассчитана на 1–2 года.

Лечение барбитуровой токсикомании (препараты седативно-снотворной группы)

Лечение острой абстиненции. Дозы наркотика снижают постепенно для исключения возможности развития в структуре абстинентного синдрома судорожных припадков и психозов. При этом в 1-й день назначают половину дозы принимаемых больным барбитуратов с последующим ее снижением каждый день на одну треть. Следует учесть, что больные нередко завышают дозы принимаемых препаратов, поэтому надо ориентироваться в первую очередь на клиническую картину и поведение больных. Если доза барбитуратов относительно невелика, можно отменять их одномоментно, а для профилактики судорожных припадков и психозов назначать заместительную терапию: паглюферал (смесь Серейского) по 1 таблетке 2–3 раза в день в течение 3–4 дней, фенобарбитал — по 30 мг на каждые 100 мг используемого наркоманом снотворного, т. е. около $^1/_3$ дозы. Только после 2-дневной стабилизации состояния пациента при выбранной дозе фенобарбитала проводят ее постепенное снижение до полной отмены препарата.

В тех случаях, когда больной скрыл прием снотворных либо доза препарата была резко снижена, могут развиться судорожные припадки, обманы восприятия и психомоторное возбуждение. При этом необходимо ввести больному дополнительно дозу препарата, которым он злоупотреблял. Во избежание развития судорожных припадков и психоти-

ческих расстройств дезинтоксикационные мероприятия следует проводить с осторожностью.

При купировании абстинентного синдрома, развивающегося у больных барбитуровой наркоманией, токсикоманией седативными средствами (транквилизаторами бензодиазепинового ряда, антигистаминными средствами и др.), а также полинаркоманией, включающей в себя систематическое употребление барбитуратов или других седативных средств, хорошие результаты получены при использовании милдроната. Милдронат применяется парентерально с первых дней абстинентного синдрома (3–4 инъекции по 5 мл 10% раствора в сутки), позволяет предотвратить развитие судорожных явлений, свойственных барбитуровому синдрому отмены, и купировать характерные для данных форм наркомании тяжелые астенические расстройства (чувство разбитости, слабость, вялость и т. д.). Длительность лечения в среднем 5–7 дней. Побочных эффектов и осложнений не наблюдается.

Поддерживающая и противорецидивная терапия направлена на контроль за состоянием аффективной сферы и сном, используются нейролептики с седативным действием и антидепрессанты. При возникновении сильного влечения к наркотику можно прибегнуть к кратковременной госпитализации. Противопоказано назначение транквилизаторов, к которым быстро возникает привыкание. При достаточной сохранности личности больных показана психотерапия.

Лечение наркоманий, вызванных приемом психостимуляторов

Лечение острой абстиненции. Для терапии синдрома отмены при наркоманиях, вызванных приемом психостимуляторов, применяется комбинация средств, влияющих на

дофаминергические механизмы (бромокриптин), купирующих в первую очередь астенический симптомокомплекс и отчасти неврологические расстройства, и серотонинергических антидепрессантов. Бромокриптин (парлодел) назначают больным в первые дни развития синдрома отмены в суточной дозе 2,5–3,75 мг. После купирования острых абстинентных явлений лечение бромокриптином продолжают, назначая его внутрь по 1–1,25 мг в сутки в течение нескольких месяцев для профилактики возможной актуализации патологического влечения к наркотику и профилактики рецидивов. Флувоксамин показан при появлении основных признаков синдрома отмены — снижении настроения, апатии, слабости, вялости, раздражительности. Средняя суточная доза составляет 150 мг (на 3 приема). Длительность терапии — от 1 недели до 2 месяцев.

Одновременно с описанной патогенетической терапией наркомании проводят дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение. С этой целью используют комплекс различных витаминов, особенно группы В: 6% раствор тиамина хлорида — по 4–6 мл внутримышечно в сутки; 5% раствор пиридоксина — по 2–4 мл в сутки; 1% раствор витамина РР — по 1–2 мл в сутки. Применяют также 25% раствор сульфата магния от 2 до 8 мл с 15–20 мл 40% раствора глюкозы. Реже используется внутривенное введение реополиглюкина, гемодеза, изотонического раствора хлорида натрия (у больных, вводивших наркотики внутривенно, может быть обострение патологического влечения к ним).

Для купирования психических расстройств, имеющихся в структуре абстинентного синдрома, рекомендуется использовать нейролептики и антидепрессанты. В зависимости от состояния больных и совместимости этих препаратов с другими средствами, применяющимися для купирования острого абстинентного синдрома, нейролептики и антидепрессанты назначают либо с первых дней, либо несколько

дней спустя от начала терапии. Наиболее актуально назначение этих препаратов, когда на первый план выступают психопатологические расстройства. Дозы психотропных средств подбирают индивидуально.

При выборе антидепрессантов предпочтение следует отдавать препаратам, оказывающим наряду с гипнотическим седативное или сбалансированное действие. Из антидепрессантов рекомендуются: амитриптилин — средняя суточная доза 75–100 мг, герфонал (тримепрамин) — 100–150 мг, анафранил (кломипрамин) — 75–100 мг, пиразидол — 150–200 мг, лудиомил — 75–100 мг, флувоксамин — 150–200 мг, азафен — 100–125 мг, миансан (леривон) — 60–120 мг. При более выраженной депрессии амитриптилин вводят парентерально по 2 мл 1% раствора 2–3 раза в день. Поскольку депрессия при наркоманиях обычно сопровождается дисфорией, тревогой и двигательным беспокойством, антидепрессанты лучше всего комбинировать с мягкими нейролептиками. В зависимости от выраженности у больных тревоги, возбуждения, ипохондрических расстройств, нарушений поведения можно назначать меллерил (сонапакс) — по 75–100 мг/сут, терален — по 15–20 мг/сут, галоперидол — по 4,5–9 мг/сут, неулептил — по 20–30 мг/сут, эглонил (сульпирид) — по 300–600 мг/сут. Последний оказывает антидепрессивное и анксиолитическое действие. Для коррекции аффективной лабильности и дисфорических расстройств используют соли лития (0,6–0,9 г/сут), а также карбамазепин (тегретол, финлепсин) — по 600 мг/сут.

После купирования острых абстинентных расстройств на 2–3 этапах лечения высокий терапевтический эффект дает внутривенное капельное введение метипрамина (200–300 мг/сут), амитриптилина (200–300 мг/сут), лудиомила (75–100 мг/сут). Н. Н. Иванец, И. Н. Анохина, Н. В. Стрелец (1997) рекомендуют назначать процедуру в вечернее время. Всю суточную дозу вводят медленно в течение 1,5–

2 ч. Субъективное улучшение самочувствия больных отмечается после 1–2 процедур. Всего проводят 7–10 процедур. Но в этом случае следует помнить, что у больных, которые вводят наркотики внутривенно, любые дополнительные внутривенные вливания могут обострять патологическое влечение к наркотику. Для подавления последнего используются нейролептики пролонгированного и короткого действия. Среди препаратов пролонгированного действия наиболее эффективны пипортил 1–4 (25–50 мг 1 раз в 2–3 недели) и галоперидол-деканоат; среди нейролептиков короткого действия — галоперидол (4, 5–6 мг/сут внутрь или 1–2 мл 0, 5% р-ра 2–3 раза в сутки), тизерцин (50–75 мг/сут), стелазин (15–20 мг/сут). Можно использовать, кроме того, карбамазепин (тегретол, финлепсин) и эглонил. Для коррекции поведения больных, купирования раздражительности и дисфории рекомендуются также неулептил (30–40 мг/сут), сонапакс (100–125 мг).

При выраженном астеническом симптомокомплексе помимо других терапевтических средств можно назначать мягкие стимуляторы и ноотропные препараты. Следует, однако, отметить, что в ряде случаев ноотропы, в частности пирацетам, способствуют обострению патологического влечения к наркотику.

Для снятия вегетативных расстройств рекомендуется применение грандаксина, обладающего вегетостабилизирующим действием (суточная доза 150–200 мг).

Следует отметить важность терапии агрипнических расстройств, свойственных большинству больных на начальных этапах лечения. Поэтому к основному комплексу средств добавляют транквилизаторы на ночь (феназепам, рогипнол, реладорм, радедорм, седуксен, реланиум и др.). Однако такие препараты, естественно, следует назначать с осторожностью, и более предпочтительно назначение 12,5–25 мг галоперидола, тизерцина, аминазина. При выражен-

ных расстройствах сна эффективным может быть сочетание указанных нейролептиков с бензодиазепинами.

Поддерживающая и противорецидивная терапия. Патогенетическими средствами противорецидивной терапии наркомании, вызванной приемом психостимуляторов, могут служить бромкриптин и флувоксамин.

Кроме специфических лечебных программ широко используется весь спектр психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, соли лития и др.), что определяется клинической картиной психопатологического синдрома. Купирование психических расстройств наиболее важно на втором и третьем этапах лечения.

Лечение гашишемании

Лечение острой абстиненции. Наркотик отменяется одномоментно. Для лечения абстиненции, вызванной резкой отменой препаратов каннабиса (марихуана, гашиш), используют нейролептики и антидепрессанты. Для купирования головных болей, вегетативных расстройств назначают кордиамин, камфору, кофеин, бромиды, валериану, пустырник, транквилизаторы короткими курсами (триоксазин, оксилидин, элениум, седуксен), а также беллоид или белласпон.

Хорошие результаты дает применение даларгина. Препарат применяют в дозе 1 мг в сутки внутривенно, курс лечения — 5–6 дней.

Поддерживающая и противорецидивная терапия. Проведение психотерапии и осуществление поддерживающего лечения препаратами, корригирующими эмоциональное состояние, в амбулаторных условиях.

Лечение ингаляционной токсикомании

Лечение острой абстиненции. Терапия абстиненции при ингаляционной токсикомании направлена на устранение постинтоксикационных нарушений, симптоматическую коррекцию состояния.

Поддерживающая и противорецидивная терапия. Вдыхание летучих веществ, как правило, является эпизодом, предшествующими приобщению к другим психоактивным веществам. Поэтому особое значение имеет педагогическое воздействие, проведение рациональной психотерапии.

Лечение наркомании, вызванной употреблением галлюциногенов

Лечение острой абстиненции. Терапия абстиненции при злоупотреблении галлюциногенами характеризуется симптоматической направленностью.

Поддерживающая и противорецидивная терапия. Назначают на длительные сроки дифенин по 0,15 г в сутки на 3 приема. Очень большое значение имеет проведение поведенческой психотерапии и реабилитационных программ.

Лечение табачной зависимости

Лечение острой абстиненции. Применяются разнообразные способы лечения. Все применяемые в настоящее время средства и методы лечения курения табака традиционно делятся на две основные формы: преимущественно фармакологическую и нефармакологическую. Основу фармакологических методов составляет применение алкалоидов Н-холиномиметического действия, которые обладают заместительным эффектом. Подобно никотину, являясь его конкурентными агонистами, они обеспечивают вытеснение алкалоида таба-

ка из его связей с биохимическими субстратами организма, что способствует снижению влечения к курению табака. К ним относятся цитизин, лобелин, анабазин.

Другое направление в фармакотерапии табачной зависимости заключается в подборе средств, имитирующих действие никотина, входящего в состав табачного дыма. К ним относятся жевательная резинка с никотином (никоретте) и никотин в растворе, никотин для трансдермального применения. Эффективность никоретте, по данным клинических исследований, заключается в направленности его действия на симптомы абстинентного синдрома, возникающего после прекращения курения, особенно на вечерние дисфории. Полагают также, что никоретте способствует уменьшению раздражительности, тревоги, невозможности сосредоточиться, снижению нетерпеливости и уменьшению числа соматических жалоб. Вместе с тем препарат не меняет влечения к сигаретам, не уменьшает беспокойства и тремора. Применение жевательной резинки с никотином в несколько раз повышает эффективность лечения по сравнению с традиционными методами. Смягчение симптомов синдрома отмены, по всей вероятности, происходит за счет повышения концентрации никотина в крови. Оно возникает через 15–20 минут от начала жевания. Жевательная резинка с никотином может использоваться в общем комплексе медицинских, социальных и других мероприятий по борьбе с курением табака.

На начальных этапах лечения никоретте у больных, прекративших курение табака, идеаторный компонент патологического влечения резко усиливается в своей интенсивности. Обострение идеаторного компонента сочетается с проявлением и усилением интенсивности вегетативно-сосудистого и невротического компонентов. В процессе монотерапии никоретте вегетативно-сосудистая симптоматика постепенно уменьшается и на 5–7-й день лечения

исчезает. Невротический компонент дезактуализируется только на 12–15-й день лечения. Поэтому наряду с никоретте назначается психофармакотерапевтическая коррекция, направленная на снижение остроты вегетативно-сосудистого и невротического компонентов, а также на уменьшение интенсивности идеаторного компонента патологического влечения к курению табака, особенно в ее галлюцинаторных и иллюзорных проявлениях вкуса и запаха табачного дыма во рту и легких. При идеаторной и диссоциированной формах табачной зависимости на фоне общеукрепляющей терапии (витамины, ноотропы) в сочетании с никоретте назначаются транквилизаторы (феназепам 0,5–2,0 мг, рудотель 5–10 мг, сибазон 10–15 мг в сутки), малые дозы антидепрессантов (азафен 12, 5–25 мг в сутки, амитриптилин 12,5–25 мг в сутки). При психосоматической форме табачной зависимости наиболее эффективной в купировании синдрома отмены является комбинированная терапия никоретте с транквилизаторами (феназепам 1–3 мг, сибазон 10–15 мг, грандаксин 50–100 мг, тазепам 10–30 мг в сутки); финлепсином до 200 мг в сутки; антидепрессантами (ципрамил 20–40 мг, сертарлин 50–100 мг, амитриптилин 25–50 мг, мелипрамин 25–50 мг в сутки); нейролептиками (сонапакс 10–30 мг, френолон 5–15 мг, флюанксол 1–3 мг в сутки), назначаемыми дифференцированно в зависимости от преобладания той или иной симптоматики в психическом состоянии больных.

Особое место занимают препараты, при приеме которых процедура курения табака сопровождается неприятными ощущениями в виде сухости во рту, изменения вкуса табачного дыма, головокружения, тошноты, и таким образом вызывается и закрепляется отвращение (аверсия) к табаку. К таким препаратам относятся раствор азотнокислого серебра, медного купороса для полоскания рта, таннин, эметин. Однако низкая эффективность, неудобство примене-

ния не способствовали широкому распространению этих лекарственных средств в лечебной практике. В последние годы с целью отвыкания от курения табака применяется фитотерапия. Назначается препарат валербе, содержащий валериану, а также витамины группы B_1, B_6, C, по две капсулы три раза в день в течение 60 дней. Подавление ощущения голода и желания курения отмечается при ингаляции eugenia caryophyllata, аэрозоля лимонной кислоты. Эффективность терапии близка к результатам применения обычных фармакологических средств.

В системе психотерапии табачной зависимости выделяют 4 компонента:

1. Врачебные рекомендации и рациональная психотерапия. Даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточно действенной: в 9,7% случаев больные бросают курить.
2. Прием психотерапии табачной зависимости, названный парадоксальной стратегией. Начиная с третьего-четвертого сеанса психотерапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением курения, врач начинает отговаривать больного от борьбы с курением и предлагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием пригоден для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчивости. Парадоксальный совет врача возбуждает в людях такого типа внутренне свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твердой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы врач, во-первых, правильно подобрал больных, а во-вторых, чтобы он не переусердствовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от дальнейших усилий. И то и другое требует определенного мастерства и психотерапевтического опыта.

3. Заместительная терапия. В случае, если пациент принял решение бросить курить, следует предложить ему по возможности безвредную и физиологичную замену тому допингу, которого он лишается. Здесь первостепенную роль играет обучение больного приемам аутогенной тренировки.
4. Элементы аверсивной терапии. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» и гипносуггестии. Метод с использованием апоморфина заключается в том, что больному подкожно вводят 0,1–0,3 мл 1% водного раствора апоморфина, после чего предлагают выкурить две-три сигареты. Затем, на фоне возникающих под действием апоморфина неприятных ощущений, проводят императивное внушение отвращения к курению.

Применение одного препарата или способа лечения не является специфичным и патогномоничным для прекращения течения табачной зависимости. Необходим комплексный системный подход с учетом медицинских, социальных и биологических аспектов.

При лечении табачной зависимости срывы происходят чаще всего в первые 3–4 дня воздержания, в конце 1-й недели, в конце 2-й недели, в конце 1-го месяца и через 2,5–3 месяца воздержания.

2.7. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Государственная политика Российской Федерации в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту направлена на установление строгого контроля за оборотом

наркотических средств, психотропных веществ, на постепенное сокращение числа больных наркоманией, а также на сокращение количества правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

Основные правовые нормы наркологии в Российской Федерации определяются Уголовным кодексом РФ (вступившим в действие 01.01.1997), Федеральным законом Российской Федерации «О наркотических средствах и психотропных веществах» (вступившим в действие 08.01.1998). Эти документы устанавливают правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

Согласно вышеперечисленным законам, наркомания — это заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. При этом наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г.

Психотропные вещества — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 г.

Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ (далее — прекурсоры) — вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.

Больной наркоманией (наркоман) — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания».

Незаконное употребление наркотических средств или психотропных веществ — употребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, и в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки: список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список I); список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список II); список психотропных веществ, оборот

которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список III); список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список IV).

В Российской Федерации действует государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ: культивирование растений; разработку, переработку, распределение, ввоз (вывоз), уничтожение наркотических средств, психотропных веществ. На территории Российской Федерации запрещается культивирование следующих растений: опийный мак, кокаиновый куст, конопля в целях незаконного потребления или использования в незаконном обороте наркотических средств.

Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, выписываются на специальных бланках. Форма бланков указанных рецептов, порядок их регистрации, учета и хранения, а также правила оформления устанавливаются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел. Выдача рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, без соответствующих медицинских показаний или с нарушением установленных правил оформления запрещается и влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В законодательном порядке запрещаются пропаганда и организованная реклама наркотических средств и их

прекурсоров. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, т. е. деятельность физических или юридических лиц, направленная на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также производство и распространение книжной продукции, продукции средств массовой информации, распространение в компьютерных сетях указанных сведений или совершение иных действий в этих целях запрещаются.

Запрещается пропаганда каких-либо преимуществ использования отдельных наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, а равно пропаганда использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ, подавляющих волю человека либо отрицательно влияющих на состояние его психического или физического здоровья. Реклама наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III, может осуществляться исключительно в специализированных печатных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников. Распространение в целях рекламы образцов лекарственных средств, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, запрещается. Нарушение этих норм влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинское освидетельствование и лечение лиц, больных наркоманией

Медицинское освидетельствование наркологических больных проводится следующим образом. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии нар-

котического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование. Медицинское освидетельствование проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи. Для направления на медицинское освидетельствование судьи, прокуроры, следователи, органы дознания выносят постановление. Решение о направлении на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суд или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию. Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области внутренних дел, Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

Судебно-психиатрическая экспертиза

В ст. 23 УК РФ указывается, что совершение преступления в состоянии опьянения не освобождает от уголовной ответственности.

От уголовной ответственности освобождаются лица, страдающие наркотическими заболеваниями, которые решением суда были признаны невменяемыми, так как совершили преступление в состоянии психоза либо слабоумия.

Назначение принудительного лечения наркологическим больным регулируется Уголовным и Гражданским кодексами РФ, а также Уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным кодексами РФ. Принудительное лечение наркологических больных назначается лицам, совершившим преступление, и применяется наряду с исполнением уголовного наказания. Согласно ст. 97–104 УК РФ принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями

регламентируется теми же положениями, которые распространяются на психически больных. Принудительные меры медицинского характера в отношении наркологических больных исполняются по месту отбывания наказания или в учреждениях здравоохранения.

Принудительное лечение наркологическому больному может быть назначено при наличии исходящей от него социальной опасности, обусловленной алкоголизмом или наркоманиями. Социальная опасность при наркологических заболеваниях возникает обычно при перенесении больными следующих состояний:

1. Острая интоксикация или абстинентный синдром с возбудимыми, дисфорическими, истерическими, аффективными, транзиторными бредовыми, рудиментарными галлюцинаторными или преходящими интеллектуально-мнестическими нарушениями.
2. Обусловленные наркологическим заболеванием глубокие и стойкие изменения личности (аффективная неустойчивость, психопатоподобные проявления, морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение, выраженная некритичность к своему заболеванию и состоянию в целом).
3. Резко выраженные обострения патологического влечения к психоактивным веществам в периоды воздержания от них.

Решение вопроса о необходимости принудительных мер определяется и оценкой прогноза заболевания. В соответствии с ч. 1 ст. 104 УК РФ продление или прекращение применения принудительных мер медицинского характера в отношении наркологических больных осуществляется судом по представлению органа, исполняющего наказание. Комиссия врачей психиатров (психиатров-наркологов) учреждения, осуществляющего принудительное лечение, составляет «Акт психиатрического освидетельствования» лица,

находящегося на принудительном лечении». В соответствии с ч. 2 ст. 102 УК РФ комиссионное освидетельствование такого рода проводится не реже одного раза в шесть месяцев. При этом заключение о продлении принудительной меры представляется в суд ежегодно, за исключением первого продления, которое должно быть произведено через суд по истечении шести месяцев с момента начала принудительного лечения.

Медико-социальная экспертиза наркологических больных

Трудоспособность больных, страдающих наркологическими заболеваниями, определяется медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК), которые руководствуются положениями Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» (№ 181 от 24.11.1995).

Третья группа инвалидности при хроническом алкоголизме и наркоманиях устанавливается при третьей стадии заболевания, если, несмотря на выраженные органические изменения психики, сохраняется возможность привлечения больных к несложным видам подсобного физического или ручного труда низкой квалификации.

Вторая группа инвалидности устанавливается, когда в связи с мнестико-интеллектуальными и другими психическими нарушениями органического характера больные непригодны к любым видам профессиональной деятельности.

Первая группа инвалидности устанавливается при слабоумии, корсаковском психозе и других состояниях, когда больные утрачивают способность к ориентации, контролю за своим поведением, самообслуживанию и нуждаются в постоянном постороннем уходе и надзоре.

Практика показывает, что наркологическое заболевание как единственный нозологический критерий, приво-

дяший к утрате трудоспособности, определяется не более чем у $^1/_5$ больных. Чаще всего к инвалидности приводит сочетание наркологического заболевания с другими органическими поражениями ЦНС.

Военная экспертиза

Медицинское освидетельствование и медицинское обследование граждан при первоначальной постановке на воинский учет и проведение с ними лечебно-оздоровительных мероприятий регламентируются ст. 16. Закона РФ «О воинской обязанности и военной службе (с изменениями на 21 июля 1998 года)». Порядок организации и проведения медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу, определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации (Постановление № 123 от 25 февраля 2003 г.).

Алкоголизм, наркомании и токсикомании в расписании болезней относятся к ст. 19 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ». Указанная статья предусматривает психические расстройства, тяжесть которых варьируется (от злоупотребления с вредными последствиями без синдрома зависимости до психозов и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ. К п. «а» ст. 19 относятся хронические алкогольные психозы, хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания с выраженными изменениями личности, интеллектуально-мнестическими нарушениями. Лица с такими расстройствами относятся к категории Д — не годен к военной службе.

К п. «б» ст. 19 относятся: острые алкогольные психозы, хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания с

умеренно выраженными изменениями личности; начальные проявления наркомании, токсикомании и хронического алкоголизма при отсутствии личностных расстройств, явлений измененной реактивности и физической зависимости; злоупотребление наркотическими и токсическими веществами (случаи повторного приема психоактивных веществ, сопровождающиеся отчетливыми вредными для психического или физического здоровья последствиями при отсутствии синдрома зависимости). Лица, попадающие под действие этого пункта, относятся к категории В (ограниченно годен к военной службе) при призыве и при прохождении военной службы; не годны к службе по отдельным военно-учетным специальностям (десантные войска, флот и др.), к поступлению в училища и военно-учебные заведения.

Если офицеры попадают под действие пп. «а» и «б», они увольняются из рядов армии без предоставления соответствующих льгот. При единичном или эпизодическом употреблении спиртных напитков или наркотиков офицеры направляются на лечение, после которого вопрос о каждом из них решается индивидуально.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.* Учебное пособие по наркологии. — М.: Медицина, 1981. — 304 с.

2. *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.* Наркология: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.

3. *Бачериков Н. Е.* Влияние алкоголя на женский организм. — Киев: Здоров'я, 1988. — 56 с.

4. *Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 56 с.

5. *Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворняк С. В.* и др. Наркомании у подростков. — Киев: Здоров'я, 1989. — 216 с.

6. *Болотовский И. С.* Наркомании. Токсикомании. — Казань: Изд. ун-та, 1989. — 88 с.

7. *Вітенко І. С.* Загальна та медична психологія. — Киев: Здоров'я, 1994.

8. *Гавенко В. Л., Самардакова Г. А., Бачериков М. С.* Психіатрія і наркологія. — Киев: Здоров'я, 1993. –192 с.

9. *Госсоп М., Грант М.* Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ним. — Женева: ВОЗ, 1993. — 131 с.

10. *Гузиков Б. М., Мероян А. А.* Алкоголизм у женщин. — Л.: Медицина, 1988. — 224 с.

11. *Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д.* Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1994. — 208 с.

12. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: В 2 т. — М.: Медицина, 1994. Т. 1. — 672 с.; Т. 2. – 523 с.

8. Зак. 401

13. Клиническая психиатрия / Под ред. Н. Е. Бачерикова. — Киев: Здоров'я, 1988.

14. *Лисицин Ю. П., Копыт Н. Я.* Алкоголизм. — М.: Медицина, 1983. — 264 с.

15. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология: Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.

16. Лекции по наркологии. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.

17. *Морозов Г. В., Боголепов Н. Н.* Морфинизм. — М.: Медицина, 1984. – 173 с.

18. МКБ-10 / ICD-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера и С. Ю. Цыпкина. — СПб.: ОВЕРЛАЙД, 1994. — 287 с.

19. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: «Экспертное бюро-М», 1997. — 496 с.

20. *Портнов А. А., Пятницкая И. Н.* Клиника алкоголизма. — Л., 1971. — 370 с.

21. *Пятницкая И. Н.* Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 334 с.

22. *Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.

23. *Пятницкая И. Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.

24. Руководство по психиатрии: В 2 т. Т. 2 / Под ред. А. С. Тиганова — М.: Медицина, 1999. — 712 с.

25. *Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л.* Немедикаментозные методы в комплексном лечении алкоголизма. — М., 1985. — 62 с.

26. *Стрельчук И. В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.

27. *Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е.* Наркология / Пер. с англ. — М.; СПб.: Изд. «БИНОМ»–«Невский Диалект», 1998. — 318 с.

28. *Чуприков А. П., Марценковский И. А.* Алкоголизм и латеральная уязвимость мозга. — Киев: Акмис, 1995. — 168 с.

29. *Энтин Г. М., Гофман А. Г., Музыченко А. П., Крылов Е. Н.* Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М. — 2002. — 328 с.

30. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2001. — 340 с.

31. *Шабанов П. Д.* Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 1999. — 340 с.

Приложение 1

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ К РАЗДЕЛУ «АЛКОГОЛИЗМ»

1. Больной 34-х лет. Злоупотребляет алкоголем 10 лет, в течение 5 лет похмеляется. Пьет самогон по 0,7–1,0 л. Полгода назад прошел курс лечения от алкоголизма, получил полный курс дезинтоксикационной, общеукрепляющей и условно-рефлекторной терапии (апоморфин). В течение 4 месяцев полное воздержание от приема спиртных напитков. Затем после неприятностей на работе, по совету «друзей», выпил 0,2 л водки с намерением этим и ограничиться. Однако появилось неудержимое желание напиться, которое повторялось в последующие дни. Усилием собственной воли не мог преодолеть это желание и вновь обратился к наркологу.

Определите, какой препарат может быть назначен больному в качестве сенсибилизирующего к алкоголю:

A. Антабус
B. Тетурам
C. Эспераль
D. Трихопол
E. Каждый из вышеназванных.

2. Больной 35-и лет. При поступлении в наркологическое отделение жалоб не предъявляет. Заявил, что решил лечиться по настоянию жены, которая считает его алкоголиком. Употребляет спиртные напитки с 15 лет, злоупотреб-

ление с 21 года, когда начал пить регулярно. В настоящее время выпивает до 1 л самогона, рвотный рефлекс утрачен. Пьет запоями. В состоянии похмелья тахикардия, тремор, диарея, боли в сердце, тревога, раздражительность. Опохмеляется водкой (до 0,5 л). Ранее от алкоголизма не лечился.

Определите диагноз:

A. Алкоголизм I стадии
B. Алкоголизм II стадии
C. Алкоголизм III стадии
D. Дипсомания
E. Бытовое пьянство

3. Больной 29-и лет. Токарь, живет с женой и двумя детьми. Впервые попробовал спиртное в 12-летнем возрасте в компании сверстников. Вначале пил только с «друзьями», с 22 лет стал употреблять спиртное в одиночку, повысилась толерантность до 0,8 л водки. В семье частые скандалы. Совершал прогулы на работе, имел административные взыскания. Многократно давал клятвы бросить пить. Однако говорит, что когда возникает желание выпить, с ним очень трудно бороться, это желание причиняет ему страдание, пытается его отгонять. Весь день думает о том, как по дороге с работы зайдет в магазин, купит бутылку водки и дома выпьет ее. Мысли о спиртном вызывают слюнотечение.

Определите форму патологического влечения:

A. Тотальное
B. Парциальное
C. Первичное
D. Вторичное
E. Обсессивное

4. Больной 29-и лет. Злоупотребляет спиртными напитками около 10 лет. Уволен с работы. Свою семью оставил без средств существования. Себя алкоголиком не считает, лечиться отказывается. Госпитализирован в травматологическое

отделение в связи с переломом правой ноги. Вечером дня госпитализации жаловался на тревогу, сердцебиение, не мог заснуть без снотворного. В рисунках обоев на стенах видит мух, пауков, тараканов. С трудом удерживался в пределах постели, просит спасти от преследователей. Температура 38,5°С, тремор рук, головы, выражен гипергидроз.

Определите диагноз больного:

A. Белая горячка
B. Острый алкогольный параноид
C. Острый алкогольный галлюциноз
D. Травматический психоз
E. Энцефалопатия Гейне–Вернике

5. Больная 27-и лет. Инженер, работает уборщицей. Наследственность не отягощена, из благополучной семьи, ничем не болела. Хорошо училась, окончила вуз. По характеру эгоистична, любит лидерство, старается всегда быть в центре внимания. Замужем, имеет дочь 4 лет. Моральные и материально-бытовые условия хорошие. Три года назад познакомилась с одной девушкой, в квартире которой часто устраивались пьянки. Нравилось там бывать, так как «друзья» смотрели на нее с восхищением, хвалили ее за красоту, ум. В этой компании начала употреблять спиртное. Вначале по 100–200 мл вина, но под восторженные подбадривания «друзей» стала пить больше. 2 года назад появилась зависимость, стала похмеляться. Перестала интересоваться семьей, оставила работу.

Поступила в наркологическое отделение по настоянию родственников, себя алкоголиком не считает.

Определите фактор, предрасполагающий к развитию алкоголизма:

A. Наследственность
B. Истерические черты характера
C. Неблагополучие экономическое
D. Последствие органического поражения ЦНС
E. Раннее начало употребления алкоголя

6. Больной 58-и лет. Злоупотребляет спиртными напитками более 30 лет, похмельный синдром с 29-летнего возраста. Раньше мог выпить до 2 л водки, не пьянея, в последние 3 года пьянеет от 100,0 мл водки. Пьет ежедневно, в течение всего дня. Нигде не работает, живет на случайные заработки. С женой в разводе 5 лет, проживает с ней в одном селе. На протяжении двух лет часто приходит в дом жены, предъявляя ей претензии и уличая ее в измене. Заверяет, что видел, как она вступает в интимные связи со многими мужчинами разного возраста — от подростков до стариков. Оскорбляет жену нецензурной бранью. Требует, чтобы прекратила развращать внуков. В настоящее время находится на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в связи с тем, что напал на жену и пытался ее убить. Ранее в психбольнице не лечился.

Определите диагноз больного:

A. Инволюционная паранойя

B. Реактивный бредовый психоз

C. Шизофрения

D. Психопатия

E. Алкогольный бред ревности

7. Больной 43-х лет. Поступил в терапевтическое отделение по поводу пневмонии. Злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет, выпивает до 1,5 л водки в сутки, похмеляется на протяжении 8 лет. 5 лет тому назад перенес травму черепа с потерей сознания. Первую ночь в отделении спал неспокойно, часто просыпался, звал дежурную сестру, просил позвонить домой, измерить температуру, АД. Утром заснул и спал до обеда. Вечером появились тревога, страх, бегал по палате, видел, как по полу ползают мухи, крысы, спасался от них. Не узнавал окружающих, не понимал, где находится. Высказывал отрывочные бредовые идеи преследования.

Определите тип психоза у больного:

A. Соматогенный

B. Травматический
C. Психогенный
D. Белая горячка
E. Шизофрения

8. Больной 22-х лет. Доставлен в дежурную больницу с улицы. Лежал на снегу, не двигался, при обращении к нему что-то невнятно бормотал. Изо рта запах алкоголя, лицо цианотичное, амимичное. Когда пациента подняли, сделал попытку идти, но не смог из-за выраженной атаксии. Пульс слабого наполнения, аритмичный.

Определите, как купировать описанные нарушения:

A. Внутривенное введение 40% раствора глюкозы, с аскорбиновой и никотиновой кислотой
B. Внутривенно капельное введение гемодеза в сочетании с панангином, вит. B_6 и B_1
C. Вдыхание смеси кислорода и CO_2
D. Форсированный диурез
E. Все вышеописанное

9. Больной 38-и лет. С 18 лет появились периоды немотивированного снижения настроения, когда не хотелось ничего делать, общаться с друзьями, исчезал аппетит, ухудшался сон. Чаще это наблюдалось весной и осенью. Продолжительность этих состояний до 3–4 дней, обычно они проходили также внезапно, как и возникали. Последние 2 года во время этих эпизодов появилось неудержимое влечение к спиртному. Тогда больной оставлял работу, напивался до тяжелого опьянения, пропивал деньги, вещи. Совершенно не реагировал на мольбы близких прекратить пить. Алкогольные эксцессы продолжались до 5–7 дней и заканчивались так же внезапно, как и начинались. В последующем у больного возникало отвращение к спиртному.

Определите диагноз больного:

A. Запойное пьянство

B. Дипсомания
C. I стадия алкоголизма
D. II стадия алкоголизма
E. III стадия алкоголизма

10. Больной 39-и лет. Злоупотребляет алкоголем с 18 лет, пьет запоями, употребляет суррогаты. На фоне абстиненции появились отрывочные, неподвижные зрительные галлюцинации, тревога, беспокойство. Произносит отдельные слова, не связанные по смыслу. Через 5 дней состояние ухудшилось, оглушен, не узнает окружающих. Истощен, выглядит старше своего возраста, кожные покровы бледные, склеры желтушные, температура 38°С, тахикардия, аритмия. Фибриллярные подергивания мышц лица, гиперкинезы, рефлексы орального автоматизма, горизонтальный нистагм, птоз, ригидность мышц затылка.

После проведенной терапии с 10 дня началось улучшение, появился сон, продолжающийся днем. Постепенно редуцировались соматические и неврологические нарушения, восстановилось сознание, исчезли галлюцинации. Болезненные переживания амнезировались.

Определите причину психоза:
A. Белая горячка
B. Острый алкогольный параноид
C. Острый алкогольный галлюциноз
D. Энцефалопатия Гейне–Вернике
E. Атипичный алкогольный делирий

11. Больной 42-х лет. Поступил в хирургическое отделение с обострением хронического панкреатита. Злоупотребляет алкоголем с 22 лет, толерантность до 1,0 л водки. Пьет запоями. На 2-е сутки пребывания в больнице развился алкогольный делирий с резким двигательным возбуждением.

Определите тактику врача в отношении больного:
A. Срочно транспортировать в психиатрическую больницу

B. Срочно транспортировать в наркологическую больницу

C. Отправить на консультацию в наркологический диспансер

D. Купировать возбуждение на месте и продолжить лечение панкреатита

E. Отправить на консультацию в психиатрический диспансер

12. Мужчина 27-и лет. Редко употребляет спиртные напитки, так как в состоянии опьянения не испытывает радости, а наоборот — настроение подавленное, появляется тревога, жалость к себе. Вспоминаются неприятные эпизоды прошлой жизни. Иногда возникает чувство собственной неполноценности и полной бесперспективности в будущем, что приводит к возникновению суицидальных мыслей. Однажды во время опьянения пытался выброситься из окна на 5-м этаже. В последующем помнит о своих переживаниях.

Определите форму опьянения:

A. Патологическое опьянение

B. Дисфорическая форма простого опьянения

C. Сомнолентная форма простого опьянения

D. Параноидная форма простого опьянения

E. Депрессивная форма простого опьянения

13. Больной 51-го года. Злоупотребляет спиртными напитками более 20 лет, 15 лет похмеляется, толерантность была до 1,5 л водки, в последнее время пьянеет от 0,3 л водки. Пьет запоями, между которыми короткие промежутки по 3–5 дней. В анамнезе частые травмы черепа. С 42 лет начались судорожные припадки с потерей сознания, учащающиеся в период запоев. Груб, брутален. Отсутствует чувство дистанции, не критичен к своему состоянию. Не считает себя алкоголиком, категорически отказывается от лечения. Нигде не работает, живет на иждивении престарелых родителей.

Определить диагноз больного:

A. Генуинная эпилепсия

B. Травматическая эпилепсия
C. Дипсомания
D. Бытовое пьянство
E. Алкогольная эпилепсия

14. Мужчина 37-и лет. Во время езды на собственном автомобиле по обледеневшей дороге совершил наезд на прохожего, причинив ему легкие телесные повреждения. Сотрудниками ГАИ был доставлен в наркологический кабинет для экспертизы опьянения. Объективно: бледен, руки дрожат, тахикардия, зрачки расширены, страдает сахарным диабетом. Отрицает факт употребления спиртного. Реакция Раппопорта положительная. В крови содержание алкоголя 15 ммоль/л.

Определите состояние обследованного:

A. Трезв
B. Легкая степень обычного опьянения
C. Средняя степень обычного опьянения
D. Тяжелая степень обычного опьянения
E. Патологическое опьянение

15. Больной 29-и лет. Испытывает патологическое влечение к спиртному, похмеляется. Два дня назад последний прием алкоголя. Ночью плохо спит, часто просыпается, тревожен, увидел в комнате на потолке паутину, в складках штор на окне видит змей. Когда открывает глаза, видит стоящего в дверях мужчину, но приглядевшись, понимает, что это висящее на вешалке пальто.

Что нужно порекомендовать, наряду с дезинтоксикацией, для предотвращения развития делириозного состояния?

A. Галоперидол
B. Аминазин
C. Димедрол
D. Смесь Попова
E. Барбамил

16. Больной 49-и лет. Врач, злоупотребляет спиртными напитками с 22 лет, толерантность была до 1,5 л водки, в последнее время пьянеет от 0,2 л самогона. 12 лет назад в состоянии абстиненции возник первый судорожный припадок, упал на улице, ударился головой, через несколько месяцев после этого был эпистатус, в нейрохирургическом отделении делали трепанацию черепа.

Живет с матерью, жена с дочерью много лет назад ушли от него. Не интересуется их жизнью. Ежедневно поднимается в 5 часов утра, требует у матери деньги и идет покупать самогон. Давно не работает. Благодушен, без стеснения рассказывает о своей жизни студентам. К себе некритичен. Утверждает, что смог бы работать врачом, если бы не частые судорожные припадки. Круг общения — пьяницы. Не читает, не интересуется общественными новостями.

Определите диагноз:

A. Криптогенная эпилепсия
B. Бытовое пьянство
C. Алкоголизм I стадии
D. Алкоголизм II стадии
E. Алкоголизм III стадии

17. Больной 35-и лет. Поступил в наркологическую больницу по настоянию жены, себя алкоголиком не считает. Злоупотребляет спиртными напитками 12 лет, толерантность до 1,5 л самогона. Похмельный синдром стойкий, опохмеляется водкой до 0,5 л. Характер пьянства запойный. Рвотный рефлекс на передозировку спиртного исчез 3 года назад. Ранее от алкоголизма не лечился.

Определите наиболее эффективный метод лечения наряду с дезинтоксикационной терапией:

A. Сенсибилизирующая терапия
B. Условно-рефлекторная (рвотная)
C. Общеукрепляющая
D. Терапия ноотропами
E. Психотерапия

18. Больной 19-и лет. Наследственность отягощена алкоголизмом и шизофренией. По характеру застенчивый, неуверенный в себе, живет с родителями, ничем не увлекается, часто меняет место работы. Регулярно употребляет спиртное с 17 лет под влиянием товарищей. Через полгода появилось сильное влечение к алкоголю. Пьет почти ежедневно, максимальная доза до 1 л вина, употребляет суррогаты. В состоянии абстиненции жалуется на слабость, разбитость, головную боль, снижение аппетита, бессонницу.

Определите форму злоупотребления алкоголем у больного:

A. I стадия алкоголизма
B. Бытовое пьянство
C. Дипсомания
D. III стадия алкоголизма
E. II стадия алкоголизма

19. Больной 49-и лет. В детстве травма черепа с потерей сознания. С 18 лет злоупотребляет спиртным. В последнее время пьет ежедневно, небольшими дозами. Болел сифилисом, вылечился. Обнаруживает грубые нарушения памяти, ничего не запоминает, амнезировал большинство событий собственной жизни и общественных исторических событий. Не ориентирован во времени, не находит своей палаты, своей кровати. Реакция Вассермана в крови отрицательная. Жалуется на боли в ногах.

Определите диагноз:

A. Сифилис мозга
B. Прогрессивный паралич
C. Травматическая деменция
D. Корсаковский психоз
E. Болезнь Альцгеймера

20. Больной 37-и лет. Злоупотребляет алкоголем с 22 лет, последнее время пьет запоями, поменял много мест работы.

За день до госпитализации по настоянию родных решил больше не пить. Ночью плохо спал, снились разные ужасы, часто просыпался в поту. К вечеру следующего дня стал возбужденным, появились зрительные галлюцинации — увидел чертей, которые прыгали по комнате, нападали на него, царапали, кусали. Было страшно. Бросился к окну и чуть не выпрыгнул, удержал брат.

С помощью какого препарата наряду с дезинтоксикационной терапией следует купировать возбуждение?

A. Седуксен
B. Аминазин
C. Амитриптилин
D. Димедрол
E. Барбамил

21. Больной 47-и лет. Много лет злоупотребляет алкоголем, пил до 2,0 л водки, в последнее время пьянеет от стакана. Употребляет суррогаты. Поступил в психиатрическое отделение в связи с тем, что нарушилась ориентировка, накануне вечером видел, как комнату заполнили крысы, мыши, которые залезали на него, кусались. Было страшно. Схватив топор, отбивался от них, бегал по дому, хотел спрятаться. Когда с криками выбежал на улицу, соседи вызвали МСП.

На следующее утро в отделение контакту недоступен, неспокоен в постели, ощупывает одежду, хватает, стягивает, перебирает пальцами. Произносит отдельные слова, междометия, слоги. Температура тела 40°С. В неврологическом статусе симптомы орального автоматизма, нистагм, птоз, гипергидроз, дизартрия.

После выздоровления ничего не помнит о болезненном периоде.

Определите форму алкогольного делирия:

A. Мусситирующий
B. Профессиональный
C. Алкогольный ониризм

D. Систематизированный делирий
E. Абортивный

22. Больной 38-и лет. Злоупотребляет алкоголем с 22 лет, с 26 лет — похмелье, в настоящее время дозы спиртных напитков до 1,5 л. водки. Себя больным не считает, поступил на лечение по настоянию жены, которая пригрозила ему разводом в случае отказа. В наркологическом отделении купировали явления острой интоксикации, абстиненции, нарушений соматоневрологических функций. С целью выработки отвращения к алкоголю, пациенту проведена условно-рефлекторная терапия с помощью апоморфина.

Определите основную терапию на этапе реабилитации пациента:

A. Трудотерапия
B. Психотерапия
C. Транквилизаторы
D. Ноотропы
E. Общеукрепляющая терапия

23. Больной 21-го года. Недавно перенесший тяжелую форму пневмонии с последующей астенией, на свадьбе друга выпил 0,5 л водки. Быстро опьянел, речь стала дизартричной, походка шаткой. Потом как будто бы отрезвел, встал из-за стола и уверенным шагом вышел из комнаты на кухню. Не ответив на вопрос хозяйки, что ему нужно, схватил нож и быстро вернулся к столу, где начал громко кричать, размахивать ножом, не понимая обращенных к нему слов. Нападал на гостей, угрожая убийством, оказывал резкое сопротивление удерживающим его. Лицо было бледным, зрачки расширены. Через 15 минут успокоился и заснул на диване в соседней комнате. На следующее утро ничего не помнил о случившемся.

Определите форму опьянения:

A. Средняя степень простого опьянения

B. Патологическое опьянение
C. Дисфорическая форма простого опьянения
D. Параноидная форма простого опьянения
E. Эпилептоидная форма простого опьянения

24. Больной 43-х лет. С 18 лет болеет параноидной формой шизофрении. Испытывает слуховые псевдогаллюцинации, высказывает бред воздействия. Инвалид II группы. 10 лет назад пристрастился к спиртным напиткам. Пьет по 2–3 дня в неделю. Последние 7 лет в клинической картине болезни начали появляться зрительные галлюцинации, чаще наступают обострения болезни, вызывающие необходимость стационирования больного.

Общителен, охотно беседует с окружающими, часто встречается со своими друзьями-собутыльниками, участвует в коллективных попойках. В состоянии опьянения благодушен, плоско шутит, пристает к незнакомым. Мышление аморфное.

Определите, какой признак шизофренического дефекта не выражен у больного:

A. Эмоциональная тупость
B. Снижение социальной продуктивности
C. Аутизм
D. Нарушение мышления
E. Абулия

25. Больной 32-х лет. В течение месяца отдыхал у родственников на Кавказе, ежедневно пил вино до 2–3 л в день. Возвращаясь домой в Сибирь, заметил, что его попутчики в купе ведут себя странно, как-то зловеще смотрят на него, почему-то достали нож и начали резать им хлеб, но он понял, что это ему показывают, как с ним расправятся. Очень испугался, выбежал из купе и попросил проводницу спрятать его. Когда поезд подъехал к очередной остановке, увидел, что люди за окном бегут к станции. Понял, что бегут

за ним и его ждет смерть. На ходу выскочил из вагона и с криками: «Помогите, спасите!» побежал в сторону вокзала.

Определите диагноз:

A. Алкогольный делирий
B. Острый алкогольный галлюциноз
C. Острый алкогольный параноид
D. Шизофрения
E. Реактивный параноид

26. Больной 39-и лет. Родители — алкоголики, отец умер, мать в тюрьме. Воспитывался бабушкой. Начал употреблять спиртные напитки с 16 лет, вначале небольшими дозами и только «за компанию». С 18 лет почувствовал сильное влечение к алкоголю, не может воздержаться от спиртного, если бутылка оставалась недопитой. В состоянии опьянения груб, драчлив, придирчив. С 20 лет наутро после выпивки резко ухудшилось самочувствие, не мог идти на работу, не приняв спиртное. Исчез рвотный рефлекс на передозировку алкоголя, повысилась толерантность, стал грубым, жестоким к близким. Часто менял место работы, оставил семью, не заботится о детях. Дважды был осужден за хулиганство.

Определите, какие признаки наркоманического синдрома есть у больного:

A. Неудержимое влечение к спиртному
B. Синдром абстиненции
C. Изменение толерантности
D. Деградация личности
E. Все вышеперечисленное

27. Больной 27-и лет. Начал употреблять спиртные напитки с 14 лет, в течение последних 5 лет часто и много, толерантность 0,7–0,8 л водки. Охотно организует питейные компании, оживленно обсуждает подготовку к выпивке, с удовольствием говорит о прошлых застольях. Раздражается, если что-то мешает осуществить выпивку. Обычно

напивается до состояния средней и даже тяжелой степени. Не может оставить на столе начатую бутылку водки, допивает ее. Иногда на следующее утро после выпивки плохо помнит события предыдущего дня. Не похмеляется, но обычно утром после застолья чувствует себя плохо и может приступить к работе только после нескольких чашек крепкого кофе и нескольких сигарет. В семье частые ссоры с женой из-за выпивок.

Определите диагноз:

A. Умеренное употребление алкоголя
B. Систематическое пьянство
C. Алкоголизм I стадии
D. Алкоголизм II стадии
E. Алкоголизм III стадии

28. Больной 49-и лет. Страдает алкоголизмом III стадии. 2 года назад впервые начал слышать «голоса», доносящиеся с улицы. «Голоса» разговаривали о нем, обсуждая, осуждая его. Испытывал страх, тревогу. Ходил проверять, где же спрятались говорящие. Уверен, что говорят реальные люди, издеваются над ним, обсуждают его жизнь. Возмущается, негодует, переругивается с «голосами». Постепенно стал относиться к ним спокойнее, поведение нормализовалось. Продолжает работать. Отмечает, что в настоящее время «голоса» появляются реже и усиливаются во время запоев. Говорит, что привык к «голосам», понимает, что они — болезнь.

Определите диагноз:

A. Алкогольный делирий
B. Острый алкогольный галлюциноз
C. Алкогольный параноид
D. Затяжной алкогольный галлюциноз
E. Шизофрения

29. Больной 41-го года. Инженер. Наследственность не отягощена. В анамнезе без особенностей. Учился легко, с интересом. На работе всегда отличался инициативностью,

добросовестностью. Начал употреблять алкоголь с 30 лет под влиянием «друзей». Вначале быстро пьянел от 100–150 мл водки, испытывал к спиртному отвращение. Постепенно привык, и доза достигла 500 мл водки. На утро после выпивки чувствовал себя плохо: слабость, разбитость, головная боль, подавленное настроение. Воспоминание о спиртном вызывало неприятные ощущения. Если по совету товарищей пробовал опохмелиться, это не облегчало самочувствия. Поступил на лечение по настоянию родственников, полагает, что пьет так, как все.

Определите диагноз:

A. Бытовое пьянство
B. I стадия алкоголизма
C. II стадия алкоголизма
D. III стадия алкоголизма
E. Дипсомания

30. Мужчина 20-ти лет. Редко и мало пьющий, вернулся домой из гостей, где выпил 300 мл крепкого вина. Чувствует себя плохо: тошнота, головная боль, сонливость, перебои в сердце, неприятные ощущения в желудке. Понимает, что «выпил лишнего», просит мать помочь ему.

Что можно порекомендовать в таких случаях?

A. Вызвать искусственно рвоту
B. Принять 6–10 таблеток активированного угля
C. Инъекция кордиамина
D. 5–10 капель нашатырного спирта на 50 мл воды
E. Все вышеперечисленное

31. Мужчина 28-и лет. Празднуя день рождения товарища, после приема 0,25 л водки вначале был весел, танцевал, шутил. Когда один из гостей нечаянно его толкнул, озлобился, стал ругаться, угрожать обидчику кулаками. Еле держался на ногах, с трудом подбирал слова, речь дизартрична. Лицо стало бледным, с цианотичным оттенком. Размахивая

руками, ударил по лицу одного из гостей. Были вызваны сотрудники милиции, и дебошира направили на наркологическую экспертизу. При обследовании: неустойчивая походка, атактичен, грубо нарушен почерк. Понимает, где находится, но считает, что вел себя совершенно правильно. В крови концентрация алкоголя 200 ммоль/л. Определите состояние обследуемого:

A. Тяжелая степень опьянения
B. Трезв
C. Легкая степень опьянения
D. Средняя степень опьянения
E. Патологическое опьянение

32. Больная 27-и лет. По характеру общительная, жизнерадостная, любит компании. Первое знакомство с алкоголем в 15 лет, с 18 лет начала работать официанткой в ресторане. С этого времени спиртное принимает часто. Три года назад появился похмельный синдром. Изменился характер. Перестала заботиться о детях, муже, могла появиться пьяной на работе, на улице. На просьбы и замечания родных и сотрудников отвечала: «Не надо делать из меня пьяницу, не собираюсь идти лечиться». Была уволена, не работает, домашним хозяйством не занимается, приводит домой собутыльников. Весела, беззаботна, может в присутствии детей рассказывать о своих любовных похождениях, плоско шутит, часто смеется, перестала следить за собой, к своему состоянию не критична.

Определите тип алкогольной деградации:

A. Психопатоподобный с чертами возбудимости
B. Деградация с хронической эйфорией
C. Деградация с аспонтанностью
D. Психопатоподобный с чертами депрессии
E. Психопатоподобный с чертами истеричности

33. Женщина 22-х лет. После того как выпила 0,2 л вина, стала громко говорить, обращала на себя внимание всех

гостей. Вышла из-за стола и начала исполнять индийский танец, сопровождая его выразительными жестами. Затем, вернувшись на свое место, громко разрыдалась, жалуясь на то, что ее не понимают родители, унижают, а она очень талантлива и заслуживает признания общества. Вдруг медленно опустилась на пол, стала размахивать руками.

Определите форму опьянения:

A. Маниакальная форма
B. Депрессивная форма
C. Параноидная форма
D. Истерическая форма
E. Патологическое опьянение

34. Больной 52-х лет. Страдает хроническим алкоголизмом III стадии, перенес острую энцефалопатию Гейне–Вернике. Неадекватно весел, говорит о своих необыкновенных заслугах перед народом, что якобы награжден всеми орденами мира и является самым богатым человеком в мире. Резко снижена память. Груб, циничен с окружающими. Амнезировал профессиональные и многие бытовые знания и навыки. К своему состоянию некритичен. В неврологическом статусе — тремор языка, рук, дизартрия. Цирроз печени, миокардиодистрофия.

Определите диагноз:

A. Алкогольный псевдопаралич
B. Корсаковский психоз
C. Прогрессивный паралич
D. Болезнь Альцгеймера
E. Сосудистая деменция

35. Женщина 32-х лет. В автомобильной катастрофе погибли муж и сын, осталась одна, очень страдала. Чтобы как-то облегчить страдания, начала пить вино, напивалась допьяна и только тогда могла уснуть. Утром плохое самочувствие, головная боль, сердцебиение, анорексия. Вспоминает о

спиртном с отвращением. Сотрудники и соседи не видят ее пьяной, так как пьет в одиночестве по вечерам, закрывшись в квартире. Пьет ежедневно.

Определите, через какое время при таком ритме потребления алкоголя может развиться алкогольная зависимость у женщины?

A. Через несколько месяцев
B. Через 15 лет
C. Через 10 лет
D. Через 20 лет
E. Через 3–5 лет

36. Больной 39-и лет. Злоупотребляет спиртными напитками 12 лет, похмеляется, толерантность до 1,5 л водки. Последние дни плохо спит, слышит, как в саду шумят машины, выходит из дому проверить это, но ничего подозрительного не видит. В шуме воды и тиканье часов слышит брань в свой адрес. Начал слышать голоса с улицы, из соседней комнаты. «Голосов» было много, все разговоры велись о больном: одни его ругали, оскорбляли, грозили расправой, другие защищали, подбадривали, давали советы, обещали помочь. Выглядывал в окно, но никого не видел. Подобные нарушения появились впервые. Появилась тревога, снизилось настроение.

Определите диагноз:

A. Белая горячка
B. Острый алкогольный галлюциноз
C. Хронический алкогольный галлюциноз
D. Острый алкогольный параноид
E. Шизофрения

37. Больная 37-и лет. Начала злоупотреблять спиртными напитками после смерти 10-летней дочери 4 года назад, последние 2 года похмеляется. Толерантность до 1,0 л крепкого вина. Поступила в психиатрическую больницу после суицида (пыталась повеситься дома).

В клинике настроение снижено, плачет, тревожна. Упрекает себя в том, что не смогла уберечь дочь, что своей последующей пьянкой позорит мужа и родителей. Утверждает, что не заслуживает того, чтобы жить, жалеет, что суицид не удался. Со слов родственников, снизилось настроение после того, как решила самостоятельно оставить спиртное и воздерживалась несколько дней. Родственники не понимали, что это болезненное состояние, а расценили как психологическую реакцию на свое поведение.

Определите диагноз больной:

A. Реактивная депрессия
B. Алкогольная депрессия
C. Депрессивная фаза МДП
D. Шизофрения
E. Депрессивный невроз

38. Больной 24-х лет. В раннем детстве была травма головы с потерей сознания. В день описываемых событий с утра плохо себя чувствовал, вечером с друзьями выпил в кафе 0,15 л вина. Выйдя из кафе, разделся почти догола, разбросал одежду по тротуару. Начал бегать за прохожими. Схватил одну из женщин за одежду, крича: «Вас надо уничтожить». При этом твердо держался на ногах и четко произносил слова. Но производил впечатление человека, который «ничего не понимает». Сбил с ног одну из прохожих, разорвал на ней одежду. В отделении милиции вначале кричал, вырывался, пытался бежать, вскоре успокоился, лег на стуле и заснул. В последующем о происшедшем ничего не помнил.

Определите состояние больного:

A. Патологическое опьянение
B. Эпилептоидная форма простого опьянения
C. Параноидная форма простого опьянения
D. Эксплозивная форма простого опьянения
E. Истерическая форма простого опьянения

39. Больной 53-х лет. Более 20 лет злоупотребляет алкоголем. Толерантность была 2–2,5 л водки. Последние 3 года пил ежедневно по несколько раз в сутки, хмелеет от 0,02–0,05 л водки. Оставил семью, не интересуется жизнью близких, продал квартиру, все деньги пропил. На протяжении последнего года бомж. Отец страдал алкоголизмом. В анамнезе — частые травмы головы (драки, падения).

Поступил в больницу в связи с грубыми нарушениями памяти. Совершенно ничего не запоминает, амнезировал многие события прошлого. На вопрос о том, где он был вчера, ответил: «Ездил заседать в парламент». Не запоминает свою палату, соседей, врача. В соматическом статусе — миокардиодистрофия, цирроз печени, в неврологическом — полиневриты.

Установите диагноз больного:

A. Посттравматическая деменция
B. Сосудистая деменция
C. Болезнь Альцгеймера
D. Алкогольный псевдопаралич
E. Корсаковский психоз

40. Больной 32-х лет. По характеру несдержанный, склонный к конфликтам, не может удерживать свои желания и эмоции, терпеть или ожидать кого-либо. Алкоголь употребляет умеренно, предпочитает крепкие напитки, наутро после алкогольных эксцессов испытывает отвращение к алкоголю.

Периодически возникают периоды, когда пьет ежедневно значительные дозы водки (0,5–0,7 л) не пьянея. Этим состояниям предшествует головная боль, нарушение сна, аппетита. Во время запоя уходит из дому, бродяжничает, ночует на улице или у случайных знакомых. Запой оканчивается внезапно, на 5–7-й день, после чего возвращается на работу, продуктивно и активно выполняет производственные задания. В период между запоями алкоголь употребляет редко, в малых дозах.

Определите форму злоупотребления алкоголем:
A. Псевдозапойная форма алкоголизма
B. Алкоголизм I стадии
C. Дипсомания
D. III стадия алкоголизма
E. II стадия алкоголизма

41. Больной 44-х лет. Злоупотребляет спиртным с 23 лет, неоднократно лечился, но безуспешно. Последние несколько лет жаловался на снижение половой способности. В это же время стал обвинять жену в измене. Устраивает ей сцены ревности, внимательно исследует ее белье, требует признания в неверности, угрожает убить любовника. Утверждает, что жена неразборчива в выборе любовников. Среди них и 78-летний сосед, и ее младший брат, и случайные прохожие.

Объективно: восприятие не нарушено. Ориентирован правильно. К болезни не критичен. Госпитализацию в больницу объясняет тем, что «жена договорилась с врачами, чтобы в его отсутствие продолжить распутство».

Определите диагноз:
A. Шизофрения
B. Пресенильный параноид
C. Реактивный параноид
D. Алкогольный бред ревности
E. Психопатия

42. Больной 17-ти лет. Родители алкоголики. Впервые попробовал спиртное в 7 лет, заставил отец. После первой рюмки была рвота, болела голова. С 15 лет начал употреблять водку в компании сверстников, пили на улице, в подъездах, часто не закусывая. Вначале спиртное вызывало неприятные ощущения, но боялся насмешек «друзей», в последующем мог выпивать до 0,3 л водки. Последние полгода пьет в одиночку, ворует деньги и спиртное у родителей. Перестал ходить в школу, появляется на улице в пьяном

виде, состоит на учете в детской комнате милиции. Нередко пьет несколько дней подряд. Отсутствует рвотный рефлекс на передозировку спиртного. Часто наутро после пьянки не помнит события предыдущего дня.

Определите диагноз:

A. Бытовое пьянство
B. I стадия алкоголизма
C. Дипсомания
D. III стадия алкоголизма
E. II стадия алкоголизма

43. Больной 28-и лет. Обратился в наркологический диспансер с просьбой избавить его от алкогольной зависимости. Начал употреблять спиртные напитки с 16 лет, злоупотребляет с 20 лет. В последние годы выросла толерантность, может выпить до 1,5 л крепкого вина, не пьянея. Похмеляется с 22 лет. Жалуется, что в семье и на работе появились проблемы, связанные с его пьянкой. Настроен на лечение, хотя и сомневается в том, что он алкоголик. Ранее не лечился.

Определите, какой вид терапии в данном случае необходимо проводить на всех этапах лечения:

A. Условно-рефлекторная
B. Сенсибилизирующая
C. Психотерапия
D. Дезинтоксикационная
E. Общеукрепляющая

44. Молодой человек 25-и лет. Имеет в анамнезе черепно-мозговые травмы, во время опьянения становится злобным, раздражительным, придирчивым, язвительным. Часто ищет поводы для ссор. Нередко учиняет драки, ломая мебель, посуду, нанося жестокие побои обидчикам. В последующие дни помнит о случившемся.

Определите форму алкогольного опьянения:

A. Патологическое опьянение

B. Дисфорическая форма
C. Депрессивная форма
D. Параноидная форма
E. Эпилептоидная форма

45. Больной 59-и лет. Много лет злоупотребляет алкоголем, похмеляется, поступил в хирургическое отделение для ушивания грыжи. Вечером перед операцией раздражен, плохо спал, жаловался на неприятные сновидения. На следующий день после удачной операции нарушалась ориентировка, мечется по палате, жалуется, что по коже ползают пауки, не узнает врача. Заявляет, что он в тюрьме и его не выпускают стены. Оказывает сопротивление удерживающим его.

Объективно: температура тела 38,5°С, тремор, озноб, инъецированные склеры, аритмичный пульс (98 ударов в минуту), гипергидроз.

Установите диагноз:
A. Послеоперационный психоз
B. Алкогольный галлюциноз
C. Острый алкогольный параноид
D. Алкогольный делирий
E. Острая энцефалопатия Гейне–Вернике

46. Больной 29-и лет. Первая проба спиртного в 14 лет, злоупотребляет с 19 лет, с 27 лет похмеляется. Пьет водку и самогон до 1,0 л. Употребляет алкоголь часто, в связи с различными поводами (праздники, встречи с друзьями, конец рабочей недели, получение зарплаты). Может пить несколько дней подряд. Запой заканчивается обычно под влиянием различных ситуаций — необходимость идти на работу, угроза репрессий со стороны милиции или близких, закончились деньги. В промежутках между запоями продолжает употреблять алкоголь эпизодически, но в небольших дозах, не напиваясь допьяна.

Определите тип злоупотребления алкоголем:
A. Постоянный

B. Смешанный
C. Псевдозапои
D. Дипсомания
E. Ни один из них

47. Больная 26-и лет. По профессии учительница, но работает учетчиком на заводе. По характеру была спокойная, уравновешенная, малообщительная. Отец убит в пьяной драке. Мать пьет запоями по 4–5 дней, неоднократно лечилась от алкоголизма, но безуспешно. Младший брат — возбудимый психопат.

С 20 лет начала употреблять спиртные напитки, вначале эпизодически, а через 2 года не менее 2–3 раз в неделю. Через 2 года появился синдром абстиненции, ежедневно опохмелялась крепленым вином. Толерантность до 1,5 л вина в начале злоупотребления, а через 2 года снизилась до 0,5 л вина.

Перестала заботиться о ребенке, муже, следить за собой, часто меняла места работы.

Определите основной фактор, способствовавший развитию алкоголизма у больной:

A. Особенности личности
B. Неблагоприятные экономические условия
C. Остаточные явления органического поражения ЦНС
D. Психогенные факторы
E. Неблагоприятная наследственность

48. Больной 39-и лет. Шофер. Злоупотребляет алкоголем с 23 лет, последние 5 лет похмеляется, толерантность до 1,5 л водки. Безразличен к детям, жене, родителям. Много тратит денег на спиртное. Часто появляется в общественных местах пьяным. Может пить несколько дней подряд, после короткого перерыва вновь возвращается к спиртному. Уволили с работы, периодически работает с грузчиком, но подолгу не остается на одном месте из-за пьянства. Жена подала заявление на развод.

Определите диагноз больного:
A. Алкоголизм I стадии
B. Алкоголизм II стадии
C. Алкоголизм III стадии
D. Дипсомания
E. Бытовое пьянство

49. Больной 29-и лет. Диагноз — алкоголизм, II стадия. Лечится в наркологическом отделении. Под влиянием терапии явления абстинентного синдрома купированы. Получил полный курс дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Соматическое состояние больного удовлетворительное.

Определите, какое средство необходимо назначить больному, чтобы создать у него непереносимость к алкоголю?
A. Галоперидол
B. Витамин B_1
C. Аминазин
D. Дисульфирам
E. Пирацетам

50. Больной 41-го года. Маляр. С 16 лет начал выпивать, с 17 лет злоупотребляет алкоголем. В 20 лет появился абстинентный синдром, мог выпить до 1,0 л водки. В настоящее время пьянеет от 0,15 л водки, пьет ежедневно, по несколько раз в день. Жена и дети оставили его, живет один, не имеет постоянного места работы, подрабатывает грузчиком. Ранее от алкоголизма не лечился. Согласился лечиться, так как резко ухудшилось самочувствие, появились боли в сердце, плохо спит, беспокоит тяжесть в правом подреберье.

Определите программу лечения больного:
A. Купирование явлений абстиненции
B. Дезинтоксикационная терапия
C. Борьба с влечением к алкоголю

D. Поддерживающая терапия, направленная на стабилизацию ремиссии

E. Все вышеперечисленное

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	E	11	D	21	A	31	D	41	D
2	C	12	E	22	B	32	B	42	B
3	E	13	E	23	B	33	D	43	C
4	A	14	A	24	C	34	A	44	B
5	B	15	D	25	C	35	E	45	D
6	E	16	E	26	E	36	B	46	C
7	D	17	B	27	C	37	B	47	E
8	E	18	E	28	D	38	A	48	B
9	B	19	D	29	A	39	E	49	D
10	D	20	A	30	E	40	C	50	E

Приложение 2

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ К РАЗДЕЛУ «НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ»

1. Группа подростков из 5 человек курят сигарету, сгорающую косо. Через 10 минут становятся веселыми, громко смеются, несмотря на удивление и окружающие взгляды прохожих, гримасничают, прыгают. У троих возникло ощущение, что валяющиеся под ногами ветки деревьев превратились в огромные бревна. Это вызвало новый взрыв хохота.

Определите, какой наркотик употреблен подростками:

A. Героин
B. Кустарно изготовленный из конопли
C. «Экстази»
D. ЛСД
E. Барбитураты

2. Женщина 25-и лет. В течение 8 лет употребляет много крепкого кофе, без него утром чувствует слабость, сонливость, днем на работе пьет по чашке кофе примерно через 1 час. Предпочитает варить молотые зерна, а иногда для усиления стимулирующего эффекта ест и кофейную гущу. Если по каким-то причинам не может выпить кофе, появляются сильная головная боль, раздражительность, тревога, астения, неприятное чувство беспокойства в ногах и руках, тремор. Самочувствие полностью нормализуется после приема кофе.

Квалифицируйте данное состояние:

A. Кофеиновая интоксикация
B. Синдром кофеиновой абстиненции
C. Последствия хронической интоксикации
D. Депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза
E. Ни одно из вышеперечисленных

3. Мужчина 21-го года. Через 1 час после приема наркотика развилось следующее состояние: перед глазами возникли вспышки яркого цвета с неясными контурами треугольников, кругов. Вскоре после этого увидел толпу людей, устрашающе двигающуюся в его сторону. Вначале ощутил чувство экстаза, которое сменилось тревогой, беспокойством. Цвета и звуки стали насыщенными, музыка сопровождалась ощущениями цвета. Почувствовал, что душа отделяется от тела. Описанное состояние продолжалось 10 часов, сменилось депрессией.

Определите, каким наркотиком вызвана описанная картина интоксикации?

A. ЛСД
B. Гашиш
C. Героин
D. Барбитураты
E. Амфетамин

4. Больной 28-и лет. В психиатрическую клинику поступил в остром психотическом состоянии. Испытывает тревогу, страх, неспокоен, растерян. Чувствует, что под кожей и по телу ползают насекомые, ищет их, ловит, расчесывает кожу до крови. Считает, что вокруг него враги, которые угрожают ему убийством. Слышит «устрашающие» голоса, видит страшные лица.

Удалось выяснить у родственников, что больной в течение 5 лет употребляет какой-то наркотик. В состоянии интоксикации бывает весел, активен, разговорчив, переоцени-

вает свои способности и возможности. Однажды потратил все сбережения на приобретение совершенно бесполезных вещей. В состоянии абстиненции возникает депрессия со злобностью, агрессивностью, чувством безысходности, безразличности, суицидальными мыслями.

При осмотре больного обнаружены хронический ринит, изъязвление слизистой носа, некроз носовой перегородки.

Определите, какой наркотик принимает больной?

A. Героин
B. Гашиш
C. Амфетамин
D. Кокаин
E. ЛСД

5. Девушка 15-и лет. Учится в 10-м классе средней школы, часто пропускает занятия, так как является фанатом местной футбольной команды и ездит следом за ней на все матчи. С 12 лет курит сигареты, с 13-ти пробовала марихуану, с 14 лет — таблетки «экстази». Несколько месяцев назад ввела себе кустарно приготовленный препарат, содержащий психостимуляторы. В последующем вводила этот препарат при встрече с друзьями 2–3 раза в месяц. Вне компании друзей желание ввести наркотик не испытывала.

Определите диагноз:

A. Полинаркомания
B. I стадия наркомании
C. II стадия наркомании
D. Токсикомания
E. Аддиктивное поведение

6. Подросток 15-и лет. Курит марихуану с 14 лет в компании сверстников. Два месяца назад начал принимать циклодол. Выпив 20 таблеток циклодола, перестал понимать, где находится. Вначале появились фрагментарные зрительные галлюцинации, страх, ощущение, что его преследуют.

Стал видеть людей, слышать их «голоса» угрожающего содержания. Перед глазами проходили сцены фантастического содержания. Периодически наступало «просветление», когда восстанавливалась ориентировка, исчезали галлюцинации, появлялась критика к бредовым мыслям. Затем вновь ухудшалось состояние. Психические нарушения сопровождались мидриазом, гиперемией лица, тремором, тахикардией.

Определите психопатологический синдром, развившийся при передозировке циклодола:

A. Онейроидный
B. Сумеречное состояние сознания
C. Делириозный
D. Параноидный
E. Оглушенность

7. Больной 19-ти лет. Всегда отличался художественными и интеллектуальными способностями. Два года назад по совету товарища выкурил сигарету с гашишем, пережил состояние, которое ему очень понравилось, — испытал прилив радости, нарисовал рисунок, который вскоре был успешно продан. В последующем выкуривал по 6–7 сигарет в сутки, без этого не мог работать. Постепенно исчез интерес к живописи, перестал учиться, стал неряшливым, пассивным, жалуется на путаницу мыслей.

Определите диагноз:

A. Токсикомания
B. Аддиктивное поведение
C. II стадия каннабиоидной наркомании
D. III стадия каннабиоидной наркомании
E. I стадия каннабиоидной наркомании

8. Подросток 12-и лет. В компании сверстников выкурил подряд 5 сигарет с никотином, чтобы показать свою «физическую силу». Через несколько минут появились ощу-

щение сжатия в горле, животе, обильная многократная рвота, гиперсаливация, обильный жидкий стул, сильные боли в животе. Жалуется на головокружение и головную боль, стонет от боли. Лицо бледное, зрачки сужены. Это сопровождается раздражительностью, злобностью, возбуждением. Вслед за возбуждением развились ступор, клонические и тонические судороги. Расширились зрачки, пульс стал интенсивным, резко снизилось АД. Вызванная МСП транс портировала подростка в реанимационное отделение.

Квалифицируйте состояние подростка:

A. Легкая степень никотиновой интоксикации
B. Средняя степень никотиновой интоксикации
C. Тяжелая степень никотиновой интоксикации
D. Отравление неустановленным ядом
E. Состояние абстиненции

9. Девушка 15-и лет. Отец неизвестен, мать злоупотребляет алкоголем, отбывает наказание за кражу. В 14-летнем возрасте по совету подруги позволила ввести себе кустарно приготовленный наркотик из противопростудных лекарств «эффект» и «флюколд». Пережила очень приятное ощущение необычной легкости, яркости красок, сопровождающееся болтливостью, непродуктивной активностью.

После 5 инъекций появилась зависимость. Через полгода регулярного приема резко изменилось психическое и физическое состояние больной: речь замедленная с дизартриями, движения неловкие, почерк грубо нарушен. Перестала учиться, снизилась память, сообразительность. К своему состоянию не критична.

Определите, какой наркотик употребляла больная:

A. Кокаин
B. Эфедрон
C. Первитин
D. Амфетамин
E. Мескалин

10. Юноша 17-и лет. Употребляет кустарно изготовленный из конопли наркотик. В состоянии острой интоксикации эйфоричен, подвижен, чувствует легкость во всем теле, легко двигается. Звуки и цвета воспринимаются более яркими, появляются макропсии, изменяется восприятие пространства, когда кажется, что рука не дотянется до стакана, стоящего рядом на столе. В постинтоксикационном периоде резко повышается аппетит.

Назовите наиболее часто встречающийся способ введения наркотиков, изготовляемых из конопли:

A. Жевание
B. Прием внутрь
C. Курение
D. Введение внутривенно
E. Вдыхание через нос

11. Юноша 14-и лет. Хорошо учился, был сообразительным, легко запоминал прочитанное. Через 3 месяца после начала злоупотребления психоактивными веществами появились трудности в концентрации внимания, сообразительности, запоминании. Появились агрессивность, злобность, головная боль, нарушения сна, стало укачивать в транспорте. Оставил школу, на несколько дней уходил из дому. Крылья носа гиперемированы, на коже вокруг рта высыпания.

Определите, какие психоактивные вещества употреблял подросток:

A. Алкоголь
B. Кокаин
C. Марихуана
D. «Экстази»
E. Ингалянты

12. Юноша 16-и лет. Хорошо учился, родители удовлетворяли все его желания. В 15 лет впервые по совету старших

«друзей» согласился на инъекцию кустарно изготовленного из маковой соломки наркотика. Состояние, которое пережил при этом, очень понравилось, сразу появилось влечение к наркотику. Принимал снотворные, алкоголь, транквилизаторы, но ожидаемого эффекта не испытал. Оставил занятия в школе, вначале выпрашивал деньги у родителей, затем стал продавать свою одежду, выносить из дому вещи. Госпитализирован в наркологическое отделение, где в первые дни перенес тяжелую абстиненцию:

Определите диагноз больного:

A. I стадия опийной наркомании

B. Аддиктивное поведение

C. II стадия опийной наркомании

D. Токсикомания

E. III стадия опийной наркомании

13. Больной 22-х лет. По поводу невротической симптоматики, появившейся после семейных неприятностей, обратился к врачу, который назначил ему в/в сибазон 0,5% р-р 2,0. Сразу же почувствовал улучшение, появилось чувство покоя, все проблемы отошли на второй план. В последующем появилась сонливость и он крепко уснул. Через 3 дня для получения первоначального эффекта потребовалось увеличение дозы сибазона. Через 2 недели после прекращения приема препарата развились бессонница, тревога, страх, настроение стало злобным, все раздражало. Испытывал неприятные судорожные сокращения мышц, тошноту до рвоты. Эти ощущения исчезли после очередного введения сибазона.

Определите, какой препарат наиболее эффективно купирует абстиненцию у больных токсикоманией, использующих бензодиазепиновые транквилизаторы:

A. Метадон

B. Флувоксамин

C. Амитриптилин

D. Милдронат
E. Трамал

14. Юноша 16-и лет. В анамнезе тяжелая ЧМТ, впервые выкурил сигарету с марихуаной по совету друзей. Через несколько минут перестал понимать, где находится, не узнавал товарищей. Начал видеть рядом с собой толпы людей, которые или проходили мимо, или останавливались и жестами угрожали ему. Было страшно, появились злоба, агрессивность. Напал на одного из друзей и жестоко избил его. Когда свидетели драки пытались удержать больного, он оказывал резкое сопротивление. Не отвечал на вопросы окружающих.

Был доставлен в психиатрическую больницу. Через 3 дня вышел из болезненного состояния, о котором сохранились отрывочные воспоминания. Против подростка было возбуждено уголовное дело.

Определите, какое решение примет суд в данном случае:
A. Невменяем
B. Вменяем
C. Ограниченно вменяем
D. Недееспособен
E. Ограниченно дееспособен

15. Больной 19-и лет. В течение 3 лет принимает кустарно приготовленный из маковой соломки наркотик, который был введен последний раз 30 часов назад. Жалобы на тревогу, физическую слабость, недомогание, нарушен сон, появились озноб, гипергидроз, неприятные ощущения в шее, руках, ногах, насморк, чихание, диарея.

Определите, какой из препаратов используется для купирования абстинентного синдрома при опийной наркомании:
A. Галоперидол
B. Клофелин
C. Трифтазин

D. Амитриптилин
E. Димедрол

16. Девушка 17-и лет. Приняла на вечеринке по совету подруги какой-то наркотик. Вначале почувствовала яркие вспышки перед глазами, затем появились зрительные галлюцинации, настроение было очень хорошим. Музыка, звучащая в зале, окрашивалась в яркие цвета. В памяти всплыли воспоминания далекого прошлого. Это сочеталось с ощущением, что она сходит с ума.

Когда вернулась домой, появилась уверенность, что может летать, почувствовала необычайную легкость в теле. Открыла окно и, взмахнув руками, прыгнула. При падении на землю сломала обе ноги.

Была госпитализирована. На следующее утро никаких нарушений психики не обнаруживает, критически оценивает болезненное состояние. Суицидальные мысли отрицает. Лабораторные исследования не обнаружили следов наркотика.

Определите, какой наркотик вызывает такую клинику интоксикации:

A. Кокаин
B. Амфетамин
C. Гашиш
D. ЛСД
E. «Экстази»

17. Больной 19-и лет. Злоупотребляет наркотиками 3 года. В состоянии абстиненции развиваются следующие нарушения: насморк, слезотечение, мидриаз, чихание, озноб, рвота, «гусиная кожа», сильные боли в конечностях, в спине, шее, жевательной мускулатуре. Нарушился сон, исчез аппетит, появились боли в кишечнике, понос, рвота.

Определите, какой наркотик употребляет больной:

A. Гашиш
B. Галлюциногены

C. Эфедрон
D. «Экстази»
E. Опиоиды

18. Больной 30 лет. Испытывает слуховые галлюцинации, «голоса» звучат снаружи и внутри головы. Высказывает бредовые идеи воздействия, чувствует, что управляют его мышлением. Психические нарушения впервые возникли 2 недели назад. Много лет ежедневно курит гашиш. В состоянии абстиненции раздражителен, настроение снижено, испытывает неприятные ощущения стеснения и давления в области висков, под кожей — жжение. Без очередной порции наркотика неспособен даже к простой работе.

В последние 2 года вял, пассивен, оставил работу, безучастен к своей судьбе, не заботится о близких.

Определите, с какими заболеваниями сходна клиника психозов, возникающая при каннабиоидной наркомании:

A. Алкогольный психоз
B. Шизофрения
C. Маниакально-депрессивный психоз
D. Реактивный психоз
E. Соматогенный психоз

19. Молодой человек 19-и лет. Курит табак с 15 лет. Вначале курил, чтобы поддержать компанию сверстников. Но для себя решил, что, став взрослым, курить не будет. Вначале использовал сигарету как средство релаксации в психологически неблагоприятных ситуациях. В последующем заметил, что через 2 часа после последней выкуренной сигареты становится раздражительным, «плохо работает голова», не может сосредоточиться, так как все мысли направлены на то, чтобы скорее снова закурить. Пытался самостоятельно оставить курение. Но после двух недель воздержания снова закурил. Обратился за помощью к наркологу.

Определите, какой процент выкуривших первую сигарету продолжают курить в дальнейшем:

A. 25%
B. 50%
C. 75%
D. 85%
E. 100%

20. Молодой человек принял наркотик, не имеющий ни цвета, ни вкуса, ни запаха. Через час испытал необычное состояние: вначале увидел перед глазами яркие вспышки света, затем появились «видения» людей, животных. Звуки и цвета воспринимались очень ярко, причем цвета звучали, а звуки окрашивались. Начал чувствовать работу сердца и желудка. В памяти всплыли давно забытые события раннего детства. Вначале настроение было повышенным, в последующем появились тревога, ощущение, что сходит с ума. Стал возбужденным. Раскрыл окно, встал на подоконник, его с трудом удержал товарищ.

Такое состояние продолжалось около 10 часов, после чего в течение суток пережил тяжелую депрессию. Через 5 дней без повторного употребления наркотика пережил подобное состояние.

Определите, какой наркотик был принят:

A. ЛСД
B. Кокаин
C. Эфедрон
D. Опиаты
E. Марихуана

21. Больной 27-и лет. Страдает бессонницей, регулярно в течение 2 лет принимает на ночь барбамил. В последние месяцы появились зависимость и потребность принимать этот препарат в дневные часы, чтобы успокаиваться. Возросла толерантность. Если по каким-то причинам не мог

принять барбамил, появлялись чувство разбитости, тревога, страх, беспокойство, раздражительность, бессонница. Эти неприятные явления купировались очередным приемом барбамила.

Определите, какое осложнение может возникнуть при одномоментной отмене наркотика:

A. Нарушения дыхания
B. Нарушения сердечной деятельности
C. Судорожные припадки
D. Отек мозга
E. Спазм церебральных сосудов

22. Молодой человек 23-х лет. После неприятностей на работе в компании друзей, чтобы успокоиться, выкурил сигарету с марихуаной. К этому методу релаксации прибегал и ранее. Почувствовал тепло и легкость во всем теле, улучшилось настроение, усилилось восприятие звуков и цветов. Казалось, что легко решаются все проблемы, мысли текут быстро.

Через 4 часа решил ехать домой на собственном автомобиле, так как считал, что вполне справится с его управлением. Останавливаясь возле светофора, наехал на стоящую впереди автомашину, не оценив правильно расстояния между машинами.

Определите, в течение какого времени после курения марихуаны нарушается способность вести машину, оценивать время, расстояние:

A. 1 час
B. 2 часа
C. 4 часа
D. 8 часов
E. 24 часа

23. Мужчина 35-и лет. Начал курить табак в 13 лет, в последнее время курит не менее 1 пачки в день. Если по

каким-то причинам задерживается очередное курение, возникает состояние абстиненции: появляются напряженность, раздражительность, сильное желание курить, тоска, плаксивость, чрезмерная обидчивость, плохое настроение, снижается концентрация внимания, способность запоминать и соображать. Описанные жалобы сопровождаются головной болью, головокружением, ознобом, кашлем.

Определите, через какое время после последней выкуренной сигареты развивается синдром абстиненции?

A. 30 минут
B. 1 час
C. 1,5–2 часа
D. 3 часа
E. 5 часов

24. Больной 22-х лет. Поступил на лечение в наркологическое отделение по настоянию родителей. С 18 лет начал вводить внутривенно кустарно приготовленный препарат из маковой соломки. Поступил в институт, но часто пропускал занятия. Через полгода после первой пробы наркотика появилось патологическое влечение, развился синдром абстиненции. Был исключен из института за неуспеваемость. Не работает, совершал кражи, был осужден. После освобождения на работу не устраивается, ссорится с родителями, продолжает принимать наркотик, добывая деньги на его приобретение незаконными способами.

В клинике требует назначить ему снотворные, угрожая суицидом. Держится с чувством превосходства: не настроен на прекращение наркотизации.

В соматоневрологическом статусе: кожные покровы сухие, землистого оттенка, лицо одутловатое, тремор рук, гиперрефлексия.

Установите диагноз:

A. I стадия опийной наркомании
B. Аддиктивное поведение

C. Токсикомания
D. II стадия опийной наркомании
E. III стадия опийной наркомании

25. Молодой человек 22-х лет. Обнаружен жителями многоэтажного дома на лестничной площадке. Сидел, опустив голову, не обращал внимания на прохожих. Слушал тихую мелодичную музыку, звучащую из лежащего рядом портативного магнитофона. Когда жители дома предложили ему уйти, стал злобным, раздражительным, пытался завязать драку. Была вызвана милиция. В кармане обнаружили шприц. Был привезен в наркологическую больницу. Отрицает прием наркотиков, несмотря на то, что вены на обеих руках склерозированы.

Определите, в течение какого времени в крови больного можно обнаружить опийный наркотик:

A. 24 часа
B. 36 часов
C. 48 часов
D. 60 часов
E. 72 часа

26. Мальчик 13-и лет. Принял на дискотеке вначале одну таблетку «экстази», после которой пережил приятное чувство восхищения, блаженства, все вокруг воспринимались как друзья. Без устали танцевал, веселился. Быстро текли мысли. Когда стал немного уставать, чтобы продлить переживание, принял еще 2 таблетки. Вскоре почувствовал себя плохо, была вызвана МСП, по дороге в больницу подросток умер.

Определите причину смерти при передозировке «экстази»:

A. Остановка дыхания
B. Отек мозга
C. Нарушения сердечной деятельности (аритмии)
D. Внутреннее кровотечение
E. Нарушение мозгового кровообращения

27. Пациент 20-и лет. Обратился к наркологу с жалобами на чувство усталости, слабости, бессонницу ночью и сонливость днем, снижение настроения, появление суицидальных мыслей.

Год назад впервые ввел себе в/в наркотик, после чего пережил очень приятное состояние: повысились настроение, стремление к деятельности, легко думал, хорошо соображал, хотелось много говорить. При этом лицо было бледным, зрачки широкими, участилось сердцебиение, повысилось АД. Через несколько часов настроение стало злобным, заболела голова, появились слабость, разбитость и желание вновь принять наркотик. Быстро возросла толерантность. В течение последнего месяца должен был ежедневно вводить наркотик.

Определите, какой наркотик принимал пациент:

A. Опиаты
B. Фенамин
C. Гашиш
D. ЛСД
E. Кокаин

28. У наркомана в состоянии интоксикации появилась тревога, снизилось настроение, усилилась подозрительность. Возникло ощущение, что окружающие предметы стали более яркими по цвету, изменилось расстояние между ними, форма некоторых из них исказилась. Появились зрительные галлюцинации: необычные картины, изображения на которых менялись, были подвижными. Больной тревожен, беспокоен, появился страх. К болезненным переживаниям некритичен.

Определите, интоксикация каким наркотиком сопровождается описанными нарушениями:

A. Кокаином
B. Гашишем
C. Барбитуратами

D. Галлюциногенами
E. Героином

29. У молодого человека после приема 10 таблеток препарата через 30 минут повысилось настроение, улучшилось самочувствие, появилось желание много говорить. Все вокруг стало ярким, неприятности забылись. Не мог сидеть на месте, танцевал, стал многоречивым. Через 40 минут появились сонливость, ощущение невесомости, окружающие предметы «изменяли» форму и пространственные соотношения. Темп мышления замедлился, стало трудно понять происходящее. Через 3 часа появилась дезориентировка, лица людей и их поведение воспринимались искаженно. Начал слышать оклики, перед глазами появились круги, затем стал видеть знакомых, с которыми встречался утром, причем видел именно те события, которые утром происходили в реальности. Не видел своей руки, но чувствовал, что в ней зажата сигарета. Когда же подносил ее ко рту, она исчезла.

Определите, какой препарат вызывает такую картину интоксикации:

A. Промедол
B. Циклодол
C. Сибазон
D. «Экстази»
E. Димедрол

30. Молодой человек 19-и лет. Принял внутрь наркотик фенциклидин в дозе 15 мг. Через 5 минут закружилась голова, плохо понимал происходящее, в последующем нарушилась ориентировка в окружающем, «видел» неприятных людей, животных, слышал «голоса». Начал ощущать, что руки удлинились, внутренности передвигаются. Утверждал, что ему угрожает опасность, его могут убить. Настроение было неустойчивым — веселость, общительность сменялись враждебностью, агрессивностью. Больной возбужден, раз-

рывает на себе одежду. Под влиянием терапии психотическое состояние купировалось через 2 суток, болезненные переживания амнезировались.

Определите, какой синдром развился у больного в состоянии фенциклидиновой интоксикации:

A. Маниакальный
B. Онейроидный
C. Сумеречного состояния сознания
D. Параноидный
E. Делириозный

31. Юноша 16-и лет. Из благополучной семьи. С 15 лет в компании асоциальных подростков начал курить марихуану, через полгода вводить в/в кустарно изготовленный препарат из молотого мака. По настоянию родителей госпитализирован в наркологическую клинику. В первые дни пребывания раздражителен, требует выписки, вспыльчив, жалуется на плохой сон, сердцебиение. В последующем настроение и самочувствие улучшилось, охотно контактировал с пациентами-наркоманами. Периодически появлялось желание принять наркотик. После выписки ремиссия 2 месяца, затем вновь начал вводить наркотик.

Определите диагноз больного:

A. Опийная наркомания II стадии
B. Опийная наркомания I стадии
C. Аддиктивное поведение
D. Полинаркомания
E. Опийная наркомания III стадии

32. Больной 28-и лет. С 18 лет курит анашу, с 21 года начал вводить внутривенно кустарно приготовленные из маковой соломки опиаты, а также первитин. Вводит эти препараты одновременно. Влечение к наркотикам сильное, наиболее предпочтительный — анаша. За 2 недели до госпитализации значительно увеличил дозу наркотиков,

появилась бессонница, а через несколько дней — тревога, страх, возбуждение, слуховые псевдогаллюцинации. При поступлении дезориентирован в окружающем, к чему-то прислушивается. В рисунках обоев видит лица людей, животных. Утверждает, что его околдовала соседка. Бледен, потлив, тремор пальцев рук.

Определите диагноз больного:

A. Опийная наркомания
B. Шизофрения
C. Первитиновая наркомания
D. Полинаркомания
E. Осложненная наркомания

33. Девочка 12-и лет. По совету подруги на дискотеке приняла таблетку какого-то препарата, после чего почувствовала прилив сил, активности, танцевала, не уставая, несколько часов. Это состояние сопровождалось повышенным настроением, ощущением блаженства, любви к людям. Мысли текли быстро, голова была «как в тумане». Вернулась домой в 4 часа утра, чувствовала вялость, разбитость, боли в мышцах, было трудно соображать.

Определите, какой наркотик приняла девочка:

A. Промедол
B. Эфедрон
C. «Экстази»
D. ЛСД
E. Амфетамин

34. Юноша 18-и лет. Направлен как призывник в психиатрическую больницу для военно-психиатрической экспертизы. В 14 лет впервые выкурил сигарету с «травкой». С 16 лет вводит в/в кустарно изготовленный из маковой соломки наркотик. 1,5 года назад появились «ломки». Дважды лечился в наркологическом отделении, но вскоре после выписки возобновлял введение наркотика.

Определите, какое решение о годности к военной службе будет принято в данном случае:

A. Годен

B. Не годен с исключением с воинского учета

C. Годен в военное время к нестроевой службе

D. Годен к нестроевой службе в мирное и военное время

E. Направить на лечение

35. Девушка 17-и лет. Последние 2 года употребляла различные психоактивные вещества (опиоиды, марихуана, «экстази»). В день госпитализации ввела себе в/в кустарно изготовленный препарат первитина («винт»), который до того вводила несколько раз. Через короткое время после введения увидела, что все вокруг изменилось, знакомый, стоящий перед нею, вдруг «размножился» и превратился в несколько человек. Окраска предметов стала какой-то зловещей. Было неприятно, страшно. Пыталась бежать, отталкивая прохожих. Через несколько часов болезненные явления редуцировались, память о них сохранилась. Помнила, что ориентировку в окружающем не теряла.

Определите психопатологический синдром:

A. Дереализации

B. Аментивный

C. Сумеречного состояния сознания

D. Параноидный

E. Делириозный

36. Больной 36-и лет. С 14 лет употребляет алкоголь. С 18 лет — злоупотребление. В 19 лет впервые ввел себе в/в кустарно изготовленный опийный наркотик. Пережитое состояние очень понравилось. Алкоголем перестал злоупотреблять. Через 4 месяца появилось неодолимое влечение к наркотику, быстро возросла доза, и для достижения желаемого эффекта к наркотику добавил транквилизаторы. За один прием принимал до 20 таблеток радедорма.

В состоянии абстиненции злобен, дисфоричен, не может спать, испытывает сильные боли в спине, ногах, руках, головную боль, боль в сердце.

Оставил работу, живет на иждивении матери. Привлекался к уголовной ответственности за кражу.

Определите диагноз больного:

A. Опийная наркомания

B. Полинаркомания

C. Токсикомания

D. Алкоголизм

E. Осложненная наркомания

37. Молодой человек 19-и лет. В 13-летнем возрасте нюхал клей «Момент», в последующем принимал таблетки «экстази», радедорм. С 15 лет начал курить марихуану. Курит по несколько раз в месяц в компании друзей. В одиночку, как правило, наркотики не употребляет. Успешно окончил среднюю школу, ПТУ, работает на заводе слесарем. Живет с родителями. Следующие дни после курения марихуаны чувствует слабость, жалуется на раздражительность, тяги к наркотику не испытывает, толерантность не возросла.

Определите диагноз:

A. Полинаркомания

B. Эпизодическое применение наркотика

C. I стадия употребления наркотика

D. II стадия употребления наркотика

E. III стадия употребления наркотика

38. Больной 20 лет. Поступил на лечение в наркологический стационар. С 18 лет начал вводить себе в/в кустарно приготовленный опийный наркотик. Вначале желание ввести наркотик появлялось только в компании сверстников, последние полгода вводит его в одиночку и систематически. 4 месяца назад начал увеличивать дозу. При отсут-

ствии наркотика снижается настроение, ухудшается самочувствие, появляется раздражительность, слабость.

Определите, какие этапы лечения необходимо пройти больному для достижения длительной ремиссии:

A. Полная отмена наркотика

B. Дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия

C. Патогенетически обусловленная терапия синдрома зависимости.

D. Противорецидивная терапия

E. Все вышеперечисленное, в описанной последовательности

39. Мальчик 12-и лет. В компании сверстников нюхал клей «Момент». Через несколько минут почувствовал, что стены комнаты искривились, наклонились. На это было интересно смотреть. Увидел на стене мультфильм — розовый слон, Том и Джерри. Внимательно наблюдал за меняющимися кадрами фильма. Не знает, чем занимались в это время его товарищи, которые сидели рядом. Вечером слушал рассказы сверстников об увиденных фильмах и тоже делился своими воспоминаниями. Знает, что он и товариши во время «просмотра фильмов» сидели неподвижно.

Определите, какой синдром развился у ребенка после вдыхания клея:

A. Кома

B. Делирий

C. Аменция

D. Онейроид

E. Оглушенность

40. Молодой человек 20-и лет. На вечеринке у друзей принял ЛСД. Испытал приятное чувство экстаза. Цвета и звуки стали ярко окрашенными, появились яркие зрительные галлюцинации. Ощущал функцию внутренних органов.

Через 8 часов эти ощущения исчезли, снизилось настроение, появилась тревога, ажитация.

Через неделю после описанного эпизода встретил товарища и в кафе выпил 0,5 л пива. Когда вышел на улицу, вновь испытал необычное ощущение изменения формы и цветов окружающих предметов, почувствовал, что «Я» отделяется от тела. Лицо товарища стало злобным, увидел в его руках нож. Понял, что он хочет убить его. Схватил палку и начал бить товарища.

Определите, чем обусловлено психотическое состояние у больного:

A. Манифест шизофрении

B. Алкогольная интоксикация

C. Рецидив психических расстройств после прекращения наркотизации ЛСД

D. Реактивное состояние

E. Ни одно из вышеперечисленного

41. Больная 19-и лет. С 17 лет употребляет опийный наркотик, 1,5 года назад появился абстинентный синдром, возникла толерантность.

Выглядит старше своего возраста, кожа бледная, сухая, волосы тусклые, ногти ломкие. Значительно сужен круг интересов, оставила учебу, злобна и агрессивна по отношению к родителям. Не работает, часто меняет сексуальных партнеров, безразлична к своему будущему.

Поступила на лечение после угрозы применения санкций со стороны правоохранительных органов. Сама считает, что в лечении не нуждается.

Определите, какой препарат, используемый в лечении опийной наркомании, является антагонистом наркотика:

A. Метадон

B. Налоксон

C. Клофелин

D. Тиаприд

E. Пирроксан

42. Подросток злоупотребляет психоактивными веществами. Вне интоксикации бледен, под глазами синюшность, вокруг ноздрей и в углах рта раздражение слизистых и кожи. Походка атактическая. Во время абстиненции злобен, агрессивен, дерется со сверстниками. При этом гипергидроз, тремор, боль в животе, нарушается мочеиспускание.

Определите, какими психоактивными веществами злоупотребляет подросток:

A. Марихуана
B. Кокаин
C. Ингалянты
D. Барбитураты
E. Опиоиды

43. Среди школьников старших классов распространено курение табака. На вопрос о том, почему они курят, ответ, как правило, такой: «нам нравится... курят все... у нас дома курят родители... курение не вредит здоровью, ведь курят даже врачи» и т. д.

Если кто-то из сверстников отказывается приобщаться к курению, над ним смеются, называют трусом.

Определите основные компоненты привычки курить табак:

A. Ритуал, сопровождающий курение (зажигалка, кольца дыма, рука с сигаретой)

B. Удовольствие от запаха табачного дыма и приятные вкусовые ощущения

C. Чувство успокоения и прилива сил после выкуренной сигареты

D. Курение как групповое времяпрепровождение

E. Все вышеперечисленное

44. В токсикологическое отделение доставлен больной, который около часа назад принял наркотик. Вначале наблюдались подъем настроения, расторможенность,

многоречивость, гипербулия, переоценка своих возможностей. В последующем появилась тревога, раздражительность, развилось психомоторное возбуждение со зрительными и тактильными галлюцинациями. Кожные покровы бледные, зрачки широкие, периодические судорожные подергивания мышц, головные боли, тахикардия, озноб, повышение температуры тела.

Определите, при интоксикации каким психоактивным веществом наблюдается такая клиника:

A. Опиаты
B. Каннабиоиды
C. Кокаин
D. Барбитураты
E. Транквилизаторы

45. Юноша 14-и лет. Вернулся домой после встречи с «друзьями» в необычном состоянии. Зрачки широкие, глаза блестят, склеры гиперемированы. Потребовал у матери дать ему поесть, торопил ее, когда она готовила еду, налил себе в тарелку холодного супа, не дождавшись, когда он согреется. Съев первое, руками стал доставать жаркое из кастрюли и есть. После этого ушел в свою комнату и уснул. Мать отметила, что от одежды сына исходил сладковатый запах. В течение 4 последующих дней был раздражительным, жаловался на слабость.

Определите, какой наркотик употребил подросток:

A. Марихуана
B. Героин
C. Эфедрон
D. «Экстази»
E. Ингалянты

46. Наркоман 20-и лет. В течение года принимает фенциклидин, вначале 2 мг, затем 5 мг, потом 7 мг, в последний месяц — по 10 мг внутрь. Если по каким-то причинам не

может принять очередную дозу, испытывает слабость, сонливость, снижается настроение, появляются тремор, судорожные сокращения лицевой мускулатуры, парестезии.

Последние месяцы близкие отмечают, что больному трудно сосредоточивать внимание, снизились память, сообразительность, он перестал справляться с работой (по профессии технолог легкой промышленности), не выполняет данных обещаний, стал раздражительным. Исчезли прежние увлечения книгами, спортом.

Лечился у нарколога, но через 2 недели после терапии вновь стал принимать наркотик.

Определите, какой синдром развился у больного при длительном употреблении фенциклидина:

A. Корсаковский
B. Органический психосиндром
C. Деменции
D. Апатико-абулический
E. Олигофрении

47. Юноша 14-и лет. Во время родов использовались акушерские щипцы. В детстве — частые ОРЗ. Отец оставил семью, мальчик воспитывался матерью в условиях гиперопеки. Стремится к самостоятельности и независимости. Подружился с компанией подростков, употребляющих наркотики. До этого хорошо учился, проявлял хорошие математические способности, любил читать, хорошо запоминал. Новые друзья приучили принимать наркотик, который готовили кустарно из препарата колдрекс и вводили внутривенно. Постепенно стал хуже учиться, снизились память, интерес к занятиям. Стал безынициативным, безразличным к своей судьбе.

Определите основной механизм развития психоорганического синдрома у подростка:

A. Родовая травма
B. Воспитание в неполной семье

C. Интоксикационная энцефалопатия
D. Гиперопека матери
E. Частые ОРЗ в детстве

48. Девушка 17-и лет. Будучи в гостях у подруги, алкоголь не употребляла. Была очень веселой, чувствовала прилив сил, энергии, окружающее воспринимала очень ярко, мысли текли быстро. Было ощущение, что улучшились память, сообразительность. Это состояние сопровождалось повышением АД, тахикардией.

Никаких таблеток не употребляла, ничего внутривенно не вводила, не курила, не нюхала.

Определите, чем может быть вызвано это состояние:
A. «Экстази»
B. Марихуана
C. Эфедрон
D. Большая доза кофе
E. Кокаин

49. Больной 38-и лет. Инженер, курит табак с 15 лет. Вначале выкуривал 1–2 сигареты в день, в последние 3 года — не менее 20 сигарет. Если не может вовремя выкурить сигарету, становится раздражительным, беспокойным, испытывает неодолимое желание курить, не может работать, появляются кашель, головная боль, головокружение. Эти явления полностью проходят после выкуренной сигареты.

В последние годы стал уставать быстрее, чем его некурящие сверстники, появились признаки ИБС; хронического бронхита; хронического гастрита; часто болеет ОРВИ. Стал хуже справляться с работой, часто делает ошибки. Замечает, что ему труднее сдерживать чувство неудовольствия, раздражения. Несколько раз пытался бросить курить, но безуспешно.

Определите, какие признаки подтверждают диагноз никотиномании у данного больного:

A. Неудержимое влечение к табаку
B. Высокая толерантность
C. Синдром абстиненции
D. Психические и соматические нарушения
E. Все вышеперечисленное

50. Опийный наркоман 23-х лет. Совершил кражу личных вещей соседей. Был задержан милицией. Употребляет наркотики с 18 лет, вводит себе ежедневно кустарно изготовленный из маковой соломки препарат. С 19 лет «ломка». Нигде не работает. Не заботится о семье. В грубой форме требует у родителей деньги на наркотик. 2 года назад за кражу был осужден сроком на 1 год.

Определите, какое решение вынесет суд в отношении данного больного:

A. Вменяем
B. Невменяем
C. Ограниченно вменяем
D. Ограниченно дееспособен
E. Ни одно из вышеперечисленных

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	B	11	E	21	C	31	B	41	B
2	B	12	C	22	D	32	D	42	C
3	A	13	D	23	C	33	C	43	E
4	D	14	A	24	D	34	B	44	C
5	E	15	B	25	A	35	A	45	A
6	C	16	D	26	C	36	E	46	B
7	E	17	E	27	B	37	B	47	C
8	C	18	B	28	D	38	E	48	D
9	B	19	D	29	B	39	D	49	E
10	C	20	A	30	E	40	C	50	A

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 3

ВВЕДЕНИЕ 6

1. АЛКОГОЛИЗМ 8

1.1. ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ 10

1.1.1. Простое алкогольное опьянение 11

1.1.2 Атипичные формы простого алкогольного опьянения 13

1.1.3. Патологическое опьянение 17

1.1.4. Экспертиза простого алкогольного опьянения 20

1.1.5. Лечение острой алкогольной интоксикации 21

1.2. БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО 21

1.3. ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ 24

1.3.1. Предрасположенность к алкоголизму 24

1.3.2. Наркоманический синдром 26

1.3.3. Стадии алкоголизма 32

1.4. СОМАТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ 42

1.5. МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ (АЛКОГОЛЬНЫЕ) ПСИХОЗЫ 45

1.5.1. Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) 46

1.5.2. Алкогольные галлюцинозы 52

1.6. СОЧЕТАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА С ДРУГИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 70

1.7. ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН 74

1.8. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА 78

1.8.1. Подростково-юношеский алкоголизм 78

1.8.2. Алкоголизм у пожилых людей 82

1.9. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА 83
1.10. ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА 86
1.11. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА 95

2. НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ 97

2.1. НАРКОМАНИИ 97
2.1.1. Клинические проявления и особенности течения наркоманий 100
2.1.2. Опийная наркомания 103
2.1.3. Наркомания, вызванная злоупотреблением препаратами конопли 109
2.1.4. Наркомании, вызванные снотворными 114
2.1.5. Наркомании, вызванные злоупотреблением психостимуляторами 118
2.1.6. Злоупотребление галлюциногенами 135
2.1.7. Полинаркомании, осложненные наркомании 143

2.2. ТОКСИКОМАНИИ 144
2.2.1. Токсикомания, вызванная злоупотреблением трамадолом . 146
2.2.2. Злоупотребление транквилизаторами 147
2.2.3. Токсикомании, вызванные злоупотреблением кофеином 150
2.2.4. Токсикомании, вызванные снотворными веществами 151
2.2.5. Токсикомании, вызванные злоупотреблением холинолитических препаратов 152
2.2.6. Токсикомонии, вызванные ингалянтами 160
2.2.7. Никотинизм (табачная зависимость) 166

2.3. ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ У ПОДРОСТКОВ 177

2.4. ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ У ЖЕНЩИН 181

2.5. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ 184
2.5.1. Этиология наркоманий и токсикоманий 184
2.5.2. Патогенез наркоманий и токсикоманий 188

2.6. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ 191
2.6.1. Общие принципы лечения 191

2.6.2. Характеристика неспецифических методов терапии наркоманий и токсикоманий *192*

2.6.3. Патогенетически обоснованные методы лечения отдельных клинических форм наркоманий и токсикоманий .. *200*

2.7. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ **214**

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ **225**

Приложение 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ К РАЗДЕЛУ «АЛКОГОЛИЗМ» **228**

Приложение 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ К РАЗДЕЛУ «НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ» **255**

CGR SH GROUP

Серия «Учебники»

Владимир Леонидович Гавенко,
Галина Александровна Самардакова,
Анна Михайловна Кожина,
Владимир Иванович Коростий,
Ольга Олеговна Демина

Наркология

Учебное пособие

Ответственный редактор *Е. В. Бузаева*

Технический редактор *А. М. Спивак*

Корректоры *Т. В. Краснолуцкая, Г. А. Бибикова*

Верстка *А. Орленко*

Художник *А. Кузнецов*

Лицензия ЛР № 065194 от 2 июня 1997 г.

Подписано в печать 25.07.2003 г.
Формат 84x108 1/32. Бумага тип № 2.
Гарнитура NewtonC. Печать высокая.
Тираж 5000 экз. Заказ № 401

SH GROUP

Издательство «ФЕНИКС»
344002, г. Ростов н/Д, пер. Соборный, 17
Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.
Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.