

Л.М. Барденштейн
А.В. Молодецких
Ю.Б. Можгинский
Н.И. Беглянкин
Г.А. Алёшкина

Учебное
пособие

Алкоголизм, наркомании
и другие психические
и поведенческие
расстройства, связанные
с употреблением
психоактивных веществ



20 лет с Вами
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

**Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства,
связанные с употреблением психоактивных веществ**

Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л.М. Барденштейн, А.В. Молодецких, Ю.Б. Можгинский, Н.И. Беглянкин, Г.А. Алёшкина, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434468.html>

Авторы Л.М. Барденштейн, А.В. Молодецких, Ю.Б. Можгинский, Н.И. Беглянкин, Г.А. Алёшкина

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2015

Прототип Электронное издание на основе: Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 96 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3446-8.

Аннотация. В учебном пособии изложены исторические, социальные и клинические аспекты болезней зависимости - алкоголизма, наркомании и токсикомании. Рассмотрены их эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, а также современные подходы к лечению больных, страдающих этими расстройствами.

Издание предназначено для студентов медицинских вузов, а также клинических ординаторов и аспирантов, проходящих обучение.

Оглавление

АЛКОГОЛИЗМ	4
ВВЕДЕНИЕ	4
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛКОГОЛИЗМА	5
НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ	20
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ	23
ПРИЛОЖЕНИЯ	37
КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ	44
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	52

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ♣ - торговое наименование лекарственного средства
- ® - обозначение не зарегистрированных в РФ лекарственных средств
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ЛСД - диэтиламид лизергиновой кислоты
- МКБ-10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ОМП - общемедицинская практика
- РСР - фенциклидин

АЛКОГОЛИЗМ

ВВЕДЕНИЕ

Термином «алкоголизм» традиционно обозначают любые формы злоупотребления спиртными напитками, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пьющего, его поведение, профессионально-трудовые качества и взаимоотношения с окружающими. В более узком смысле алкоголизм - это хроническое заболевание, в основе которого лежит зависимость от алкоголя, вызванная систематическим употреблением спиртных напитков, приводящее к нарушению психической деятельности, социального функционирования, появлению соматоневрологической патологии.

Высокая социально-медицинская значимость данной проблемы обусловлена широким распространением, доступностью алкоголя, а также наличием низкосортных спиртовых смесей, вызывающих тяжелую интоксикацию. Алкоголизм, прежде всего, поражает людей молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособную часть населения. Это заболевание наносит огромный ущерб здоровью, снижает социальный уровень, приводит к личностной деградации. Реализация мероприятий по борьбе с алкоголизмом, в том числе профилактика, эффективные способы терапии - в числе важных приоритетов социальной политики.

Эпидемиология

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), алкоголизмом в мире страдают около 70 млн человек. Распространенность алкоголизма составляет около 2%. Она различается в разных регионах мира - от самых низких уровней в странах Среднего Востока и до высокого показателя в Северной Америке и ряде районов Восточной Европы (до 5%). Отмечена тенденция к увеличению числа проблем, обусловленных употреблением алкоголя (ВОЗ). Около 80% хронически злоупотребляющих алкоголем так или иначе погибают в течение первых 10 лет, т.е. в молодом, трудоспособном возрасте. В Российской Федерации в 2012 г. на учете в связи с алкоголизмом и алкогольными психозами состояло 1304 человека на 100 тыс. населения (около 1,3%). При этом следует иметь в виду, что истинное количество таких больных в 2-3 раза превышает официальные данные. Высокое потребление спиртных напитков, которое в пересчете на абсолютный спирт составляет 17-18 л на человека в год, в сочетании с потреблением (особенно сельским населением) спиртосодержащих жидкостей гидролизных заводов, технического или синтетического спирта наносит колоссальный ущерб здоровью людей и нации в целом. Однако, как было отмечено на I Международной междисциплинарной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные, юридические коллизии», прошедшей в 2013 г. в г. Ростове-на-Дону, «государственные проекты и медицинские программы,

направленные на пропаганду уменьшения употребления алкоголя населением, начинают приносить свои плоды. Об этом свидетельствует, в частности, падение коэффициента заболеваемости хроническим алкоголизмом за последние 5 лет: в 2006 г. он составлял 88,9 на 100 000 населения, в 2010 г. - 74,8, в 2011 г. - уже 66,2».

Исторические данные

Из источников глубокой древности известно об употреблении спиртных напитков. Слово «алкоголь» в переводе с арабского языка означает «этиловый спирт», который арабские химики научились получать примерно в VIII в. «Алкоголь» созвучен арабскому слову, обозначающему средство, придававшее женскому лицу румяный цвет, а глазам - особый блеск. Некоторые исследователи переводят данное слово как «одурманивающий».

История виноделия тесно переплетена с историей борьбы с ним. Законы, запрещающие употребление вин, издавали в Древнем Китае, Индии, Египте, Греции, Риме. Известно, что наибольшее распространение спиртных напитков среди населения совпадало с периодами кризиса государств. Так, в Древнем Риме, в эпоху упадка Великой империи, пьянство достигло наибольшей степени. Наоборот, в период расцвета древних государств преобладала иная картина. Свободный гражданин Древней Греции считал позором впасть в состояние опьянения, которое лишало его ясности мышления. В период расцвета Спартанского государства спартамцам было запрещено употребление вин.

С течением времени меняются меры борьбы с распространением спиртных напитков, меняется отношение к лицам, страдающим алкоголизмом. Наряду с мероприятиями, ограничивающими распространение алкоголя вплоть до сухих законов, применяют и лечебные мероприятия на базе амбулаторий и стационарных лечебниц с широким арсеналом методов терапевтического воздействия.

В 1912 г. И.П. Павлов выступил против попытки некоторых медиков признать употребление алкоголя безвредным для организма и даже якобы полезным, в какой-то мере способным замещать пищевые продукты. И.П. Павлов писал, что алкоголь «гораздо больше вреда приносит, чем радости всему человечеству, хотя его употребляют ради радости. Сколько талантливых людей погибло и погибает сейчас из-за него».

С.С. Корсаков в курсе психиатрии в 1913 г. писал: «Хронический алкоголизм - это совокупность расстройств, вызванных в организме повторным, чаще всего долговременным употреблением спиртных напитков».

Отдельные исследователи при рассмотрении хронического алкоголизма обращали внимание на его социальный аспект. Н.В. Канторович (1954) считал хроническими алкоголиками людей, у которых в результате систематического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошло нарушение трудоспособности, возникли разрывы семейных отношений, утрата физического и психического здоровья.

Таким образом, алкоголизм - сложное заболевание, в котором можно выявить психологические, социальные и другие факторы. Постоянная потребность в опьянении приводит к расстройству психической деятельности, соматическим и неврологическим нарушениям, снижению работоспособности, утрате социальных связей, деградации личности.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛКОГОЛИЗМА

Код(ы) по МКБ-10

В современной классификации психических расстройств (МКБ-10) выделяют последствия *острой алкогольной интоксикации* (F10.0x) и *хроническое злоупотребление алкоголем* (F10.2x).

Острая алкогольная интоксикация (F10.0x)

Данное состояние должно соответствовать критериям острой интоксикации психоактивными веществами:

- достоверным сведениям об употреблении данного вещества (веществ);
- характерным симптомам интоксикации, свойственным именно этому веществу, причем указанные симптомы не могут быть следствием какого-либо иного заболевания, другого психического и поведенческого расстройства.

Различают типичную (простую) форму алкогольного опьянения, а также целый ряд измененных (осложненных) форм.

Простое алкогольное опьянение

Простое алкогольное опьянение - последствие употребления спиртных напитков, характеризующееся появлением обратимых патологических реакций (психических, неврологических и соматовегетативных), связанных с общетоксическим воздействием на организм, классическими вариантами которых бывают эйфория, коммуникабельность, седация, релаксация.

Различают три степени данного вида опьянения. Для легкой степени острой алкогольной интоксикации(F10.0x1) характерно ощущение физического и психического комфорта. Возникают подъем настроения, уверенность в себе, чувство комфорта, повышенная активность, веселость. Эти симптомы сопровождаются приятными физическими ощущениями - тепла, расслабленности, а также вегетососудистыми проявлениями в виде гиперемии лица, инъектированных склер. В последующем нарастают усталость, замедление мышления, высказываемые суждения становятся неточными. Наряду с эйфорическим компонентом могут возникать конфликтность и агрессивность. При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови примерно равна 50-150 ммоль/л.

Следует отметить, что прием даже небольшого количества спиртных напитков ухудшает многие физиологические функции и вследствие этого приводит к снижению качества и объема выполняемой работы. Так, при употреблении 15-30 мл алкоголя умственная работоспособность снижается на 12-14%, ухудшается координация движений, уменьшается физическая работоспособность и возрастает количество лишних или ошибочных действий. Эти дозы алкоголя на 15-20% увеличивают время слуховых и зрительных реакций, нарушают адаптацию к освещению, изменяют глубину зрения и нарушают цветоощущение. Прием здоровым человеком 60 мл водки не только приводит к увеличению латентного периода простой двигательной реакции, но и значительно увеличивает время, необходимое для опознания объекта и принятия решения. Алкогольное опьянение уменьшает способность критически оценивать ситуацию, свои возможности и ошибки, допущенные в процессе работы.

Для средней степени острой алкогольной интоксикации (F10.0x2) характерны более выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Усиливается двигательное возбуждение, эйфория легко переходит в раздражительность либо сменяется подавленностью. Внимание становится рассеянным, инертным, возникают трудности в его сосредоточении. Речь однообразна, стереотипна, нарушена артикуляция. Движения слабо координированы, походка шаткая. Всегда можно выявить такие неврологические симптомы, как дизартрия, слабость реакции зрачков на свет, недоведение глазных яблок кнаружи, пошатывание с тенденцией к падению в позу Ромберга (Бабаян Э.А., Посохов В.В.). Усилены конфликтность, раздражительность, возникает расторможенность влечений. В отдельные периоды степень нарушения сознания такова, что в последующем

эти эпизоды выпадают из памяти (алкогольные палимпсесты). Концентрация алкоголя при средней степени интоксикации - 150-250 ммоль/л.

Для тяжелой степени алкогольной интоксикации (F10.0x3) характерно глубокое нарушение сознания вплоть до сопора или комы. Выражены неврологические симптомы: мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, отсутствует координация движений. Иногда бывают эпилептиформные припадки. Возможно непроизвольное отхождение мочи и кала. Идеаторный процесс грубо нарушен: речь полностью невнятная, ассоциации отрывочны. По выходе из интоксикации обнаруживают полную амнезию. Концентрация алкоголя при данной степени опьянения - 300-500 ммоль/л (когда содержание алкоголя достигает 600 ммоль/л и более, может наступить смерть).

Существуют также измененные (осложненные) формы простого алкогольного опьянения, возникающие, как правило, на фоне предрасполагающих (перенесенных ранее черепно-мозговых травм, нейроинфекций) и истощающих (состояний физического и/или психического переутомления) факторов.

Варианты измененного алкогольного опьянения: эксплозивный, дисфорический, истерический, импульсивный, депрессивный, маниакальный, сомнолентный, эпилептоидный, параноидный.

Патологическое алкогольное опьянение (F10.07) - психотическое состояние, характеризующееся сумеречным помрачением сознания, которое возникает от приема небольших доз алкоголя (50-100 г), в отличие от простой и измененной форм алкогольного опьянения, протекающих на фоне ясного сознания. Больные в состоянии патологического алкогольного опьянения дезориентированы, продуктивный контакт с ними невозможен; наблюдается психомоторное возбуждение с ауто- и гетероагрессией. Как правило, патологическое алкогольное опьянение проявляется в двух формах:

- для эпилептоидной формы характерно выраженное психомоторное возбуждение, сопровождающееся тревогой, страхом и импульсивными действиями разрушительного (гетероагрессивного, гомицидного) характера;

- при параноидном варианте поведение больных определяется бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, которые приводят к социально опасным поступкам. Патологическое опьянение длится от нескольких часов до нескольких минут и заканчивается глубоким сном с последующей тотальной амнезией.

Данная тяжелая форма алкогольного опьянения развивается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, соматически ослабленных вследствие инфекционных заболеваний, а также у возбудимых психопатических личностей.

Хронический алкоголизм

Алкоголизм входит в круг психических расстройств, объединенных в рубрике МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ -F10» (наряду с наркоманией и токсикоманией), общими диагностическими критериями которых являются проявления большого наркоманического синдрома: синдром измененной реактивности и синдром зависимости.

Клинические проявления синдрома измененной реактивности при формировании психической зависимости от алкоголя:

- измененная форма потребления;
- изменение толерантности;
- утрата защитных реакций;
- измененная форма алкогольного опьянения.

Клинические проявления синдрома физической зависимости от алкоголя:

- абстинентный синдром, проявляющийся центральным и периферическим симптомокомплексами.

Наряду с названными выше общими диагностическими критериями синдрома зависимости, существуют отдельные специфические признаки алкоголизации. Патологическое влечение к спиртным напиткам и его трансформация в динамике

заболевания сближают алкоголизм с наркоманиями и токсикоманиями. Однако в медикобиологическом плане алкоголь имеет принципиальное отличие от наркотиков: в человеческом организме физиологически обусловлено присутствие эндогенного алкоголя с концентрацией в крови 0,01- 0,03%, за счет чего обеспечивается 10% энергетических потребностей организма (Морозов Г.В. и др., 1983).

В соответствии с критериями МКБ-10 течение алкоголизма подразделяют на три стадии: начальную (первую), среднюю (вторую) и конечную (третью). В отечественной психиатрии наибольшее распространение получила классификация А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой (1971), в которой три стадии алкогольной болезни обозначены в соответствии с их клинико-патогенетическими особенностями: первая - невротическая, вторая - наркоманическая, третья - энцефалопатическая.

Для начальной (первой, невротической) стадии алкоголизма (F10.2x1x) характерны патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, повышение толерантности, амнезия отдельных эпизодов опьянения.

Каждый человек обладает индивидуальной переносимостью алкоголя. Это называют физиологической толерантностью, размеры которой определяются рвотной реакцией. Именно поэтому гранью начальной стадии считают исчезновение рвотного рефлекса, который призван защищать организм от передозировки алкоголя. При дальнейшем развитии заболевания организм приспосабливается к большим дозам алкоголя - происходит увеличение толерантности.

Состояние опьянения становится субъективно приятным для больного. Под влиянием различных ситуаций у него все чаще появляются мысли о спиртном, носящие навязчивый характер. Больной становится суетливым, рассеянным, быстро отвлекаемым, навязчивые мысли о спиртном приводят к тягостному чувству напряжения и тревоги.

Следствием подобных навязчивых желаний, исчезновения рвотного рефлекса и повышенной толерантности бывает утрата количественного контроля: после первой порции алкоголя растормаживается и обостряется желание к дальнейшему употреблению спиртных напитков. Человек начинает с жадностью (как бы опережая круг) выпивать рюмку за рюмкой, доводя себя до состояния тяжелого опьянения. После такого эксцесса, расспрашивая окружающих, больной приходит к выводу, что поведение его было неправильным, дурным, и многое восстановить в памяти ему просто не удастся. Запоминание эпизодов опьянения обозначают как палимпсесты. Больные также жалуются на отсутствие интереса к работе, высокую утомляемость, слабость, повышенную рассеянность, раздражительность.

Патологическое влечение (психическая зависимость) обусловлено эйфорическим компонентом алкогольной интоксикации. У больного возникает тяга к повторному употреблению алкоголя, чтобы еще раз испытать подъем настроения и состояние душевного комфорта. В периоды вынужденного перерыва в употреблении алкоголя больные испытывают подавленность, беспокойство, внутреннюю напряженность. Мысли об алкоголе властно вторгаются в сознание, приобретая навязчивый характер. Осознавая патологический характер тяги к спиртному, больные могут предпринимать меры, чтобы избежать очередной выпивки, пытаются преодолеть тягу (борьба мотивов).

На средней (второй, наркоманической) стадии (F10.2x2x) изменен характер патологического влечения к алкоголю: оно постепенно приобретает признаки *компульсивности*, т.е. становится непреодолимым, в нем исчезает борьба мотивов, личность подчиняется ему без колебаний. Продолжает расти толерантность, которая на второй стадии достигает максимума (плато толерантности). Возникает *полная утрата количественного контроля*: попадание в организм алкоголя вызывает непреодолимую потребность в продолжении выпивки, причем для этого больной может пить в одиночестве, пренебрегая правилами поведения, социально-нравственными нормами (рис. 1).



Рис. 1. Динамика болезней зависимости

Вторая стадия зависимости от алкоголя характеризуется формированием абстинентного синдрома (синдром отмены) (F10.3). Его появление обусловлено вынужденным прекращением длительной и массивной алкоголизации. Диагностические критерии синдрома отмены следующие:

- достоверные данные о прекращении недавнего длительного употребления алкоголя;
- специфические симптомы отмены алкоголя: тремор рук и языка, тахикардия, артериальная гипертензия, повышенная потливость, головная боль, бессонница, подавленность, беспокойство, тревога, эпизодические слуховые и зрительные галлюцинации;
- улучшение самочувствия после принятия алкоголя - важный критерий для диагноза синдрома отмены.

Диагностическое значение алкогольного абстинентного синдрома состоит в том, что он свидетельствует о необратимых в отношении реакции на алкоголь изменениях в организме. Абстинентному синдрому не свойственно обратное развитие - возникнув, он не исчезнет и после многих лет воздержания от алкоголя. В выраженных случаях алкоголизма абстинентные явления длятся до 3-4 нед.

Употребление алкоголя становится главным мотивом поведения больного. Этот мотив вытесняет все другие способы достижения душевного комфорта. Большую часть времени больной тратит на поиск и употребление алкоголя, а также на купирование связанных с этим вредных последствий.

Как правило, меняется и форма потребления: появляются так называемые *псевдозапой*, когда употребление алкоголя происходит ежедневно в течение определенного временного промежутка (нескольких дней или недель). Начало псевдозапоев и выход из них во многом обусловлены внешними причинами: праздниками, получением зарплаты и, наоборот, отсутствием денег, назреванием семейного скандала и т.д.

На второй стадии алкоголизма прием алкоголя в течение суток распределен примерно следующим образом: небольшая доза в утренние часы (похмелье), большее количество в обеденные часы (под влиянием постоянного влечения) и массивная вечерняя выпивка, приводящая к тяжелому опьянению.

На этом этапе у больного страдают семейные отношения. Постоянные конфликты с близкими достигают апогея и могут привести к распаду семьи. У больных снижается работоспособность, учащаются прогулы.

На конечной (третьей, энцефалопатической) стадии алкоголизма (F10.2x3x) наступают стойкие соматоневрологические нарушения - полиневропатии, поражение сердца, печени и других органов. Снижается толерантность. Больные переходят на употребление более легких алкогольных напитков. В состоянии опьянения проявляются психопатические черты в форме раздражительности, агрессивности, придирчивости.

Характерная форма употребления алкоголя на третьей стадии - истинные запои. Они появляются без внешнего повода, на высоте внезапно возникшего неодолимого влечения. По мере течения истинного запоя толерантность к алкоголю снижается вплоть до полного ее исчезновения (интолерантности).

На третьей стадии больные пьянеют от небольшой дозы. Абстинентные явления выражены достаточно сильно и наступают уже через 1-2 ч после последнего употребления алкоголя. Это заставляет больного постоянно похмеляться. В состоянии опьянения больные становятся злобными, агрессивными, опьянение не только не приводит ко сну, а, наоборот, развивается бессонница. Многократно на протяжении дня принимая небольшие порции спиртного, больной за сутки может выпить большое его количество. При этом он доводит себя до состояния оглушения, речь становится неразборчивой, окружающее усваивается с трудом. На фоне неглубокого, прерывистого сна нередко возникают галлюцинации. При наблюдении бывает трудно определить, испытывает больной отрывочные кошмарные сновидения или его сознание заполняют галлюцинаторные переживания. На 6-7-й день запоя развивается тяжелое физическое состояние со снижением сердечной деятельности, появляются желудочно-кишечные расстройства, резкая общая слабость.

Запой прекращается в связи с развивающейся физической непереносимостью алкоголя. Однако, как только исчезают угрожающие жизни симптомы интоксикации и абстиненции, у больного вновь пробуждается влечение к алкоголю и физическая потребность в нем: после первой рюмки вновь развивается запойное состояние.

Для третьей стадии алкоголизма характерно употребление суррогатов (растворителей, одеколona и др.). К приему суррогатов больной стремится не только по экономическим соображениям, а в основном потому, что они вызывают более интенсивное и тяжелое опьянение. В монографии А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой приведен интересный случай, когда у оперированного больного с подозрением на новообразование в полости желудка был обнаружен ком краски (в результате многолетнего фильтрования политуры ворсинками слизистой оболочки желудка).

На конечной стадии алкоголизма наступает деградация личности: больные утрачивают профессиональные навыки, теряют работу, перестают интересоваться семьей. Отмечены снижение интеллектуально-нестических функций, нивелировка личности с благодушием, ослабление инициативы, часто возникают грубость, цинизм, отсутствие такта, своеобразный алкогольный юмор. В запущенных случаях эти люди начинают вести паразитический образ жизни.

Алкогольные психозы

Алкогольные психозы возникают как проявление абстинентного синдрома, следовательно, не ранее второй стадии алкоголизма. Они появляются вследствие полного или частичного прекращения употребления алкоголя после длительного запоя, реже - в период усиленной алкоголизации.

Наиболее часто из всех алкогольных психозов встречается алкогольный делирий (абстинентное состояние с делирием) (F10.4x). После продромального периода с симптомами тревоги, страха, парейдолических иллюзий развивается острый психоз с характерной триадой симптомов: расстройством сознания, тремором, яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями. Галлюцинации истинные, изменчивы, калейдоскопичны, сценopodobны, нередко выявляют зоопсии. Характерна повышенная внушаемость, зрительные галлюцинации можно вызвать при надавливании на глазные

яблоки (симптом Липмана). Возникает вторичный бред преследования и физического воздействия, фабула которого связана с содержанием галлюцинаций.

Алкогольные психозы бывают у тех больных, у которых полностью сформировалась алкогольная наркомания, т.е. на второй стадии заболевания. Чаще это состояние возникает после запоя или при внезапном прекращении приемов алкоголя; реже - в период усиленной алкоголизации. Белая горячка может развиваться у лиц, давно прекративших употребление спиртных напитков, но перенесших дополнительные вредные факторы в виде физической травмы, пневмонии или других инфекционно-соматических процессов.

Делирий обычно начинается со стадии предвестников продолжительностью 3-4 дня, по клиническим проявлениям напоминает абстинентное состояние. Сон становится поверхностным, с обильными кошмарными сновидениями, возникают чувство тоски, тревоги, отдельные идеи о преследовании или враждебном отношении, дрожание, повышенная потливость, диарея, учащение пульса, снижение артериального давления.

На этом фоне появляются устрашающие зрительные иллюзии и зрительные галлюцинации. В этот период галлюцинаторные явления легко возникают в результате внушения. Галлюцинации часто необычного вида, характерны уменьшенные размеры зрительных обманов. Часто больной видит насекомых, мелких животных, крыс. Сознание больного нарушено, он не ориентируется в обстановке. Галлюцинаторные образы яркие и находятся среди реальных предметов. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые в виде отдельных выкриков, угроз, а также и тактильные. Больные чувствуют прикосновение к телу насекомых, их укусы.

Внимание больного загружено галлюцинаторными переживаниями: он то внимательно и удивленно присматривается к чему-то, то пытается от чего-то отстраниться, убежать. Болезненные переживания сопровождаются соответствующими эмоциональными реакциями и выразительной мимикой. Типичен для этого периода юмор висельника - плоский алкогольный юмор, который возникает на фоне социально-этической деградации личности.

В период алкогольного делирия (белой горячки) у больного нарушен сон. Вечером и ночью делириозное помрачение сознания усиливается, психические нарушения сопровождаются выраженными общесоматическими расстройствами. Постоянен общий тремор тела, конечностей, языка. Движения и походка атактичны (плохо координированы), возникает гипергидроз, температура тела повышается до высоких значений. Смертельный исход возможен в результате развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности или присоединившейся пневмонии. В случае благоприятного течения психоз кончается постепенно, на протяжении нескольких дней.

При утяжелении состояния могут возникать мусситирующий (бормочущий) делирий (F10.42x), профессиональный делирий (F10.43x). В этих случаях отсутствует выраженное психомоторное возбуждение. Больные находятся в пределах постели, выполняют автоматизированные, привычные действия, характерна невнятность, отрывочность речи.

Острый алкогольный галлюциноз (F10.52x) бывает реже и характеризуется наплывом слуховых галлюцинаций при формально ясном сознании. Содержание голосов, как правило, носит осуждающий характер, больной слышит в свой адрес угрозы, ругань и оскорбления. В окружающем шуме (тиканье часов, гуле мотора) больной начинает различать свое имя, отдельные слова. Появившиеся тревога, страх заставляют больного прислушиваться к каждому шороху, тщательно вслушиваться в мнимые голоса. При усилении психоза он ясно начинает различать брань и угрозы в свой адрес. Часто появляются голоса, спорящие о нем, при этом одни осуждают его, другие защищают, оправдывают. Галлюцинации и аффект тревоги, страха могут сопровождаться бредом преследования. Больной беспокоен, постоянно передвигается, не находит себе места. Часто к слуховым расстройствам восприятия присоединяются тактильные галлюцинации.

Острый алкогольный параноид (F10.51x), возникающий на фоне абстинентного синдрома, проявляется страхом, растерянностью, бредовой настроенностью к окружающему, идеями преследования.

Существуют также хронические варианты алкогольного галлюциноза и параноида. В последнем случае бред монотематичен, его содержанием являются идеи супружеской неверности (алкогольный бред ревности) (F10.75x).

Этот вид алкогольного психоза возникает у пациентов в возрасте после 40 лет на фоне уже сформировавшихся выраженных изменений личности. Появляются необоснованные идеи ревности. Вначале ревность возникает лишь в состоянии опьянения или похмелья. С течением времени подозрения в неверности остаются вне этих состояний, становятся стойкими. «Обманутый» муж начинает следить за женой, обращается за помощью к органам власти и может совершить жестокие насильственные действия. Больной во всем усматривает доказательства неверности своей жены. Он утверждает, например, что жена изменяет ему с людьми моложе его, даже с братьями и сыновьями.

Часто больной оставляет свои дела и все время посвящает слежке за супругой, находя все новые и новые «доказательства» ее неверности. Подобные состояния иногда сопровождаются обманами восприятия: в комнате, где в данный момент находится супруга, он слышит звуки поцелуев, признания в любви и т.п. Могут возникать и мысли о преследовании, иногда больному начинает казаться, что жена с «любовником» собираются его убить. При развитии таких состояний больные становятся социально опасными, и поэтому необходимо обязательно принимать меры к их госпитализации и лечению.

Существует группа энцефалопатических алкогольных психозов, возникающих на 2-3-й стадии болезни. Клиническая картина этих психозов включает, помимо психотических симптомов, также выраженные неврологические и соматические расстройства. При возникновении острой энцефалопатии Гайе-Вернике, наряду с признаками тяжелого, профессионального делирия, нарастают состояние оглушения, истощение, гипертермия, атаксия, нистагм, симптомы орального автоматизма. Присоединение интеркуррентных инфекций может привести к летальному исходу.

Весьма характерен для третьей (энцефалической) стадии корсаковский психоз. Его клиническая картина представлена фиксационной амнезией, конфабуляциями и дезориентировкой, связанной с этими расстройствами. Кроме этих признаков, обнаруживают полиневриты, расстройства кожной чувствительности. Это заболевание описал С.С. Корсаков в 1887 г. Для расстройств памяти характерно нарушение запоминания текущих событий (фиксационная амнезия). В выраженных случаях больные не ориентируются в месте, времени, не могут найти свою палату, кровать, запомнить лечащего врача. Перечисленные расстройства памяти компенсируются вымыслами, чаще обыденного содержания (конфабуляции). К примеру, больной, длительное время находящийся в клинике, заявляет, что вчера он был в гостях у друзей, и подробно рассказывает о проведенном времени. Критика болезни отсутствует.

Изменение личности при алкоголизме

Следствием алкоголизма бывают изменения в психофизическом и личностном статусе больных. Они быстро утомляются, постоянно жалуются на общую слабость, плохое самочувствие. Часто теряют прежние интересы, за исключением тех, которые связаны с алкоголем. Алкоголики безразличны к своей судьбе, не имеют определенных планов на будущее, их не трогает несчастье близких людей.

В ряде случаев больные становятся игривыми, возникает склонность к фантастическим преувеличениям своих возможностей и способностей. Состояния крайней бесшабашности и слепого благодушия легко сменяются злобностью, придирчивостью. Они нетерпимы в коллективе, служат постоянной причиной скандалов, допускают физическое насилие над близкими. Особенно резкое изменение личности алкоголиков происходит на последней стадии болезни. Их жизнь связана с добыванием средств на

спиртное и употреблением алкоголя. Все остальное отходит на задний план. Отсутствуют чувства привязанности и долга.

Приподнятое настроение, беззаботность и легкомыслие в поведении - характерные черты личности больного. Юмор нередко носит плоский, уличный характер. Снижена способность к критической оценке, ослаблены тормозные механизмы. Как следствие, поведение больного в данной ситуации непредсказуемо, все определяет «настроение минуты». Постоянна для подобных больных такая черта, как безволие. Резко снижается способность к творческому труду. В деятельности алкоголика преобладают штампы прошлого опыта. То, что раньше решалось легко и быстро, теперь требует длительного осмысливания. Постепенно у больных алкоголизмом разрушается память. В итоге, как заметил С.С. Корсаков, «больные становятся тупыми, несообразительными, забывчивыми».

Неблагоприятные последствия алкоголизма (соматические расстройства, социальные проблемы, патология наследственности)

Злоупотребление алкоголем не только пагубно влияет на психическое здоровье человека, но и приводит к многочисленным нарушениям деятельности различных внутренних органов. При систематическом употреблении алкоголя существенно поражены центральная и периферическая нервная система, желудочно-кишечный тракт, сердце и сосуды, гуморальный и клеточный иммунитет, система крови, почки, легкие, половые железы. Именно поэтому алкоголизм и злоупотребление алкоголем в равной степени можно отнести к психическим и соматическим заболеваниям, поскольку нет ни одной системы организма, которая не страдала бы от воздействия алкоголя (рис. 2).

Последствия потребления алкоголя на уровне, обуславливающем высокий риск



Потребление алкоголя, обуславливающее высокий риск, может привести к возникновению социальных, юридических, медицинских и финансовых проблем, к сложностям на работе и в быту. У лиц, потребляющих алкоголь, снижается продолжительность жизни, повышается риск несчастных случаев и смерти в результате ДТП, вследствие вождения в нетрезвом виде.

Рис. 2. Последствия потребления алкоголя на уровне, обуславливающем высокий риск

Злоупотребление алкоголем, способствуя развитию соматических заболеваний, прямо или косвенно является одной из основных причин смертности населения. Алкогольная смертность, включая соматические осложнения алкоголизма, может быть причиной примерно 500 тыс. летальных исходов среди населения России в год (Немцов А.В., 2003).

По данным ВОЗ, алкоголизм и связанные с ним заболевания, послужившие причиной смерти, уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Отмечена прямая зависимость уровня смертности от заболеваний, связанных с алкоголизмом, и количества потребляемого алкоголя на душу населения. Статистическое исследование в США показало, что средний уровень смертности систематически пьющих почти в 2 раза выше, чем непьющих. Злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет.

Синдром зависимости от алкоголя включает не только повторяющиеся интоксикации этанолом и формирование зависимости от данного вещества, но и

возникновение характерных структурных изменений в органах и системах организма, сопровождающихся соответствующей клинической симптоматикой. Между тем поражение внутренних органов может быть первым, а иногда и единственным проявлением злоупотребления алкоголем, учитывая высокую распространенность скрытого алкоголизма с преобладанием висцеральных нарушений над психопатологической симптоматикой. В связи с этим очень важно установить сам факт злоупотребления пациентом спиртными напитками, особенно в терапевтической клинической практике, и убедить его обратиться за специализированной помощью, что также может иметь большое значение для правильного понимания механизмов развития конкретной соматической патологии и, соответственно, назначения наиболее адекватного лечения. Влияние злоупотребления алкоголем на заболевания внутренних органов общеизвестно. Хотя оно не вызывает у человека каких-либо строго специфических поражений внутренних органов (за исключением печени), нет ни одного органа, ни одной физиологической системы, на которые бы алкоголь не оказывал отрицательного влияния. Двукратное повышение уровня потребления спиртных напитков влечет четырехкратное увеличение заболеваний, вызываемых алкоголем. Особенно значительные нарушения наблюдают со стороны печени. Описаны хронические алкогольные гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтероколиты. Принято считать, что один из факторов, способствующих возникновению рака желудка, - злоупотребление алкоголем. В возникновении сердечно-сосудистых заболеваний большой удельный вес принадлежит злостной алкоголизации - чаще возникают гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт. Хронические бронхиты, эмфизема легких распространены в 3-4 раза чаще у больных алкоголизмом, чем среди населения в целом. Алкоголизм и туберкулез легких - довольно частое сочетание, причем туберкулез у больных алкоголизмом протекает вяло, нередко с развитием необратимых изменений.

Алкоголь оказывает отрицательное действие на нервную систему. Изменения со стороны вегетативной нервной системы наблюдают на самых ранних стадиях алкоголизма.

Ряд заболеваний нервной системы убедительно показывают их связь со злоупотреблением алкоголем (алкогольные психозы, алкогольная эпилепсия, алкогольная энцефалопатия, алкогольные полиневриты), приводят к нетрудоспособности и высоким затратам на лечение.

Взаимосвязь алкоголизма и семейных конфликтов широко отображена в зарубежной и отечественной литературе. По данным исследователей, основной мотив бракоразводных дел, возбуждаемых по инициативе женщин, - пьянство мужа. В семьях алкоголиков чаще возникает физическое насилие по отношению к детям. У таких детей возникают фобии, низкая самооценка, нарушения социализации.

Алкоголизм пагубно влияет на процессы воспроизводства населения. По некоторым данным, среднее количество аборт, приходящихся на женщину в семьях, где мужчина систематически употребляет алкоголь, в 2-2,5 раза выше, чем в благополучных в этом отношении семьях. Алкоголизм оказывает неблагоприятное влияние на здоровье потомства. Острая алкогольная интоксикация отрицательно влияет на половые клетки: зачатие в состоянии опьянения приводит к рождению физически и психически неполноценных детей. Употребление алкоголя в период беременности приводит к внутриутробным дефектам развития плода, алкогольной эмбриопатии, которая характеризуется внутриутробным и постнатальным отставанием ребенка в физическом развитии. Примерно у 50% таких детей впоследствии отмечают умственную отсталость, также часто выявляют гиперактивность, нарушение внимания, девиантное поведение и различные формы психической патологии.

В исследованиях многие специалисты показали, что алкоголизм родителей увеличивает детскую смертность. Оставшиеся в живых дети ослаблены, у них нередко отмечают задержки физического и психического развития.

Тщательные исследования показали, что в семьях, где деды и прадеды страдали алкоголизмом, у их потомков значительно выражены расстройства со стороны центральной нервной системы: легкая подверженность различным нейроинфекциям, неблагоприятным последствиям небольших черепно-мозговых травм и т.п. Выражены отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, нарушения функций внутренних органов (печени, почек и др.), высок процент как пограничных нервно-психических расстройств, так и различных психозов.

Алкоголизм среди разных групп населения

Алкоголизм у подростков

Алкоголизация молодого поколения - серьезная медико-социальная проблема, пока еще не созданы эффективные меры для предотвращения «алкогольной наркомании» среди молодежи. Достоверно известно, что ранняя алкоголизация приводит к выраженной деформации и десоциализации личности, а алкоголизм, начавшийся в молодом возрасте, имеет тенденцию к злокачественному течению.

Факторы, способствующие злоупотреблению алкоголем в подростковом возрасте, - так называемые возрастные поведенческие реакции (группирования, эмансипации и др.). Важные предпосылки начала употребления алкоголя - стремление к контакту со сверстниками, желание испытать новые ощущения, почувствовать себя взрослым, избавиться от возрастных комплексов.

Существует ряд особенностей в клинических проявлениях подросткового алкоголизма. Так, в структуре абстиненции у них более выражено психопатоподобное поведение. Можно отметить тенденцию к диссимуляции абстинентных проявлений, попытки скрыть их. У подростков сильнее проявляется постабстинентная астения, часто сопровождающаяся показным раскаянием. Социальная дезадаптация наступает раньше (потеря работы, прекращение учебы и т.д.).

Алкоголизм у женщин

Алкоголизм у женщин чаще, чем у мужчин, общество воспринимает не как болезнь, а как постыдную привычку, поэтому женщины чаще скрывают свое заболевание. Показано, что нетерпимость общества к женскому алкоголизму - важнейший сдерживающий фактор распространения алкоголизма среди этой социальной группы. К примеру, японские женщины практически не употребляют алкоголь. Некоторые авторы утверждают, что женщины начинают пить в более позднем возрасте, чем мужчины, но быстрее переходят от контролируемого приема алкоголя к бесконтрольному его употреблению.

В клинической картине женского алкоголизма большее, чем у мужчин, место занимает аффективная патология, в том числе суицидальные тенденции. Влечение к алкоголю обусловлено аффективным компонентом, а также импульсивностью (внезапностью, отсутствием борьбы мотивов). Последнее обстоятельство определяет распространенность у женщин истинных запоев. Течение болезни отличается высокой прогрессивностью, при том что ее начало, как уже было сказано, более позднее, что связано с социальной ролью женщины, сдерживающим влиянием общественного мнения.

Выявление расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в общемедицинской практике

Злоупотребляющие алкоголем люди могут обращаться к врачу-интернисту с различными соматическими жалобами: на тошноту, диспепсию (уменьшение аппетита, утреннюю рвоту), сердцебиение, головные боли, частые мелкие травмы, подъемы артериального давления и многое другое. При этом врач может выявить характерные признаки алкоголизации: запах спиртного, инъекцию сосудов склер, покраснение и отечность кожи лица, тремор рук, повышенную потливость, гипертензию, тахикардию, аритмию, травмы (в том числе ссадины). Эти неспецифические жалобы и признаки возникают намного раньше желудочно-кровотечения, панкреатита, болезней печени, которые любой врач быстро свяжет со злоупотреблением алкоголем. Как справедливо

отмечает А.А. Александров (2007), «на практике часто наблюдается смещение диагностики, направленной исключительно на выявление соматического заболевания, как причины данных проблем. При этом врачами общей медицинской практики могут использоваться различные диагнозы, скрывающие последствия злоупотребления алкоголем».

Врачи общей медицинской практики (ОМП) должны уделять внимание выявлению алкогольных проблем при сборе анамнестических сведений и проведении клинических и параклинических исследований. Следующие анамнестические данные могут быть факторами риска алкогольной зависимости: мужской пол, молодой возраст, жизнь вне брака, низкий доход, отсутствие работы, социальные проблемы. Много пьющие люди (50 г и более этанола в день) имеют риск зависимости в 6,5 раза выше, чем непьющие. Токсические эффекты алкоголя можно выявить с помощью лабораторных исследований. К примеру, уровень γ -глутамилтрансферазы увеличивается на протяжении 2-4 нед после регулярного приема 40-60 г этанола (100-150 г водки). Также может быть повышен уровень аспаратаминотрансферазы. Врачу ОМП могут также помочь простые методики по выявлению лиц с алкогольными проблемами - скрининговые инструменты (см. приложения 1, 2).

В различных исследованиях показано, что краткий совет врача общей практики может привести к снижению на 25-30% потребления алкоголя и сокращению на 45% числа чрезмерно пьющих. Краткосрочное психотерапевтическое вмешательство позволяет сократить потребление алкоголя более чем на 30%. В исследованиях показано не только сокращение потребления алкоголя, но и снижение количества дней нетрудоспособности у пациентов, прошедших краткосрочные вмешательства.

Ниже представлены рекомендации для врачей ОМП (см. приложение 3), предложенные ВОЗ.

- Постоянно спрашивать всех пациентов (от 16 до 74 лет), которые приходят на консультацию по любой причине, об их потреблении алкоголя.

- Спрашивать пациентов с тахикардией, артериальной гипертензией и расстройствами деятельности желудочно-кишечного тракта (гастритом, панкреатитом), тревогой и бессонницей о потреблении ими алкоголя.

- Вести запись в медицинской документации о потребляемом алкоголе (количестве и частоте) для всех пациентов, которые регулярно употребляют его.

- Рекомендовать не начинать употреблять спиртные напитки тем, кто раньше никогда не употреблял их.

- Не рекомендовать регулярный прием алкоголя в целях профилактики ишемической болезни сердца.

- Совсем не должны употреблять алкоголь пациенты, страдающие заболеваниями печени и поджелудочной железы, артериальной гипертензией; депрессиями, психозами, принимающие лекарственные препараты (метронидазол, парацетамол и др.); управляющие транспортными средствами; во время работы с опасными веществами или оборудованием.

- Пациентам, злоупотребляющим алкоголем, рекомендовать снизить его потребление до реально низкого (менее двух стандартных доз в день) либо полностью отказаться от алкоголя и наблюдать за ними для укрепления мотивации.

- Применять краткосрочные вмешательства, особенно у тех, кто потребляет алкоголь в опасном для здоровья количестве и имеет связанные с этим проблемы, помогать им изменить их привычку.

- Направлять пациентов с признаками алкогольной зависимости к наркологу.

- Быть образцом для подражания (не трезвенником, а употребляющим умеренно).

Лечение алкоголизма

Для активной и целенаправленной борьбы с алкоголизмом необходим комплексный, клинический и социально-гигиенический, подход к изучению причин,

благоприятствующих распространению алкоголизма среди различных социальных слоев населения.

Для предотвращения возможного развития заболевания необходимы выявление и учет не только лиц, страдающих алкоголизмом, но и злоупотребляющих алкоголем без явных признаков болезни. В их отношении следует осуществлять комплекс мер медико-социального воздействия в различных конкретных условиях (в семье, на производстве).

Одно из важнейших условий успешного лечения алкоголизма - как можно более раннее его начало. Активность выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, эффективность воздействия на них и окружающую микросоциальную среду возможны при взаимодействии и координации усилий медицинских работников, административных органов и общественности.

Медикаментозное лечение (не менее 2-3 лет в амбулаторных условиях) помогает избавиться от непреодолимого влечения к алкогольным напиткам. Однако рецидив будет неизбежен, если человек не осознает необходимость полного отказа от алкоголя и у него не будет принципиальной установки на категорическое воздержание от спиртных напитков. Эффект антиалкогольной терапии, таким образом, может быть достигнут сочетанными, медицинскими и педагогическими, мерами воздействия.

Подходы к лечению алкоголизма основаны на следующих принципах (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1983):

- непрерывности и длительности терапевтического воздействия;
- дифференцированной оценке клинических и микросоциальных факторов;
- комплексном использовании различных методов лечения;
- установке больного на полное воздержание от приема алкоголя;
- этапности и преемственности.

На первом этапе лечения проводят:

- дезинтоксикацию при алкогольном опьянении;
- купирование абстинентного синдрома;
- коррекцию поведенческих и психопатоподобных расстройств.

Для дезинтоксикации широко используют гипертонические и плазмозамещающие растворы, тиоловые препараты, магния сульфат.

Внутривенно вводят 40% раствор декстрозы (глюкозы^а) по 10-15 мл. Тиоловые препараты вводят внутримышечно [димеркаптопропансульфонат натрия (унитиол^а) 5% раствор в дозе 5-15 мл], а также внутривенно (натрия тиосульфат 30% раствор в дозе 10 мл).

Хороший эффект (с учетом дезинтоксикационного, седативного, антисудорожного действия) оказывает внутримышечное или внутривенное введение 5-10 мл 25% раствора магния сульфата.

В качестве плазмозамещающих растворов используют декстран (реополиглюкин^а) и гемодез^а (внутривенно капельно).

Применяют также витаминотерапию (тиамин, пиридоксин, аскорбиновую кислоту, цианокобаламин). Хороший эффект отмечают от введения (внутримышечно или внутривенно) ноотропов, препаратов, обладающих детоксикационным, антигипоксическим и церебропротекторным действием (метадоксина, мельдония, мексидола^а).

Состояние отмены алкоголя (абстинентный синдром) - одно из тех проявлений алкогольных проблем, с которыми наиболее часто встречаются врачи ОМП в своей работе. Именно тяжесть этого состояния заставляет людей обращаться к врачам ОМП с просьбами «прокапать» - почистить кровь; подлечить сердце, нормализовать давление и т.д.». Лечить абстинентный синдром можно амбулаторно, но при выраженной его тяжести или развитии осложнений лечение нужно проводить в условиях стационара.

Назначают транквилизаторы, снотворные и седативные препараты: диазепам 10-600 мг/сут, тофизопам (грандаксин^а) 50-300 мг/сут, нитразепам 5-30 мг/сут, флунитразепам

(рогипнол[▲]) 2-6 мг/сут, феназепам[▲] 2-4 мг/сут. Для купирования вегетативной симптоматики (повышенной потливости, артериальной гипертензии, тахикардии, тремора) также применяют β -адреноблокаторы (пропранолол по 40-80 мг/сут внутрь, атенолол по 50-100 мг/сут, метопролол по 50-150 мг/сут в течение 5-7 дней), клонидин по 75-150 мкг 3 раза в сутки, затем в течение 7 дней дозу понижают. Для предупреждения развития судорог назначают карбамазепин (тегретол[▲], финлепсин[▲]), бензодиазепины. Карбамазепин применяют в первые 2 сут по 1200 мг/сут, в 3-4-е 600 мг/сут, в 5-6-е 400 мг/сут и на 7-е сутки - 200 мг/сут. Бензодиазепины также высокоэффективны в отношении предупреждения развития судорог и делирия. Всем больным назначают тиамин для профилактики неврологических осложнений, энцефалопатии Гайе-Вернике и корсаковского синдрома. В течение 3 дней его назначают внутримышечно по 100-300 мг/сут, затем продолжают давать внутрь по 100 мг/сут.

Важное значение приобретает коррекция психического статуса и сопутствующих алкоголизации психопатологических расстройств. В особенности это касается астенических и депрессивных состояний. Для астении характерны быстрая утомляемость и общая слабость, которые возникают без существенных интеллектуальных и/или физических нагрузок и не редуцируются после отдыха. Астеническим состояниям также присущи нарушения сна, снижение концентрации внимания, раздражительность, сексуальная дисфункция, вегетативные нарушения.

Для лечения астенического синдрома алкогольного генеза используют ноотропы, антидепрессанты, анксиолитики, адаптогены растительного происхождения. Вместе с тем стимулирующие свойства ряда подобных препаратов могут усиливать раздражительность, свойственную астеническому симптомокомплексу; седативные свойства других препаратов способствуют усилению дневной сонливости, вялости.

В свете вышеизложенного предпочтительно назначение в таких случаях сульбутиамина (энериона[▲]). Препарат легко всасывается в желудочно-кишечном тракте, проникает через гематоэнцефалический барьер и накапливается в лимбико-ретикулярных структурах головного мозга - гиппокампе, ретикулярной формации, зубчатой извилине (Acuna V., 1985). Энерион[▲] в дозе 200-400 мг (внутри утром и днем) оказывает антиастенический эффект уже в начале второй недели лечения, способствует нормализации сна, улучшает работоспособность, концентрацию внимания, купирует вегетативные нарушения.

Важная цель антиалкогольного лечения - купирование патологического влечения, при котором нередко наблюдают тревожно-депрессивную и дисфорическую аффективную симптоматику. Для этого применяют целый ряд психотропных средств. Наиболее часто используют транквилизаторы: диазепам (седуксен[▲], реланиум[▲]) в суточной дозе 10-30 мг, феназепам[▲] в дозе 1-2 мг. Можно применять препараты нейролептического действия, обладающие мягким седативным эффектом, такие как хлорпротиксен, тиоридазин (меллерил[▲]), алимемазин (тералиджен[▲]), тиаприд. Однако в тех случаях, когда состояние абстиненции сопровождается грубыми психопатоподобными расстройствами либо есть признаки развития психоза, следует назначать нейролептики с более мощным седативным и антипсихотическим действием: перициазин (неулептил[▲]), левомепромазин (тизерцин[▲]), галоперидол, хлорпромазин (аминазин[▲]), зуклопентиксол (клопиксол[▲]), сультоприд (топрал[▲]) и др. В настоящее время широко применяют так называемые атипичные нейролептики, такие как рисперидон (рисполепт[▲]), оланзапин (зипрекса[▲]).

Выраженный депрессивный компонент диктует необходимость включения в терапевтическую схему препаратов антидепрессивного действия - трициклических антидепрессантов (амитриптилина, мапротилина - людимила[▲] и др.), а также препаратов новых поколений тимоаналептиков (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также обратного захвата серотонина и норадреналина) - сертралина (золофта[▲]), пароксетина (паксила[▲]) и др. Поскольку не существует свидетельств о преимуществе в терапевтической эффективности одного серотонинергического

антидепрессанта над другим, выбор препарата необходимо основывать на таких показателях, как безопасность и переносимость. Один из таких препаратов - мirtазапин (ремерон[®]) с избирательным механизмом действия и влиянием на норадренергическую и серотонинергическую нейротрансмиссию. Прямое действие на пресинаптические α_2 -адренорецепторы вызывает дополнительное высвобождение норадреналина, а повышение содержания серотонина связано с опосредованным влиянием препарата на адренергические окончания нейронов ядер переднего мозга. К преимуществам мirtазапина относят: минимальное антихолинергическое действие (из-за блокады гистаминовых рецепторов); седативное действие с первого приема препарата, что важно в лечении алкогольной абстиненции, безопасность при передозировке, повышение аппетита.

Задача второго этапа антиалкогольного лечения - стойкое подавление патологического влечения и выработка отвращения к алкоголю. Традиционно для этих целей применяют условно-рефлекторную и сенсibilизирующую терапию. Для проведения условно-рефлекторной терапии (аверсивный метод) больному вводят рвотное средство (например, апоморфин[®]), на фоне действия которого ему предлагают выпить небольшое количество алкоголя. Данная процедура сочетается с мощным суггестивным воздействием.

Применение сенсibilизирующих средств основано на их вмешательстве в метаболизм алкоголя; они изменяют реакцию организма на введение даже малых его количеств, вызывая отвращение к нему. В качестве сенсibilизирующих препаратов применяют дисульфирам (тетурам[®], антабус[®] эспераль[®]), метронидазол (трихопол[®]), фуразолидон, никотиновую кислоту.

Для преодоления патологического влечения к алкоголю, выработки стойкого отрицательного отношения к его употреблению применяют различные психотерапевтические методики, характер которых зависит как от особенностей клинического состояния больного, так и терапевтических предпочтений врача, его профессионального опыта.

На третьем этапе - поддерживающего амбулаторного лечения - осуществляют курсовое назначение психотропных средств, применение аверсивных методик (с индивидуальной периодичностью), других психотерапевтических процедур.

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Определение

В МКБ-10 эти болезни определяют как психические и поведенческие расстройства, вызванные злоупотреблением химическими психоактивными веществами. К последним относят алкоголь, наркотики, токсические средства. Данные вещества способны вызывать изменения психического состояния и патологические пристрастия, что приводит к их так называемому немедицинскому использованию.

Наркоманию диагностируют в случае злоупотребления психоактивными средствами, внесенными в список наркотических веществ, утвержденный Правительством РФ. К наркотикам относят, в частности, опий, морфин, омнопон[®], героин, гашиш, кокаин, амфетамины и другие препараты. Они различны по своему психотропному эффекту, а также по скорости формирования и степени тяжести абстинентного синдрома (рис. 3, 4).



Рис. 3. Классификация наркотических веществ по психотропному эффекту

«Легкие», «мягкие» наркотики

Тяжелые, «телесные» наркотики

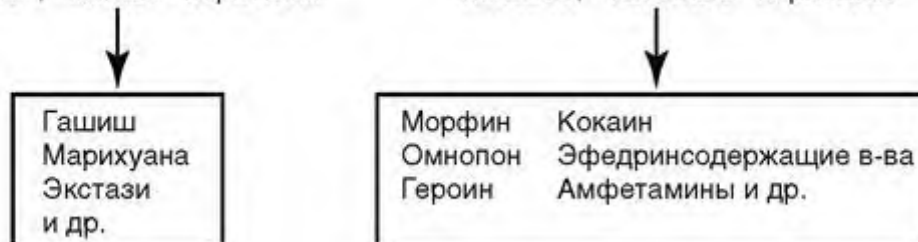


Рис. 4. Виды наркотиков в зависимости от тяжести абстиненции

Наркотики оказывают выраженное действие на психику человека в форме седативного, стимулирующего, галлюциногенного эффектов; от этих веществ быстро формируется сильная психическая и физическая зависимость. Именно поэтому они представляют опасность в социальном и юридическом плане.

При токсикомании происходит злоупотребление веществами, не входящими в список наркотических средств (транквилизаторами, снотворными, другими лекарственными препаратами, летучими растворителями).

Историческая справка

В течение всей своей истории люди для собственных нужд производили продукты питания и напитки. Как замечает Р. Комер (2002), «каждое вещество на земле, вероятно, кем-то когда-то было испробовано». Были открыты и вещества, оказывающие воздействие на головной мозг, причем как с медицинской целью, так и для получения удовольствия.

Многие из исследованных человеком веществ способны вызвать отрицательные, вредные последствия, злоупотребление и зависимость.

Как правило, тот или иной наркотик, токсическое вещество вначале использовали как лекарство - в целях анальгезии, подъема настроения. Однако впоследствии становились явными их нежелательные эффекты. Так, *опий* - натуральное вещество, полученное из опийного мака, применяли в медицине как обезболивающее средство. В 1804 г. из опия был выделен морфин, который оказался еще более эффективным обезболивающим препаратом. Однако было замечено, что к нему очень быстро наступает привыкание.

Героин, синтезированный в 1898 г. на основе морфина, устранял боль, его использовали как противокашлевое средство; в то же время он быстро вызывал сильную зависимость. Существует множество примеров, когда даже однократное назначение морфина в целях анальгезии способствовало появлению выраженного абстинентного синдрома и жесткой зависимости. До 1914 г. в США легально использовали *кокаин*. Он входил в состав раствора, применяемого при зубной боли. Листья кокаинового куста, в котором содержится этот алкалоид, употребляли коренные жители Южной Америки. В настоящее время кокаин считают одним из самых сильных наркотиков.

Барбитураты, вызывающие сильную зависимость и нередко летальные исходы, также широко использовали как снотворные средства.

С 1960-х гг. на Западе, а с 1970-х гг. и в нашей стране наблюдают нарастание наркотизации, связанное с вовлечением в злоупотребление детей и подростков. Изменились мотивы потребления: сакральные, ритуальные, лечебные; практические цели приема оттеснены на второй план мотивом поиска эйфории. Последние годы

характеризуются появлением искусственных, так называемых дизайн-наркотиков(*designdrugs*). В 1986 г. появился *крэк* - производное кокаина, относительная дешевизна которого способствовала распространению в Европе во второй половине 1980-х гг. второй эпидемии кокаиновой наркомании. Во второй половине 1980-х гг. в СССР были распространены *эфедрон* и самодельный препарат *ширка* - производное первитина⁶⁹. Появились и другие искусственные наркотики, опасность которых состоит в чрезвычайной эффективности: от употребления даже малых количеств высока вероятность передозировки. Так, сильный и длительный эффект дает обработанный героин. *Дериваты фентанила* вызывают сильнейшую эйфорию в дозе, в 1000 раз меньшей, чем обычная доза героина.

Немалую роль в выборе типа наркотика играет мода на них в то или иное время, приверженность к той или иной микросоциальной среде (хиппи, панк-культуре и др.).

В 1990-е гг. наблюдался многоцветный калейдоскоп наркотических пристрастий, соответственно был широк диапазон молодежных музыкальных направлений: рейв-, панк-, рок-, гранж-культуры. Отмечено возрождение интереса к наркотическим стимуляторам и появление новых препаратов этой группы, что связано с популярностью так называемой кислотной музыки, задающей жесткий ритм, имеющей длительное, безостановочное звучание и определяющей танцы по типу *non-stop*.

В последние годы за рубежом делались попытки условно выделить мягкие и жесткие наркотики. К мягким(*headdrugs*) отнесены наркотические вещества, вызывающие только психическую зависимость, - марихуана, амфетамин⁶⁹, экстази. К жестким(*bodydrugs*) отнесены наркотические вещества, вызывающие как психическую, так и физическую зависимость, -производные опия. Согласно законодательству РФ, между этими препаратами нет никаких юридических различий. В соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» с последними поправками от 3 февраля 2015 г. оборот, разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на территорию Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, аналогов наркотических средств и психотропных веществ является уголовным преступлением.

Эпидемиологические данные

В 1988 г. число больных наркоманиями, состоявших на учете в психоневрологических диспансерах, составляло 50 тыс. человек. По данным исследований 1995-97 гг., число лиц, допускавших немедицинское употребление наркотиков, достигло 1,5 млн человек (Шабанов П.Д., 1998). Как отмечают Н.А. Дзеружинская и О.Г. Сыропятов (2013), «реальные масштабы злоупотребления наркотическими средствами и сильнодействующими веществами в несколько раз превышают данные официальной статистики. За последние 35 лет число наркоманов в России увеличилось более чем в 200 раз, а количество состоящих на учете наркозависимых и вовлеченных в наркопотребление в 7-10 раз превышает соответствующие показатели стран Европейского сообщества и составляет 25,2 на 10 тыс. населения». Регулярно употребляющих наркотики в России, по экспертным оценкам, - около 8 млн человек. По данным ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава», в 2008 г. в Российской Федерации зарегистрировано 550 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками, и уровень наркопотребления среди населения РФ на протяжении последних 5 лет неуклонно растет в среднем на 1,1% в год. Распространенность наркологических расстройств за 2009 г. составила 2290,7 на 100 тыс., или 2,3% общей численности населения страны; соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных больных составило 5,5:1. Среди зарегистрированных наркологами пациентов на долю больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, приходилось 17,1%; на долю больных токсикоманией и лиц, употребляющих ненаркотические поверхностно-активные вещества с вредными

последствиями, - 1,1% всех больных с наркологическими расстройствами. В структуре наркомании постепенно снижается доля потребителей наркотиков опийной группы, вызывающих быстрое формирование зависимости, и увеличение доли потребителей каннабиоидов, синтетических наркотических средств и их сочетаний.

По данным ВОЗ (2001), регистрируемая частота злоупотребления наркотиками и зависимости от них составляет от 0,4 до 4% (со значительными колебаниями в различных регионах мира). В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности говорится, что количество наркоманов в мире возросло в 2004 г. на 8%. В том числе 16 млн человек (2004) испытывали зависимость от опия, морфина и героина, 13,7 млн употребляли кокаин. Расширяется мировой рынок конопли, и есть все основания полагать, что эта экспансия будет продолжена.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

К общим признакам наркомании и токсикомании относят:

- сильную потребность, патологическое пристрастие, патологическое влечение - выраженное, полностью овладевающее сознанием, порой неодолимое желание принять психоактивное вещество;
- снижение контроля за дозой;
- появление абстинентного синдрома (синдрома отмены) - комплекса психических и соматоневрологических расстройств после прекращения приема наркотика;
- рост толерантности - постоянное увеличение дозы для достижения необходимого психического состояния;
- сужение круга других (альтернативных) интересов;
- недоучет вредных последствий.

Рассматривая феномен патологического влечения - ведущего синдрома болезней зависимости, следует подчеркнуть его сложность и клиническую неоднородность. Его традиционно рассматривали как состояние, близкое к обсессивным или компульсивным влечениям (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1972). Главным его признаком считают борьбу мотивов, осознание неправильности, чуждости возникающего у больного желания употребить наркотик. При этом личность стремится побороть тягу к наркотику. В то же время ряд авторов (Альтшулер Б.В., 1994; Чирко В.В., Демина М.В., 2002) справедливо замечают, что патологическое влечение относится к более тяжелому регистру психических расстройств. По ряду параметров оно близко к паранойальному бреду или сверхценной, аффективно заряженной идее, тесно спаянной с личностью.

В процессе динамики наркоманий отмечают те же стадии, что и при развитии алкоголизма (см. рис. 1). Однако существуют различия по ряду параметров, например скорости формирования абстинентного синдрома, характеру психической и физической зависимости и т.д. Объединяющим наркологические заболевания фактором служит впервые выявленный и описанный Пятницкой И.Н. (1975) большой наркоманический синдром.

Большой наркоманический синдром универсален для всех форм наркоманий. Он определяет суть болезни и состоит из трех синдромов:

- синдром измененной реактивности организма к действию данного наркотика;
- синдром психической зависимости;
- синдром физической зависимости.

Наличие хотя бы одного из этих синдромов достаточно для постановки диагноза наркомании, даже если не выражен синдром физической зависимости. Четвертый синдром - последствия хронической наркотизации - факультативен. Он не включен в структуру большого наркоманического синдрома.

Синдром измененной реактивности включает:

- изменение формы потребления;

- изменение толерантности;
- исчезновение защитных реакций при передозировке;
- изменение формы опьянения. Синдром психической зависимости включает:
- психическое (обсессивное) влечение к наркотику;
- способность достижения психического комфорта в интоксикации.

Психическое влечение выражается:

- в подъеме настроения в предвкушении приема;
- подавленности, постоянных мыслях о наркотики;
- неудовлетворенности при отсутствии наркотика;
- борьбе мотивов.

Обсессивное влечение - самый трудноустраняемый симптом. В ремиссии оно актуализируется, часто бывая единственной причиной рецидива.

Симптом способности достижения состояния психического комфорта в интоксикации. Психическая комфортность в интоксикации отличается от психического комфорта в опьянении у здорового человека.

Здоровый человек способен получать удовольствие и испытывать психический комфорт в разных жизненных ситуациях, в том числе и в опьянении. Наркоман способен на это только при условии приема наркотика.

Состояние психического комфорта в интоксикации для наркомана означает восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного психического функционирования.

Синдром физической зависимости включает:

- физическое (компульсивное) влечение;
- способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации;
- абстинентный синдром (абстиненцию).

От обсессивного компульсивное влечение отличается тем, что подчиняет все содержание сознания в настоящий момент, вытесняя витальные влечения (голод и жажду).

Физическое (компульсивное) влечение выражается:

- в неодолимом стремлении к наркотизации;
- способности достижения состояния физического комфорта при интоксикации;
- абстиненции.

Физическое (компульсивное) влечение:

- определяет умонастроение и аффективный фон;
- диктует поведение;
- подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль;
- определяет поступки больных, мотивацию их действий;
- сопровождается вегетативными проявлениями в виде расширения зрачков, гипергидроза, сухости во рту, гиперрефлексии, тремора (даже при тех наркоманиях, для которых тремор нетипичен).

Выделяют три вида компульсивного влечения:

- возникающее вне интоксикации;
- входящее в структуру абстиненции;
- возникающее в опьянении.

Достижение физического комфорта в интоксикации. Пациент убеждается, что самочувствие улучшается только в интоксикации. Без наркотика он не чувствует себя здоровым. Приняв необходимую дозу, наркоман испытывает и психический, и физический комфорт.

Опийная наркомания (F11)

К этой группе психоактивных веществ относят алкалоиды опия (морфин), полусинтетические препараты, произведенные на основе естественных алкалоидов опия (героин, кодеин, омнопон*), и полностью синтетические препараты [тримеперидин

(промедол*), метадон]. Препараты опия можно вводить внутривенно, внутримышечно, интраназально (путем вдыхания порошка).

Механизм действия опиоидных препаратов до конца не изучен. Существуют различные гипотезы в формировании опиоидной зависимости у ряда лиц. Согласно гипотезе эндорфинового дефицита, при недостатке эндогенных эндорфинов (нейропептидов, образующихся в ЦНС и обеспечивающих анальгезирующий и наркотический эффекты) возникает потребность в экзогенных веществах, способных заменить эндорфины.

По другой гипотезе, при приеме наркотических веществ у некоторых людей происходит чрезмерная выработка эндорфинов, что и обуславливает закрепление пристрастия.

Третья гипотеза предполагает повышенную плотность или чувствительность эндорфиновых рецепторов в головном мозге.

Острая интоксикация вследствие применения препаратов опиоидной группы возникает через 10-15 мин после внутривенного введения наркотика и может длиться до 6 ч. Короткая реакция эйфории, «прихода» (10-30 мин) сменяется состоянием расслабленности, малоподвижности, лени. Появляются ощущение полного душевного комфорта, заторможенность, сонливость. Возможны сохранение благодушного, повышенного фона настроения, ускорение мышления и двигательная активность. Соматовегетативные симптомы представлены брадикардией, сухостью и бледностью кожи, снижением артериального давления. Весьма характерный симптом опиоидной интоксикации - сужение зрачков до размеров точки.

Передозировка препаратов опия вызывает снижение уровня сознания вплоть до комы, еще большее сужение зрачков и угнетение дыхания. Последнее расстройство может привести к летальному исходу.

Для начальной (первой) стадии опиоидной наркомании (F11.2x1x) характерно появление психической зависимости. Данная форма зависимости выражается в том, что интерес к приему веществ опиоидной группы занимает центральное место в системе ценностей индивидуума. Все поведение подчинено поиску и приему наркотика. Перерывы в его употреблении носят вынужденный характер и вызывают появление психических симптомов аффективно-дисфорического типа: раздражительности, гневливости, злобности на фоне тревожного и тоскливого настроения. В такие периоды больные стараются преодолеть тягостное настроение с помощью массивных доз алкоголя, седативных препаратов, снотворных, употребления менее тяжелых наркотиков (например, курения гашиша).

Характерно постепенное увеличение толерантности, выражающееся в повышении дозы опиатов в 2-3 раза (Найденова Н.Г., Найденов О.Ф., 1981). Соматовегетативные расстройства представлены общим снижением аппетита и его повышением через несколько часов после введения наркотика, запорами. Важный признак, свидетельствующий об употреблении опиатов, - миоз.

Темп формирования признаков психической зависимости связан с разновидностью употребляемого производного опия. Так, героин может вызвать очень быстрое формирование зависимости, в то время как применение опия-сырца (черняшки) приводит к этому лишь после неоднократных (8-10) внутривенных инъекций.

Для констатации средней (второй) стадии опиоидной наркомании (F11.2x2x) необходимо диагностирование абстинентного синдрома. Опиоидная абстиненция проявляется тревожно-тоскливым настроением, беспокойством, выраженной бессонницей. Соматовегетативные расстройства представлены слюнотечением, ознобом, зевотой, чиханьем; особенно характерны боли и мучительные ощущения, близкие по характеру к сенестоалгиям (стягиванию, сдавливанию, «перекручиванию») в мышцах, суставах, пояснице.

На конечной (третьей) стадии опийной наркомании (F11.2x.3x) обнаруживают характерные расстройства личности и поведения. Больные грубы, эгоистичны, целиком поглощены мыслями о наркотике, сосредоточены лишь на том, как его достать и принять; остальные жизненные проблемы беспокоят их в очень малой степени. Возникают признаки интеллектуально-мнестического снижения. Утрачены социально-этические установки личности, ради приобретения наркотика больные совершают разнообразные преступления.

Наркомания, вызванная злоупотреблением препаратами конопли (F12)

Наркотические вещества этой группы производят на основе индийской конопли. Наиболее часто употребляют марихуану и гашиш (анашу).

Основной способ приема - вдыхание посредством курения. Симптомы гашишного опьянения разворачиваются во времени на несколько стадий (Пятницкая И.Н., 1994). Вначале, в течение короткого периода (5-10 мин), возникают тревога, неопределенный страх, подозрительность, параноидная настроенность. Далее наступает стадия эйфории, сопровождаемая психосенсорными расстройствами; на этой стадии может наступить нарушение сознания по типу оглушения или сумеречного расстройства. На следующей стадии возникает психотическое состояние со слуховыми и зрительными галлюцинациями, спутанностью сознания и отрывочными бредовыми идеями. Последняя фаза представляет собой выход из гашишного опьянения с симптомами астении, выраженным чувством голода и жажды. Степень гашишного опьянения (субпсихотическая или психотическая) зависит от дозировки данного вещества и индивидуальной чувствительности к нему.

На первой стадии наркомании данного вида (F12.2x.1x), как и при развитии других видов наркоманий, возникает психическая зависимость (в рамках синдрома патологического влечения). Поиск препаратов конопли для курения (гашиша, анаши) превращается в основную цель поведения, захватывает сознание индивидуума, оттесняет на задний план другие интересы и способы достижения удовольствия и душевного комфорта. Происходит повышение толерантности, которое проявляется в стремлении выкурить большее количество сигарет с гашишем.

Вынужденное временное прекращение курения гашиша вызывает комплекс вегетативных и психических симптомов: повышенную потливость и похолодание ладоней, аффективную неустойчивость с дисфорическим компонентом, демонстративно-суицидальное поведение, а также явления астении, повышенную сонливость.

Формирование физической зависимости при употреблении гашиша происходит через 2-3 года после начала его приема (Пятницкая И.Н., 1975). Характерно, что употребляемый наркотик на *второй стадии* (F12.2x.2x) болезни выступает в роли стимулятора. Прием гашиша вызывает подъем настроения, прилив энергии, веселости, общительности, который длится от 1 до 3 ч. После этого возникают вялость, подавленность, неодолима потребность в новом приеме наркотика, имеющая компульсивный характер. Курение гашиша учащается, происходит нередко в одиночестве. Характерна психопатизация личности по астеническому, апатическому либо эксплозивному типу (Пятницкая И.Н., 1975).

Абстинентный синдром на данной стадии гашишной наркомании проявляется сенестопатическими ощущениями в разных частях тела в сочетании с признаками астенической депрессии. Наиболее часто больные жалуются на болевые ощущения в голове и сердце. Астеническое состояние может смениться дисфорией. Соматовегетативный компонент абстиненции представлен ознобом, повышенной потливостью, подъемом артериального давления, тахикардией, жалобами на тошноту, боли в животе по типу спазмов.

Третья стадия гашишизма (F12.2x.3x) наступает после длительного приема наркотика (более 10 лет) и бывает редким клиническим феноменом (Пятницкая И.Н.,

1994). Она характеризуется снижением толерантности, отсутствием эйфоризирующего эффекта от приема гашиша, выраженным астеническим компонентом абстиненции.

Наркомания, вызванная злоупотреблением кокаином (F14)

Кокаин употребляют внутривенно, интраназально - путем вдыхания порошка, курения прессованного порошка (крэка), жевания листьев растения коки.

Опьянение кокаином характеризуется выраженным психостимулирующим эффектом, эйфорией, гиперактивностью, повышением темпа мышления и творческих способностей, переоценкой собственной личности, гиперсексуальностью. Настроение может повышаться до степени мании (в ряде случаев - экзотической мании) с изменением восприятия окружающего, особым чувством проникновения в смысл явлений мира и искусства (например, музыки).

Интоксикационные кокаиновые психозы представлены *делириозным* вариантом с растерянностью, страхом, тревогой, наплывом зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций, параноидной настроенностью и агрессивностью. *Онейроидный* вариант кокаинового психоза характеризуется наплывом сценподобных галлюцинаций при внешней отрешенности больного от действительности. При параноидном кокаиновом психозе доминируют бред преследования, настороженное и агрессивное отношение к окружающим, которое может возникать внезапно. Галлюцинаторные расстройства представлены зрительными, слуховыми и тактильными обманами с доминированием последних. Больным кажется, что им под кожу проникли мелкие животные и насекомые, и они пытаются достать их оттуда; при этом наблюдаются множественные повреждения кожи. Кокаиновый параноид может длиться от нескольких дней до месяца или года. В последнем случае речь, скорее всего, идет об искусственном провоцировании шизофренического процесса (Личко А.Е., 1985).

Кокаин относят к психоактивным веществам со стимулирующим действием. Прием этого вещества быстро вызывает зависимость, которая возникает через 2-3 нед нерегулярного приема (Пятницкая И.Н., 1986; Лапицкий М.А. и др., 1987). На начальной стадии (F14.2x.1x) обнаруживают явления психической зависимости. Мысль об употреблении наркотика становится центральной и занимает доминирующее положение в сознании больного. Происходит рост толерантности, общее количество употребляемого кокаина (крэка) увеличивается в несколько раз за счет учащения приемов вещества в течение суток.

Вырабатывается так называемая циклическая форма употребления кокаина. Это связано со спецификой действия стимуляторов: после достижения пика психотропного и физического действия вводимого препарата наступают явный, сильно выраженный спад активности, усталость, подавленность, тоска. Характерно состояние сонливости с одновременными трудностями засыпания. Наступивший либо самостоятельно, либо вследствие употребления снотворных препаратов длительный сон (1-2 сут) приводит к улучшению состояния, появлению повышенного аппетита, однако через короткое время, как правило, уже к вечеру, актуализируется влечение к наркотику, и цикл его приема повторяется. Длительность цикла составляет примерно 2-3 дня.

Для *средней* стадии (F14.2x.2x) характерен дальнейший рост толерантности, обусловленной увеличением как частоты приема, так и разовой дозы вводимого препарата. Это связано с синдромом измененной реактивности, а именно с уменьшением и укорочением эйфоризирующего действия наркотика. Влечение к кокаину на второй стадии заболевания становится неудержимым, неуправляемым, сопряжено с возникновением злобного аффекта, т.е. компульсивным.

Симптомы абстиненции, возникающей на второй стадии кокаиновой наркомании, включают головные боли, одышку, боли в сердце, расстройства координации движений (повышенную амплитуду, порывистость, нарушения тонкой моторики), гиперестезию, тревогу, страх, чувство опасности. В части случаев возникает психотическое состояние делириозного типа с возбуждением, аффектом страха, агрессивностью, галлюцинациями

(зрительными, слуховыми, тактильными), вторичным бредом преследования и физического воздействия.

На конечной (третьей) стадии (F14.2x.3x) на фоне уменьшения толерантности становятся явными личностные изменения в виде грубости, негативного отношения к окружающим, социальной деградации, пренебрежения семейным долгом, лживости, эгоцентризма, потери нравственного чувства. В состоянии опьянения преобладают раздражительность, злобность, в то время как возникавшая ранее эйфория незначительна и кратковременна.

Злоупотребление снотворными и седативными препаратами (F13)

Токсикомании, связанные со злоупотреблением снотворными препаратами

Токсикомания, вызванная употреблением снотворных средств, связана со специфическим нейротропным действием, имеющимся у этих препаратов.

Большое значение имеет эйфоризирующий компонент, способствующий формированию синдрома зависимости. В связи с этим выбор препарата зависит от наличия в его психотропном действии эйфоризирующего начала.

Таковыми особенностями обладают следующие препараты: из группы барбитуратов - барбамил[®] (амитал-натрий[®]), нембутал[®] (этаминал-натрий[®]), а также снотворные других групп - бромизовал (бромурал[★]), ноксирон[®].

Следует отметить, что с 1 августа 2013 г. все эти вещества включены в списки средств, подлежащих строгому государственному контролю, т.е. фактически причислены к наркотикам. Следовательно, зависимость, формирующуюся вследствие злоупотребления данными веществами, надо оценивать как наркоманию. Состояние опьянения от приема снотворных препаратов представляет собой смену ряда фаз. Вначале наступает оглушение с приятными ощущениями удара в голове (Пятницкая И.Н., 1994), мышечной слабостью, отключением.

Далее следует состояние двигательной активности, приподнятого настроения, беспричинной веселости, разговорчивости, легко переходящее в гневливость и раздражительность. На этом этапе выявляют расширение зрачков, гиперемию кожи, повышенную потливость, нарушение координации движений.

В третьей фазе действия данных препаратов возникают глубокий сон, брадикардия, снижение артериального давления. Четвертая фаза наступает при пробуждении, характеризуется вялостью, мышечной слабостью, разбитостью.

Токсикомания, вызванная применением снотворных средств, представлена в основном двумя стадиями - первой и второй. Третья стадия для данного вида наркоманий не характерна в виду высокой смертности этих больных из-за передозировок, высокого риска самоубийств, а также соматических осложнений вследствие суицидальных попыток (Пятницкая И.Н., 1994). Имеет значение также быстрота наступления психического дефекта по типу торпидной энцефалопатии, вследствие чего практически не удается обнаружить этапа личностных изменений.

На *первой стадии* болезни (F13.2x.1x) обнаруживают синдром измененной реактивности, который включает повышение толерантности, а также специфический для данного вида наркомании признак - употребление снотворных в дневное время. Выявляют также и синдром психической зависимости: вне периода наркотического опьянения (характеризующегося эйфорическим компонентом) больные пребывают в состоянии дискомфорта, беспокойства и тревоги.

На *второй стадии* (F13.2x.2x) влечение к снотворному препарату приобретает компульсивный характер. Психический компонент синдрома отмены проявляется тревожно-дисфорической симптоматикой, однако основные симптомы в абстиненции - соматические и неврологические признаки (судороги мышц, тремор, тики, боли в крупных суставах). Весьма часто возникают большие судорожные припадки и делириозный психоз.

В состоянии опьянения уменьшается эйфорический компонент, эмоции приобретают гневливый, агрессивный характер. Утрачивается количественный контроль, что при

данном типе токсикоманий вызывает выраженное угнетение сознания и последующую амнезию.

Токсикомании, связанные со злоупотреблением транквилизаторами

Для достижения состояния опьянения транквилизаторами наиболее часто используют диазепам (седуксен[®], реланиум[®], сибазон[®]), хлордиазепоксид (элениум[®]), нитразепам (эуноктин[®], радедорм[®]). Зависимость от транквилизаторов во многом определяется тем, что они способны вызывать эйфоризирующий эффект. Особенно отчетливо динамика опьянения транквилизаторами видна на примере внутривенного введения диазепама. С токсикоманической целью обычно вводят 20-50 мг 0,5% раствора препарата. Сразу после введения наступает выраженное состояние эйфории. Оно кратковременно и вскоре сменяется сном, а при передозировке может наступить сопор.

На *первой стадии* зависимости от транквилизаторов отмечают подъем толерантности, связанный с тем, что прежние дозы не вызывают ожидаемого эффекта. Прием транквилизатора становится регулярным.

Обнаруживают патологическое влечение к данному психоактивному веществу: мысль о том, чтобы достать и принять его, становится доминирующей, определяя характер поведения человека. Перерыв в употреблении вызывает душевный дискомфорт, раздражительность (психическая зависимость).

На *второй стадии* происходит характерное ослабление эйфоризирующего эффекта транквилизаторов с одновременным усилением дисфорического компонента, появлением признаков оглушения и утяжелением неврологических расстройств (нистагма, мышечной гипертензии). Утрачивается количественный контроль, что может привести к передозировке. Влечение к психоактивному веществу описываемой группы принимает компульсивный характер. В поисках транквилизаторов больные нарушают социальные и нравственноэтические нормы.

Для состояния абстиненции характерны злобный аффект, тревога, а также целый ряд соматических и неврологических проявлений: мидриаз, гипергидроз, тонические судороги мышц, тошнота, головокружение, тахикардия, повышение артериального давления. На высоте проявлений абстиненции могут возникнуть судорожные припадки либо острое психотическое состояние делириозного, а также галлюцинаторно-параноидного типа.

В сравнении с токсикоманией, вызванной употреблением снотворных препаратов, при зависимости от транквилизаторов чаще бывают случаи перехода болезни в *третью стадию* - уменьшение толерантности, нарушение социализации, преобладание вялодинамического, тоскливого аффективного фона, порой достигающего суицидальной глубины. Возможность перехода зависимости в третью стадию свидетельствует о менее тяжелых последствиях данной зависимости, чем при употреблении снотворных средств.

Злоупотребление психостимуляторами (F15)

К числу психостимуляторов относят те психоактивные вещества, которые обладают возбуждающим действием, снимают усталость, повышают двигательную активность, придают бодрость и ощущение подъема жизненной энергии, легкости мыслительного процесса, чувство уверенности в собственных силах. Наряду с этим спектр психотропной активности психостимуляторов включает в качестве специфических проявлений возбужденность, тревожность, настороженность или подозрительность (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

К наиболее распространенным препаратам данной группы, вызывающим состояние зависимости, относят производные эфедрина, амфетамин[®], кофеин.

Злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей

Самый распространенный кустарно приготовленный препарат эфедрина - эфедрон (на языке наркоманов - «коктейль джеф», «марцефаль», «мулька») относят к числу наркотиков. Его получают путем специальной переработки эфедринсодержащих средств (например, препаратов, купирующих приступы бронхиальной астмы, капель от насморка и т.д.).

Способ введения, как правило, внутривенный. Введение эфедрона быстро вызывает состояние опьянения, имеющее фазное течение. Вначале бывает ощущение легкости, необычной яркости окружающего. Характерно состояние особой, душевной открытости с обостренным чувством доброты и любви к людям. Возникают парестезии в виде покалывания в руках и ногах, озноб, сердцебиение. Для следующего этапа эфедренового опьянения характерны душевный подъем, гиперактивность, неусидчивость, повышенная отвлекаемость и переключаемость внимания. Отмечают переоценку собственной личности, своих способностей и возможностей. Весьма часто усиливается сексуальное влечение, причем у подростков иногда могут возникать и гомосексуальные эксцессы (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

Неврологические и вегетативные симптомы эфедренового опьянения представлены сухостью слизистой оболочки полости рта, тахикардией и артериальной гипертонией, мидриазом, нистагмом, мышечным тремором.

При передозировке эфедрона может наступить острое психотическое состояние. По своей структуре данный психоз представляет собой сочетание тревоги, страха, бредового восприятия окружающего, идей отношения, преследования, галлюцинаций, тематически связанных с содержанием бредовых идей. В отдельных случаях возникают зрительные (преимущественно зооптические) и тактильные галлюцинации.

Для формирования *эфедреновой наркомании* достаточно лишь нескольких внутривенных введений данного вещества. У половины эфедреновых наркоманов зависимость сформировалась после первой внутривенной инъекции (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991). Психическая зависимость проявляется наступлением патологического влечения к эфедрону - охваченностью сознания мыслью о приеме наркотика, выраженном душевном дискомфорте при его отсутствии, расстройствами сна, фобическими эпизодами, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям (слуховым и зрительным). Через несколько недель наступает следующая стадия зависимости, которая, как и при остальных типах наркоманий, характеризуется повышением толерантности, изменением картины опьянения, появлением абстиненции и компульсивного влечения.

Суточная доза эфедрона возрастает в несколько (порой в 10-20) раз. Промежутки между вливаниями укорачиваются в связи с тем, что прежние дозы и частота введения не вызывают ожидаемых ощущений. В самом опьянении уменьшается эйфорический компонент, оно становится менее стойким и может «сломаться» от внешних раздражителей.

Абстинентное состояние в виде озноба, боли в сердце, беспокойства, дисфории, мышечных подергиваний и компульсивный характер влечения приводят к циклическому употреблению эфедрона по типу алкогольных запоев (Пятницкая И.Н., 1986; Лукачер Г.Я. и др., 1987). На высоте абстиненции могут возникать параноидные психозы, купируемые введением эфедрона.

Эфедреновая наркомания приводит к социальной деградации личности с утратой нравственно-этического чувства - появляются неряшливость, воровство, исчезает стремление учиться и работать.

Амфетаминовая наркомания

Данный тип наркомании вызван употреблением стимуляторов амфетаминового ряда - фенамина[®], фенатина[®], первитина[®] (ширки) и др. Эти вещества применяют внутрь, интраназально (вдыхание порошка), внутримышечно или внутривенно.

Состояние опьянения сходно с таковым при приеме эфедрона. Возникают подъем настроения, возбужденность, необычная ясность мыслей, легкость интеллектуальной деятельности; исчезает усталость, больные постоянно стремятся к какой-либо деятельности, проявляя излишнюю назойливость. Наряду с гипоманиакальным может возникнуть и гневно-дисфорический аффект. Выражены соматоневрологические и

вегетативные симптомы: повышение артериального давления, сухость во рту, головная боль, тошнота, рвота, мышечный тремор, озноб.

При употреблении больших доз амфетаминов, как в случае с передозировкой эфедрона, могут возникать психотические состояния с бредом отношения и преследования, а также элементарными слуховыми и тактильными галлюцинациями. Относительно редким психотическим состоянием при внутривенном употреблении амфетаминов бывает так называемая амфетаминовая спутанность, или амфетаминовый делирий: растерянность, дезориентировка, беспокойство, внезапная агрессивность, слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации.

Амфетаминовая наркомания возникает быстро, после нескольких внутривенных введений этих наркотиков. Появляется психическая зависимость - состояние дискомфорта, беспокойства, подавленное настроение вне опьянения амфетаминами. Стремление к их приему занимает доминирующее положение в сознании больного. Прием амфетаминов, как и эфедрона, принимает циклический характер, напоминающий алкогольные запои, что бывает также отражением повышения толерантности. Абстинентные состояния представлены дисфорией, агрессивностью, бессонницей. Их появление синхронно с возникновением компульсивного (неодолимого) влечения к приему амфетаминов

Злоупотребление кофеином

С токсикоманической целью используют такие содержащие кофеин вещества, как крепкий отвар чая (чифир), очень крепкий кофе, иногда употребляемый в виде густой, как кисель, кофейной гущи. Симптомы острой интоксикации представлены приподнятым настроением, ускорением темпа мышления, повышением двигательной и умственной активности. Повышается артериальное давление, увеличивается диурез.

Следует отметить, что эйфорический компонент действия кофеина выражен слабее, чем у других стимуляторов. Именно поэтому его самостоятельное употребление в качестве токсикоманического средства распространено в меньшей степени (Пятницкая И.Н., 1994).

Злоупотребление галлюциногенами (F16)

К этому классу веществ относят препараты, способные в весьма незначительных количествах вызывать галлюцинации. Эти вещества иначе обозначают как психоделики, психотомиметики. Зависимость от веществ данной группы связана как с их эйфоризирующим действием, так и со специфическими эффектами в виде психосенсорных переживаний, изменения восприятия времени, дереализацией, появления галлюцинаторных образов, экстатических состояний с ощущениями мистического проникновения в сущность бытия.

Злоупотребление диэтиламидом лизергиновой кислоты

Об употреблении веществ, способных вызывать галлюцинации, было известно давно. В историческом плане можно отметить применение индейцами в религиозных ритуалах веществ, действующим началом которых был мескалин, а также особого вида мексиканских грибов - псилоцибинов. Употребление этих субстанций приводило к возникновению галлюцинаций.

Синтезированный в 1943 г. диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) способен даже в очень небольших количествах вызывать зрительные галлюцинации и эйфорию. Помимо названных симптомов, возникают также психосенсорные расстройства (нарушение схемы тела), дереализация. Возможны другие аффективные переживания в виде тревоги и страха.

Прием ЛСД способен в ряде случаев привести к формированию психической зависимости; при этом возникает характерная охваченность сознания мыслями о поиске и приеме данного вещества. Признаков физической зависимости от ЛСД не описано.

Данное вещество в большинстве стран отнесено к наркотикам.

Злоупотребление фенциклидином

Фенциклидин (РСР) был синтезирован как препарат обезболивающего действия, применяемый в хирургии. Он вызывал состояние наркоза, выход из которого сопровождался дезориентировкой, agitацией и галлюцинаторными расстройствами. В связи с этим препарат стали использовать только в ветеринарии (Каплан Г., Сэдок Б., 1994). Существуют аналоги РСР, один из которых - кетамин - находит применение в медицине в качестве анестетика.

В немедицинских целях используют как сам фенциклидин, так и побочные продукты его синтеза (хлорхромат пиридиния, пиперидин), а также препарат кетамин. Эти вещества вводят в организм внутрь, внутривенно или путем курения.

Доза фенциклидина, способная вызвать острую интоксикацию, варьирует в пределах от 2 (малая доза) до 10 г. При приеме свыше 20 г препарата может наступить коматозное состояние. Опьянение наступает в течение 1 ч после приема вещества, характеризуется эйфорией, спокойствием, которые могут быстро сменяться враждебностью, импульсивностью, параноидной настроенностью, агрессивностью (вплоть до гомицидных действий) и тревожностью. В ряде случаев отмечают слуховые и зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства (нарушения схемы тела). Характерны тахикардия, артериальная гипертензия, дизартрия, в некоторых случаях - мышечная ригидность, судорожные припадки.

Циклодоловая токсикомания

В токсикоманическом действии тригексифенидила (циклодола[★]) различают эйфорический период, который сменяется сужением сознания и галлюцинаторной фазой. Во время эйфории возникают ощущение душевного комфорта, снижение чувства дистанции, оживленность, обостряется восприятие окружающего, которое становится необычайно ярким.

Циклодоловый делирий развивается, как правило, в тех случаях, когда прием этого препарата сочетают с употреблением алкоголя. Галлюцинации носят истинный характер, обладают ярким, чувственным компонентом. Они могут быть как приятными, так и устрашающими. Характерный их признак - изменчивость и калейдоскопичность.

Пристрастие к галлюциногенам обусловлено преимущественно их эйфоризирующим эффектом. Это обстоятельство определяет формирование психической зависимости, что делает правомерным диагноз токсикомании. Вместе с тем изолированное употребление галлюциногенов с токсикоманической целью встречается достаточно редко.

Токсикомания при использовании атропиноподобных средств

Этот вид токсикомании наиболее часто возникает при употреблении лекарственных препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы и содержащих алкалоиды из группы атропина.

На высоте острого опьянения обнаруживают признаки дезориентировки в окружающем и собственной личности. Возникают истинные зрительные галлюцинации. Поведение больных отражает содержание галлюцинаторных образов, их высказывания свидетельствуют о том, что они «видят бандитов», «знакомых». Характерны зоопсии. По выходе из психотического состояния наступает амнезия.

Токсикомания при использовании антигистаминных препаратов

Вещества данной группы, применяемые с токсикоманической целью, представлены в основном такими препаратами, как дифенгидрамин (димедрол[★]), прометазин (пипольфен[★]), хлоропирамин (супрастин[★]). Помимо основного лечебного действия (антиаллергического), они обладают седативным, снотворным и эйфоризирующим компонентом. Кроме того, при их применении с токсикоманической целью могут возникать делириозные психозы.

Токсикомания, связанная с вдыханием летучих органических растворителей (F18)

Летучие ароматические растворители имеют широкое распространение как средства промышленной и бытовой химии. К ним относят большую группу летучих веществ, которые вдыхают для получения токсического опьянения: клей, бензин, ацетон, толуол,

растворители лаков, красок, пятновыводители и т.д. Их действующее начало - алифатические и ароматические углеводороды (бензол, толуол, ксилол). С токсикоманической целью эти вещества употребляют преимущественно подростки.

Состояние опьянения характеризуется психосенсорными расстройствами (нарушением схемы тела, восприятия расположения предметов в пространстве, чувством легкости и невесомости), способностями к визуализации представлений, зрительных галлюцинаций.

В достаточно редких случаях, когда употребление (вдыхание) летучих растворителей оказывает преимущественно эйфоризирующий эффект, может наступить синдром зависимости. Прием этих веществ становится регулярным, появляется патологическое влечение. На первый план в системе ценностной ориентации подростка выходят мысли об употреблении данных веществ в целях опьянения. При вынужденных перерывах в употреблении возникают отчетливые дисфорические расстройства, негативизм, протестные реакции.

В состоянии опьянения происходит наплыв зрительных образов. Характерная особенность галлюцинаторных феноменов - способность подростка управлять ими. Для абстинентного состояния характерны дисфория, тревога, агрессивность, а также ряд соматовегетативных симптомов: тахикардия, повышение артериального давления, боли в мышцах.

Для летучих растворителей характерна высокая степень токсичности, в связи с чем регулярное их употребление приводит к развитию психоорганического синдрома с интеллектуальным и социальным снижением, общим апатическим фоном, обеднением интересов.

Патоморфоз

В исследованиях наркоманий, проведенных в 70-90-х гг. прошлого века, отмечены значительные изменения в клинических проявлениях этой болезни. Речь идет, в частности, о преобладании поведенческих расстройств, появлении при опийной абстиненции витальных компонентов тревожно-депрессивного синдрома. Происходит своего рода омолаживание наркоманий, растет тенденция к комбинированному применению психоактивных веществ. Фиксируют транзиторные психотические эпизоды в рамках героиновой абстиненции.

Тяжесть симптомов абстиненции в среднем усилилась. В особенности это касается астении, чувства разбитости, бессонницы. Манифестирует абстиненция в основном аффективными расстройствами в виде тревожно-фобических состояний. Высок удельный вес бредового поведения - подозрительности, настороженности, немотивированной оппозиционности. Данное обстоятельство сближает клиническую картину наркомании с малопрогрессирующей шизофренией (Чирко В.В., Демина М.В., 2002).

Сопоставление данных о преморбидных особенностях наркоманов, лечившихся в 1970-80-х и в конце 1990-х гг., также позволило обнаружить ряд особенностей (Чирко В.В., Демина М.В., 2002). Так, основной личностной характеристикой наркоманов в последнее время можно считать психический инфантилизм. Он определяет и основной мотив первого приема наркотика - желание развлечься, не отстать от компании, утвердить себя в глазах сверстников.

Важна также своего рода повышенная готовность к усвоению псевдофилософских, мистических учений, согласно которым наркотик становится средством достижения некоего особого духовного состояния, экстаза, проникновения в суть вещей, понимания смысла жизни.

Претерпел изменения и социальный статус больных наркоманией. Среди них можно видеть преобладание субъектов из благополучных семей; процент антисоциальных и маргинальных элементов уменьшился.

Для выявления лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, применяют скрининг-тестирование (см. приложения 3-5).

Психотические расстройства вследствие употребления наркотиков

Психозы могут возникать как на фоне продолжительного приема психоактивных средств, так и при первом их употреблении. Выделяют острые интоксикационные психозы, острые психозы при абстиненции, острые провоцированные эндогенные психозы, острые провоцированные энцефалопатические психозы, хронические интоксикационные психозы.

Острые интоксикационные психозы

Острые интоксикационные психозы возникают при употреблении токсических веществ, способных вызывать психотическое состояние (галлюциногенов), а также при передозировке некоторых других дурманных средств (гашиша, стимуляторов, при бензиновой интоксикации). Психозы могут быть также признаком особой атипичной реакции на токсический агент (по типу патологического алкогольного опьянения).

Длительность острых интоксикационных психозов - около суток, редко дольше. Транзиторные психозы продолжаются часы, иногда минуты.

Клиническая картина чаще всего представлена делирием, иногда онейроидом или галлюцинозом, реже возникают состояния спутанности, сумеречные состояния или острые параноиды.

При делирии возникают зрительные и слуховые галлюцинации, обычно устрашающего и угрожающего характера, либо зоопсии. Галлюцинации воспринимаются как реальность, поэтому больные могут быть опасны для себя и для окружающих.

Онейроид обычно представляет собой цепь ярких зрительных картин, видений, которые смотрятся как кинофильм. Сами больные активно не участвуют, а лишь переживают происходящее в видениях.

Острый галлюциноз без выраженного помрачения сознания характерен для действия умеренных доз некоторых галлюциногенов, таких как мескалин, псилоцибин, ЛСД, для интоксикации тригексифенидилом (циклодолом^а). При циклодоловом делирии моменты, когда осознается галлюцинаторная сущность переживаемого, нередко чередуются с периодами делириозного помрачения сознания.

Для состояний спутанности характерны растерянность, недоуменная мимика, непонимание происходящего вокруг, дезориентировка во времени и месте. Нередки синдромы Фреголи и Капгра. Как правило, спутанность бывает вследствие действия больших доз стимуляторов или при повышенной чувствительности к ним.

Сумеречные состояния развиваются в тех случаях, когда интоксикация приходится на измененную почву в виде резидуального органического поражения головного мозга. Возникают эти состояния редко. Наиболее типичным примером сумеречного состояния служит патологическое алкогольное опьянение.

Острые транзиторные психозы чаще бывают при интоксикации амфетамином^б, производными эфедрина и первитина^б.

Острые абстинентные психозы

Наиболее характерны при злоупотреблении стимуляторами, но возможны при транквилизаторной токсикомании.

Абстиненцию при наркоманиях, вызванных производными эфедрина и первитина^б, могут сопровождать острые параноиды. Их клиническая картина не отличается от острых интоксикационных параноидов, но развиваются они не на высоте интоксикации, а в постинтоксикационном состоянии, когда наркоманы запаздывают с очередной инъекцией. Последняя может быстро купировать уже начавшийся психоз, чего никогда не бывает при интоксикационном психозе. Длительность абстинентных психозов - от нескольких часов до 2-3 сут.

Острые провоцированные эндогенные психозы

Чаще всего речь идет о спровоцированном приступе шизофрении, реже - шизоаффективного психоза на фоне интоксикации, абстиненции или длительного

злоупотребления. Наиболее активным провоцирующим действием обладают стимуляторы, фенамин[®], а также тетрагидроканнабинол.

Клиническая картина спровоцированных приступов шизофрении представлена обычно параноидным или галлюцинаторно-параноидным синдромом, гипоманиакальными состояниями. Дезинтоксикационная терапия при спровоцированных эндогенных психозах (в отличие от острых интоксикационных) существенного эффекта не дает.

Острые спровоцированные энцефалопатические психозы

Данные психозы возникают на фоне некоторых резидуальных органических поражений головного мозга. В клинической картине преобладают элементарные галлюцинации: фотопсии - яркие цветные полосы, круги, сетка перед глазами и акоазмы - звон, гудение, жужжание, неясный шум, неразборчивая речь. Нередки галлюцинации, связанные с нарушением чувства равновесия (кажется, что стены и потолок качаются, грозят обрушиться, появляется ощущение падения в пропасть) или нарушением схемы тела (например, ощущение, что конечности отделяются от туловища, кости черепа смещаются).

Данные психозы нередко сопровождаются бурной вегетативной симптоматикой (чувством дурноты, обмороками, внезапной рвотой, колебаниями артериального давления), которая не характерна для спровоцированных эндогенных психозов.

Длительность - от нескольких часов до суток. Чаще всего эти психозы провоцируются ингалянтами, некоторыми стимуляторами, гашишем, а иногда и алкоголем.

Хронические интоксикационные психозы

Обычно развиваются на третьей стадии алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, т.е. после многолетней интоксикации. Исключение составляет длительное, начавшееся еще в младшем подростковом возрасте курение гашиша. Хронические гашишные психозы в клинической картине имеют много сходного с параноидной шизофренией. Бред и галлюцинации сочетаются с постепенно нарастающей апатией, бездеятельностью и эмоциональным оскудением.

Препараты опия отличаются тем, что ни при острой, даже тяжелой интоксикации, ни во время абстиненции, ни при хронической интоксикации психоз не развивается.

Основные подходы к терапии

Острые отравления психоактивными веществами требуют дифференцированного лечения в зависимости от ведущего синдрома. При коматозных состояниях вследствие отравления опиатами, этанолом, барбитуратами, бензодиазепинами назначаются внутривенные инфузии 40% раствора глюкозы[★], флумазенила 0,3 мг, тиамина 25-50 мг, проводится форсированный диурез. При интоксикации опиатами и их аналогами необходимо немедленно начать лечение налоксоном (конкурентным антагонистом опиатных рецепторов, ослабляющим или устраняющим эффекты их агонистов - наркотических веществ) в начальной дозе от 0,4-1,2 мг до 2 мг внутривенно. При внутривенном введении действие препарата начинается в течение первых 2 мин и продолжается 20-45 мин. При повторном ухудшении состояния необходимо дополнительное введение налоксона через 20-30 мин. Возможно комбинирование внутривенного и подкожного введения налоксона. Налоксон применяется при любой тяжести опиатной интоксикации.

Судорожные состояния (генерализованные судороги, судороги отдельных мышечных групп) при интоксикации опиатами, каннабиоидами, этанолом купируются диазепамом внутривенно 10-20 мг, натрия оксибутиратом 20% внутривенно, медленно (1-2 мл/мин), 0,05-0,12 г/кг (содержимое флакона предварительно разводят в 50-100 мл 5-40% раствора глюкозы[★]).

При тяжелом алкогольном опьянении парентерально вводят тиамин 25-50 мг, пирацетам 20%, 9-12 г в сутки.

В случае центрального нарушения дыхания при интоксикации опиатами, этанолом, бензодиазепинами, барбитуратами производят интубацию и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Проводят инфузионную терапию, форсированный диурез.

При лихорадочных явлениях применяют парацетамол до 4 г в сутки, ибупрофен 1200-2400 мг/сут в 3-4 приема.

Основное внимание при лечении абстинентного синдрома уделяют коррекции вегетативных, соматоневрологических симптомов, а также психического компонента синдрома отмены. Проводят медикаментозную дезинтоксикацию, в ряде случаев гемодиализ, гемосорбцию или плазмаферез.

Синдром отмены каннабиоидов проявляется через несколько часов после прекращения их приема и длится около 5 дней. Лечение симптоматическое. При раздражительности, бессоннице, треморе применяют бензодиазепиновые транквилизаторы перорально и парентерально: диазепам 5-10 мг, феназепам* 1-2 мг и др.

Синдром отмены кокаина характеризуется цикличностью проявлений, после нескольких дней «ломки» и следующего за ними светлого промежутка наблюдается рецидив абстинентных явлений. Патогенетического лечения нет. Подавленность, раздражительность, бессонница, характерные для кокаиновой абстиненции, купируются трициклическими антидепрессантами с седативным эффектом - амитриптилином до 100 мг в сутки.

Опиатный абстинентный синдром нередко развивается при лечении проявлений острой интоксикации налоксоном. Введение налоксона - конкурентного ингибитора опиоидных рецепторов, по силе связывания превосходящего героин, - приводит к быстрому удалению из центральной нервной системы любых опиатов. Для купирования алгических явлений, соматовегетативных реакций, бессонницы применяют клонидин (клофелин*) в суточной дозе до 0,9 мг под контролем артериального давления (не ниже 90/60 мм рт.ст.), бензодиазепины, клозапин 100-200 мг в сутки. Клонидин является центральным альфа-адренергическим агонистом, обладающим мощным гипотензивным эффектом, и связан с активацией α_2 -адренорецепторов сосудодвигательного центра продолговатого мозга. Кроме того, клонидин оказывает стимулирующее влияние на адренорецепторы норадренергических нейронов области *locus coeruleus*.

Способность к активации указанной «эмоциогенной зоны» обуславливает свойство клонидина к ослаблению компульсивного влечения к опиатам и снижает интенсивность клинических проявления опийного абстинентного синдрома.

В связи с этим в терапии больных с опийной зависимостью клонидин применяют в составе комплексной терапии, в том числе в комбинации с различными психотропными средствами. Клонидин в сочетании с налоксоном и налтрексоном (антагонистами μ -опиоидных рецепторов) используют при проведении ускоренной опиоидной детоксикации. Поскольку клонидин - мощное гипотензивное средство, при его передозировке нередко возникает коллаптоидное состояние с последующей депрессией дыхательного центра и остановкой дыхания. Поэтому парентеральное введение клонидина должно осуществляться только в стационарных условиях. Резкое прекращение приема клонидина может спровоцировать развитие гипертонического криза, поэтому в период окончания курса лечения препарат отменяют постепенно под контролем АД. При «обычных» же дозировках препарата часто развивается ортостатическая гипотензия со снижением сердечного выброса на фоне синусовой брадикардии.

Основная задача на следующем этапе - терапия аффективных расстройств, нарушений сна. Мишенью психофармакологического воздействия служат, прежде всего, депрессивно-дисфорические состояния, которые тесно связаны с патологическим влечением к психоактивному веществу.

В случае успешного проведения указанных лечебных мероприятий осуществляют поддерживающую, противорецидивную терапию. Следует иметь в виду, что тяга к

наркотикам, как правило, периодически актуализируется либо существует постоянно, временами усиливаясь и ослабевая, в течение 1-1,5 года (Гофман А.Г., 2003).

Для лечения наркоманий применяют следующие препараты:

- клонидин (клофелин[★]) в дозе 0,6-0,9 мг в сутки внутрь - оказывает положительное действие на соматовегетативные расстройства, является антагонистом адренорецепторов ЦНС;

- тиаприд (600 мг в сутки внутримышечно) - уменьшает выраженность алгического синдрома, воздействует на дофаминовые рецепторы;

- клометиазол (геминеврин[★]) в дозе до 2700 мг в сутки внутрь - купирует агрипнические расстройства, действуя опосредованно, через ГАМКергическую систему, на дофаминовую передачу, нормализует баланс катехоламинов;

- норфин[®] (до 0,9 мг в сутки внутримышечно) - частичный агонист μ - и κ -опиоидных рецепторов, благодаря чему оказывает антиалгический эффект; вместе с тем этот препарат способен купировать проявления острой интоксикации за счет своего второго - антагонистического действия;

- налоксон (до 1,8 мг в сутки) - являясь антагонистом опиатов, оказывает аналогичное норфину[®] действие;

- холецистокинин[®] - нейропептид, нормализует нейрхимические процессы в мозге, способствует восстановлению баланса катехоламиновой нейромедиации;

- налтрексон (начальная доза - 50 мг в сутки) - назначают через 2 нед после купирования абстинентного синдрома; препарат блокирует опиатные рецепторы, исключая получение больными наркотической эйфории.

В целях воздействия на патологическое влечение, сопутствующие ему аффективные и психопатоподобные расстройства используют нейрелептики, антидепрессанты, нормотимики. Предпочтение отдают препаратам новых поколений, обладающих меньшим спектром побочных эффектов. Последнее обстоятельство имеет большое значение при длительной терапии наркологических больных.

Важное место занимают психотерапия и мероприятия, направленные на улучшение социального функционирования.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Тест CAGE (си-эй-джи-и) - акроним образован из первых букв ключевых слов каждого вопроса в тесте.

- *Have you ever felt you should cut down on your drinking?*
- *Have people annoyed you by criticizing your drinking?*
- *Have you ever felt bad or guilty about your drinking?*
- *Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (eye-opener)?*

Это простой и хорошо апробированный за рубежом метод выявления хронической алкогольной интоксикации в общемедицинской сети (Огурцов П.П. и др., 1998). Тест прост для заполнения больными, его легко и быстро может оценить врач. Тест содержит всего четыре вопроса, которые равнозначны, требуют только альтернативного ответа, а итоговая оценка складывается по совокупности положительных или отрицательных ответов на каждый из поставленных вопросов.

Вопросник для пациентов по употреблению алкоголя (CAGE).

• Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что Вам следовало бы сократить употребление спиртных напитков?

• Раздражали ли Вас когда-нибудь люди тем, что критикуют Вас за употребление алкоголя?

- Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?
- Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего место употребления алкогольных напитков (опохмелиться)?

Тест CAGE оценивают следующим образом:

- положительный ответ на один из четырех вопросов не дает оснований для конкретных выводов;
- положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении спиртных напитков;
- положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление алкоголя (злоупотребление спиртными напитками);
- положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию зависимости (алкоголизму), следовательно, необходима консультация нарколога;
- отрицательные ответы на все четыре вопроса предполагают либо действительно трезвый образ жизни, либо нежелание дать искренние ответы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Тест AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*, Babor T. et al., 1989; Thomas F. et al., 2001). Классический тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

Скрининговый опросник AUDIT имеет целый ряд преимуществ:

- разработан специально для врачей ОМП;
- его может заполнять не только врач, но и сам пациент;
- широко применяется по всему миру;
- определяет различные уровни потребления: опасное, вредное и зависимость;
- короткий (10 пунктов) и быстрый (5 мин);
- соответствует критериям МКБ-10.

В тесте три вопроса касаются уровня (количества и частоты) потребления спиртного, три - выявляют критерии зависимости от алкоголя и четыре - вред, вызванный алкоголем.

Данный тест был разработан ВОЗ в 1987 г. в целях проведения скрининга на предмет чрезмерного употребления алкоголя, особенно для содействия в выявлении врачами соматической сети лиц, у которых употребление алкоголя опасно для здоровья, и злоупотребляющих алкоголем или страдающих алкогольной зависимостью. AUDIT представляет собой опросник из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя, поведения, связанного с употреблением, а также сочетанных с этим проблем. Ответ на каждый вопрос оценивают баллами - от 0 до 4.

Если испытуемый набирает 7 баллов и меньше, это считают безопасным употреблением алкоголя: риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если человек потребляет не более двух стандартных доз алкоголя в день (это 0,5 л пива, 300 мл вина или 50-60 г водки) и пьет не чаще 5 раз в неделю.

8-15 баллов - опасное потребление алкоголя: установившийся тип потребления, несущий высокий риск будущего ущерба здоровью, физическому или психическому, который еще не привел в результате к заболеванию. Угрожающие паттерны употребления критикуют и не одобряют другие люди, иногда они приводят к социальным последствиям типа домашних конфликтов, финансовых трудностей и опозданий на работу.

16-19 баллов - вредное потребление алкоголя: тип потребления наносит ущерб физическому и психическому здоровью, бывают кратковременные запои с выпадением из нормального хода жизни, таких людей часто критикуют окружающие.

20 баллов и более - синдром зависимости от алкоголя: комплекс симптомов и типов поведения, свидетельствующих о том, что алкоголь занял центральное место в жизни, появились выраженная психическая и физическая зависимость, неконтролируемое употребление спиртного.

Инструкция к тесту

Пожалуйста, ответьте на вопросы теста.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

1. Никогда.
2. 1 раз в месяц или реже.
3. 2-4 раза в месяц.
4. 2-3 раза в неделю.
5. 4 раза и более в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

1. 1-2 стандартные дозы: 30-60 мл 40% водки, или 75-150 мл 17-20% крепленого вина, или 75-150 мл 11-13% сухого вина, или 250 мл - 1 бутылка 5% пива.

2. 3-4 стандартные дозы: 90-120 мл 40% водки, или 225-300 мл 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл 11-13% сухого вина, или 1,5-2 бутылки 5% пива.

3. 5-6 стандартных доз: 150-180 мл 40% водки, или 375-450 мл 17-20% крепленого вина, или 500-600 мл 11-13% сухого вина, или 2,5-3 бутылки 5% пива.

4. 7-8 стандартных доз: 210-240 мл 40% водки, или 525-600 мл 17-20% крепленого вина, или 700-1000 мл 11-13% сухого вина, или 3,5-4 бутылки 5% пива.

5. 10 и более стандартных доз: более 300 мл 40% водки, или более 750 мл 17-20% крепленого вина, или более 1000 мл 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива.

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

1. Никогда.
2. Менее чем 1 раз в месяц.
3. 1 раз в месяц (ежемесячно).
4. 1 раз в неделю (еженедельно).
5. Ежедневно или почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы находили, что неспособны остановиться, начав пить?

1. Никогда.
2. Менее чем 1 раз в месяц.
3. 1 раз в месяц (ежемесячно).
4. 1 раз в неделю (еженедельно).
5. Ежедневно или почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

1. Никогда.
2. Менее чем 1 раз в месяц.
3. 1 раз в месяц (ежемесячно).
4. 1 раз в неделю (еженедельно).
5. Ежедневно или почти ежедневно.

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

1. Никогда.
2. Менее чем 1 раз в месяц.
3. 1 раз в месяц (ежемесячно).
4. 1 раз в неделю (еженедельно).
5. Ежедневно или почти ежедневно.

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?

1. Никогда.
2. Менее чем 1 раз в месяц.
3. 1 раз в месяц (ежемесячно).

4. 1 раз в неделю (еженедельно).
5. Ежедневно или почти ежедневно.
8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?
 1. Никогда.
 2. Менее чем 1 раз в месяц.
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно).
 4. 1 раз в неделю (еженедельно).
 5. Ежедневно или почти ежедневно.
9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?
 1. Никогда.
 2. Да, но это было более чем год назад.
 3. Да, в течение этого года.
10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?
 1. Никогда.
 2. Да, но это было более чем год назад.
 3. Да, в течение этого года.

Ключ к тесту

Баллы начисляют по следующей схеме:

• для вопросов 1-8:

- ответ «1» - 0;
- ответ «2» - 1;
- ответ «3» - 2;
- ответ «4» - 3;
- ответ «5» - 4.

• Для вопросов 9, 10:

- ответ «1» - 0;
- ответ «2» - 2;
- ответ «3» - 4.

Максимально возможная сумма баллов - 40.

Степень алкоголизации и роль врача общей медицинской практики исходя из результата AUDIT

Потребление алкоголя	Критерии	Вмешательство	Роль врача ОМП
Низкое (минимальный риск)	<280 г/нед - М <140 г/нед - Ж AUDIT <8	Первичная профилактика	Культивирование здорового образа жизни, поддержание, образец для подражания (модель)
Опасное	>280 г/нед - М >140 г/нед - Ж AUDIT - 8-15	Простой совет	Выявление, оценка, короткий совет
Потребление алкоголя	Критерии	Вмешательство	Роль врача ОМП
Вредное	>350 г/нед - М >210 г/нед - Ж	Простой совет, краткосрочное	Выявление, оценка, краткосрочное вмешательство

	AUDIT - 16-19	вмешательство с последующим наблюдением	с последующим наблюдением
Вызывающее развитие зависимости	Критерии МКБ AUDIT >20	Специализированное лечение	Выявление, оценка, направление к наркологу или психотерапевту

Пояснения: М - для мужчин; Ж - для женщин.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Скрининг-тест на злоупотребление наркотиками DAST (*Drug Abuse Screening Test*) (Skinner H., 1982).

Тест

1. Принимали ли Вы наркотические вещества без рекомендации врача?
2. Злоупотребляли ли Вы выписанными врачом лекарствами/наркотиками?
3. Злоупотребляли ли Вы одновременно более чем одним прописанным Вам лекарством/наркотиком?
4. Можете ли Вы прожить неделю без лекарств/наркотиков (за исключением тех, которые показаны Вам по медицинским показаниям)?
5. Вы всегда можете прекратить употребление наркотиков, когда захотите?
6. Вы постоянно злоупотребляете лекарствами/наркотиками?
7. Вы пытались контролировать прием наркотиков в определенных ситуациях?
8. Бывали ли у Вас состояния полного отключения или «вспышки пережитого» в результате приема наркотиков?
9. Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо из-за злоупотребления наркотиками?
10. Ваша супруга (супруг) или родители жаловались на употребление Вами наркотиков?
11. Ваши друзья и родственники подозревают, что Вы употребляете наркотики?
12. Создавало ли употребление наркотиков проблемы с Вашей супругой (супругом)?
13. Кто-нибудь из Вашей семьи когда-либо искал помощи в решении проблем, связанных с Вашим употреблением наркотиков?
14. Теряли ли Вы друзей из-за Вашего употребления наркотиков?
15. Приходилось ли Вам игнорировать семью или пропускать работу из-за приема наркотиков?
16. Возникали ли у Вас проблемы на работе из-за злоупотребления наркотиками?
17. Теряли ли Вы работу из-за злоупотребления наркотиками?
18. Вступали ли Вы в драки, находясь под воздействием наркотиков?
19. Подвергались ли вы аресту из-за необычного поведения, находясь под воздействием наркотиков?
20. Задерживали ли Вас из-за управления машиной в состоянии наркотического опьянения?
21. Вовлекались ли Вы в противоправную деятельность, чтобы достать наркотики?
22. Подвергались ли Вы аресту за хранение наркотиков?
23. Испытывали ли вы симптомы отмены после приема наркотиков?
24. Есть ли у Вас медицинские проблемы, связанные с приемом наркотиков (например, нарушения памяти, гепатит, СПИД, судороги, кровотечения и т.д.)?
25. Вы обращались к кому-либо за помощью в связи с проблемой употребления наркотиков?
26. Попадали ли Вы в больницу из-за медицинских проблем, связанных с приемом наркотиков?
27. Участвовали ли Вы в лечебных программах для лиц, употребляющих наркотики?
28. Лечились ли Вы амбулаторно в связи с употреблением наркотиков?

Ключ к тесту

За каждый положительный ответ начисляют 1 балл.

Интерпретация результатов теста: общая сумма 6 баллов и более указывает на проблемы, связанные с употреблением наркотических веществ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Для быстрой диагностики алкоголизма и наркомании у подростков используют тест RAFFT (*Relax, Alone, Friends, Family, Trouble*) (Ewing, 1984) в модификации А.Ю. Егорова. Тест может служить инструментом выявления групп риска в подростковой популяции.

1. Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться (*Relax*), почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?

2. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве (*Alone*)?

3. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей (*Friends*) алкоголь или наркотики?

4. Имеет ли кто-нибудь из Ваших ближайших родственников (*Family*) проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков?

5. Случались ли у Вас неприятности (*Trouble*) из-за употребления алкоголя или наркотических веществ?

Обработка и интерпретация результатов

Положительные ответы на вопросы 1, 2 и 5 оценивают 1 баллом каждый, на вопросы 3 и 4 - по 0,5 балла.

Если в сумме набрано 2 балла и более, уместно предположение о химической зависимости у подростка.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Анкета для раннего выявления родителями химической зависимости у подростка (Змановская Е.В., 2003).

Вопрос	Баллы
I. Обнаруживали ли Вы у ребенка:	
1. Снижение успеваемости в школе в течение последнего года	50
2. Неспособность рассказать Вам о том, как протекает общественная жизнь в школе	50
3. Потерю интереса к спортивным и другим внеклассным мероприятиям	50
4. Частую, непредсказуемую смену настроения	50
5. Частые синяки, порезы, причины появления которых он не может объяснить	50
6. Частые простудные заболевания	50
7. Потерю аппетита, похудение	50
8. Частое выпрашивание у Вас или родственников денег	50
9. Понижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям	50
10. Самоизоляцию, уход от участия в семейной жизни	50
11. Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание магнитофонных записей	50
12. Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения	50
13. Гневливость, агрессивность, вспыльчивость	50
14. Нарастающее безразличие к окружающему, потерю энтузиазма	100
15. Резкое снижение успеваемости	100
16. Татуировки, следы ожогов сигаретой, порезы на предплечьях	100
17. Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергией	100
18. Нарушение памяти, неспособность мыслить логически	100

19. Отказ от утреннего туалета, незаинтересованность в смене одежды и т.п.	100
20. Нарастающую лживость	100
21. Чрезмерно расширенные или суженные зрачки	200
22. Значительные суммы денег без известного источника дохода	300
23. Частый запах спиртного или появление запаха гашиша от одежды	300
24. Потерю памяти на события, происходившие в период опьянения	300
25. Шприцы, иглы, флаконы, закопченную посуду, марганец, уксусную кислоту, ацетон, растворитель	300
26. Неизвестные таблетки, порошки, соломку, травы и т.п., особенно если их скрывают	300
27. Состояние опьянения без запаха спиртного	300
28. Покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы от уколов	300
II. Слышали ли Вы от ребенка:	
1. Высказывания о бессмысленности жизни	50
2. Разговоры о наркотиках	100
3. Отстаивание своего права на употребление наркотиков	200
III. Сталкивались ли Вы со следующим:	
1. Пропажей лекарственных средств из домашней аптечки	100
2. Пропажей из дома денег, ценностей, книг, одежды и т.д.	100
IV. Случались ли с Вашим ребенком:	
1. Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечеринках и т.д.	100
2. Задержание в связи с вождением автотранспорта в состоянии опьянения	100
3. Совершение кражи	100
4. Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков	300
5. Другие противоправные действия, происходящие в состоянии опьянения (в том числе алкогольного)	100

Интерпретация результатов

Если отмечено более 10 признаков и их суммарная оценка превышает 2000 баллов, можно с большой вероятностью предполагать химическую зависимость. Для окончательного разрешения сомнений рекомендуют следующие действия.

- Попытаться вызвать подростка на откровенный разговор (лучше это сделать тому человеку, с которым у подростка доверительные отношения).
- В домашних условиях или лабораторно пройти тестирование на наркотики.
- Срочно обратиться к специалистам (желательно в специализированные центры по профилактике и лечению наркозависимости или к подростковому наркологу, семейному психологу, подростковому психологу, психотерапевту).
- Переключиться на режим оказания помощи подростку со сформированной зависимостью.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАЧИ

1. Какая концентрация алкоголя в крови соответствует тяжелой степени опьянения:
 - а) 10-20 ммоль/л;
 - б) 150-250 ммоль/л;
 - в) 300-500 ммоль/л;
 - г) 5-10 ммоль/л;
 - д) 10-150 ммоль/л?
2. При какой концентрации алкоголя в крови с наибольшей вероятностью может наступить смерть:
 - а) 10 ммоль/л;
 - б) 150 ммоль/л;
 - в) 250 ммоль/л;
 - г) 600 ммоль/л;
 - д) 300 ммоль/л?
3. Признаки первой стадии алкоголизма:
 - а) повышение толерантности;
 - б) запои;
 - в) алкогольный делирий;
 - г) абстинентный синдром;
 - д) алкогольный паранойд.
4. Какие психопатологические феномены не характерны для третьей (энцефалопатической) стадии алкоголизма:
 - а) паранойд;
 - б) психические автоматизмы;
 - в) бред ревности;
 - г) галлюциноз;
 - д) корсаковский психоз?
5. Признаки второй стадии алкоголизма:
 - а) эпизодическое употребление алкоголя;
 - б) снижение толерантности;
 - в) деградация личности;
 - г) утрата критики;
 - д) физическая зависимость.
6. Употребление спиртного в период алкогольной абстиненции способствует:
 - а) возникновению делирия;
 - б) усилению симптомов абстиненции;
 - в) уменьшению психической зависимости;
 - г) уменьшению абстинентных проявлений;
 - д) повышению толерантности.
7. Алкоголь можно считать:
 - а) мягким наркотиком;
 - б) токсическим веществом;
 - в) галлюциногеном;
 - г) веществом, вызывающим синдром зависимости;
 - д) тяжелым наркотиком.
8. Для алкогольного делирия не характерны:
 - а) дезориентировка;
 - б) парейдолии;
 - в) тактильные галлюцинации;
 - г) симптом Липмана;

- д) синдром Кандинского-Клерамбо.
9. При патологическом опьянении сознание нарушено по типу:
- а) амбулаторного автоматизма;
 - б) сопора;
 - в) оглушения;
 - г) сумеречного расстройства;
 - д) онейроида.
10. Типичные проявления алкогольного абстинентного синдрома:
- а) сумеречное помрачение сознания;
 - б) амбулаторный автоматизм;
 - в) систематизированный бред;
 - г) конфабуляции;
 - д) гиперемия кожи и повышенная потливость.
11. К наркотикам относят:
- а) диазепам;
 - б) феназепам[★];
 - в) алкоголь;
 - г) дифенгидрамин (димедрол[★]);
 - д) ноксирон[®].
12. Ненаркотическое средство:
- а) ноксирон[®];
 - б) опиаты;
 - в) тригексифенидил (циклодол[★]);
 - г) гашиш;
 - д) кокаин.
13. Диазепам (седуксен[★]) является:
- а) нейролептиком;
 - б) нормотимиком;
 - в) транквилизатором;
 - г) психостимулятором;
 - д) антидепрессантом.
14. Признаки наркотической зависимости:
- а) гипомнезия;
 - б) делириозное помрачение сознания;
 - в) онейроидное помрачение сознания;
 - г) психосенсорные расстройства;
 - д) психическая зависимость, физическая зависимость, патологическое влечение.
15. Зрительные галлюцинации не возникают при острой интоксикации:
- а) каннабиноидами;
 - б) кокаином;
 - в) героином;
 - г) кетамином;
 - д) тригексифенидилом (циклодолом[★]).
16. Эйфория возникает при интоксикации следующими веществами:
- а) препаратами опия;
 - б) кетамином;
 - в) диазепамом (седуксеном[★]);
 - г) любым из перечисленных;
 - д) ни одним из перечисленных.
17. Галлюцинации не возникают при интоксикации:
- а) парами ацетона;
 - б) кетамином;

- в) героином;
- г) гашишем;
- д) тригексифенидилом (циклодолом^а).

18. Интоксикация героином приводит к возникновению:

- а) седативного эффекта или эйфории;
- б) галлюцинаций;
- в) психосенсорных расстройств;
- г) аментивного помрачения сознания;
- д) бреда воздействия.

19. К наркотическим веществам с преимущественно стимулирующим действием относят:

- а) героин;
- б) метадон;
- в) кокаин;
- г) диазепам (седуксен^а);
- д) кетамин.

20. Облигатные признаки синдрома наркоманической зависимости:

- а) труднопреодолимая тяга с синдромом отмены;
- б) бред;
- в) помрачение сознания;
- г) галлюцинации;
- д) расстройства памяти.

21. Наркотик с преимущественно седативным действием:

- а) ЛСД;
- б) первитин^б;
- в) кокаин;
- г) марихуана;
- д) героин.

Ответы

1-в; 2-г; 3-а; 4-б; 5-д; 6-г; 7-г; 8-д; 9-г; 10-д; 11-д; 12-в; 13-в; 14-д; 15-в; 16-г; 17-в; 18-а; 19-в; 20-а; 21-д.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Женщина, 24 года, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, повышенную потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появились тревога, подавленность, двигательное беспокойство; пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

- Назовите симптомы, синдромы.
- Как можно определить настоящее состояние больной, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
- Какая стадия заболевания у больной?
- Каковы основные признаки данной стадии?
- Показана ли в данном случае неотложная госпитализация?

2. Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания возникает раздражительность, снижается настроение, определяется сильная тяга к спиртному. Для достижения насыщения ему необходимы все большие дозы алкоголя, он инициатор употребления алкоголя в компании, стремится сам произносить тосты, учащая прием алкоголя. Часто забывает отдельные события предыдущего застолья.

- Назовите симптомы.
- Сформулируйте диагноз.
- Как называется стадия болезни, наблюдаемая у больного?

- Каковы признаки данной стадии?
- Каковы расстройства памяти в данном случае?

3. Стаж алкоголизации у больного Н. - около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникают сердцебиение, боли в области сердца, повышенная потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, понижение аппетита.

- Определите ведущий синдром.
- Назовите стадию заболевания.
- Назовите основные признаки этой стадии.
- Какие психозы могут возникать на этой стадии?
- Есть ли основания для неотложной госпитализации больного?

4. Больной К., 46 лет, перенес тяжелый психоз, возникший через 4 дня после очередного запоя. Он сопровождался отрывочными зрительными галлюцинациями, тревогой. Больной находился в пределах постели, речь была бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, отсутствовали все рефлексы, кроме зрачкового. После выхода из психоза отмечены резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.

- Назовите симптомы.
- Каков наиболее вероятный диагноз?
- Каковы признаки стадии заболевания, отмечающейся у больного?
- Какой психоз отмечен после выхода из делирия?
- Какова степень делирия?

5. Подросток, 17 лет, в течение 3 лет систематически употребляет алкоголь. Стремится собрать компанию, постоянно ищет повод выпить. Порой забывает моменты прошедшей выпивки. Постоянно увеличивает дозы алкоголя.

- Какие симптомы алкоголизма присутствуют у данного больного?
- Назовите стадию болезни.
- Каковы признаки этой стадии?
- Какие расстройства памяти можно выявить у больного?
- Какие симптомы будут свидетельствовать о переходе болезни в следующую стадию?

6. Больной злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, больной пьет по несколько дней подряд. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

- Назовите ведущее расстройство.
- Сформулируйте диагноз.
- Каковы признаки данной стадии заболевания?
- Какой характер носят запои, наблюдаемые у больного?
- Какие еще расстройства могут возникать на этой стадии?

7. Больной П., 18 лет, с 13 лет курит ананашу, употребляет ЛСД, экстази, амфетамины. В 16 лет, в драке, получил черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал повышенную утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Иногда употреблял ЛСД. Однажды пришел домой в опьянении, испытывал страх, который сменялся экстатическим состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком цвете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».

- Назовите симптомы.
- Установите диагноз.

- Каков характер употребления психоактивных веществ?
- К какой группе (с юридической точки зрения) относят используемые больным препараты, помимо алкоголя?

- Какие расстройства восприятия были у больного?

8. Больной Н., 28 лет, употребляет алкоголь с 14 лет. В последние 5 лет пьет запоями. Очередной запой длился 2 нед. Через 3 дня после его прекращения ухудшился сон. На 6-й день возникли тревога, беспокойство, видел «рогатых людей», которые изменялись в размерах, то приближались, то удалялись. Несколько раз пытался выброситься из окна.

- Назовите симптомы.
- Каков основной синдром настоящего состояния?
- Сформулируйте диагноз.
- Каковы признаки стадии заболевания?
- Показана ли неотложная госпитализация?

9. Мужчина, 37 лет, с 20 лет злоупотребляет алкоголем. В последние годы пьет в течение суток многократно, малыми порциями. Снижена болевая чувствительность в нижних конечностях, нарушена походка. Не может назвать текущий день, месяц, забывает то, что происходило минуту назад.

- Ваше диагностическое заключение.
- Симптомы заболевания.
- Основное расстройство памяти.
- Стадия алкоголизма.
- Признаки этой стадии.

10. У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом, вводимым внутривенно, на фоне прекращения его приема отмечены насморк, слезо- и слюнотечение, чиханье, мучительные, длительные болевые ощущения в костях и суставах. Интоксикация проявляется в виде седации, чувства радости, блаженства, сонливости.

- Установите предположительную форму наркомании/токсикомании.
- Определите состояние больного.
- Назовите симптомы.
- Какие аффективные расстройства есть у больного?

• Какие еще способы введения данного психоактивного вещества используют больные?

11. У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом с внутривенным введением, через несколько месяцев злоупотребления сформировался абстинентный синдром. Абстиненция протекала крайне тяжело и проявлялась болью в крупных суставах, трудностью засыпания; больной был возбужден, тревожен, отмечались приступы агрессии, подавленность, озноб и профузная потливость, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные припадки.

- Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- Назовите симптомы, наблюдаемые у больного.

12. У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом в течение месяца, еще не сформировался развернутый абстинентный синдром с вегетативно-алгической симптоматикой. Интоксикация проявляется подъемом настроения и активности. Однако во время перерыва в употреблении вещества возникают внезапная раздражительность, периоды подавленного настроения с заторможенностью, сильной слабостью, сонливость с одновременными трудностями засыпания.

- Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- Назовите симптомы, наблюдаемые у больного.
- Какова стадия расстройства?

13. Больной с патологическим влечением к определенному психоактивному веществу в целях усиления эйфории принял большую, чем обычно, дозу препарата. На фоне интоксикации развился онейроидный шизофреноподобный психоз.

- Установите предположительную клиническую форму наркомании/токсикомании.
- Какова вероятность появления симптомов абстиненции?
- Какие препараты относят к галлюциногенам?
- Какие еще психоактивные вещества могут вызвать появление галлюцинаций?
- Чем отличаются галлюцинации при вдыхании летучих растворителей?

14. После внутривенного введения психоактивного вещества у больного возникло ощущение блаженства, избытка жизненных сил; он чувствовал разливающееся по телу тепло, ощущение поглаживания и зуда кожи, необычную легкость в теле. Замедлилось течение мыслей. Эти симптомы быстро сменились ускорением мышления, повышением настроения с чувством радости. Впоследствии появились многоречивость, избыток энергии, суетливость, импульсивность. После этого отмечены замедленность движений и речи, чувство безысходности и бесцельности существования, сонливость.

- Какое психоактивное вещество принимал больной?
- Какие виды аффективных расстройств отмечены у больного?
- Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?
- К какому типу (с клинической и юридической точек зрения) относят данное психоактивное вещество?

• Какое тяжелое осложнение возникает при передозировке данным психоактивным веществом?

15. При интоксикации психоактивным веществом, вводимым интраназально, у больного появляется выраженная двигательная активность, отсутствует чувство усталости. Препарат вводит регулярно в течение нескольких часов и даже дней. При увеличении дозы может возникнуть состояние, близкое к делирию, онейроиду, а также судорожные припадки. После прекращения приема, через несколько дней, появляется глубокая депрессия. Стимулирующая активность данного вещества настолько высока, что больной вынужден прибегать к комбинированному приему седативных препаратов, в том числе опиатов.

- Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
- Назовите симптомы интоксикации.
- Какой ведущий симптом обнаруживают в структуре абстиненции и какова его степень?

• В чем главная опасность абстинентного состояния при употреблении этого психоактивного вещества?

- К какому классу (клинически и юридически) относят это вещество?

16. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Потом он вместо него начал принимать другое психоактивное вещество. Состояние интоксикации данным препаратом характеризуется повышенным настроением с благодушием, беззаботностью, расторможенностью, снижением чувства дистанции. Нарушена артикуляция, походка шаткая. Впоследствии наступает глубокий сон. В состоянии абстиненции преобладают тревога, меланхолическая и дисфорическая депрессия, нарушения сна. Через несколько лет от начала употребления у больного появились расстройства памяти, снижение критики.

- Психоактивное вещество какой группы употребляет больной?
- В чем состоит опасность передозировки?
- Как называется аффективное состояние в момент интоксикации?
- Как называется конечное состояние вследствие длительного употребления этого препарата?

- Относят ли данное вещество к наркотикам?

17. У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата

появились, в числе прочего, диарея с тенезмами, болью в жевательных мышцах, ринорея и ознобы.

- Какие симптомы описаны?
- Какие синдромы определяют указанное состояние?
- При каких расстройствах можно наблюдать эту клиническую картину?
- Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
- Каковы лечебные рекомендации?

18. Больной однократно принял незнакомое ему ранее психоактивное вещество. На фоне интоксикации развилось состояние, в котором больной видел преследующие его воздушные шары, ощущал копошение червей в животе.

- Какие симптомы описаны?
- Какой синдром определяет описанное состояние?
- При каких расстройствах можно наблюдать эту клиническую картину?
- Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
- Каковы лечебные рекомендации?

Ответы

1.

• Вегетативная дисфункция, тревожная депрессия, психомоторное возбуждение, суицидальные тенденции.

- Атипичное алкогольное опьянение.
- Алкоголизм, вторая стадия.
- Запой, абстиненция.
- Да.

2.

• Эмоциональная лабильность, депрессия, патологическое влечение к спиртному, повышение толерантности, симптом опережения круга.

- Алкоголизм, первая стадия.
- Невротическая.
- Психическая зависимость, повышение толерантности.
- Палимпсесты.

3.

- Нейровегетативный вариант абстинентного синдрома.
- Вторая стадия.
- Запой, абстиненция.
- Делирий, галлюциноз, параноид.
- Нет.

4.

- Галлюцинации, возбуждение в пределах постели, сопор, амнезия, дизлексия.
- Мусситирующий делирий. Алкоголизм, вторая стадия.
- Запой, абстиненция, делирий.
- Энцефалопатия Гайе-Вернике.
- Тяжелая.

5.

- Повышение толерантности, патологическое влечение.
- Первая стадия.
- Психическая зависимость, повышение толерантности.
- Палимпсесты.
- Запой, абстиненция.

6.

- Запой.
- Алкоголизм, вторая стадия.
- Запой, абстиненция.

- Псевдозапой.
- Психозы (делирий, галлюциноз, параноид).

7.

• Церебрастения, экстатическая мания, тревожная депрессия, наплыв мыслей, галлюцинации, суицидальные тенденции.

• Полиморфное психотическое расстройство вследствие употребления галлюциногенов.

- Сочетанный.
- Наркотики.
- Галлюцинации, дереализация.

8.

• Тревожная депрессия, диссомния, истинные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение.

- Аффективно-бредовый.
- Алкогольный делирий. Алкоголизм, вторая стадия.
- Запой, делирий.
- Да.

9.

- Корсаковский психоз.
- Полинейропатия, амнезия.
- Фиксационная амнезия.
- Третья стадия алкоголизма.
- Снижение толерантности, расстройство памяти.

10.

- Опиная наркомания.
- Абстинентное состояние.
- Вегетативные симптомы, алгии, сенестопатии.
- Гипомания.
- Интраназальный.

11.

- Барбитуровая токсикомания.
- Ажитация.
- Дисфория.
- Алгии.
- Вегетативные расстройства.

12.

- Кокаинизм.
- Дисфория.
- Депрессия.
- Астения.
- Начальная.

13.

- Зависимость от галлюциногенов.
- Возникновение абстиненции не характерно.
- ЛСД, псилоцибины.
- Кокаин, тригексифенидил (циклодол^а).
- Галлюцинаторные образы примитивны, отражают содержание мультфильмов, бывают зоопсии.

14.

- Опиаты.
- Экстатическая мания, мания, тоскливая депрессия.
- Ассоциативные расстройства, колебания настроения, парестезии.

- Наркотик.
 - Остановка дыхания.
- 15.
- Кокаин.
 - Двигательное возбуждение, повышенное настроение, гипербулия.
 - Тяжелая депрессия.
 - Суицид.
 - Наркотик.
- 16.
- Транквилизатор.
 - Сопор, кома.
 - Эйфория.
 - Психоорганический синдром.
 - Нет.
- 17.
- Измененная форма потребления, физическая зависимость.
 - Синдром зависимости, абстинентный синдром.
 - Синдром зависимости от опиоидов.
 - Неблагоприятный.
 - Психотерапия [миртазапином (ремероном^а), зуклопентиксолом (клопиксолом^а), налтрексоном (антаксоном^а)], психотерапия, активная ресоциализация.
- 18.
- Зрительные и висцеральные галлюцинации, бред преследования.
 - Галлюцинаторно-бредовый синдром.
 - Острая интоксикация галлюциногенами.
 - Относительно благоприятный.
 - Дезинтоксикационная терапия, психотерапия (кветиапином).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Алкоголизм: Руководство / Под ред. Иванца Н.Н., Винниковой М.А. -МИА, 2011. - 856 с.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. - ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 264 с.
3. Гавенко В.А., Самардакова Г.А., Кожина А.М. и др. Наркология: учебник. - Ростов н/Д.: Феникс, 2003. - 288 с.
4. Гофман А.Г. Клиническая наркология. - М.: Миклош, 2003. - 214 с.
5. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Наркология. Учебное пособие. - ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 240 с.
6. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1 / Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - 712 с.
7. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: МИА, 2008. - 944 с.
8. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании, токсикомании: клиника, течение, терапия). - М.: Мед-практика-М, 2002. - 238 с.
9. Шаленкова М.А., Михайлова З.Д., Пикулев Д.В. Алкогольное поражение внутренних органов. Учебное пособие для врачей. - НГМА Нижний Новгород. - 2015. - 166 с.

Дополнительная

1. Александров А.А. Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в условиях общемедицинской практики: Учебно-методическое пособие. - Минск, 2007. - 29 с.

2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология: Учебное пособие. - М.: Медицина, 1990.- 336 с.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольное бремя соматического стационара. - Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. - 160 с.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М.: Медицина, 1994. - 642 с.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. - Л.: Медицина, 1991. - 304 с.
6. Огурцов П.П., Покровский А.Б., Успенский А.Е. Комплекс «неинвазивных» методов выявления хронической алкогольной интоксикации. Алкоголь и здоровье населения России. - М., 1998. - С. 167-173.
7. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. - Л., 1973. - 392 с.
8. Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи. - М.: РБФ НАН, 2011. - 56 с.
9. Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные, юридические коллизии // Сборник материалов I Международной междисциплинарной (заочной) научно-практической конференции, 1 марта 2013 г. (Интернет-чтения 01.03-25.03.2013 г.: \у\у.форумздравэкспо.рф) - Ростов н/Д: РостГМУ, 2013.
10. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, 2001.
11. Шайдукова Л.К. Классическая наркология (для студентов, интернов, ординаторов и врачей): Учебно-методическое пособие. - Казань: Ин-т истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2011.