

**М.Л.АГРАНОВСКИЙ, З.А.ГАЗИЕВА,  
В.М.АГРАНОВСКИЙ**

# **АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ. НАРКОМАНИИ**

*(ПРАКТИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ)*

Допущено Главным управлением учебных заведений Министерства здравоохранения и Министерством высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан в качестве учебного пособия для студентов медицинских институтов.

Открытое акционерное общество  
«ANDIJON NASHRIYOT-MATBAА »

2007

**Авторы:**

**М.Л.Аграновский** - доктор медицинских наук, профессор, действительный член Нью-Йоркской Академии наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института.

**З.А.Газиева** - ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института.

**В.М.Аграновский** – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института.

**Рецензенты:**

**Б.А.Ташматов** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр Республики Узбекистан.

**Т.И.Исмаилов** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии Среднеазиатского педиатрического института.

**У.Х.Алимов** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей, главный психиатр Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

**Аграновский М.Л., Газиева З.А., Аграновский В.М.**

**Алкоголизм и алкогольные психозы. Наркомании.** (Учебное пособие для медицинских институтов) – Андижан, ОАО «Andijon nashriyot-matbaa», 2007 г. 116 стр.

Данное учебное пособие состоит из трёх глав, в которых рассматриваются актуальные проблемы современной наркологии, а именно вопросы алкоголизма, алкогольных психозов и наркомании. Весь материал изложен в соответствии с требованиями МКБ-10 (DSM-IV).

Пособие содержит 7 графологических структур и 4 таблицы по дифференциальной диагностике, а также 9 иллюстраций больных. В конце каждой главы приводятся контрольные тесты и клинические задачи.

Предназначается для студентов медицинских институтов, магистров, врачей-психиатров и наркологов.

Библиотека им. Бабура  
Андижанской области

56.14  
А – 26

© М.Л.Аграновский, З.А.Газиева,  
В.М.Аграновский

© ОАО «Andijon nashriyot-matbaa»,  
2007

## ВВЕДЕНИЕ

Первое предположение о том, что алкоголизм является болезненным состоянием, известно давно, однако многие вопросы этиологии, патогенеза, клиники оставались неясными. Только в последние годы в результате комплексных научных исследований более рельефно выкристаллизовались факторы, которые в совокупности с данными об особенностях действия этилового спирта на организм человека, определяют этиологию заболевания, более понятен стал патогенез, накопился опыт лечения, улучшился прогноз. Все это позволило сформулировать понятие алкогольной болезни. Одновременно появилась определенная завершенность в понимании наркоманий и токсикоманий с биологической точки зрения.

Все это ускорило выделение из психиатрии самостоятельной отрасли – наркологии, объединяющей следующие нозологические формы болезней: алкоголизм, наркоманию и токсикоманию. Каждое из названных заболеваний (особенно наркомания и токсикомания) имеет различный набор симптомов, ведущие этиологические (морфин, гашиш, барбитураты, бензин, толуол, ацетон и др.) и патогенетические факторы и т.д.

В связи со сказанным возникает необходимость с позиций сегодняшнего дня раскрыть **предмет наркологии**, оговорив, что отнесено к компетенции наркологии и соответственно наркологической службы. Наркология в современном понимании – отрасль медицинской науки, изучающая проявления, этиологию и патогенез алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, медицинские, психологические, социальные и правовые аспекты этих проблем и разрабатывающая методы их предупреждения и лечения.

Из этого определения вытекают следующие задачи, стоящие перед наркологией:

- изучение социальных, физиологических и психологических факторов, являющихся совместно с этанолом, наркотическими и токсикоманическими средствами, ведущими в этиологии алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;
- исследование генетических, биохимических, эндокринологических, экзогенных и других факторов, влияющих на патогенез этих заболеваний;
- поиск наиболее рациональных приемов и методов профилактики и лечения, в том числе и принудительного лечения;
- построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений;
- определение влияния больного на микросоциальное окружение и среды на отдельную личность;
- анализ причин смертности;
- изучение заболеваемости болезненности алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;
- сравнительный анализ распространенности алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в пространстве (отдельных странах, регионах, континентах мира), во времени (в историческом аспекте и современном обществе);
- планирование и организация наркологической помощи населению;
- юридические и правовые вопросы наркологии.

## ГЛАВА I

### *АЛКОГОЛИЗМ*

**АЛКОГОЛИЗМ** — заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков; проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности.

Хронический алкоголизм – заболевание, характеризующееся синдромом зависимости от алкоголя, т.е. совокупностью симптомов, вызванных чрезмерным и длительным потреблением алкоголя, в результате которого наступают специфические соматические и нервно-психические расстройства и возникают социальные конфликты.

Заболевание представлено совокупностью трех синдромов:

- синдром измененной реактивности;
- синдром психической зависимости;
- синдром физической зависимости.

Формирование хронического алкоголизма, как болезни, длительный и необратимый процесс при условии постоянного злоупотребления алкоголем.

Выделяют три стадии алкоголизма:

- 1 – начальная (неврастеническая);
- 2 – развернутая (наркоманическая);
- 3 – конечная (энцефалопатическая). Заболевание формируется за период 5-10 лет.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.** Развитие алкоголизма определяют несколько факторов:

1. Социальные факторы (алкогольные обычаи, традиции, алкогольное воспитание, высокая толерантность населения к алкоголю, установка государства).

2. Психологические факторы. Алкоголизм чаще развивается у людей, неуверенных в себе, сомневающих, склонных к депрессивным реакциям. Чтобы снять это напряжение, человек принимает алкоголь.

3. Физиологические факторы. Врожденная ферментная недостаточность в совокупности определяет биологическую ранимость к алкоголю.

4. Наследственные факторы. В последние годы убедительно доказано влияние наследственной отягощенности алкоголизмом (особенно среди родственников I степени родства) на развитие заболевания.

В патогенезе играет роль расстройство обмена веществ. Приемы алкоголя способствуют выбросу в кровь и разрушению нейромедиатора норадреналина. При систематическом приеме алкоголя выброс норадреналина повышается, становится постоянным. На этом фоне прекращение введения извне спиртного приводит к тому, что продуцирование норадреналина продолжается, а утилиза-

ция задерживается. В результате в гипоталамусе, среднем мозге, накапливаются дофамины, которые и принимают участие в формировании и развитии абстинентного синдрома.

**К Л И Н И К А.** Возникает вследствие регулярного употребления спиртных напитков, однако, полностью сформировавшись, может продолжать развиваться и при воздержании от алкоголя. Характеризуется четырьмя синдромами, последовательное развитие которых определяет стадии болезни. **Синдром измененной реактивности:** изменение переносимости спиртных напитков, исчезновение защитных реакций при передозировке алкоголя, способность к систематическому употреблению спиртного и извращение его действия, амнезии на период опьянения. **Синдром психической зависимости:** влечение к опьянению — так называемое психическое обсессивное (навязчивое), психический дискомфорт в трезвом состоянии и улучшение психических функций в состоянии опьянения. **Синдром физической зависимости:** физическая (неудержимая) потребность в опьянении, потеря контроля за количеством выпитого спиртного, проявления абстиненции, улучшение физических функций в состоянии опьянения. **Синдром последствий хронической интоксикации** в психической, неврологической, соматической сферах и в социальной деятельности. Психические последствия: астения, психопатизация, снижение личности (огрубение, утрата интересов, нравственных ценностей), аффективные расстройства (колебания настроения, депрессии, дисфории) с агрессивностью и суицидальными тенденциями, в далеко зашедших случаях — деменция (слабоумие); характерное проявление — так называемый алкогольный юмор (плоский, грубый, бестактный); могут возникать психотические состояния — острые (делириозный, галлюцинаторно-параноидный синдромы) и хронические (галлюциноз, бред ревности, корсаковский психоз). Неврологические последствия: острые мозговые (так называемые дисциркуляторно-токсические синдромы) — эпилептиформный, Гайе — Вернике, мозжечковый, стриопаллидарной недостаточности; периферические невриты, атрофия зрительного, слухового нервов (особенно при употреблении суррогатов). Соматические последствия: поражение сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудка, печени и поджелудочной железы, почек (см. приложение 2 к части II), полигландулярная недостаточность эндокринной системы, иммунное истощение.

Высока заболеваемость, смертность (укорочение жизни на 15—20 лет). Характерны травматизм (нередко с отставленным обращением за помощью с целью сокрытия опьянения), снижение трудоспособности (вследствие беспечности, нарушения дисциплины, отсутствия желания работать, потери навыков, бестолковость, суетливость). Время появления синдрома последствий хронической интоксикации зависит не только от стадии болезни, давности и степени злоупотребления алкоголем, но и от конституциональной ранимости отдельных систем организма; социальные последствия — от условий труда и быта.

**Продром.** На фоне бытового пьянства уменьшаются токсические признаки опьянения (в том числе и наутро — головная боль, разбитость, отсутствие аппе-

тата, расслабленность); снижается седативное действие алкоголя; и в опьянении, и в трезвом состоянии поднимаются жизненный тонус, двигательная активность, настроение; не нарушаются аппетит, сон, половая сфера. Прием алкогольных напитков в светлое время суток не вызывает дискомфорта; сохраняются чувство насыщения в опьянении, рвота при передозировке, но наутро после передозировки исчезает отвращение при воспоминании о спиртном. Подъем жизненного тонуса может сменяться длительными периодами раздражительности, конфликтным состоянием или состоянием агрессии (что снимается в состоянии опьянения).



Иллюстрация № 1. Вид больного в алкогольной коме.

**Первая стадия** (длительность от 1 года до 4—5 лет). Синдром измененной реактивности: возрастание в 4—5 раз переносимости спиртного, способность ежедневного приема высоких доз, исчезновение рвоты при передозировке, выраженный активирующий эффект спиртного при сохраненном седативном, забывание отдельных эпизодов периода опьянения (палимпсесты). Синдром психической зависимости: постоянные мысли о спиртном, подъем настроения в предвкушении выпивки, чувство неудовлетворенности в трезвом состоянии. Влечение еще

поддается контролю. В умеренной степени опьянения психические функции ускоряются, но некоторые из них - с утратой качества (напр., поверхностность, отвлекаемость при расширенном объеме внимания). Синдром физической зависимости отсутствует, синдром последствий интоксикации может ограничиваться астеническими проявлениями, временными соматоневрологическими дисфункциями с неспецифической симптоматикой.

Граф. схема 1

**Вторая стадия** (длительность 5—15 лет). Синдром измененной реактивности: максимальная переносимость спиртного; пьянство ежедневное, перерывы объясняются внешними обстоятельствами (отсутствие денег, конфликт) и создают впечатление периодичности — так называемые псевдозапой. Седативный эффект алкоголя исчезает, наблюдается только активирующий. Палимпсесты сменяются полной амнезией конца опьянения при внешней упорядоченности поведения. В отличие от амнезии у неалкоголика, возникающей при сопорозном опьянении с обездвиженностью; вначале амнезия возникает при приеме высоких доз. Синдром психической зависимости: психическое благополучие зависит от постоянства интоксикации; в трезвом состоянии — дезорганизация психической деятельности, неспособность к умственной работе; влечение, занимавшее мысли, определявшее умонастроение и чувства, теперь подавляется интенсивной физической зависимостью. Синдром физической зависимости: неудержимое

влечение к алкоголю, диктующее поведение, искажающее представления о нравственных ценностях, взаимоотношениях.

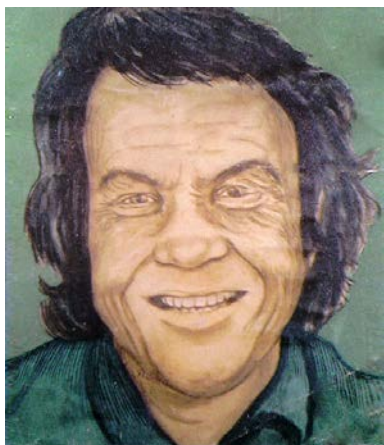
В трезвом состоянии больной расслаблен, подавлен, раздражителен, неробоспособен. Прием спиртного восстанавливает физические функции, но утрата контроля обычно ведет к чрезмерному опьянению. Резкий обрыв пьянства вызывает абстинентный синдром в форме симпатико-тонического перевозбуждения в психической и соматоневрологической сферах: экзофтальм, мидриаз, гиперемия верхней части туловища, пастозность, крупный горячий пот, тремор пальцев, кистей рук, языка, век, серо-коричневый, густой налет на языке, тошнота, рвота, послабление кишечника, задержка мочи, отсутствие аппетита, бессонница, головокружение и головная боль, боль в области сердца, печени. Нарастание тревоги, ночное беспокойство, судорожный припадок могут быть предвестниками острого психоза.

Синдром последствий интоксикации в психической сфере представлен снижением уровня личности, потерей творческих возможностей, ослаблением интеллекта, психопатизацией, аффективными расстройствами. Бредовые идеи ревности, высказываемые вначале только в состоянии опьянения, в дальнейшем могут перейти в стойкий бред, крайне опасный для больного и его близких. При неврологическом исследовании отмечаются невриты, скотомы, сужение полей зрения, снижение слуха на определенные частоты, атактические расстройства, нистагм, нарушение точности и координации движений, возможны мозговые острые синдромы. При соматическом исследовании — поражение сердечно-сосудистой системы, печени и др. Любое интеркуррентное заболевание, травма, оперативное вмешательство могут осложниться острым алкогольным психозом (делириозный синдром). Высокая переносимость алкоголя создает перекрестную толерантность к некоторым средствам для наркоза.

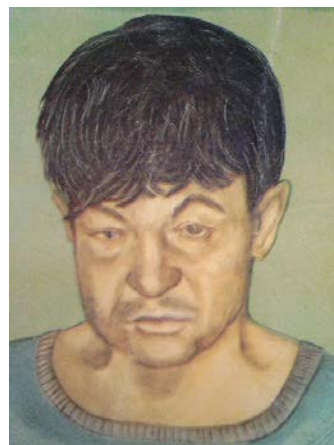
**Третья стадия** (длительность 5—10 лет). Синдром измененной реактивности: снижение переносимости спиртного. Многодневное пьянство заканчивается психофизическим истощением (истинные запои) с последующим воздержанием от нескольких дней до нескольких месяцев, возможно сохранение систематического (ежедневного) пьянства, глубокое опьянение достигается малыми дозами. Активирующее действие алкоголя снижается, он лишь умеренно выравнивает тонус, практически каждое опьянение заканчивается амнезией. Синдром психической зависимости: выраженность симптоматики незначительна ввиду наступивших к этому времени грубых психических изменений. Синдром физической зависимости: неудержимое влечение определяет жизнь больного; отсутствие количественного контроля в сочетании с упавшей переносимостью нередко приводит к смертельным передозировкам. Интенсивное влечение проявляется и утратой ситуационного контроля (нет критики по отношению к месту, обстоятельствам, компании собутыльников), чему способствует наступившая утрата интеллектуальных возможностей.

**Абстинентный синдром** представлен в основном вегетативными расстройствами: вялость, обездвиженность, падение сердечно-сосудистого тонуса, блед-

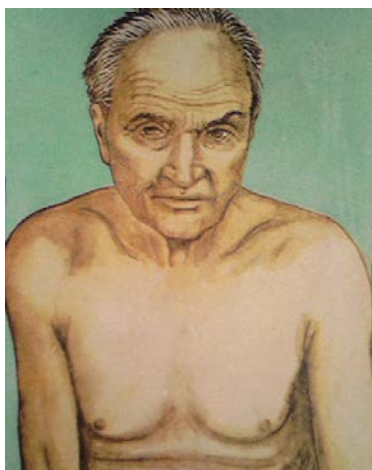
ность, цианоз, холодный пот, запавшие глаза, заострившиеся черты лица, мышечная гипотония, атактические нарушения (вплоть до невозможности самостоятельно передвигаться). Синдром последствий интоксикации: не только функциональные, но и органические поражения жизненно важных систем, в генезе которых, помимо собственно токсического воздействия, играют роль обменно-трофические расстройства, энзимопатии, нейромедиаторная дисрегуляция и пр. Наблюдаются опустошение психики, утрата эмоциональной гаммы, примитивные аффекты (жестокость, злоба), проявление которых смягчается



**Иллюстрация № 2. Больной с первой стадией алкоголизма**



**Иллюстрация № 3. Больной со второй стадией алкоголизма**



**Иллюстрация № 4. Больной с третьей стадией алкоголизма.**

лишь падением возбудимости и волевым обеднением. Колебания эмоционального фона чаще выглядят как дисфории, а не как депрессии. Деменция нередко представлена псевдопаралитическими проявлениями. Возможны хронический галлюциноз, алкогольная паранфрения и бред ревности. Больной не способен к организованной продуктивной деятельности, нуждается в помощи и контроле. При неврологическом исследовании — энцефалопатии и полиневриты; до 20% старых пьяниц страдают эпилептическим синдромом, иногда развивается острый синдром Гайе — Вернике, опасный для жизни. Соматическое обследование обнаруживает патологию всех систем и органов; характерно

сочетание кардиомиопатии и поражения печени.

Диагностические критерии алкогольной зависимости представлены в таблице №1.

<b>Таблица 1. Диагностические критерии алкогольной зависимости</b>
Злоупотребление алкоголем, приводящее к клиническим расстройствам и социальной дезадаптации и сопровождающееся некоторыми из следующих призна-



КОВ.
1. Развитие толерантности к алкоголю: постепенное нарастание дозы, вызывающей опьянение, заметное ослабление эффекта от привычных доз, сравнительно нормальное поведение при такой концентрации этанола в крови, которая вызывала бы значительные нарушения у непьющего или малопьющего человека.
2. Появление алкогольного абстинентного синдрома.
3. Необходимость приема алкоголя для облегчения абстинентного синдрома.
4. Неспособность регулировать дозу алкоголя и продолжительность его потребления (утрата самоконтроля).
5. В анамнезе — неоднократные безуспешные попытки бросить пить.
6. Постоянный поиск алкоголя, длительные периоды восстановления после его употребления.
7. Невозможность нормально выполнять домашние и служебные обязанности.
8. Неоднократное употребление алкоголя в рискованных ситуациях (например, за рулем или перед работой, требующей хорошей координации движений и быстрых реакций).
9. Полное или частичное прекращение профессиональной деятельности, сужение круга интересов.
10. Совершение незаконных действий в нетрезвом виде и осложнение отношений с окружающими.
11. Продолжающееся потребление алкоголя, несмотря на осознание неблагоприятных последствий этого.
DSM-IV Options Book: Work in Progress. Copyright, American Psychiatric Association, 1993. Представляется, что как для практической, так и для научной работы эти критерии полезнее, чем общие указания, приведенные в DSM-IV.

**Диагноз.** Больные выглядят старше своих лет, волосы взлохмаченные, тусклые. Лицо вначале равномерного розоватого цвета (что в сочетании с пастозностью производит впечатление «распаренности»), с годами становится гиперемированным. При воздержании гиперемия постепенно исчезает, и на фоне бледности проступают телеангиэктазии на крыльях носа, щеках, шее, верхней части груди. Тургор кожи утрачен. Тонус мышц восстанавливается при приеме спиртного. Расслабленность круговой мышцы рта придает особый облик мимической слабости, волевой распушенности. Часто отмечается небрежность в одежде, нечистоплотность.

Многосистемность поражений дает возможность врачам всех специальностей ставить диагноз алкоголизма. По данным европейских авторов, от 20 до 40% всего коечного фонда занято больными алкоголизмом и лицами, состояние которых утяжелилось вследствие злоупотребления спиртными напитками. Поведение алкоголика в стационаре характерно: беззаботность, легкомыслие, отсутствие адекватной реакции на свое состояние и чувства дистанции в общении с персоналом, другими пациентами, нарушение режима, в том числе употребление спиртных напитков; визиты нетрезвых посетителей.

Не только частые обращения больного к врачу (при алкоголизме до 10—12 обращений в год), но и особенности его поведения и личности должны помочь участковому врачу заподозрить алкоголизм и направить больного на консультацию к наркологу. Наличие в семье психосоматических расстройств, невротизация и даже психопатизация непьющего супруга с большой частотой встречаются в семьях алкоголиков. Показательна патология детей, что замечают внимательные педиатры. Женщины-алкоголички, продолжающие употребление спиртных напитков во время беременности, рожают так называемый алкогольный плод (алкогольный синдром плода) с грубыми морфологическими нарушениями: неправильные размеры головы и соотношения головы, тела, конечностей, лицевой и мозговой частей черепа; шарообразные или глубоко посаженные глаза, широкая переносица, утопленное основание носа, недоразвитие челюстных костей, укорочение трубчатых костей и т. д.

Дети злоупотребляющих алкоголем родителей часто страдают врожденной малой мозговой недостаточностью (избыточная подвижность, отсутствие сосредоточенности, стремление к разрушению, агрессивность), у них замедляется или оказывается неудовлетворительным моторное, психическое развитие, овладение практическими навыками. Во всех случаях при пьянстве родителей дети растут в психотравмирующей ситуации, обнаруживают признаки невротизации (логоневроз, энурез, ночные страхи), расстройства поведения (упрямство, агрессивность, побеги из дома) и эмоций (тревога, депрессия, суицидальные попытки); психическое развитие их нарушено, обязательны трудности обучения и контактов со сверстниками.

**Лабораторный анализ** подтверждает факт хронической алкогольной интоксикации: высокая и колеблющаяся при 2-3-кратном в течение 7-10 дней активность комплекса ферментов ГГТ, АСТ, АЛТ (наиболее часто и значительно повышается активность ГГТ в сочетании с АСТ); колебания активности свидетельствуют в пользу интоксикационной природы отклонений и позволяют отличить их от ферментопатий как соматической патологии. При воздержании в периоде бытового пьянства или продрома активность ферментов возвращается к норме; сформированное заболевание удерживает высокую активность ГГТ, АЛТ и АСТ до полугода. В далеко зашедших случаях алкоголизма ферментные показатели нередко остаются в пределах нормы (истощение функциональных ответов), но на этом этапе болезни диагноз затруднений не вызывает. Показателем

хронической алкогольной интоксикации служит и увеличение корпускулярного объема эритроцитов.

**Л Е Ч Е Н И Е** - проводится в наркологических диспансерах и больницах, в специализированных отделениях и палатах психиатрических больниц врачами-наркологами и психиатрами. Задачами лечения являются снятие абстинентного синдрома, последствий интоксикации, подавление влечения, создание невозможности (сенсбилизация, условно-рефлекторное отвращение) употреблять спиртное, изменение отношения к пьянству (психотерапевтическая переориентация, гипноз). Отказ от лечения требует принудительного направления в ЛТП. Лечение в общемедицинской сети нерезультативно. Исключение составляют острые соматоневрологические расстройства, интеркуррентные заболевания. Больным алкоголизмом противопоказано симптоматическое назначение успокаивающих и снотворных средств ввиду опасности политоксикомании.

В общемедицинской сети возможны случаи развития острого алкогольного психоза, который должен быстро купироваться введением больного в сон (в/в тизерцин, седуксен, элениум, другие бензодиазепины, 2-4-кратная терапевтическая доза барбитуратов; в/м галоперидол, хлорпротиксен, триседил, литические смеси с аминазином, амитриптилин; оксибутират натрия перорально и в/в, хлоралгидрат в клизме); при этом необходима дегидратация и поддержание сердечно-сосудистой деятельности.

Прогноз зависит от давности и интенсивности злоупотребления, вида спиртных напитков, приема суррогатов, характера последствий интоксикации. Смерть наступает в результате декомпенсации жизненно важных систем в связи с запоем, эксцессом, абстинентным состоянием, интеркуррентными заболеваниями, при которых смертность алкоголиков в 3-4 раза превышает среднюю. Антиалкогольное лечение лишь на определенном этапе приостанавливает развитие болезни. В запущенных случаях психическая и соматоневрологическая инвалидизация нарастает, несмотря на воздержание от спиртных напитков, вследствие возникшего дефицита нейроэндокринной регуляции, глубоких расстройств обмена веществ, питания, органной патологии (атрофия мозговой ткани, дисфункция печени, поджелудочной железы и т. д.). Прогноз не улучшается при начале злоупотребления в зрелом возрасте, так как здесь соматоневрологические нарушения нередко опережают развитие собственно алкогольной наркоманической симптоматики и психических расстройств.

Граф. схема 2

**Таблица 2.**

**Программа «Двенадцать ступеней» общества «Анонимные алкоголики»**

1. Признаем, что оказались бессильны перед алкоголем и полностью попали под его власть.
2. Верим, что только высшая сила способна нам помочь.
3. Вверяем свою жизнь и волю Богу, как каждый из нас понимает Его.

4. Без страха и самообмана пытаемся разобраться в себе.
5. Полностью осознаем свои пороки и признаем их перед Богом, собой и другими людьми.
6. Готовы к тому, чтобы Бог избавил нас от пороков.
7. Смиренно просим Бога помочь нам исправиться.
8. Вспоминаем всех, кому причинили зло, и готовы покаяться перед ними.
9. Просим прощения у всех, кому причинили зло, и пытаемся исправить содеянное, если только эти наши попытки не будут новым злом.
10. Продолжаем раздумья о себе и своих поступках, признавая все ошибки.
11. Через молитву и размышления пытаемся приблизиться к Богу, моля Его научить нас Своей воле и дать силы ее выполнить.
12. Придя через эти ступени к духовному преображению, во всех делах своих будем следовать им и поделимся своим знанием с братьями по несчастью.



## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной М., 27 лет. Преморбид без особенностей. 10 лет назад начал употреблять алкоголь при неприятностях на работе. Заметил, что в состоянии алкогольного опьянения чувствует приятную расслабленность, «снятие напряженности, все проблемы кажутся легко разрешимыми». С целью «разрядки» стал употреблять алкоголь до 2-3 раз в неделю, принимал участие в застольях, искал и находил повод для выпивки. Через некоторое время заметил, что прежние дозы алкоголя не вызывают желаемого эффекта, стал пить больше и чаще. Утратил чувство меры, не мог остановиться на определённой дозе, напивался до средней, порой, до тяжёлой степени опьянения. При употреблении больших доз не отмечались тошнота, рвота. На другой день после выпивки наблюдалось плохое самочувствие, но желания опохмелиться не было. Отмечает, что стал забывать некоторые события, имевшие место в период опьянения. «Алкоголиком» себя не считает, но согласен лечиться, «чтобы не спиться в будущем».

☉ **Перечислите ведущие признаки заболевания. Установите нозологический диагноз. Стадия заболевания? Обоснование.**

2. Больной И., 34 года. Отец страдает хроническим алкоголизмом. Употребляет алкоголь с юношеских лет. После смерти матери стал пить запоями, испытывал сильное влечение к алкоголю. После двухнедельного запоя попал в вытрезвитель. На следующий день не помнил, при каких обстоятельствах туда попал. В течение нескольких дней пытался удержаться от употребления алкоголя – не смог заснуть, дрожал, болела голова, чувствовал слабость, сердцебиение.

В отделении: ориентировка сохранена, настроение подавленное. Отмечается повышенная потливость, тахикардия. Тоны сердца приглушены, явления экстрасистолии. Язык сухой, густо обложен коричневым налётом. Руки дрожат. Печень увеличена, плотная. Разлитой красный дермографизм.

**☉ Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Стадия алкоголизма? Лечебные мероприятия?**

3. Больной К., 43 года. В течение 15 лет злоупотребляет алкоголем. Неоднократно принимал противоалкогольное лечение. Последний запой длился 2 недели. На высоте запоя перестал спать по ночам, испытывал страх, тревогу, убегал из дома, прятался, обращался в милицию за помощью. В отделении больницы: правильно ориентирован в своей личности, но не знает, где находится, не смог назвать дня недели. Многоречив, мышление отрывочное, неусидчив, суетлив. Руками «вытягивает» изо рта несуществующую нить, видит «бородатых мужчин, у которых страшные рожи». Испуганно смотрит на пол, где «бегают мыши и крысы», пытается их поймать. В соматическом статусе отмечается тремор языка, рук, всего тела. После назначения детоксикации больной уснул. Через двое суток состояние улучшилось. О пережитом сохранилось воспоминание.

**☺ Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Методы купирования болезни?**

4. Больной Б., 29 лет. Употребляет спиртные напитки с 16 лет. Абстинентный синдром сформировался к 24 годам. Последние 3 года пьёт запоями, отмечается амнезия периода опьянения. Изменился по характеру, стал крайне подозрительным и недоверчивым. Приходя домой, скандалит с женой, обвиняя её в супружеской неверности. Подозрения о неверности жены усиливаются в периоды абстиненции. После очередного запоя заявил жене, что «соседи говорят о её плохом поведении», стал проверять постельное бельё, заявлял, что жена принимает любовников в его отсутствие, становился злобным, напряжённым, грозил жене расправой. По ночам не спал, «слышал как за окном говорят об измене жены». В таком состоянии пытался совершить убийство, госпитализирован в психиатрическую больницу, где продолжал утверждать, что его жена плохая женщина и её следует наказать, иначе она с любовником отравят его.

**☉ Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Клинический диагноз? Назначьте лечение.**

5. Больной Н., 50 лет, страдает хроническим алкоголизмом в течение 20 лет. Ранее дважды перенёс алкогольный психоз. Поступил в психиатрическую больницу после длительного запоя.

В отделении: состояние крайне тяжёлое. Лежит в постели, отрешённо глядя в потолок, на вопросы не отвечает, не реагирует. Беспокоен в пределах постели, перебирает руками одеяло, снимает невидимые нити с себя, что-то бормочет.

Соматически: крайне истощён, кожа сухая, шелушащаяся, губы запекшиеся, глаза тусклые. Тахикардия, резкие перепады А/Д, дыхание поверхностное, прерывистое, пульс нитевидный, слабого наполнения.

**☺ Опишите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз. Клинический диагноз. Рекомендуйте лечение.**

6. Больной К., 45 лет. Злоупотребляет алкоголем в течение 25 лет. Ранее неоднократно находился на противоалкогольном лечении. В течение 3-х лет нигде не работал, с женой развёлся 5 лет назад, никаких связей с семьёй не поддерживает, живёт один, добывая средства к существованию продажей вещей из дома и мелким воровством. Пьёт постоянно, чаще в одиночку. Пьянеет от незначительной дозы алкоголя или суррогатов. Отмечается тотальная амнезия периода опьянения. При воздержании от алкоголя отмечается выраженный тремор всего тела, нарушение координации движений, колебания А/Д, коллаптоидные состояния, судороги, выраженные диспептические расстройства, бессонница, страх, кошмарные сновидения.

Внешне истощен, выглядит старше своих лет, кожа дряблая, сухая. Страдает хроническим гепатитом, кардиопатией, полиневритом.

В психическом статусе: беспечен, благодушен, суждения примитивны, память ослаблена, речь невнятная, дизартричная.

☉ **Определите стадию хронического алкоголизма. Обоснуйте диагноз.**

7. Больной К., 37 лет. Отец алкоголик. Злоупотребляет спиртными напитками в течение 15 лет. В последние три года появились запои, во время которых не выходит на работу. Употребляет до 2-х литров алкоголя в течение дня, не может остановиться и регулировать дозу. Наутро не помнит обстоятельств вчерашнего дня, испытывает неприятные ощущения в области сердца, потливость, сердцебиение, сухость во рту, отсутствие аппетита, головные боли. Лицо одутловатое, отёкшее, склеры инъекцированы, отмечается крупноразмашистый тремор пальцев рук, ног, всего тела. Состояние улучшается после приёма 200 грамм алкоголя. Сон с кошмарными сновидениями, поверхностный. Вне приёма алкоголя конфликтен, раздражителен, груб, развязен, циничен. К работе относится формально, имеет ряд административных и дисциплинарных взысканий. Критики к своему состоянию нет, во всём обвиняет окружающих, себя алкоголиком не считает, заявляет, что «пьёт как все».

☺ **Перечислите болезненные симптомы. Определите стадию алкоголизма. Нозологический диагноз? Методы лечения?**

8. Больной С., 47 лет, злоупотребляет алкоголем и другими алкогольсодержащими веществами в течение многих лет. Трижды перенёс алкогольные психозы. Обнаруживает признаки алкогольной деградации личности. Страдает хроническим гепатитом и язвенной болезнью желудка. Госпитализирован в связи с неправильным поведением.

В стационаре: не может назвать дня недели, числа, месяца, года. Не знает своего домашнего адреса. Не мог «вспомнить» имя жены, детей, не запоминает имени врача, что ел за завтраком. События детства помнит относительно хорошо. Пробелы памяти заполняет различными фантастическими вымыслами, эйфоричен, беспечен, склонен к плоским шуткам.

В неврологическом статусе: мышцы ног и рук несколько атрофированы, отмечается болезненность по ходу нервных стволов.

☉ **Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз?**

9. Больной И., 42 года, состоит на учёте в наркодиспансере в течение 8 лет по поводу хронического алкоголизма. После запоя не спал в течение двух суток. На третьи сутки за окном услышал голоса мужчин, которые его пугали, называли алкоголиком, заявляли, что его надо расстрелять, отравить. Эти же голоса комментировали его поведение, смеялись над ним.

В стационаре: охотно рассказывает о пережитом, подробно описывает содержание «голосов», просит врача помочь. Ориентировка сохранена. После проведённого лечения состояние улучшилось, выписан с критикой к перенесённому психозу.

☺ **Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Лечение?**

10. Больной М., 52 года. Алкогольными напитками злоупотребляет в течение 23 лет. Живет один, с женой в разводе. Не работает. Запой носят систематический характер. Пьёт в основном вино, пьянеет от незначительного количества алкоголя. В стационар доставлен с улицы.

В отделении: выглядит старше своих лет. Отмечается амнестическая дезориентировка. Нарушена память на текущие события. Заявил, что сегодня утром прилетел на самолёте из Ташкента, хотя никогда не бывал в Ташкенте.

Отмечается цирроз печени, кардиопатия. Невропатолог диагностировал полиневриты.

☉ **Перечислите симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Лечение?**

## Т Е С Т Ы

1. Ранними признаками алкоголизма являются следующие, кроме:

- а) палимпсесты;
- б) развитие физической зависимости;
- с) исчезновение защитных знаков;
- д) повышение толерантности;
- е) утрата количественного контроля.

2. Активное лечение алкоголизма включает следующие, кроме:

- а) условно-рефлекторная терапия;
- б) сенсibiliзирующая терапия;
- с) дезинтоксикационная терапия;
- д) гипнотерапия;
- е) инсулино-шоковая терапия.

3. Для алкогольного делирия характерно всё, кроме:

- а) аллопсихическая дезориентировка;
- б) истинные галлюцинации;
- с) симптом карфологии;
- д) развивается на 2-3 стадии алкоголизма;
- е) двигательное беспокойство.

4. Для Корсаковского психоза характерна следующая симптоматика, кроме:

- а) конфабуляции;
- б) псевдореминценции;
- с) полиневриты;
- д) не сопровождается атрофией мышц;
- е) фиксационная амнезия.

5. Признаками 3-й стадии алкоголизма являются все, кроме:

- а) развитие абстинентного синдрома;
- б) компульсивный характер влечения к алкоголю;
- с) хронические алкогольные психозы;
- д) алкогольная деменция.

6. В патогенезе алкоголизма ведущую роль играют следующие факторы, кроме:

- а) наследственный фактор;
- б) психологический фактор;
- с) социальный фактор;
- д) нарушение синтеза ГАМК;
- е) физиологический фактор.



7. *Лечение алкогольных психозов не включает в себя:*

- а) дезинтоксикация;
- б) психотерапия;
- с) витаминотерапия;
- д) аминазин;
- е) галоперидол.

8. *Отметить алкогольный психоз, отличный от нижеперечисленных:*

- а) острый алкогольный галлюциноз;
- б) острый алкогольный параноид;
- с) делирий;
- д) психоз Корсакова;
- е) алкогольный психоз Гайе-Вернике.

9. *Какое помрачение сознания наблюдается при острой алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике:*

- а) аментивноподобное;
- б) сумеречное;
- с) делириозное;
- д) онейроидное.

10. *Основным сквозным симптомом алкоголизма является:*

- а) снижение психоэнергетического потенциала;
- б) патологическое влечение к алкоголю;
- с) аффективные нарушения;
- д) снижение интеллекта;
- е) нарушения мышления.

## ГЛАВА II

### *АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ*

Металкогольные психозы – это затяжные и хронические нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств, возникающих на II-III стадиях алкоголизма.

Металкогольные психозы развиваются у 10% больных хроническим алкоголизмом, чаще у мужчин (в соотношении 4:1).

Максимальная заболеваемость алкогольными психозами приходится на возраст 36-44 года у мужчин и 45-49 лет у женщин. Психозы у мужчин возникают значительно чаще, чем у женщин.

Металкогольные психозы – затяжные и хронические нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств, возникающие во второй и третьей стадии развития алкоголизма.

Было установлено, что психозы развиваются преимущественно тогда, когда в результате длительной интоксикации поражаются внутренние органы и нарушается обмен. Часто развитию психозов предшествуют дополнительные соматические и психические вредности.

### **ПАТОГЕНЕЗ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ**

Ведущим в патогенезе металкогольных психозов является нарушение обменных и нейровегетативных процессов. В первую очередь это относится к алкогольным делириям и энцефалопатиям. Постоянные при них поражения печени приводят к нарушению её антитоксической функции и последующему токсическому поражению центральной нервной системы, прежде всего диэнцефальных отделов, недоокисленными метаболитами белково-липидного обмена. Добавочные соматические вредности, очень часто предшествующие развитию психозов, усиливают проявления токсикоза. Это приводит к нарушениям нейровегетативной регуляции и функции гипофизарно-надпочечниковой системы. Очень большое значение, особенно при алкогольных энцефалопатиях, имеет нарушение витаминного баланса. Особо важное место занимает В<sub>1</sub>-гиповитаминоз. Недостаточность витамина В<sub>1</sub> приводит к резкому нарушению углеводного обмена, особенно в головном мозге, в котором углеводы служат важнейшим энергетическим ресурсом. При делириях и энцефалопатиях наблюдается также недостаточность витамина В<sub>6</sub>, что способствует нарушению функции центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Дефицит витаминов С, Р и группы В приводит к увеличению проницаемости капилляров и способствует развитию гемодинамических нарушений в головном мозге. Патогенез других металкогольных психозов почти неизвестен. Отмечена роль добавочных органических вредностей, в первую очередь, черепно-мозговых травм и

конституциональных факторов в развитии сложных, атипичных и затяжных алкогольных психозов.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ**

Развиваются 2 группы психозов: острые и хронические.

### **1. Острые психозы:**

- а) алкогольный делирий;
- б) острый алкогольный галлюциноз;
- в) острый параноид;
- г) острая энцефалопатия Гайе-Вернике.

### **2. Хронические психозы:**

- а) хронический параноид;
- б) хронический галлюциноз;
- в) хронический бред ревности;
- г) хронический психоз Корсакова.

## **КЛИНИКА МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ ОСТРЫЕ ПСИХОЗЫ ДЕЛИРИЙ**

Делирий («белая горячка», delirium tremens) – самая частая форма, составляющая 1/2-3/4 и более всех металкогольных психозов. Возникает не раньше 5 лет злоупотребления алкогольными напитками; 64% случаев «белой горячки» приходится на возраст 40-50 лет, 22% - до 40 и 14% - старше 60 лет.

Алкогольный делирий («белая горячка») составляет до 83% всех острых алкогольных психозов. Он развивается на 2-5 сутки после резкого прекращения запоя на высоте алкогольного абстинентного синдрома. Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, последующие возникают и после непродолжительных периодов пьянства.

В продроме, продолжающемся дни, недели и даже месяцы, преобладают расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативные симптомы, а днём астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги. У женщин постоянно выявляются депрессивные расстройства. Продромальный период может отсутствовать. Делирий развивается чаще всего (в 89% случаев) через 2-4 дня после прекращения пьянства, на фоне выраженных похмельных расстройств или при обратном их развитии. В 10-19% случаев развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки; возможны эпизоды вербальных иллюзий или образного бреда.

### **Стадии делирия**

В развития делирия можно выделить ряд стадий, психопатологические особенности которых во многом совпадают со стадиями «лихорадочного делирия».

**Начальная стадия делирия.** Эта стадия характеризуется появлением, обычно к ночи, общей взбудораженности, при которой больные становятся говорливыми, непоседливыми, их высказывания становятся непоследовательными, иногда бессвязными. Наступает гиперестезия на различные раздражители, в первую очередь, на тактильные, например, лёгкое прикосновение заставляет больных вздрагивать. Настроение легко меняется. Подавленность. Беспокойство или боязливость легко сменяются эйфорией, восторженностью или даже вспышками безудержного веселья. Такое изменение в состоянии больных при одновременном усилении вегетативных симптомов (в том числе гиперемия лица), тремора и бессонницы указывает с определённой ясностью на наступление «белой горячки».

Граф. схема 3



**Иллюзорная стадия.** Эта стадия характеризуется появлением зрительных иллюзий. Они то немногочисленны и обыденны по содержанию, то множественны и способны принимать формы парейдолий. Встречаются лишённые объёмности зрительные галлюцинации с сохранением известного критического отношения к ним. При закрывании глаз возникают гипногагические зрительные иллюзии. Их появление сопровождается чувством страха. Сон беспокойный, с кошмарными сновидениями. В дальнейшем развивается полная бессонница. Больные очень внушаемы. В этой стадии отмечаются «внушённые» галлюцинации. Например, при надавливании на закрытые глаза можно вызвать соответствующие вопросу зрительные галлюцинации (симптом Липмана).

**Стадия полного развития делирия (галлюцинаторная).** Характеризует появление наряду с иллюзиями истинных зрительных галлюцинаций. Преобла-

дают уменьшенные (микроскопические), в основном зооптические галлюцинации: больные видят различных насекомых и мелких животных, рыб, змей. Характерны также зрительные галлюцинации в виде паутины, нитей, спиралей, струй воды, которые меняются в размерах и быстро трансформируются. Поведение больных соответствует содержанию галлюцинаций. Появление других галлюцинаций – слуховых, обонятельных, термических, тактильных, в частности локализующихся в полости рта, - свидетельство углубления делириозного помрачения сознания. Часто наблюдаются расстройства, проявляющиеся нарушением координации положения тела в пространстве. Характерна ложная ориентировка в месте, которую особенно легко выявить при наводящих вопросах. Самосознание (сознание своего «я») всегда сохранено.

При углублении психоза наблюдаются симптомы **профессионального делирия**. Обычно клиника психоза ограничивается стадией полного развития без появления симптомов профессионального бреда. В 90% случаев делирий протекает непрерывно; в остальных случаях наблюдается 2-3 делириозных приступа, разделённых «светлыми промежутками», продолжительностью около суток. Продолжительность алкогольного делирия составляет в основном от 2 до 8 суток, чаще всего 5 суток.

#### Граф. схема 4

Чаще всего выздоровление наступает критически после глубокого сна, значительно реже – постепенно. Делирий во всех случаях завершается астенией. Критическое отношение к своему состоянию восстанавливается постепенно, или сразу. У мужчин на выходе из психоза нередко наблюдается резидуальный бред, у женщин – субдепрессивные и депрессивные состояния.

Делирий всегда сопровождается неврологическими и соматическими расстройствами: тремор с фибрилярными подёргиваниями мышц, атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия. Постоянно встречается гиперемия кожных покровов, особенно лица, потливость, тахикардия, колебания артериального давления, одышка, увеличение печени, желтушность склер. Температура чаще всего субфебрильная, но в ряде случаев достигает 39-40 °С.

Больные жалуются на головные боли. Приблизительно у 5% больных во время делирия возникают судорожные припадки.

**Редуцированный делирий.** Отличается от классического делирия кратковременностью, подострой психотической симптоматики и её фрагментарностью и неразвёрнутостью формы проявления. Психоз длится несколько часов. Иллюзорные, галлюцинаторные, аффективные расстройства нестойки и определяют поведение больного на короткое время. При этом не возникает нарушение ориентировки. В отдельных случаях клиника редуцированного делирия ограничивается гипногагическими расстройствами восприятия с частичной утратой ориентировки, неврологическая ориентировка не выражена.

**Атипичный смешанный делирий.** Клиника указанного варианта включает в себя симптоматику, более свойственную для эндогенных психозов. На высоте развития делирия возникают идеаторные и двигательные автоматизмы, бред воздействия, сенестопатические и ипохондрические бредовые идеи.

Атипичные проявления констатируют ещё в стадии начального развития делирия в виде деперсонализационных расстройств с нарушениями схемы тела, чувства уже виденного, дереализационных расстройств и появлением симптомов бредового восприятия в структуре элементов чувственного бреда.

Особенностью атипичного делирия является преобладание в клинике вербальных галлюцинаций – голоса комментируют и предвосхищают события. Характерным является множественность тактильных галлюцинаций, сенестопатических расстройств. Интерпретация ощущений носит бредовый характер и включает в себя мысли о преследовании и воздействии на больного с помощью лазеров, тока, гипноза.

Глубина помрачения сознания при атипичных делириях незначительна.

**Тяжёлые делирии.** Развитию тяжёлых вариантов делирия предшествует, как правило, ежедневное длительное (многомесячное или многолетнее) употребление спиртных напитков или суррогатов алкоголя.

В начальной развёрнутой стадии делирия обращает на себя внимание наличие двух прогностически неблагоприятных клинических форм патокинеза: 1. Сочетания у одних больных нарушений пространственно-временного ориентирования, а также иллюзорных расстройств восприятия с двигательной и аффективной неподвижностью, сменяющейся аменцией. 2. Наличие у других больных трансформации классического делирия в профессиональный и мусситирующий делирий.

Неблагоприятными прогностическими признаками, указывающими на возможность возникновения тяжёлых вариантов делирия, являются повышение температуры (до 38-39 °С), резкое усиление тремора, появление миоклонических подёргиваний, развитие в части случаев тяжёлого психомоторного возбуждения.

**Профессиональный делирий.** Проявляется так называемым бредом занятий – в бреде больной имитирует свою профессиональную деятельность. Обычно полностью амнезируется, иногда в памяти остаются отдельные факты, относящиеся к началу психоза. Вслед за профессиональным делирием могут возникать переходные синдромы в форме транзиторного дисмнестического, Корсаковского синдрома или псевдопаралича.

**Мусситирующий делирий.** Чаще сменяет профессиональный делирий, значительно реже – «классический». Больные отрешены от окружающего. Двигательное возбуждение ограничивается пределами постели. Преобладают простейшие двигательные акты – неуверенное ощупывание, разглаживание, хватание. Частые миоклонические подёргивания отдельных мышечных групп и хореоформные гиперкинезы придают такому возбуждению «неврологическую» окраску. Речь представляет собой набор отдельных восклицаний, слогов, между-

метий, звуков. Утяжеление состояния сопровождается оглушением сначала днём, а впоследствии и ночью. После выздоровления весь период делирия амнезируется.

Оба варианта тяжёлого делирия всегда сопровождаются выраженными соматоневрологическими расстройствами. Отмечаются тахикардия или брадикардия, резкие перепады артериального давления (чаще понижение), вплоть до развития тяжёлых коллаптоидных состояний. Дыхание поверхностное, прерывистое, неровное, учащенное. Сильный гипергидроз, особенно на верхней половине туловища, сопровождается обезвоживанием организма, олигурией, вплоть до анурии. Гипертермия может достигать 40-41<sup>0</sup>С. Из неврологических симптомов наблюдаются атаксия, дизартрия, тремор, гиперкинезы, рефлекс орального автоматизма, глазные симптомы, различные нарушения мышечного тонуса, патологические стопные рефлексы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига.

### Варианты делирия

1. **Гипногагический делирий** ограничивается многочисленными, яркими, в ряде случаев сценopodobными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании и при закрывании глаз. Сопровождается нерезким страхом, реже аффектом удивления и соматовегетативными симптомами. В ряде случаев при возникновении галлюцинаций больные переносятся в иную, созданную этими расстройствами обстановку. При открывании глаз или пробуждении критическое отношение к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу и в соответствии с этим нарушается поведение больных. Гипногагический делирий длится 1-2 ночи и может смениться иными делириозными картинами или формами острых металкогольных психозов.



Иллюстрация № 5. Алкогольный делирий (рисунок больного).

2. **Гипногагический делирий фантастического содержания** (гипногагический ониризм) возникает в тех же условиях, что и предыдущий вариант. Отличается фантастическим содержанием обильных чувственно-ярких зрительных галлюцинаций, сценopodobностью галлюцинаторных расстройств с последовательной сменой одной ситуации другой. Зрительные галлюцинации исчезают при открывании глаз, а затем вновь возникают так, что развитие галлюцинаторного эпизода не прерывается. Преобладающий аффект – интерес, удивление, боязливое восхищение. Дезориентировка в окружающем – постоянное явление. Продолжительность и возможность видоизменения сходны с обычным гипногагическим делирием.

3. **Делирий без делирия** во многом соответствует описанному J. Salum (1972) синдрому дрожания. Возникает остро. Преобладает суетливое возбужде-

ние с выраженным тремором и потливостью. Сенсорные и бредовые расстройства отсутствуют или рудиментарны. Бывает преходящая дезориентировка в окружающем. Делирий длится 1-3 дня. Возможен переход в развёрнутые делириозные состояния.

4. **Абортивный делирий** определяется развитием необильных, а в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и микроскопических галлюцинаций, не создающих впечатление определённых, а тем более законченных ситуаций, как при развёрнутых формах делирия. Встречаются акоазмы и фонемы. Преобладает однообразный аффект тревоги или страха. Рудиментарные бредовые расстройства (недоверие, подозрительность, опасения) в некоторых случаях сопровождаются бредовой защитой. Возникает непродолжительное двигательное возбуждение. Ориентировка во времени может быть нарушена. Продолжительность не превышает одни сутки.

5. **Делирий с онирическими расстройствами** (алкогольный ониризм). Психопатологические симптомы развиваются в определённой последовательности. Сначала возникает гипнагогический ониризм, сменяющийся через несколько часов, самое большее через двое суток, иным состоянием. Нарастает не исчезающая и днём идеомоторная заторможенность. Больные часами сидят или лежат, не меняя позы. Явления кататонии отсутствуют. На вопросы больные отвечают односложно. Аутопсихическая ориентировка остаётся сохранной. Иногда можно получить и правильные ответы на простые вопросы, касающиеся происходящего вокруг, хотя внешне больные выглядят отрешёнными. Отдельные ответы свидетельствуют о расстройствах фантастического содержания. На лице попеременно возникают удивление, страх, заинтересованность, напряжённая сосредоточенность. Описанные симптомы манифестного психоза исчезают после многочасового глубокого сна. Общая продолжительность всех психических расстройств не превышает недели. На основании последующего достаточно подробного самоописания болезненного состояния можно восстановить характер и последовательность имевшихся расстройств. Со слов больных можно установить, что гипнагогический ониризм сменяется по мере развития психоза расстройствами, которые можно квалифицировать как ориентированный и полный ониризм. В период ориентированного ониризма возникающие в сознании больных сцены фантастического содержания временами переплетаются с окружающими событиями. При развитии полного ониризма содержание сознания определяется только одними фантастическими представлениями. Самосознание остаётся сохранным на всём протяжении психоза. Делирий с онирическими расстройствами отличается от фантастического делирия преобладанием чувственно-ярких галлюцинаций, симптомов субступора и ступора.

## **ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

Острый алкогольный галлюциноз как и делирий возникает во второй стадии алкоголизма после длительной алкоголизации на высоте абстинентного син-



дрома. В отличие от алкогольного делирия острый алкогольный галлюциноз чаще встречается в среднем и пожилом возрасте и несколько чаще у женщин, чем у мужчин. Продолжительность бывает от нескольких часов до нескольких недель, но не более 1 месяца.

Слуховые галлюцинации в форме акаозмов и фонем при остром галлюцинозе появляются вечером или ночью на фоне бессонницы или короткого беспокойного сна. Они возникают периодически, сопровождаясь то тревогой, двигательным беспокойством, диффузной бредовой настроенностью, то удивлением, любопытством. Среди физических симптомов преобладают вегетативные нарушения. Вначале словесные галлюцинации обычно неотчётливы, имеют преимущественно нейтральное содержание и не адресуются непосредственно к больному.

Возникновение собственно галлюциноза, сопровождается выраженным аффектом недоумения (растерянностью), напряжённой тревогой и приступами страха, а также двигательными расстройствами и бредом.

Обычно больные слышат голоса большого числа людей, значительно реже – одного-двух человек. Голоса то говорят и спорят о больном между собой, упоминая о нём в третьем лице, то обращаются непосредственно к нему. Их речь часто имеет императивное содержание, но иногда они высмеивают, дразнят или издеваются. В отличие от больных с делирием при вербальном галлюцинозе отсутствует повышенная внушаемость, поэтому воздействовать на содержание слышимого не удаётся. Сам больной всегда становится заинтересованным участником развёртывающихся галлюцинаторных ситуаций. Его погружённость в их мир и отрешённость от окружающего резко усиливается тогда, когда возникает сценopodobный поливокальный галлюциноз, представляющий собой последовательно меняющиеся галлюцинаторные ситуации, связанные единой основной темой. Содержание бредовых идей всегда тесно связано с преобладающими слуховыми галлюцинациями, то есть развивается галлюцинаторный бред преследования, физического уничтожения, обвинения, эротический и т.д.



**Иллюстрация № 6.**  
**Вид больного с алкогольным**



**Иллюстрация № 7. Галлюцинаторные переживания больного с алкогольным психозом.**

## **галлюцинозом.**

Аффект на высоте галлюциноза определяется напряжённой тревогой, отчаянием, страхом. Поведение обычно соответствует галлюцинациям и бреду. Достаточная сохранность ориентировки в окружающем на протяжении всего психоза, свидетельствует о том, что галлюциноз протекает при ясном сознании.

Психические расстройства обычно исчезают критически, после глубокого сна.

### **Подострые (протрагированные, затяжные) галлюцинозы**

Продолжительность здесь больше – от одного до шести месяцев, бывают случаи длительностью до одного года. Чаще всего подострые галлюцинозы продолжаются 2-3 месяца. В анамнезе больных с подострыми галлюцинозами часто встречаются острые алкогольные психозы, в основном галлюцинозы, и значительно реже делирии. Симптоматика дебюта в подострых случаях чаще совпадает с наблюдаемой при «классическом» галлюцинозе. Различия возникают позже и обычно связаны либо с присоединением к галлюцинозу выраженных депрессивных или бредовых расстройств, либо с тем, что вербальные галлюцинации приобретают стойкость без склонности к редукции и начинают определять клиническую картину. По преобладанию в картине затянувшегося галлюциноза выделяют три основных варианта галлюциноза: подострый галлюциноз с преобладанием вербальных галлюцинаций, с преобладанием депрессивного аффекта, сочетающийся с бредом.

Подострый галлюциноз с преобладанием вербальных галлюцинаций имеет много сходного с началом «классического» острого галлюциноза. В дальнейшем происходит редукция аффективных расстройств и бреда. Поведение больных либо остаётся достаточно упорядоченным с начала заболевания, либо быстро нормализуется. Критическое отношение к болезненным переживаниям обычно сохранено, поэтому больные нередко сами обращаются за медицинской помощью.

Подострый галлюциноз с преобладанием депрессивного аффекта определяется вербальным галлюцинозом, развивающимся на его основе бредом и двигательным возбуждением, сочетающимися с аффектом напряжённой тревоги и страха. В дальнейшем появляется подавленность, достигающая выраженной тоски, а в поведении – малая подвижность, отгороженность от окружающих, отсутствие инициативы и интереса к чему бы то ни было. Иногда появляются эпизоды депрессивного субступора. Редукция психоза происходит постепенно, начиная с аффективных расстройств.

Подострый галлюциноз, сочетающийся с бредом, отличается постепенной редукцией галлюцинаций. Доминируют бредовые идеи отношения и преследования. На фоне тревоги и страха часто можно наблюдать появление вербальных иллюзий, достигающих при усилении аффективных расстройств интенсивного иллюзорного галлюциноза. Обычно проявления психоза усиливаются при изменениях окру-

жающей обстановки, переводе больного в другое отделение и т.п. Редукция психоза начинается с исчезновения, в первую очередь, иллюзий, затем галлюцинаций и нормализации аффекта. Бред исчезает последним.

### **ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ПАРАНОИД**

«Классический» алкогольный параноид подобно делирию и галлюцинозу, развивается в похмелье, в конце запоя.

Это состояние проявляется образным бредом, аффектом страха, двигательным возбуждением и отдельными сенсорными расстройствами.

Как правило, психозу предшествует короткий, исчисляемый часами или сутками, продромальный период – немотивированная тревога или страх, бредовая настроенность, бессонница. Иногда психоз развивается без предвестников.

Основным синдромом острого алкогольного параноида является систематизированный бред преследования. В первые часы заболевания нарушается сон, появляется немотивированный страх, настроение снижено. На этом фоне развивается бред преследования: бред первичен, бредовые идеи конкретны, последовательны, систематизированы, всегда связаны с окружающей обстановкой и окружающими больного лицами. Больной напряжен, подозрителен, тревожен. Постоянно существует аффект недоумения, касающийся происходящего, но не своего «Я». В этом состоянии больные представляют значительную общественную опасность. Острый алкогольный параноид длится несколько дней, недель.

### **ОСТРАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (БОЛЕЗНЬ ГАЙЕ-ВЕРНИКЕ)**

Острая энцефалопатия развивается во второй стадии алкоголизма. Это сложное заболевание, в котором сочетаются соматические, неврологические и психические расстройства, в основе которых лежат дегенеративно-деструктивные процессы.

Начальные и особенно манифестные проявления психоза определяются симптомами, свойственными тяжело протекающим делириям. Иногда в дебюте манифестного психоза возникают тревожно-депрессивные или депрессивно-

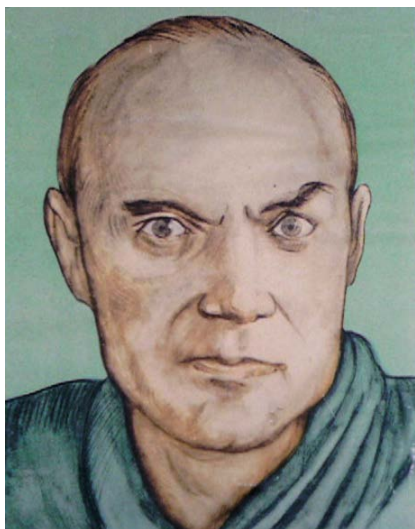


Иллюстрация № 8. Внешний вид больного с алкогольным параноидом.

бредовые состояния с элементами образного бреда с вербальными галлюцинациями, т.е. появляются расстройства, напоминающие шизофреноподобные. Утяжеление проявляется профессиональным или «тихим» делирием.

Тяжелая форма делирия протекает в виде аментивноподобного помрачения сознания. Нарастает оглушенность, развивается псевдоэнцефалитический синдром. Психические симптомы всегда сочетаются с неврологическими и соматическими. Ухудшение психического состояния постоянно сопровождается их усилением. Выражены неврологи-

ческие симптомы (симптом орального автоматизма, хоботкового рефлекса, глотательного, сосательного, хватательного рефлекса, атаксия, нистагм). Характерны глазные симптомы (птоз, двоение в глазах, страбизм, сокращение полей зрения, неподвижный взгляд, зрачковые расстройства). Летальный исход обычно наступает в конце второй недели, нередко в связи с присоединением интеркуррентных заболеваний.

В случаях, не заканчивающихся смертью, симптомы манифестного периода сменяются через 3-6 недель более транзиторным или относительно продолжительным Корсаковским психозом, психоорганическим или псевдопаралитическим синдромом.

## **ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ**

Длительность психоза составляет более 6 месяцев или даже одного года, но нередко продолжается и несколько лет. Хронический галлюциноз составляет около 10% общего числа галлюцинозов. По клинической картине условно можно выделить два основных варианта хронического галлюциноза, хотя каждый из них может смениться другим; при этом первоначальная клиническая картина усложняется или упрощается.

### **Хронический вербальный галлюциноз**

**Хронический вербальный галлюциноз без бреда** является наиболее частой формой алкогольного галлюциноза. Вербальные галлюцинации, особенно в первые годы заболевания, существуют постоянно на протяжении всего дня в форме множественного галлюциноза, диалога или монолога. Содержание галлюцинаций связано с повседневной жизнью или реальным прошлым. Чаще больные слышат фразовую речь; возможно ритмическое повторение отдельных слов или коротких предложений. Слуховые галлюцинации в ряде случаев неотличимы от реально слышимого. В первые месяцы и годы больные споря, переругиваются с голосами, апеллируют к окружающим. Со временем больные свыкаются с тем, что им приходится слышать, да и галлюциноз постепенно утрачивает интенсивность.

**Хронический алкогольный галлюциноз с бредом** отличается тем, что в одних случаях больные непоколебимо уверены в том, что является объектом преследования, в других – они сообщают мотивы преследования в самом общем виде. Обычно больные излагают бредовые доводы в одних и тех же стереотипных формулировках. Бредовые высказывания всегда тесно связаны с содержанием вербальных галлюцинаций. Психоз имеет тенденцию к застыванию, в ряде случаев с некоторой редукцией галлюцинаторных расстройств.

### **Хронический алкогольный параноид**

Хронический алкогольный параноид характеризуется затяжным течением, возникает спустя 10-15 дней после начала болезни, во 2-й или 3-й стадиях алкоголизма. Чаще всего психоз начинается на фоне тяжелого или затянувшегося похмельного синдрома, после острого эпизода делирия или галлюциноза. Ведущим признаком этого психоза является не галлюцинации, а бред. Чаще всего он носит характер преследования. Спасаясь от мнимых преследователей, больной сам может стать преследователем и первым совершить нападение из страха перед ожидаемым несчастьем. Преобладает тревожно-угнетённое настроение. В ряде случаев очень трудно бывает отличить симптомы хронического параноида от резидуального бреда. Против диагноза резидуального бреда свидетельствует постоянно изменённый аффект. Алкогольные эксцессы вызывают обострения.

### **Хронический бред ревности**

Алкогольный бред ревности относят к одному из синдромов алкогольного параноида. Это хроническая форма психоза с преобладанием первичного паранояльного бреда. Составляет около 3% от всех алкогольных психозов и встречается, как правило, у мужчин с психопатическими чертами характера в преморбиде.

Бред монотематический, развивается исподволь и малозаметно. Сначала бредовые высказывания появляются эпизодически, лишь в период опьянения или на фоне похмелья, далее они сохраняются вне состояний алкогольной интоксикации. К началу формирования бредового синдрома в семье больного уже складываются ситуации, вызывающие отчуждение супругов, поэтому интерпретации затрагивают не только мнимые, но и реальные изменения отношения супругов.

Обычно бредовые подозрения нелепы, упреки в супружеской неверности недоказательны, наивны. У лиц, страдающих алкоголизмом, рано наступает импотенция, что также стимулирует бредовую настроенность. Некритичные к себе, они склонны в этом обвинять жен. Иногда эти идеи возникают во время простого опьянения, «белой горячки», галлюциноза, а затем фиксируются. Содержание бредовых патологических переживаний сохраняет определённую правдоподобность, поэтому окружающие долго не считают состояние больного патологическим. По той же причине психиатры часто видят в высказываниях больного не бредовые расстройства, а лишь сверхценные идеи. В последующем, эта связь бредовых интерпретаций с реальными фактами исчезает, расширяется круг явлений, трактуемых в бредовом плане. Систематизация бреда сопровождается появлением вербальных иллюзий. Поведение больного всё больше определяется бредом; он задаётся целью доказать измену и добиться разоблачения жены. В части случаев с самого начала заболевания больные необычайно умело и даже изощёренно диссимилируют возникающие у них бредовые переживания. В подобных случаях болезнь обнаруживается лишь после того, как больной завершает заранее подготовленные убийства.

При прекращении злоупотребления алкоголем интенсивность бреда обычно ослабевает, и он принимает черты резидуального. С возрастом в содержании присоединяющихся к бреду ревности других бредовых идей всё больше преобладают идеи ущерба, а также увеличивается число бредовых конфабуляций.

### **Корсаковский психоз**

Это заболевание встречается редко, причем у женщин чаще, чем у мужчин. Преимущественный возраст больных 40-50 лет. Чаще всего Корсаковский психоз развивается после тяжёлых делириев или энцефалопатии Гайе-Вернике, иногда после сложных по клинической картине делириев, например, сочетающихся с вербальным галлюцинозом.

Клиническая картина Корсаковского психоза складывается из психических, неврологических и соматических нарушений. Психический компонент определяется триадой симптомов: амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями.

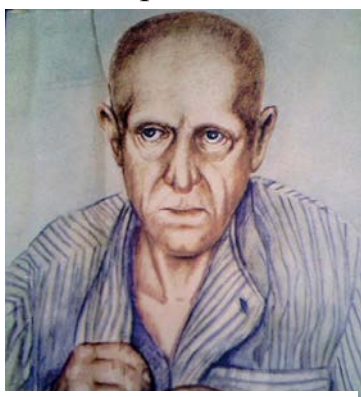


Иллюстрация № 9. Корсаковский амнестический психоз на третьей стадии алкоголизма

Амнестические расстройства проявляются полным или частичным нарушением памяти на текущие события (фиксационная амнезия), в той или иной степени страдает память на события, предшествующие заболеванию (ретроградная амнезия), продолжительность которой колеблется от нескольких недель до многих лет.

Конфабуляции (ложные воспоминания) чаще наблюдаются при расспросах больных, а не как спонтанные высказывания и проявляются в рассказах о якобы только что происшедших с ними событиях. Изредка встречаются конфабуляции в виде сложных и фантастических историй о происшествиях и приключениях. Множественные, в частности фантастические, они часто встречаются при незначительных расстройствах памяти. С фиксационной амнезией и конфабуляциями связана амнестическая дезориентировка или, напротив, ложная ориентировка больных в месте, времени и окружающем.

Неврологические расстройства проявляются обычно в форме невритов в области конечностей, сопровождаемых атрофией мышц, нарушениями чувствительности, ослаблением или даже отсутствием (реже повышением) сухожильных рефлексов.

При лечении, а иногда и без него, болезнь течёт обычно регрессиентно, особенно у лиц молодого и среднего возраста.

### **Алкогольная депрессия**

Алкогольная депрессия – термин, который объединяет различные по клинической картине и длительности депрессивные расстройства у больных хрониче-

ским алкоголизмом. Депрессия возникает чаще во время абстинентного синдрома и может сохраняться после его исчезновения. Реже депрессия появляется вслед за делирием и галлюцинозом. Преобладают неглубокие дисфорические депрессии и депрессии со слезливостью и тревогой. Они могут сопровождаться отдельными идеями самоуничтожения. Состояния витальной тоски, в том числе элементы депрессивной деперсонализации, не часты. К алкогольной депрессии можно отнести и психогенно возникающие, особенно на фоне похмелья, депрессивные реакции. Алкогольная депрессия продолжается от нескольких дней до 1-2 недель. Пролонгированные состояния обычно связаны с определённой конституциональной предрасположенностью. Депрессивные расстройства тесно связаны с предпсихотическими состояниями (похмелье), началом и окончанием острых психозов, что позволяет отнести алкогольную депрессию к одному из переходных синдромов. Больные с алкогольной депрессией, особенно женщины, часто совершают в этом состоянии суицид.

### **Алкогольная эпилепсия**

Эпилептиформные припадки, единичные или множественные, чаще всего возникают в дебюте алкогольного делирия и алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике, в первые дни развития похмельного абстинентного синдрома, значительно реже – в период развития других психозов, в опьянении и во время запоя. Малых припадков, абсансов, аур при алкогольной эпилепсии не бывает. После прекращения пьянства припадки исчезают.

### **Металкогольные психозы, возникающие на фоне других психических заболеваний**

Металкогольные психозы у больных шизофренией встречаются при вялотекущей шизофрении или при длительных ремиссиях после единичных приступов, чаще в форме шубов. Металкогольные психозы развиваются у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем в течение нескольких лет, пьющих запоями либо непрерывно. Возможно иступлённое пьянство с употреблением значительных (до 1 литра и более) количеств водки. Алкогольные психозы у больных шизофренией возникают в состоянии похмелья или в период запоя. Чаще всего встречается алкогольный галлюциноз, несколько реже алкогольный паранойд и реже всего алкогольный делирий. Каждый из этих психозов часто заканчивается длительным резидуальным бредом. Отдельные наблюдения свидетельствуют и о возможности развития у больных шизофренией психозов типа алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике и Корсаковского психоза. При их регрессиентном течении в случае выздоровления и прекращения пьянства можно наблюдать в последующем усложнение и процессуальной симптоматики с появлением развёрнутых галлюцинаторно-бредовых и парафренных картин.

### **Острый галлюциноз у больных шизофренией**

В структуре вербального галлюциноза с самого начала наряду с истинными галлюцинациями могут возникать слуховые псевдогаллюцинации и другие проявления психического автоматизма (идеаторные, сенсорные, кинестетические автоматизмы). Кроме галлюцинаторного бреда, нередко возникает образный бред (инсценировки, значения, интерметаморфозы) и выраженный бред объяснения голосов. Уже в первом приступе психоза могут появиться симптомы фантастической парафрени и онейроидные расстройства вплоть до полного онейроида. В течение психоза аффект страха часто сменяется выраженной депрессией, а двигательные расстройства сопровождаются отчётливыми кататоническими симптомами. Продолжительность психоза колеблется в пределах 2-3 недель. В ряде случаев он затягивается на более продолжительные сроки.

### **Острый паранойд у больных шизофренией**

Образный бред преследования не ограничивается начальными стадиями, как при типичном алкогольном параноиде, а быстро усложняется бредом инсценировки и значения. В двигательном возбуждении часты отчётливые кататонические симптомы; преобладают не характерные для алкогольного психоза реакции бегства и поиски защиты от мнимых преследователей, а пассивность. Возникает растерянность, нарушение самосознания. Страх либо непродолжителен, либо не выражен, а депрессивный компонент значителен, в связи с чем состояние может приближаться к депрессивно-параноидному. Сенсорные расстройства в форме вербальных галлюцинаций и психических автоматизмов сближают это состояние с галлюцинаторно-параноидным.

### **Делирий у больных шизофренией**

Чаще проявляется неразвёрнутой симптоматикой, обычно бедной зрительными галлюцинациями. Значительно реже наблюдаются множественные, в том числе и сценopodobные, зрительные галлюцинации и иллюзии. Постоянны слуховые галлюцинации, нередко бывают псевдогаллюцинации зрения, слуха и другие компоненты психического автоматизма. Возбуждение может носить отчётливые кататонические черты и сменяться субступорозными состояниями с мутизмом, негативизмом, элементами каталепсии. Аффект страха не достигает значительной интенсивности. Психоз может окончиться в обычные для алкогольных делириев сроки, но нередко продолжается несколько недель.

### **Гипногагический делирий у больных шизофренией**

Этот делирий протекает со зрительными и слуховыми псевдогаллюцинациями: видения и голоса локализуются в голове. Аффективные расстройства незначительны. Поведение может заметно не измениться.



Наряду с особенностями клинической картины для диагностики алкогольного психоза у больного шизофренией, имеет значение его возраст. Появление алкогольного психоза, особенно сложного или атипичного, у больного моложе 25 лет всегда заставляет заподозрить эндогенный процесс.

### **Металкогольные психозы на фоне органических процессов**

Различные органические церебральные заболевания (сосудистые, травматические и др.), как текущие, так и резидуальные, могут изменить симптоматику делирия и галлюциноза путём присоединения состояний более глубокого помрачения сознания, в первую очередь, в форме онейроида, привести к выраженному возбуждению. В том числе с кататоническими чертами, психическим автоматизмом и различным по продолжительности состоянием резидуального бреда.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Алкогольные галлюцинозы и параноиды требуют дифференциальной диагностики с шизофренией, осложнённой алкоголизмом, в том числе с развивающимися на фоне процесса алкогольными психозами.

У больных шизофренией, осложнённой алкоголизмом и психозами, можно отметить следующие особенности алкогольного анамнеза: 1) раннее появление изменённых форм опьянения; 2) быстрое возникновение и большую интенсивность изменений реактивности на алкоголь; 3) в развёрнутых стадиях алкоголизма психические компоненты в форме выраженной тоски и отчётливой параноидной настроенности могут возникать в начальный период формирования похмелья; 4) при воздержании от алкоголя, то есть вне периодов похмелья, часто наблюдаются аутохтонно возникающие субдепрессивные состояния различной продолжительности; 5) психоз при шизофрении, осложнённой алкоголизмом может развиваться ещё до формирования похмельного синдрома, в то время как при алкогольных психозах необходимо не менее 2-3 лет (а чаще 5 лет и более) существования сформировавшегося похмельного синдрома; 6) длительность запоя даже перед первым психозом у больных шизофренией нередко составляет лишь несколько дней, а при алкогольных психозах (особенно первых) запои длятся неделями; 7) даже сформировавшийся алкоголизм у больных шизофренией не сопровождается отчётливыми, свойственными ему изменениями личности.

Острый галлюциноз при шизофрении, осложнённой алкоголизмом, отличаются следующие особенности: 1) вербальные галлюцинации лишены содержания, свойственного алкогольным галлюцинозам, их содержание может быть больному вообще не понятно; они локализуются больными или очень далеко (вне пределов слуховой досягаемости), или (особенно при первом приступе психоза) в какой-нибудь части тела, например, в животе; в содержании не отражаются дру-

гие, одновременно существующие галлюцинаторные расстройства (зрительные, тактильные); 2) возникновение кататонических расстройств, острого чувственного бреда, экстатического аффекта; совершение необычных поступков, не вытекающих из содержания вербальных галлюцинаций.

Хронические алкогольные галлюцинозы характеризуются стабильностью клинической картины, обострения возможны лишь под влиянием алкогольных эксцессов. Если во время обострений появляется новая симптоматика (депрессивно-параноидная, парафреническая, острый бред) – это должно насторожить в отношении шизофрении.

О шизофреническом генезе параноида на фоне алкоголизма говорят следующие особенности картины психоза: 1) возникающий образный бред вскоре усложняется бредом инсценировки, значения, вплоть до развития острой парафрении; 2) наряду с идеями физического уничтожения, чем обычно ограничивается бред при алкогольном параноиде, возникают идеи колдовства и отравления, ипохондрического содержания, занимающие значительные и даже преобладающее место; 3) слабо выражен столь характерный для алкогольного параноида аффект страха; в ряде случаев может появиться никогда не встречающийся при алкогольном параноиде экстатический аффект; 4) возникающая при параноидах шизофренического генеза растерянность касается самосознания, а не происходящего вокруг, как при алкогольном параноиде; 5) при параноидах шизофренического генеза на высоте психоза может существовать сознание болезни, которое при алкогольном параноиде отсутствует; 6) по окончании психоза больные шизофренией часто не могут объяснить своих поступков, а больные алкогольным параноидом обычно способны это сделать. Косвенным признаком принадлежности острого параноида у больных алкоголизмом к шизофрении являются результаты терапии психотропными средствами: после редукции психоза под влиянием лечения отмена психотропных средств при шизофрении нередко влечёт за собой новое обострение психоза, чего не бывает при алкогольных параноидах.

## **ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ПОДРОСТКОВ**

У подростков собственно алкогольные психозы встречаются редко – в 1,5% случаев среди подростков, госпитализируемых в связи с алкоголизмом. После интенсивной и продолжительной алкоголизации возникает делирий.

Наиболее характерны абортивные (делирии). Клиническая картина не отличается от классических делириев. Среди галлюцинаторных переживаний преобладают сюжеты, отражающие страхи, свойственные подросткам, видят и слышат голоса сверстников, которые собираются с ними «расправиться», бандитов в масках, которые намерены их убить.

Острый параноидный психоз. Если бред и галлюцинации возникают у подростка на фоне вполне ясного сознания, при сохранности ориентировки в окружающем, если преобладают слуховые обманы или даже дело только ими огра-

ничивается, то развивающийся психоз вовсе не является ни алкогольным галлюцинозом, ни алкогольным параноидом.

### **Острые металкобольные психозы в позднем и старческом возрасте**

В этом периоде могут развиваться впервые или повторно как типичные делирии, галлюцинозы и параноиды, так и сложные и атипичные их варианты. Типичные металкобольные психозы чаще возникают у лиц с незначительным органическим снижением или возрастными изменениями психики, а сложные и атипичные психозы преимущественно на фоне заметного органического снижения, связанного, в первую очередь, с сосудистой патологией. В этих случаях при делириях часто встречаются зрительные галлюцинации фантастического или, напротив, обыденного содержания, в психомоторном возбуждении преобладают профессиональные действия. Часто наблюдается резидуальный бред. При галлюцинозах возникают галлюцинации с обыденно-ущербной тематикой. При параноидах часто встречаются конфабуляции.

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА**

Известен способ лечения алкоголизма в гипнотическом состоянии – коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия (В.Е. Рожнов. 1975). Недостатком способа является длительность курса лечения, а также то, что в большой степени её можно рассматривать как методику активной условно-рефлекторной терапии.

Другим методом является методика «кодирования» от алкоголизма, предложенная народным врачом СССР А.Р. Довженко (1984). Однако при этом методе проводится коллективная рациональная психотерапия в бодрствующем состоянии с целью выработки у больного стойкой эмоции страха, а затем проводится физиогенное «кодирование» с раздражением точек Валле и применением рвотных или анестезирующих средств. Недостатком является отсутствие психологического «кодирования» в гипнозе, предварительного психологического обследования пациентов и недостаточно высокая эффективность лечения.

Этих недостатков лишен психотерапевтический метод лечения алкоголизма, предложенный профессором М. Л. Аграновским (ДР № 4308, 1995). При этом способе лечения алкоголизма конкретно применялись приёмы прямого и косвенного суггестивного воздействия и психокоррекция, проводимые в состоянии гипнотического сна (психологическое кодирование) и в состоянии бодрствования (физиогенное кодирование). У больных с прекращением употребления алкоголя подавляется патологическое влечение к нему и меняются личностные установки, что и повышает эффективность всего лечения.

Способ лечения алкоголизма осуществляется в один день в три этапа. На **первом этапе** проводится изучение и отбор больного для лечения: проводится индивидуальная беседа с больным и родственниками с целью выяснения твердого, самостоятельного желания больного на лечение и установки на излечение,

длительности воздержания от алкоголя, определяется стадия алкогольной болезни, выявляются осложнения и сопутствующие заболевания. Также проводится психологическое обследование для определения особенностей психологической структуры личности – тест ММРІ и цветовой тест Люцера (Л.Н. Собчик, 1990). Это на втором этапе при лечении нашим методом позволяет осуществлять психокоррекцию личности больных. Обязательно учитываются два условия: искреннее желание больного на излечение и воздержание от приёма алкоголя не менее одной недели. На обследование больного отводится от 30 минут до 1 часа.

На **втором этапе** лечения проводится индивидуальный сеанс глубокой гипнотерапии (психологическое кодирование), при котором больному вводится психологический «код». При этом в процессе сеанса словесным гипнотическим внушением, волей врача, суггестивными приёмами гипнотического воздействия в коре головного мозга пациентов формируется устойчивый очаг возбуждения (типа «бодрствующего очага» по И.П.Павлову). Он с момента «кодирования» и будет контролировать поведение больного в течение выбранного ими самими срока (6 месяцев, год, три, пять, десять лет). Психологический «код» создаёт в коре головного мозга пациентов доминантную зону возбуждения, благодаря чему своевременно гасится патологическое влечение к алкоголю. При этом происходит также и перестройка всех физиологических систем организма, нормализуются обменные процессы. «Кодирование» основано на внушении больному устойчивого отвращения к алкоголю и другим спиртосодержащим веществам. Подкрепляется это осуществлением тонатофобической суггестией – у больного формируется сознание неотвратимости «наказания», вплоть до летального исхода при несоблюдении сроков «кодирования». Параллельно с этим у пациентов формируется уверенность в том, что они могут в любое время прервать ремиссию, явившись к врачу с просьбой о «раскодировании». В процессе проведения сеанса гипнотерапии врач внимательно следит за состоянием пациента: глубиной гипнотического состояния, вегетативно – сосудистыми реакциями, проявлениями каталепсии. А также проводится психокоррекция психологических особенностей личности пациента (мнительность, сензитивность, тревожность, эксплозивность, эмоциональная неустойчивость и др.), выявленных при психологическом обследовании на первом этапе. Продолжается сеанс гипнотерапии – 1 час.

На **третьем этапе** проводится физиогенное «кодирование», которое также осуществляется строго индивидуально. В отличие от методики А.Р. Довженко, эта манипуляция дополняется световым раздражением сетчатки глаза. Продолжительность этого этапа составляет 10 минут на одного пациента.

Таким образом, в течение относительно небольшого времени (вся процедура продолжается 2-2,5 часа) осуществляется эффективное лечение от алкоголизма

Абсолютным противопоказанием является наличие у больных стойкой и выраженной алкогольной деградации личности. В относительной степени метод противопоказан больным, перенесшим черепно-мозговую травму, перенёсшим

органическое поражение головного мозга, с психопатией и наличием судорожных приступов, больным старше 60 лет.

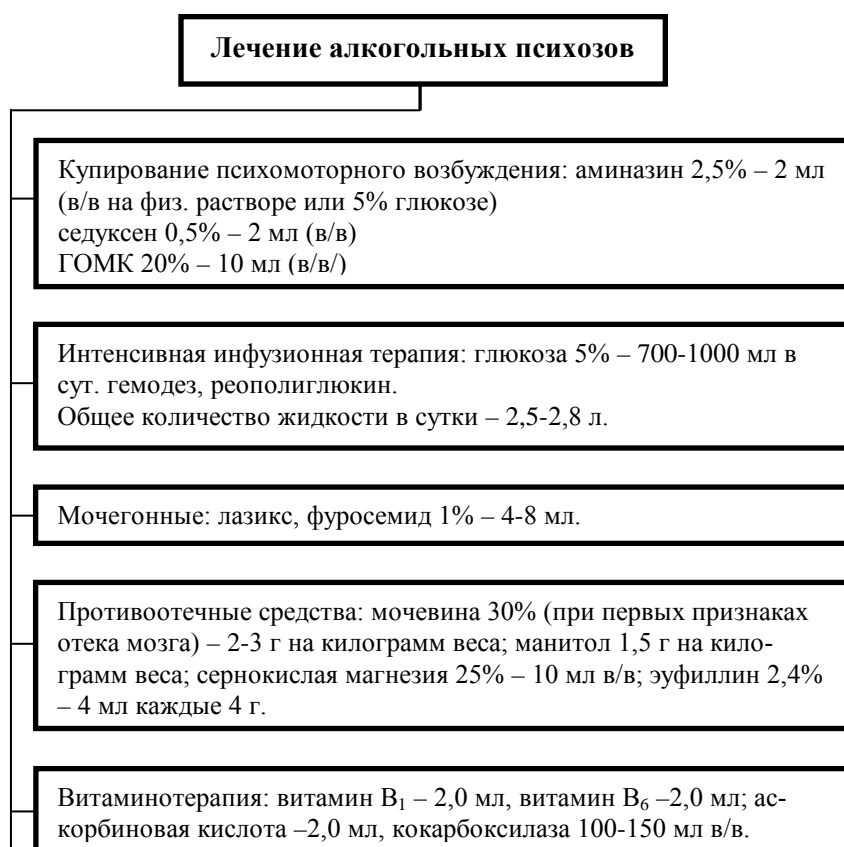
**Результаты лечения.** Лечение предлагаемым методом прошли 347 больных с хроническим алкоголизмом. 112 больных с первой стадией алкоголизма, 195 со второй стадией и 40 больных с третьей стадией болезни. Их возраст составлял 20-58 лет. Женщин – 46, мужчин – 301. Длительность систематического употребления алкоголя составляла 5-33 года.

Проведение лечебного сеанса начиналось через 1-3 недели после прекращения запоя или периода алкоголизации. Срок «кодирования» составил от 1 года до 10 лет.

У больных первой стадией алкоголизма (112 человек) прекращение употребления наблюдалось в 100% случаев. У больных со второй стадией алкоголизма (195 человек) эффективность лечения способом «двойного кодирования» составила 94,9 %: 6 больных обратились с просьбой провести досрочное «раскодирование», и у 4 больных отмечался «срыв», причина которого заключалась в несоблюдении срока воздержания приёма алкоголя перед сеансом (1-3 дня). При третьей стадии алкоголизма (40 больных) прекращение приёма алкоголя наблюдалась у 57,5 % больных: 8 больных досрочно обратились с просьбой провести «раскодирование», и у 9 больных наблюдался «срыв», также обусловленный несоблюдением срока воздержания приёма алкоголя перед сеансом (2-3 дня).

Таким образом, при лечении больных алкоголизмом предлагаемым способом наблюдается достоверно значимое число ремиссии качественно лучшего состояния: прекращение употребления алкоголя сочетается с исчезновением у больных патологического влечения к спиртным напиткам. Общая эффективность лечения алкоголизма нашим способом составила 92,2%.

Граф. схема 5



## ЛЕЧЕНИЕ МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Лечение всегда должно быть комплексным, а нередко и очень динамичным.

В последние годы в лечении алкогольных психозов ведущую роль приписывают многопрофильной инфузионной терапии. Интенсивная инфузионная терапия должна начинаться как можно раньше. Она направлена на ликвидацию метаболических сдвигов (гипоксии, ацидоза, изменения состава белков, гипо- и авитаминоза) и нарушений водно-электролитного баланса); устранение гемодинамических сдвигов; борьбу с нарушениями дыхания; предупреждение или ликвидацию нарушений функций почек и печени; борьбу с отёком мозга. борьбу с гипертермией; лечение интеркуррентных заболеваний.

Начальная терапевтическая тактика определяется физическим состоянием больного. Если имеются симптомы обезвоживания, то проводят регидратацию. Общее количество вводимой жидкости определяют по суточной потребности организма.

- **Sol. Hemodezi** 400 мл в/в капельно;
- **Sol. Reopoliglucini** 400 мл в/в капельно.

### Купирование абстиненции

- **Sol. Aminasini** 2,5%-50-100 мг
- **Diazepami** 20-40 мг в/в или в/м
- **Phenazepami** до 10 мг /сут.
- **Sol. Natrii oxybutirati** 20%-30-40 мг в/в
- **Sol. Glucosae** 40%-20,0+1мл **Corgluconi** в/в
- **Sol. Cordiamini** 2,0 мл п/к
- **Sol. Prednisoloni** 30 мг в/м (всего 40-80 мг)
- **Sol. Camphorae** 20%-2,0 мл п/к
- **Sol. Barbamyli** 5%-0,6 гр + 50 мг димедрола в/м
- Спирт 40%-100 мл
- **Sol. Hemodezi** 400 мл в/в капельно
- **Sol. Reopoliglucini** 400 мл в/в капельно
- **Sol. Lasyx** 1% -2-4 мл в/в в капельнице
- **Insulini** 4-6 ЕД
- **Sol. Natrii thiosulfati** 30%- 10-20 мл в/в
- **Sol. Unitioli** 5%-5,0 мл в/м

➤ **Sol. Pyracetami** 20%-5-10 мл в/в.

Витаминотерапия

➤ **Sol. vit. B<sub>6</sub>** 5%-2,0 3-4 раза в день в/м или в/в

➤ **Sol. vit. B<sub>1</sub>** 6%-2,0 3-4 раза в день в/м или в/в

➤ **Vit. PP** (никотиновая кислота) 50-200 мг/сут.

➤ **Sol. acidi ascorbinici** 5%-2,0 в/м или в/в (50-400 мг/сут.)

**Возбуждение** купируют с помощью:

➤ **Sol. Seduxeni** 0,5%-2,0 в/м или в/в

➤ **Sol. Barbamyli** 5%-0,6 гр + 50 мг димедрола в/м

В случаях галлюциноза можно применять:

➤ **Sol. Aminazini** 2,5%-2,0 в/м или в/в

➤ **Sol. Haloperidoli** 0,5%-1,0 в/м

Эти же препараты используют и при лечении острого параноида.

Отчётливый депрессивный аффект как в период психоза, так и после его редукции, когда депрессия представляет собой переходный синдром, требует применения антидепрессантов: **tab. Amitryptilini** от 25 до 125мг.

**При затяжных и хронических галлюцинозах, а также алкогольном бреде ревности** показано применение **аминазина** до 400 мг в сутки, **стеллазина** до 60 мг в сутки, **галоперидола** до 12-15 мг в сутки, **тизерцина** до 60 мг в сутки. Необходимы повторные курсы витаминотерапии, они занимают основное место в лечении Корсаковского психоза и алкогольного псевдопаралича.

Активное противоалкогольное лечение больных, перенёвших острые алкогольные психозы, можно начинать лишь через несколько месяцев после окончания психоза. Активную терапию (антабус, условно-рефлекторная терапия) проводят осторожно, только больным без явлений деградации и с установкой на лечение.

### Антиалкогольное лечение

Активная терапия алкоголизма включает в себя 3 вида:

1. Условнорефлекторная терапия (УРТ) – лечение алкоголизма рвотными средствами для выработки отрицательной реакции на алкоголь.

Апоморфин используется в виде 0,5-1% раствора, начиная с 0,1-0,2 мл п/к. Препарат оказывает избирательное возбуждающее воздействие на рвотный центр, вызывая тошноту, рвоту. Через 20-30 минут после подкожного введения 0,1-1% р-ра апоморфина больному дают выпить 20-30 мл алкоголя. При отсутствии реакции дозу увеличивают до 0,4-0,5 мл.

Реакция обычно начинается с обильной саливации, головокружения, шума в голове, чувства жара, тошноты. Рвотная реакция после инъекции длится обычно 20-30 минут.

Проводят 20-30 алкогольных провокаций.

2. Сенсibiliзирующая терапия. К сенсibiliзирующим к алкоголю препаратам относятся следующие препараты: тетурам, антабус, никотиновая кислота, пироксан, фуразолидон и другие. Полагают, что эти препараты блокируют ряд ферментных систем, в первую очередь ацетальдегидоксидазу, и задерживают окисление алкоголя на стадии ацетальдегида. С этим соединением связан ряд токсических эффектов, обуславливающих так называемую тетурам-алкогольную реакцию.

При активном антиалкогольном лечении в стационаре тетурам при отсутствии противопоказаний назначают 5 дней по 0,5 г 3 раза в день, на 6-й день назначают всю суточную дозу в один прием. При употреблении 50,0 г алкоголя вызывает удушье, спазм, развивается коллаптоидное состояние со страхом смерти. В течение месяца больной пьет только тетурам («сухая зарядка»). Перед выпиской из стационара у больного берется расписка.

3. Психотерапия. Применяются различные виды психотерапии: коллективная, эмоционально-стрессовая, психотерапия по методу проф. Рожнова, метод кодирования по Довженко, двойное кодирование по методу проф. М.Л. Аграновского.

### **Поддерживающее лечение**

Третий этап антиалкогольного лечения – поддерживающая терапия – самый продолжительный – 5 лет и более. Поддерживающая терапия является обязательным этапом противоалкогольного лечения, предотвращающим рецидивы заболевания. На этом этапе проводятся различные варианты психотерапии, общеукрепляющая и симптоматическая терапия, назначаются психотропные препараты, УРТ, поддерживающее противорецидивное лечение сенсibiliзирующими средствами.

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной К., 43 года. В течение 15 лет злоупотребляет алкоголем. Неоднократно принимал противоалкогольное лечение. Последний запой длился 2 недели. На высоте запоя перестал спать по ночам, испытывал страх, тревогу, убегал из дома, прятался, обращался в милицию за помощью.

В отделении больницы: правильно ориентирован в своей личности, но не знает, где находится, не смог назвать дня недели. Многоречив, мышление отрывочное, неусидчив, суетлив. Руками «вытягивает» изо рта несуществующую нить, видит «бородатых мужчин, у которых страшные рожи». Испуганно смотрит на пол, где «бегают мыши и крысы», пытается их поймать. В соматическом



статусе отмечается тремор языка, рук, всего тела. После назначения детоксикации больной уснул. Через двое суток состояние улучшилось. О пережитом сохранилось воспоминание.

***Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Методы купирования болезни?***

2. Больной Б., 29 лет. Употребляет спиртные напитки с 16 лет. Абстинентный синдром сформировался к 24 годам. Последние 3 года пьёт запоями, отмечается амнезия периода опьянения. Изменился по характеру, стал крайне подозрительным и недоверчивым. Приходя домой, скандалит с женой, обвиняя её в супружеской неверности. Подозрения о неверности жены усиливаются в периоды абстиненции. После очередного запоя заявил жене, что «соседи говорят о её плохом поведении», стал проверять постельное бельё, заявлял, что жена принимает любовников в его отсутствие, становился злобным, напряжённым, грозил жене расправой. По ночам не спал, «слышал как за окном говорят об измене жены». В таком состоянии пытался совершить убийство, госпитализирован в психиатрическую больницу, где продолжал утверждать, его жена плохая женщина и её следует наказать, иначе она с любовником отравят его.

***Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Клинический диагноз? Назначьте лечение.***

3. Больной Н., 50 лет, страдает хроническим алкоголизмом в течение 20 лет. Ранее дважды перенёс алкогольный психоз. Поступил в психиатрическую больницу после длительного запоя. В отделении: состояние крайне тяжёлое. Лежит в постели, отрешённо глядя в потолок, на вопросы не отвечает, не реагирует. Беспокоен в пределах постели, перебирает руками одеяло, снимает невидимые нити с себя, что-то бормочет.

Соматически: крайне истощён, кожа сухая, шелушащаяся, губы запекшиеся, глаза тусклые. Тахикардия, резкие перепады А/Д, дыхание поверхностное, прерывистое, пульс нитевидный, слабого наполнения.

***Опишите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Клинический диагноз: Рекомендуйте лечение.***

4. Больной К., 45 лет. Злоупотребляет алкоголем в течение 25 лет. Ранее неоднократно находился на противоалкогольном лечении. В течение 3-х лет нигде не работал, с женой развёлся 5 лет назад, никаких связей с семьёй не поддерживает, живёт один, добывая средства к существованию продажей вещей из дома и мелким воровством. Пьёт постоянно, чаще в одиночку. Пьянеет от незначительной дозы алкоголя или суррогатов. Отмечается тотальная амнезия периода опьянения. При воздержании от алкоголя отмечается выраженный тремор всего тела, нарушение координации движений, колебания А/Д, коллаптоидные состояния, судороги, выраженные диспептические расстройства, бессонница, страх, кошмарные сновидения.

Внешне истощен, выглядит старше своих лет, кожа дряблая, сухая. Страдает хроническим гепатитом, кардиопатией, полиневритом.

В психическом статусе: беспечен, благодушен, суждения примитивны, память ослаблена, речь невнятная, дизартричная.

***Определите стадию хронического алкоголизма. Обоснуйте диагноз.***

5. Больной С., 47 лет, злоупотребляет алкоголем и другими алкогольсодержащими веществами в течение многих лет. Трижды перенёс алкогольные психозы. Обнаруживает признаки алкогольной деградации личности. Страдает хроническим гепатитом и язвенной болезнью желудка. Госпитализирован в связи с неправильным поведением.

В стационаре не может назвать дня недели, числа, месяца, года. Не знает своего домашнего адреса. Не мог «вспомнить» имя жены, детей, не запоминает имени врача, что ел за завтраком. События детства помнит относительно хорошо. Пробелы памяти заполняет различными фантастическими вымыслами, эйфоричен, беспечен, склонен к плоским шуткам.

В неврологическом статусе: мышцы ног и рук несколько атрофированы, отмечается болезненность по ходу нервных стволов.

***Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз?***

6. Больной И., 42 года, состоит на учёте в наркодиспансере в течение 8 лет по поводу хронического алкоголизма. После запоя не спал в течение двух суток. На третьи сутки за окном слышал голоса мужчин, которые его пугали, называли алкоголиком, заявляли, что его надо расстрелять, отравить. Эти же голоса комментировали его поведение, смеялись над ним.

В стационаре: охотно рассказывает о пережитом, подробно описывает содержание «голосов», просит врача помочь. Ориентировка сохранена. После проведённого лечения состояние улучшилось, выписан с критикой к перенесённому психозу.

***Перечислите болезненные симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Лечение?***

7. Больной М., 52 года. Алкогольными напитками злоупотребляет в течение 23 года. Живет один, с женой в разводе. Не работает. Запой носят систематический характер. Пьёт в основном вино, пьянеет от незначительного количества алкоголя. В стационар доставлен с улицы. В отделении: выглядит старше своих лет. Отмечается амнестическая дезориентировка. Нарушена память на текущие события. Заявил, что сегодня утром прилетел на самолёте из Ташкента, хотя никогда не бывал в Ташкенте.

Отмечается цирроз печени, кардиопатия. Невропатолог диагностировал полиневриты.

***Перечислите симптомы. Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Лечение?***

8. Больной В. 35 лет. В стационар поступил в связи с изменением состояния: нарушился сон, прислушивается к чему-то, неадекватно смеётся, иногда испытывает страх.

Из анамнеза: спиртными напитками злоупотребляет в течение 8 лет. Пьёт запоями, толерантность повышена. Последний запой длился 10 дней. После прекращения запоя на 3-й день изменилось психическое состояние.

В отделении: ориентирован правильно. Отмечаются симптомы абстиненции. К чему-то прислушивается, оглядывается, кому-то грозит. Сообщил, что слышит, как двое мужчин ругают его, говорят между собой, комментируют его действия, грозятся убить его, смеются над ним.

***Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз?***

9. Больной Д. Спиртными напитками злоупотребляет в течение 12 лет. Толерантность повышена до 1 литра водки. Пьёт запоями. Отмечается деградация личности. Последний запой длился 12 дней. На 3-й день абстиненции появился страх, нарушился сон, стал утверждать, что за ним следят бывшие соседи, хотят его убить. Дома закрывался, никому не открывал дверь. Считал, что соседи смеются над ним, придумывают как его убить. «Всё из-за того, что я пью, не работаю».

***Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз? Тактика врача.***

10. Больной И. поступил в стационар с жалобами на тоску, нарушение сна, снижение настроения, раздражительность. Из анамнеза: спиртными напитками злоупотребляет в течение 9 лет. По утрам опохмеляется. Толерантность повышена. Состояние изменилось на 2-й день абстиненции.

В отделении: настроение снижено, плачет, жалуется на тоску, на свою никчемную жизнь, высказывает суицидальные мысли.

***Синдромологический диагноз? Нозологический диагноз?***

## Т Е С Т Ы

1. Для острой алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике характерны следующие симптомы, кроме:

- а) псевдогаллюцинации фантастического характера;
- б) развитие на 2-ой стадии;
- с) снижение памяти;
- д) нарушение сознания;
- е) неврологическая симптоматика.

2. Для алкогольного делирия характерно всё, кроме:

- а) аллопсихическая дезориентировка;

- б) истинные галлюцинации;
- с) симптом карфологии;
- д) развивается на 2-3 стадии алкоголизма;
- е) двигательное беспокойство.

3. Для Корсаковского психоза характерна следующая симптоматика, кроме:

- а) конфабуляции;
- б) псевдореминисценции;
- с) полиневриты;
- д) не сопровождается атрофией мышц;
- е) фиксационная амнезия.

4. Лечение алкогольных психозов не включает в себя:

- а) дезинтоксикацию;
- б) психотерапию;
- с) витаминотерапию;
- д) аминазин;
- е) галоперидол.

5. Отметить алкогольный психоз, отличный от нижеперечисленных:

- а) острый алкогольный галлюциноз;
- б) острый алкогольный параноид;
- с) делирий;
- д) психоз Корсакова;
- е) алкогольный психоз Гайе-Вернике.

6. Какое помрачение сознания наблюдается при острой алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике:

- а) аментивноподобное;
- б) сумеречное;
- с) делириозное;
- д) онейроидное.

7. При делирии встречаются все стадии, кроме:

- а) иллюзорная;
- б) мусситирующий делирий;
- с) галлюцинаторная;
- д) начальная;
- е) этап бредовой дереализации.

8. При остром галлюцинозе наблюдаются следующие симптомы, кроме:

- а) истинные галлюцинации;

- б) развитие на 2-ой стадии;
- с) развитие на высоте абстиненции;
- д) аллопсихическая дезориентировка;
- е) все ответы правильные.

*9. При делирии встречается следующий симптом:*

- а) симптом Рейхарта;
- б) конфабуляции;
- с) психический автоматизм;
- д) вербигерация;
- е) мутизм.

*10. При алкоголизме встречаются следующие психозы, кроме:*

- а) делирий;
- б) острая энцефалопатия Гайе-Вернике;
- с) острый галлюциноз;
- д) онейроид;
- е) Корсаковский психоз.



## **ГЛАВА III** **НАРКОМАНИИ**

Для здравоохранения большинства стран мира проблема наркомании остается актуальной, что обусловлено как клиническими особенностями заболевания, так и условиями его возникновения.

В настоящее время большое число врачей, социологов, юристов, экономистов и публицистов, а также представителей общественности занимаются проблемами наркомании - одного из самых отвратительных и страшных зол XXI века. Несмотря на принимаемые меры, в ряде стран Запада отмечается тенденция к увеличению числа наркоманов, в том числе детей и подростков, а также трагических последствий употребления наркотических веществ. По мнению некоторых авторов, в мире насчитывается около миллиарда наркоманов. Даже если эта цифра занижена, она все же тревожит и заставляет искать активные меры борьбы с этим злом.

Социологи капиталистических стран единодушно отмечают, что к употреблению наркотиков приводит стремление уйти от проблем сегодняшнего дня, от эксплуатации человека человеком, забыть хоть на какое-то время об инфляции, безработице, войнах и т.д.

Неуверенность в завтрашнем дне, отсутствие перспективы и идеалов - вот что толкает людей, в первую очередь молодежь, к наркотикам.

Наркомании, в том числе и такая характерная форма заболевания, как морфинная наркомания, отличаются прогрессирующей, соматоневрологическими и психическими осложнениями, высокой летальностью, обусловленными хронической интоксикацией. При благоприятных условиях наркомании быстро распространяются среди населения. Почти во всех странах мира употребление наркотических веществ в немедицинских целях уголовно наказуемо.

Под наркоманией понимают привыкание к наркотическим веществам, приводящее в конечном счёте к глубокой деградации личности и инвалидности.

Наркомания известна давно. О наркотическом действии таких веществ как опий, народы Восточного Средиземноморья знали еще во 2-м тысячелетии до н. э. В Южную Азию культуру опия завезли войска Александра Македонского в I веке до н. э. В XVIII веке опий из Индии распространился в Юго-Восточной Азии. Постепенно опий появляется в европейских странах. Особенно широкое распространение как наркотик опий получил в конце XX века.

В начале опий и его препараты в малых дозах применялись только в медицине в силу своего успокаивающего действия. Затем постепенно в результате злоупотребления ими возникла наркомания. Колоссальные доходы от продажи наркотиков поддерживают её широкое распространение.

### **КРИТЕРИИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ X ПЕРЕСМОТРА)**

*1. Сильное желание или чувство насильственной тяги к приёму психоактивного вещества.*

*2. Нарушение способности контролировать приём вещества.*

*3. Состояние физической абстиненции.*

*4. Появление толерантности к эффектам вещества.*

*5. Поглощенность (сосредоточенность) приёмом вещества.*

Устойчивое употребление вещества, несмотря на очевидные доказательства его вредных последствий.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (СПОСОБНЫХ ВЫЗВАТЬ ЗАВИСИМОСТЬ)**

**1. Класс опиатов.**

**2. Препараты конопли.**

**3. Психостимуляторы.**

**4. Галлюциногены.**

**5. Снотворно-седативные наркотики.**

**6. Летучие наркотически действующие вещества.**

Современная классификация наркоманий по МКБ-10 (DSM-IV) представлена в таблице 3.

Таблица 3

### **Современная классификация наркоманий**

F 11.OX	Острая интоксикация, вызванная употреблением опиодов.
F 12.OX	Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов.
F 13.OXX	Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств.
F 14.OX	Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина.
F 15.OXX	Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов (включая кофеина).
F 16.OXX	Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов.



F 17.OX	Острая интоксикация, вызванная употреблением табака.
F 18.OXX	Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей.
F 19.OXX	Острая интоксикация, вызванная употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

Граф. схема 6

## ГЕРОИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

### ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Опиоиды являются классом веществ, которые вызывают физическую и психическую зависимость. Основной препарат, опиум, получают из сока опийного мака. Имеется около 20 различных алкалоидов, получаемых из опия, в самом опии они натуральные, но могут быть также получены из морфия, в том числе и героин (диацетил морфия). Антагонисты опиоидов, синтетические соединения, которые блокируют действие опия, это: налорфан, палексин, апоморфин.

**Эпидемиология.** Из всех видов опиатной наркомании наиболее распространенной является зависимость к героину. Вспышки героиновой наркомании появились в середине 70-х годов и в начале 80-х прошлого века. Психиатрические эпидемиологические исследования, проводимые с 1981 по 1983 г. показали, что у 0,7% взрослого населения обнаруживаются признаки, соответствующие диагностическим критериям для опиоидной наркомании или зависимости в определенные периоды жизни. Число наркоманов-мужчин значительно превышает число наркоманов-женщин, соотношение равно 3:1, возраст большинства из них - начало или середина третьего десятка, а возраст начала злоупотребления - конец подросткового периода или 20 лет. Героиновым наркоманам приходится тратить большие деньги в день, чтобы удовлетворить свое желание, причем большая часть денег добывается преступным способом.

**Патогенез.** Наркомании сложен. Предполагают, что в начальных стадиях наблюдаются нарушения реакции нейронов коры больших полушарий, гипота-

ламуса, ретикулярной формации. Героин влияет на функциональное состояние дендритов, в результате чего нарушается замыкательная и интегративная функции мозга. Страдают синапсы, нарушая межнейронные связи.

В хронической, поздней стадиях заболевания нарушаются рецептивные возможности нейронов структурно-функциональной организации мозга. «Привыкание» к наркотику и формирование абстиненции происходит при участии адренергических и холинергических медиаторов. Под воздействием наркотика изменяется метаболизм биогенных аминов мозга, опосредующих фармакологические и поведенческие эффекты.

Наркотики особенно воздействуют на те системы мозга, в которых основное значение имеют такие биогенные амины, как дофамин, норадреналин, серотонин. Опиоиды осуществляют своё действие, связываясь со специфическими связующими звеньями, называемыми опиоидными рецепторами. В 1974 г. был выделен эндогенный фактор с опиатоподобным действием, оказавшийся пентапептилом, энкефалин, некоторые виды которого были выделены из мозга и названы эндоферминами.

В развитии зависимости от препаратов из группы морфина определённую роль играет способность этих веществ влиять на систему так называемых опиатных рецепторов и их эндогенных лигандов (эндоморфинов и энкефалинов) в центральной нервной системе. Опиатные рецепторы встречаются только в нервной ткани. Они исчезают при денервации. Опиатные рецепторы локализованы, главным образом вблизи путей, приводящих болевые ощущения. Различие в спектре действия наркотических анальгетиков и эндоморфинов свидетельствует о существовании более чем одного типа опиатных рецепторов. Опиаты реагируют с разными опиатными рецепторами. Данная гипотеза позволяет умозрительно отделить различные эффекты наркотических анальгетиков, в частности анальгезию, от зависимости. Опиатные рецепторы специфичны для восприятия определенного вида медиаторов в мозге. Этот медиатор был назван энкефалином. Энкефалин может вызывать некоторые эффекты морфина, является антагонистом морфина и антагонистом налексана.

**Клиника.** Привыкание к героину происходит быстрее. После приёма небольшого количества вещества (5-10 мг) наблюдается анальгезия, дремотное состояние, изменения настроения и нарушения восприятия.

Последовательность действия наркотика следующая: через 20-30 секунд после введения препарата ощущаются волна тепла, проходящая по спине, зуд в области лица – нос, лоб, подбородок, шея. Зрачки суживаются, появляется сухость во рту, отмечается длительная заторможенность, сосредоточенность на физических ощущениях, мысли как бы застывают на переживаемых ощущениях, сознание суживается. Эта фаза длится 5-7 минут. Она сменяется состоянием общей умиротворенности, чувством приятного тепла и тяжести в ногах, во всем теле. Появляются иллюзорные видения, «грезы». На стене, потолке, в рисунке ковра, обоев видятся различные причудливые, приятные картины, сцены. Внешние раздражители практически в сферу активного внимания не попадают.

Потом у большинства наступает сон, длящийся 3-4 часа. У некоторых после пробуждения отмечается плохое настроение, подавленность, общий дискомфорт.

Некоторые больные ощущают эйфорию, которая может продолжаться 10-30 минут. У наркоманов, применяющих внутривенное введение препарата, тотчас же отмечается достижение наивысшей точки, которая описывается ими, как чувство, близкое к оргазму (называемое «кайф»), вследствие того, что препарат попадает в мозг через несколько минут после инъекции. За этим следует седативный эффект (который наркоманы называют «уход в дремоту»). Аналгезия, вызванная героином, имеет избирательный характер. Изменяется характер боли, причем так, что больной становится безразличным к ней.

Воздействие героина, обуславливающее удовольствие и эйфорию, примерно в два раза выше, чем морфия.

В зависимости от длительности приёма наркотиков, эйфоризирующий эффект изменяется в сторону снижения, а затем и исчезновения защитных реакций организма. Потребление наркотика приобретает систематический характер, происходит изменение толерантности. Постепенно формируется психическая зависимость от героина, далее вырабатывается физическая зависимость с неодолимым влечением к наркотизации и выраженной абстиненцией.

Первые приёмы героина запоминаются, и если они повторяются, то происходит трансформация отношения к ним. Этот период, в зависимости от способа введения (внутрь, внутривенно, внутримышечно), типа высшей нервной деятельности, продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. Приёмы наркотика разовые, каждый из них сопровождается вышеописанным состоянием. Это время очень важно оценить как период предвестников для возможного взятия на учёт и проведения профилактической работы.

В динамике становления наркомании условно можно различить 3 стадии: начальную или I-ую – адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или II-ую – завершение формирования физической зависимости (абстиненция, в ряде случаев возникновение психозов, полинаркомании); позднюю, или III-ю – истощение всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности организма - психической, соматогенной, неврологической, затяжная абстиненция, слабоумие).

**Начальная стадия** характеризуется систематическим приёмом наркотика, быстрым увеличением дозы препарата (повышение толерантности).

Смертельная доза героина составляет 0,3-0,5 гр. У наркоманов быстрее наступает тенденция к увеличению дозы до сотни миллиграммов. В период действия препарата ощущения те же – это комплекс психических дегенеративных стигм. Одновременно имеется комплекс соматических ощущений – сухость во рту, зуд, проходящий к концу начального периода, жара, ощущение тяжести в теле, нижних конечностях, нарушается сон. Зрачки сужаются, имеются различные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, снижение аппетита, задержка стула. Быстро вырабатывается синдром психической зависимости с явлениями навяз-

чивого желания повторить приём наркотика, ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

**Хроническая стадия** характеризуется систематическим, регулярным приёмом наркотика. Доза вводимого наркотика может ещё увеличиваться или достигает своего апогея до 5000 мг. Важно отметить, что наркоманы очень чётко знают свои наивысшие разовые, суточные дозы и практически никогда их не переходят, в связи с этим отравлений у них не бывает. В этой стадии психическая зависимость от героина выражена чётко, наркоман не может обойтись без наркотика. Если в начальной стадии отмечалась эйфория, затем наступали покой, расслабление, то в этой стадии наркоман вял, заторможен, а после введения наркотика становится энергичным, деятельным, подвижным, работоспособным. Это состояние с его психической и моторной приподнятостью похоже на маниакальное. Наркоманы различными способами стремятся вернуть прежнее состояние – повышают дозу принимаемого препарата. Постепенно формируется абстиненция. Длительность этой стадии 5-10 лет.

**Поздняя стадия.** В это время снижается толерантность примерно на 1/3 ранее принимаемой дозы. Наркоман без приёма наркотика совершенно теряет способность активной деятельности, особенно трудовой, он бессилен, безынициативен. Главным синдромом, определяющим состояние наркомана, становится не навязчивое состояние (обсессия), а абстиненция, ибо каждый обрыв приёма наркотика через 8-12 часов вызывает абстиненцию. При этом отмечаются разнообразные соматовегетативные психоневрологические симптомы: слёзотечение, зевота, потоотделение, тремор рук, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры. Учащение дыхания, боль в мышцах, обезвоживание организма, похудание, нарушение сна, тревога, страх смерти, нарушение настроения.

В поздней стадии болезни абстиненция несколько отлична от такой при хронической стадии. Меньше выражены чиханье, слезотечение, частый жидкий стул, особенно первые 3-5 дней. Тонус мышц несколько повышен, однако выраженных болей нет, более отмечен дискомфорт. Имеют место артериальная гипотензия, брадикардия, отчего выше риск развития коллапса, общее снижение жизненного тонуса, понижение настроения. Они вялы, гиподинамичны. Все их поведение окрашено безысходной тоской. В хронической стадии выраженные явления абстиненции длятся 5-7 дней. В поздней стадии длительность абстиненции еще продолжительнее, астения держится долго, иногда до 3-4 месяцев.

Наркоманы, как правило, истощены, цвет кожи серо-землистый. Им свойственно раннее облысение, поседение, ломкость, хрупкость ногтей, зубов, шелушащаяся кожа, тромбофлебиты, у многих отмечается сердечная недостаточность, заболевания печени. В местах введения наркотиков – локтевых сгибах, стопах, межпальцевых складках видны рубцы (от множественных инъекций).

Наркоманы хронической, поздней стадии как правило, становятся асоциальны. Необходимость постоянной добычи наркотиков приводит их к краже, мо-

шенничеству, другим противоправным действиям. Чаще всего преступления ими совершаются в состоянии абстиненции.

## **КЛИНИКА АБСТИНЕНЦИИ**

Героиновые наркоманы могут принимать сотни миллиграммов героина, толерантные наркоманы принимают до 5000 мг наркотика. У нетолерантных субъектов смерть от передозировки может наступить при приёме 60 мг героина. Героиновый абстинентный синдром начинается через 6-8 часов после приёма последней дозы, обычно через 1-2 недели после постоянного приёма или введения наркотического вещества. Он достигает максимальной интенсивности в течение 2-го или 3-го дня и продолжается следующие 7-10 дней.

Диагностические критерии симптомов абстиненции: поведенческие - страстное желание получить наркотик, бессонница, агитация, иногда применение насилия; соматические - потливость, лихорадка, насморк, мидриаз, пилоэрекция, тошнота и рвота, сердечно-сосудистая неустойчивость, гипертензия, тахикардия; абдоминальные спазмы, припадки типа больших судорожных.

Абстиненция, ускоренная действием антагониста, после длительного приема наркотика может быть очень тяжелой. Наркоман редко погибает от абстиненции, если не страдает тяжелым сопутствующим заболеванием. Одна доза героина, сделанная в любое время в течение абстинентного синдрома, ослабляет симптомы абстиненции.

## **ПРИЗНАКИ ОПИОИДНОГО СИНДРОМА**

А. Прекращение длительного умеренного или сильного употребления опиоидов или снижение количества потребляемого опиоида, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков:

1. Страстное желание принять опиоид.
2. Тошнота или рвота.
3. Боли в мышцах.
4. Слезотечение или насморк.
5. Расширение зрачка, пилоэрекция или потливость.
6. Диарея.
7. Зевота.
8. Лихорадка.
9. Бессонница.

Б. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

**Дифференциальный диагноз.** Героиновую наркоманию следует дифференцировать с хроническим алкоголизмом, гашишеманией, кокаиноманией.

Различна клиника опьянения при алкоголизме: фаза возбуждения (эйфория, болтливость, растерянность), фаза угнетения (замедление психических процессов, иногда - коматозное состояние); при гашишемании – 4 фазы опьянения: фаза возбуждения, фаза измененного состояния, фаза экстаза, фаза сна. При кокаинизме – отмечаются 3 фазы: эйфория с повышенной деятельностью, чувством повышенной мышечной силы, состояние нарушения сознания (с обильными, окрашенными в красный, зеленый и черный цвет, микроскопическими; постоянно перемещающимися образами зрительных, а также тактильных галлюцинаций, нередко локализованных под кожей); конечная фаза - сомноленция.

При героиновой наркомании через 20-30-секунд после приема наркотика ощущается волна тепла, зрачки суживаются, отмечается длительная заторможенность, через 5-7 минут отмечается состояние общей умиротворенности, чувством приятного тепла во всем теле, появляются иллюзорные видения, «грезы», затем наступает сон.

Период появления зависимости различен: при алкоголизме – в среднем 5 лет, при гашишемании – отмечается меньшая зависимость от наркотика, при кокаиномании – нехарактерен период зависимости, при героиновой наркомании этот период формируется очень быстро - 2 недели. Абстиненция протекает по-разному: при алкоголизме – нарушение сна, потливость, снижение аппетита, тремор, сухость во рту, эмоциональные нарушения, при кокаиномании – абстинентный синдром выражен нерезко. Сухость слизистых носоглотки, расширение зрачков и в связи с этим снижение остроты зрения, снижение А/Д, головная боль локализуется в затылочной области, иногда снижение настроения и суицидальные мысли; при героиновой наркомании – бессонница, агитация, потливость, насморк, мидриаз, тошнота и рвота, гипертензия, тахикардия, боли в мышцах, зевота, лихорадка, диарея, страстное желание принять наркотик. Героиновый абстинентный синдром длится 7-10 дней.

**Л Е Ч Е Н И Е.** Основным методом лечения наркомании является этапность лечения.

1. Предварительный этап – дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия в сочетании с прекращением приема наркотического вещества.

2. Основное активное антинаркотическое лечение.

3. Поддерживающее лечение.

На первом этапе лечение в стационаре направлено на устранение абстинентных явлений, восстановление нарушенных функций. В схему лечения абстинентных состояний, как правило, включается назначение следующих препаратов:

1) **Sol. Calcii chloridi** 10% -10 мл + **sol.Glucosae** 40% - 10 мл в/в ежедневно, 10-15 вливаний или **Sol. Natrii thiosulfatis** + **sol. Glucosae** 40%-10,0 10-15 вливаний.

2) **Sol. Magnesii sulfatis** 25% - 5-10 мл в/м ежедневно 10-15 вливаний или **sol. Unithioli** 5%-5-10 мл в/м ежедневно 10-15 инъекций.

3) **Sol. vit. B<sub>1</sub>** 5%-3-4 мл в/м.

4) **Sol. vit. B<sub>6</sub>** -4-6 мл (на высоте абстиненции до 10 мл) в/м.

5) **Sol. vit. B<sub>12</sub>** 0,02%- 1 в/м.

6) **Sol. vit. C** 5%-3-5 мл в/м.

7) **Sol. vit. PP** 1%-1-2 п/к курсами до 10-15 дней.

В тяжелых случаях рекомендуется **Nemodezi** 40,0 мл в/в капельно.

Для устранения болевых ощущений во внутренних органах применяют *аналгетики*:

➤ **sol. Analgini** 50%-2,0 мл в/м,

➤ **Baralgyi** 2-5 мл в/в или в/м, или в/в капельно на **sol. Natrii chloridi** 0,9%-200,0.

➤ У больных с ярко выраженным болевым синдромом применяется **трамал** перорально до 0,4 мг в сутки в течение первых 4 дней лечения с постепенным снижением дозы.

*Спазмолитики*:

➤ **No-chpa** 0,04 г. перорально или 2 мл 2% р-ра в/м,

➤ **sol. Papaverini** 2%-2,0 в/м или в/в, 0,04 перорально.

При расстройствах настроения назначают *антидепрессанты*:

➤ **Sol. Amytriptilini** 1,25%-1,0-2,0 мл в/м (100-200 мг в сутки),

➤ **Tab. Pyrazidoli** 25 мг перорально (100-200 мг в сутки).

*Антидепрессанты* назначают в комбинации с нейролептиками: **sol. Tisercini** 2,5%-2,0 в/м. **Sol. Haloperidoli** 0,5%-1,0 в/м.

Для купирования абстиненции в последние годы широко применяются различные *транквилизаторы*:

➤ **sol. Seduxeni** – 2,0 в/м или в/в (капельно или струйно),

➤ **sol. Eleniumi** 1,0 в/м или в/в 40-50 мг,

➤ **tab. Phenazepami** 5-8 мг внутрь.

При тревожно-боязливом аффекте, подозрительности, страхе, расстройстве сна, вегетативных нарушениях показаны **элениум**, **сибазон**. Сибазон назначается в дозах 5-15 мг, высшая доза 60 мг. Кроме того, сибазон через 2-3 дня приведет к уменьшению колебания аффекта, снижает страх, повышенную раздражительность, непреодолимую тягу к наркотику.

Хорошо купирует абстиненцию **пирроксан**. Он довольно быстро снижает тягостные симптомы – бессонницу, тягу к наркотику. Препарат применяется в/в, в/м, внутрь. Начинают чаще всего 90-180 мг под контролем А/Д. Длительность лечения 5-7 дней.

При возбуждении, бессоннице, напряженности применяют **sol. Aminazini** 2,5%-1-3 мл в/м или в/в 1-2 раза в день в течение 5-7 дней.

Героиновую наркоманию до недавнего времени купировали сочетанием *холинолитических* и *курареподобных* препаратов. В последние годы эту абстиненцию купируют введением **атропина** в дозах, вызывающих делирий или оглушение. Применяют **sol. Atropini sulfatis** 0,1%-6-8 мл. Атропиновый делирий или

оглушение купируют **sol. Eserini** 0,1%- 2, 0 мл п/к каждые полчаса до полного исчезновения делириозных расстройств.

В случае падения А/Д при введении эзерина назначают 2 **sol. Cofeini benzoais** 20%-2,0 п/к и **sol. Glucosae** 40%-20,0 в/в. При нарушении сна вводят в/м 5-мг **аминазина** или **тизерцина** и 2 мл **кордиамина**.

После атропинового делирия в течение нескольких дней отмечается астения. Стремление к приему наркотика либо резко уменьшается либо исчезает. Если явления абстиненции ликвидированы не полностью, то введение высоких доз атропина повторяют. После сеансов атропинокоматозной терапии следует назначать пироксан, феназепам, папаверин, теплые ванны на ночь.

Ф.Г. Гофман, Е.С. Лешаков предложили купировать героиновую абстиненцию внутривенным капельным введением 60 мг **амитриптилина**. Развивающийся при этом делирий легко снимается эзерпином.

Широко используется **сульфозин** от 5,0 до 10,0 мл 1 раз в день в 2-4 дня (5-6 инъекций), **пирогенал** (250-1000 МД) через 1-2 дня (6-8 инъекций).

Первый этап наркомании продолжается 3-4 недели, хотя больных с явлениями астении следует лечить на протяжении всего периода пребывания в стационаре.

Второй этап лечения состоит из активной и симптоматической терапии. Главным методом следует считать психотерапию в различных её видах - гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотик, укрепление воли, установок на активное выздоровление.

Медикаментозную терапию проводят **sol. Magnesii sulfatis** 25%-10,0 мл в/в, **sol. Apomorphini** 0,5%-0,1-0,2 п/к. Особенно показан пираретам -2-4-6 г. в сутки.

Необходимо применять физиотерапевтические процедуры: ванны, гальванизацию, электрофорез, токи д-Арсонваль, грязевые и парафиновые аппликации, ультрафиолетовые облучения, электросон (от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 часа каждый сеанс).

На втором этапе лечения необходимо в ежедневный режим включать трудотерапию.

Третий этап лечения - поддерживающая терапия охватывает длительный промежуток времени (5 лет). На протяжении этого периода больные обязательно должны находиться под наблюдением наркологического кабинета. В это время обязательно проводятся психотерапевтическое вмешательство, повторные курсы условно-рефлекторной, общеукрепляющей, стимулирующей терапии.

## МОРФИНИЗМ

**Клиника.** Состояние эйфории больные описывают следующим образом: после введения морфина возникает непродолжительное специфическое ощущение



тепла, своеобразного «внутреннего массажа», распространяющегося волнами по телу. На смену этому ощущению приходит «легкость и радость», чувство просветления в голове. Мысли приобретают четкость, «особую выпуклость». В последующем преобладают благодушное довольство, приятная истома, покой и расслабленность. На протяжении 2-4 часов человек находится во власти грезоподобных, быстро меняющихся приятных переживаний. Все окружающее остается как бы за пределами восприятия, мысли превращаются в образы, которые следуют один за другим без усилий. Мало-помалу все становится смутным. Человек не чувствует своего тела, остается только мысль. Затем внешний мир исчезает, сохраняется лишь внутренний «восхитительный мир». Постепенно такое состояние сменяется поверхностным, легко прерываемым сном.

Своеобразность и необычность ощущений во время морфинной эйфории вызывают у больных стремление вновь и вновь испытать их.

## **СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Испытанное состояние эйфории обуславливает формирование психического влечения, психической зависимости от морфина, регулярность, систематичность его употребления и при исчезновении защитных физиологических реакций возрастание толерантности к морфину.

Формирование синдрома психической зависимости от морфина свидетельствует о том, что «в духовном мире» наркомана возникла аффективно насыщенная привязанность, кататимно искажившая мышление и снизившая субъективную ценность прежних интересов.

С формированием синдрома психической зависимости прием морфина становится систематическим. Частота его введения определяется, в первую очередь, возможностью достать наркотик. В этот период больной устанавливает достаточно прочные контакты с другими наркоманами, они «признают» его «своим» и для него открываются пути нелегального приобретения наркотиков. Интенсивность синдрома психической зависимости и большая или меньшая доступность морфина предопределяют ритм наркотизации на начальном этапе формирования морфинной наркомании.

**I стадия** - учащение наркотических эксцессов объясняется не только синдромом психической зависимости, но и уменьшением первоначального эйфоризирующего эффекта при повторных введениях морфина. Для достижения прежнего эффекта больные стремятся вводить наркотик значительно чаще, чем прежде, и вынуждены постепенно увеличивать его дозы. Уже на этом этапе морфин становится для больного основным жизненным интересом. Все жизненные, семейные и производственные ситуации больной расценивает только с одной позиции: облегчают или затрудняют они прием наркотика.

Употребление наркотика больной обычно тщательно скрывает от окружающих, особенно от родственников. При перерыве в приеме морфина больной ис-

пытывает необъяснимую неудовлетворенность, немотивированное изменение настроения, снижение работоспособности, несобранность внимания. Подобные состояния проходят после приема морфина, что позволяет больному установить их связь с перерывами во введении наркотика. Это, в свою очередь, способствует преобладанию мыслей о морфине в сознании больного, и все его поведение начинает определяться поиском морфина и стремлением к повторной морфинной интоксикации.

Совокупность указанных проявлений и составляет клиническую картину начальной стадии морфинной наркомании.

Как уже указывалось, темп формирования начальной стадии морфинной наркомании обусловлен, в первую очередь, учащением введения наркотика и увеличением его доз. В зависимости от индивидуальных различий в возможностях приобретения наркотика указанные симптомы формировались у большинства больных на протяжении первых 2-3 месяцев от начала употребления морфина. Следует отметить, что начальная стадия морфинной наркомании значительно короче, чем других форм наркомании. У обследованных больных она не превышала 2-6 месяцев.

Дальнейшее употребление морфина приводит к формированию второй развернутой стадии морфинной наркомании. Наряду с динамикой уже определившихся симптомов заболевания возникают новые, свойственные развернутой стадии, и в первую очередь, такой важный диагностический синдром, как физическая зависимость.

Синдром физической зависимости рассматривается как своеобразное адаптивное состояние больного наркоманией, проявляющееся в интенсивных физических расстройствах при прекращении приема наркотического вещества.

**Абстинентный синдром.** Абстинентный синдром при морфинизме по сравнению с другими формами наркомании формируется относительно быстро и с более тяжелыми клиническими проявлениями. Однако формирование абстинентного синдрома подчиняется общим закономерностям, присущим любой форме заболевания.

Начальные признаки формирующего синдрома абстиненции при морфинной наркомании включают наряду с изменением психического состояния больного – чувством неудовлетворенности, напряженности, беспокойства – такие вегетативные явления, как расширение зрачков, слезотечение, насморк и чиханье, гусиная кожа.

В дальнейшем наряду с усилением чувства напряженности и влечения к морфину (до непреодолимого) возникают перемежающиеся состояния озноба и жара, потливость, гиперсекреция слизистых оболочек, напряжение и боль в мышцах шеи, рук, ног, спины. Мышечная боль усиливается, на ее фоне возможны периодические судороги мышц ног. Психическая напряженность усиливается, настроение становится тоскливо-злобным. Больные двигательно беспокойны, не находят себе места и удобного положения тела, т.к. мышечная боль становится все интенсивнее. Отсутствие аппетита сочетается с периодической рво-

той, постоянными тенезмами и поносом. На высоте абстиненции у больных отмечаются субфебрильная температура, тахикардия и умеренная гипертензия. Анорексия, диспептические явления, агрипния в сочетании с двигательным беспокойством обуславливают значительное похудание. Характерно, что в период абстиненции состояние больного может значительно ухудшаться в связи с каким-либо соматическим заболеванием.

Описанная симптоматика острого периода абстиненции у больных морфинной наркоманией различна по продолжительности. Длительность абстиненции значительно варьирует у отдельных больных и определяется длительностью наркотизации, дозами морфина, стадией наркомании и факторов (состояние больного перед абстиненцией, установка на прием морфина и т.д.).

Острый период абстиненции может продолжаться от 1 до 4-5 недель. Однако и после ликвидации наиболее тягостных симптомов острого периода абстиненции могут долго сохраняться (до 1-2-х месяцев) остаточные явления в форме непреодолимого влечения к морфину, пониженного настроения, дисфории или психического дискомфорта, астении, нарушении сна.

Наряду с формированием абстинентного синдрома изменяется влечение к морфину, которое становится непреодолимым.

Это непреодолимое влечение радикально влияет на поведение больного и определяет его. В связи с этим больные совершают различные противоправные действия, связанные с добыванием наркотиков. Частота и тяжесть правонарушений, как свидетельствуют данные ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, особенно возрастают у больных во 2-й стадии морфинной наркомании.

**II стадия** - извращенное действие морфина во 2-й стадии морфинной наркомании проявляется в том, что он вызывает не столько эйфорию, сколько нормализацию физического и психического состояния. Действительно, если на начальной стадии формирования морфинной наркомании введение морфина сопровождается расслаблением, ощущением покоя и отказом от внешней активности, то вялый, астенизированный больной во 2-й стадии морфинной наркомании после введения наркотика оживляется, испытывает прилив энергии и способен к действию.

Во 2-й стадии морфинной наркомании симптомы, сформировавшиеся в начальной стадии заболевания, претерпевают дальнейшую динамику. Толерантность к морфину продолжает возрастать, но с весьма различной скоростью, это объясняется тем, что чувствительность отдельных органов и систем к возрастающим дозам морфина неоднородна и очень вариабельна.

Меняется картина морфинной интоксикации: эйфория, благодушие, грезоподобные фантазии, двигательная заторможенность, свойственные морфинной интоксикации начального периода, уступают место описанной выше стимуляции. Постинтоксикационный сон у больных во 2-й стадии морфинной наркомании отсутствует.

Меняется и форма употребления морфина; 2-я стадия заболевания сопровождается выработкой индивидуального ритма постоянной наркотизации. Больные нередко переходят от подкожного к внутривенному введению и употребляют наркотик не один, а 2-3 раза в сутки. Для усиления действия морфина больные нередко используют дополнительные средства и методы (временное постепенное снижение установившейся дозы, прием алкоголя, горячие ванны, дробное введение морфина и т.п.).

У больных во 2-й стадии морфинной наркомании в периоде абстиненции можно установить определенные личностные изменения, преимущественно в форме заострения преморбидных черт и морально - этического снижения. Больные эмоционально лабильны, у них чередуются периоды пониженного настроения, дисфорий с повышенной раздражительностью, утомляемостью и истощаемостью. У больных наркоманией, интеллект долго остается сохранным, чего нельзя сказать об их поведении. Больные становятся равнодушными к своему дому и своим обязанностям, их помыслы заняты лишь получением наркотика и для этого они не брезгуют никакими средствами.

Характерологические изменения вследствие морфинной наркомании в форме заострения преморбидных личностных черт наиболее четко прослеживаются в период абстиненции.

У больных морфинной наркоманией даже с достаточно большой продолжительностью заболевания не отмечается выраженных и тяжелых форм интеллектуально - мнестического снижения.

Таким образом, в отличие от больных другими формами наркомании, прежде всего гашишной и барбитуровой, больные во 2-й стадии морфинной наркомании имеют заострение преморбидных личностных черт, постепенно становящееся психопатоподобным, асоциальное поведение и совершают правонарушения при относительно длительном сохранении интеллектуально - мнестических функций.

**III стадия** - больные в 3-й стадии морфинной наркомании, как ранее, систематически употребляют морфин. Однако при этом в известной мере меняются не только ритм наркотизации и форма морфинной интоксикации, но и толерантность к морфину, и структура морфинной абстиненции.

У больных периодически без внешних провоцирующих факторов развиваются достаточно длительные состояния (до 2-3 нед.) соматического неблагополучия. Больные в этот период испытывают непроходящее чувство вялости и слабости, значительного снижения работоспособности, безразличия к окружающему. В этот период у них не возникает непреодолимого влечения к морфину, а употребление привычных на данном этапе доз морфина в установившемся индивидуально ритме не смягчает описанного состояния. Больные вводят наркотик реже и в меньшей дозе. Особо следует отличить, что указанные состояния не сопровождаются сколько-нибудь выраженным обострением имеющихся заболеваний; усиления объективной клинической симптоматики врачи-интернисты также не отличают. Спонтанно возникшие расстройства также са-

мопроизвольно через 2-3 недели исчезают, и больные возвращаются к установившемуся ритму наркотизации и привычным дозам морфина. Подобные состояния чаще отмечены у больных, длительно употребляющих большие дозы морфина. Можно полагать, что эти аутохтонно возникающие состояния служат своего рода «предохранителями» в непрерывном патологическом процессе: они свидетельствуют о перегрузках гомеостатических механизмов.

В целом больным в 3-й стадии морфинной наркомании свойственно известное снижение толерантности к морфину. Это особенно наглядно проявляется при большой давности заболевания: даже максимальные дозы морфина не приводят к эйфории. В лучшем случае они предупреждают абстиненцию и помогают достичь «нижнего» уровня психического и физического комфорта. На всем протяжении 3-й стадии морфинной наркомании в состоянии и поведении больных преобладают астения, истощаемость, вялость. Таким образом, даже стимулирующий эффект морфина, выявляемый уже во 2-й стадии морфинной наркомании, в 3-й стадии становится относительным и не может в полной мере купировать свойственную больным постоянную анергию.

Меняются структура и характер абстиненции при перерывах в употреблении морфина; прежде всего она становится очень продолжительной. У наблюдаемых нами больных в 3-й стадии морфинной наркомании абстиненция продолжалась 4-6 недель. Однако и после ликвидации симптоматики острого периода абстиненции больные на протяжении ряда недель испытывали физическую слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, были двигательно заторможены. Структура самого абстинентного синдрома также претерпевает известную динамику. Так, в остром периоде абстиненции больные малоактивны, малоподвижны, настроению свойственны тоскливо безнадежные тона. Вместо выраженной мышечной боли отмечаются лишь неприятные ощущения. Пульс замедлен, артериальное давление стойко и длительно снижено. Диспепсические явления, рвота и понос выражены, постоянно повторяются. Аппетит отсутствует. Отмечается значительное похудание, масса тела восстанавливается крайне медленно.

Последствия хронической наркотизации морфином особенно демонстративны в 3-й стадии заболевания. Внешний вид больных кахетичный, они кажутся значительно старше своих лет. Зубы поражены кариесом, многие отсутствуют. Волосы и ногти становятся ломкими, теряют блеск. Кожа сухая, с желтушным оттенком, шелушащаяся, нередко пигментированная. При осмотре обращают на себя внимание следы инъекций морфина. Особенно демонстративно заращение вен, которые вследствие многочисленных нестерильных введений морфина приобретают вид плотных жгутов, по ходу которых отмечается гипестезия. Нередко обнаруживаются расстройство координации и нарушение походки. На заключительном этапе морфинной наркомании выявляются разнообразные расстройства сердечно - сосудистой и дыхательной систем, печени.

Указанные нарушения нервной системы и внутренних органов нельзя считать специфическими, свойственными только хронической интоксикации морфином. Это относится и к изменениям личности больных во 2-й стадии морфинной

наркомании. Наблюдающиеся у них элементы интеллектуально- мнестического снижения, как правило, обратимы и при прекращении употребления морфина «самопроизвольного или в процессе терапии» они в известной степени нивелируются. Заострение преморбидных личностных черт, свойственное больным во 2-й стадии морфинной наркомании, при переходе в последующую стадию также в известной мере сглаживается. Преобладают свойственные всем больным в 3-й стадии заболевания выраженная астения и анергия. Однако эти личностные изменения также неправомерно рассматривать как необратимый дефект личности, обусловленный длительной хронической интоксикацией морфином. Достаточно длительная спонтанная или терапевтическая ремиссия свидетельствует об известной регрессиентности этих изменений. Даже в 3-й стадии морфинной наркомании ряд больных сохраняют способность выполнять довольно высококвалифицированную работу.

**Лечение.** В основе специализированной помощи лежат принцип наиболее раннего и полного выявления и лечения больных наркоманиями, индивидуализированный подход с учетом особенностей личности больного и течение его заболевания. Лечение больных морфинной наркоманией разделяется на 3 этапа: ликвидация абстинентного синдрома, курс активного лечения и длительная поддерживающая терапия, противорецедивная и восстановительная терапия.

Введение морфина в немедицинских целях может обусловить острую (отравление морфином) или хроническую интоксикацию (морфинная наркомания).

Опыт свидетельствует о том, что больные морфинной наркоманией редко допускают передозировку морфина, приводящую к острой интоксикации. Такие состояния у больных морфинной наркоманией чаще бывают при возобновлении его приема в ранее достигнутых высоких дозах после длительного перерыва.

Значительно выше вероятность острой интоксикации морфином на начальном этапе приеме наркотика, когда больной не знает реакции своего организма на ту или иную дозу. Несмотря на значительную редкость в наркологической практике случаев острой морфинной интоксикации, у больных морфинной наркоманией, необходимо уметь ликвидировать это угрожающее жизни больного состояние. Минимальной смертельной дозой для взрослого человека является при парентеральном введении 0,1- 0,2 г; внутрь- около 0,4 г.

Острая интоксикация в зависимости от способа введения может развиваться немедленно или спустя 20-60 мин.

При острой интоксикации морфином возбуждение сменяется угнетением, коматозным состоянием. Скорость и интенсивность острого отравления морфином зависят от его дозы и способа введения: при внутривенном введении все симптомы отравления развиваются наиболее быстро, что требует экстренной помощи больному.

Начальный этап острой интоксикации морфином сопровождается нарастающим возбуждением. Больные становятся веселыми, смеются, подвижны, эйфоричны, многоречивы, испытывают чувство жара во всем теле, отмечают нарастающую сухость во рту, кожа краснеет. Возбуждение вскоре сменяется об-

шей слабостью, вялостью. Больные испытывают головокружение, жалуются на головную боль, шум и звон в ушах. У них отмечаются частые позывы на мочеиспускание, нарастает потливость. Слабость резко усиливается, сменяется нарастающей сонливостью, переходящей в бессознательное состояние с резким сужением зрачков. Нередко возникают общие судороги. Углубление комы может привести к нарушению дыхания по типу Чейна-Стокса. Кожа и слизистые оболочки приобретают цианотичную окраску. Снижается температура тела. Суженные до этого зрачки могут расшириться. Дальнейшее углубление расстройства дыхания может сопровождаться сердечно-сосудистой недостаточностью. В далеко зашедших случаях на фоне глубокой комы прекращаются дыхание и сердечная деятельность.

При более легкой острой интоксикации морфином, а также при своевременной медицинской помощи коматозное состояние переходит в сон, который продолжается 24-36 час. После пробуждения больные испытывают резкую общую слабость, головную боль и головокружение. Нередко у них отмечаются рвота, иногда повторная, длительные запоры.

Оказывая неотложную помощь при острой морфинной интоксикации, учитывают фармакологические особенности морфина и симптоматику отравления.

### **Неотложная помощь при острой морфинной интоксикации**

1. Повторные промывания желудка, в теплую воду для промывания добавляют **активированный уголь** или **перманганат калия** (в соотношении 1:1000; 1:5000) или 0,5% раствор **тонина**.

2. Дают солевое слабительное (**сульфат натрия**), делают повторные очистительные клизмы.

3. Наряду с промыванием желудка парентерально вводят 1-3 мл 0,5% раствора **налорфина**, а при его отсутствии вводят подкожно 1мл 0,1% раствора **атропина**. В зависимости от тяжести состояния налорфин или атропин можно ввести повторно через 10-15 минут.

4. Температура тела снижается, поэтому необходимо согревание больного, обкладывание его грелками; на голову кладут пузырь со льдом.

5. При нарушении дыхания целесообразно очистить дыхательные пути от рвотных масс и слизи, постоянно и длительно проводить искусственную вентиляцию легких, давать кислород.

6. При угнетении дыхательного центра и снижения АД больному вводят подкожно **лабелин**, используют форсированный диурез.

7. Дробное введение 4% раствора **гидрокарбоната натрия**.

8. Кровопускание 250-300 мл с последующим введением раствора **хлорида натрия** 0,09%.

9. При анурии осторожно катетеризируют мочевого пузырь.

10. **Sol.Ac.glutaminici** 1%-10-20ml. в/в.

11. **Sol.Vit. B<sub>6</sub>**-5%-4 ml. в/в.

12. **Sol. Vit. C** 5%- 4 ml. в/в.

13. Следует избегать средств, способных вызвать или усилить рвоту.

### **Абстинентный синдром. Купирование**

1. **Sol. Sulfazini** 5-10 ml. в/м 1-3 дня.

2. **Sol. Pirogenali** 1000 МПД ч/з 1-2 дня всего 8 инъекций.

3. **Sol. Pirocsani** 1%- 2.0 ml. – 3 раза в сутки на протяжении 1-2 недели.

4. **Sol. Calcii Chloridi** 10%- 5-10 ml. в/в

**Sol. Glucosae** 40 %- 10 ml.

5. **Sol. Na. Thiosulfatis** 30%- 10 ml.

6. **Sol. Glucosae** 40%- 10 ml. в/в.

7. **Sol. Magnii Sulfatis** 25%- 5-10 ml. в/в.

8. **Sol. Unitioli** 5% -5-10 ml. в/м.

9. **Sol. Vit. B<sub>6</sub>**- 5%- 3-4 ml. в/м.

10. **Sol. Vit. B<sub>1</sub>** – 5%- 3-4 ml. в/м.

11. **Sol. Vit.C** 5 %- 3-5 ml. в/м.

12. **Sol. Vit.PP.** 1%- 1-2 ml. в/м.

13. При возбуждении, напряженности, бессоннице – **Sol. Aminasini** 2,5%- 1-2 ml. в/м или в/в. Или

15. **Sol. Tisercini** 2,5 %- 1-2 ml. в/м или в/в.

16. **Sol. Dimedroli** 1%- 1-2 ml. в/м.

17. **Sol. Cordiamini** 2,0 ml. в/м.

18. Дробные дозы **инсулина** 5-30 ЕД.

**2-ой этап лечения.** Продолжительность 2-го этапа лечения составляет 1,5-2,5 месяцев. Главной задачей в этот период лечения является устранение астении, различных эмоциональных расстройств (депрессивные, дисфорические соматоневрологические и вегетативные нарушения).

Настойка китайского лимонника.

1. **Tab. Fitini** 0,5 gr.-3 раза в сутки.

2. **Tab. Acidi glutaminici** 0,5 gr- 3 раза в сутки.

3. Физиотерапевтические процедуры (ванны, души, электропроцедуры, электросон).

4. Психотерапия (индивидуальная, групповая).

5. Медикаментозное лечение и физиотерапевтические процедуры чаще назначают на 10-15 дней с последующим перерывом той же продолжительности. Нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты для купирования эмоционально-аффективных, поведенческих нарушений больной принимает более продолжительное время.

На втором этапе лечения больных морфинной наркоманией особое значение приобретают социально-клиническая реабилитация.



Стабильное улучшение состояния больного позволяет после выписки из стационара перейти к **третьему, заключительному этапу лечения** в амбулаторных условиях.

Его задачей является нормализация микросоциальной среды, адекватное трудоустройство больного. Это требует тесного контакта нарколога с семьей больного, администрацией по месту работы и т.д.

Одной из самых сложных задач морфинной наркомании, в частности, является устранение психологической зависимости к наркотику. Именно на это направлены психотерапевтические методики лечения наркоманий (А.Р. Довженко, В. Рожнов, А. Назаралиев.)

В Андижанском государственном медицинском институте на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии разработан новый высокоэффективный метод лечения наркомании, основанный на глубинной гипнотерапии (метод двойного кодирования) и направленный на устранения психологической зависимости к наркотику.

Автор метода заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, действительный член Нью-Йоркской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор Марк Лазаревич Аграновский (один из авторов данного учебного пособия). На этот метод получен патент на изобретения от патентного ведомства Республики Узбекистан.

Лечение данным методом прошли 145 больных в возрасте от 19 до 38 лет с различными формами наркомании: героиновой, гашишной и морфинной. Длительность употребления наркотика составила от 8 месяцев до 5 лет. Эффект лечения составил: героиновая наркомания 36, 5% (53 чел.), гашишная наркомания –28,2% (41 больной), морфинизм –35,1% (51 больной), 4 пациента обратились с просьбой провести досрочное раскодирование, а у 7 больных отмечался срыв, причина которого заключалась в несоблюдении срока воздержания от приема наркотика перед проведением лечения (менее 1 недели).

Таким образом, проведенное исследование показало: во-первых то, что наркоманию можно лечить, и во-вторых отмечается достаточно высокая эффективность предложенного метода лечения.

## **ГАШИШНАЯ НАРКОМАНИЯ**

Как уже отмечалось, проблема наркомании на сегодняшний день является одной из основных проблем для правительств многих стран мира. С каждым годом возрастает контингент лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, в том числе гашишем и другими препаратами конопли. Особенно развито это в регионе Средней Азии, и в частности в нашей республике, в связи с чем изучение этой проблемы является чрезвычайно важной.

**Этиология.** Гашишемания - это наркомания, вызванная приемом гашиша или других препаратов, полученных из разных видов конопли.

Для злоупотребления чаще всего используется смолистое вещество, которое выступает на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли.

Основным действующим началом является 9-дельта-тетраканнабиол, который в основном определяет одурманивающий эффект при потреблении. Отмечено, что наибольшая концентрация каннабинола содержится в индийской конопле.

Собранная смола высушивается, иногда прессуется. Этот препарат имеет различные названия: анаша, гашиш. Из разных видов конопли изготавливаются такие препараты как: анаша, марихуана, гашиш, хусус, план, харас, банг, дагга, киф. Разработан и синтетический гидроканнабиол.

## **К Л И Н И Ч Е С К А Я К А Р Т И Н А - Г А Ш И Ш Н О Е О П Ъ Я Н Е Н И Е**

Проявления опьянения зависят от дозы попавшего в организм тетрагидроканнабиола и индивидуальных особенностей.

Употребляют анашу по-разному – курят, жуют, приготавливают напитки.

При курении действие гашиша начинает сказываться через 5-10 минут, при пероральном употреблении - через 15-20 минут.

Выделяют 4 стадии гашишного опьянения.

**I стадия.** Начинается через 5-10 минут. Возникает тревога, окружающее кажется каким-то подозрительным. Эта стадия короткая, длится 5-10 минут.

**II стадия.** Отмечается эйфория, нарастают психосенсорные расстройства и постепенное нарушение сознания – от его сужения до оглушения или сумеречного сознания. Выраженность и последовательность развития отдельных симптомов неодинакова у разных индивидуумов, но довольно постоянна у одного того же лица при повторном курении.

**III стадия.** Эта стадия представляет собой психотическое состояние со спутанностью и отрывочным бредом. Имитация смеха и плача других в этом периоде становится насильственной.

**IV стадия.** В этой стадии отмечается выход из состояния опьянения. Проявляется сочетанием астении с сильным чувством голода и жажды. В последующем отмечается продолжительный сон (до 12 часов), но беспокойный.

При курении гашиша, интоксикация обычно ограничивается легким субпсихотическим опьянением.

## **С Т Е П Е Н И Г А Ш И Ш Н О Г О О П Ъ Я Н Е Н И Я** **Л е г к о е с у б п с и х о т и ч е с к о е о п ь я н е н и е**

Это состояние наступает через 10-15 минут после курения. Действие препаратов гашиша начинается с чувства голода, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливаются чувство тепла. Появляется желание прыгать, танцевать, ощущение невесомости. Основными проявлениями опьянения служат аффективные перепады от безудержного веселья до мгновений страха и ужаса. Незна-

чительные действия окружающих вызывают нелепый безудержный смех. Приступы смеха могут вызвать слова, жесты, попавшие в поле зрения предметы, в которых ничего смешного нет и которые в обычном состоянии никогда бы так не развеселили. Это же касается тревоги и страха.

Стремление к движению, а не к деятельности, отличает опьянение гашишем от интоксикации стимуляторами. Даже сидя, они пританцовывают, ритмически постукивают ногой или рукой, энергично жестикулируют, лицо то и дело искажают утрированные гримасы. Целенаправленная активность несвойственна.

Становится невозможным сосредоточиться. Ассоциации возникают легко и быстро сменяют друг друга. Произносятся набор фраз, часто незаконченных. Возникает быстрый поток мыслей. Все больше суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание с ними. Появляется импульсивность.

### **Тяжелое психотическое состояние**

Это состояние развивается вследствие передозировки или индивидуальной повышенной чувствительности к гашишу.

Состояние спутанности может быть как на высоте опьянения, так и возникнуть внезапно в самом его начале. Растерянный вид, непонимание происходящего вокруг, неузнавание приятелей перемежается с выраженными аффективными реакциями то страха, то злобы, то беспричинного веселья. Нелепый смех сменяется рыданиями. Могут быть отрывочный бред, высказывания. Во времени и месте оказываются дезориентированными. В контакт удается вступить с большим трудом.

Делириозно-онейроидный синдром возникает, когда психотическое состояние следует нарастающей симптоматикой легкого поначалу опьянения. Картина может ограничиться «онейрическим экстазом».

Отрешенные от окружающего мира целиком погружаются в мир грезоподобных фантазий. Контакт не доступен. На обращение не реагируют, от себя отталкивают. Делириозные эпизоды на фоне онейроида могут преобладать или же развивается делирий.

### **СТАДИИ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ**

Формированию первой стадии предшествует эпизодическое (3-4 раза в месяц) курение гашиша. При этом у одной трети больных отмечается эпизодическое употребление наркотика в течение 1-3 месяцев, у половины в течение 4-7 месяцев и у остальных больных - в течение 8 и более месяцев.

У большинства больных (две трети) в начальном периоде заболевания картина гашишного опьянения характеризуется выраженным чувством веселья, восторга, счастья, легкостью течения мыслей, приливом сил, сексуальным воз-

буждением, у четверти больных – приятным головокружением, чувством покоя, расслабленности, истомы приятной тяжести. У остальных больных наркотическое опьянение в начальном периоде сопровождается явлениями деперсонализации, грезоподобными переживаниями, ощущением легкости во всем теле, вплоть до появления чувства парения.

Из неприятных ощущений, сопровождающих первые приемы гашиша можно отметить головную боль, головокружение, чувство жара, сердцебиения, тошноту, тревогу, страх. Однако эти явления быстро проходили при последующем приеме наркотика.

Большинство подростков употребляют гашиш нерегулярно, только когда соберется «своя компания». Явных признаков зависимости в этих случаях нет.

Эпизодическое курение даже в течение 2-3 лет может не сопровождаться формированием физической зависимости. При ежедневном или почти ежедневном курении первые признаки зависимости могут появиться через 1-2 месяца.

**I стадия** гашишной наркомании характеризуется признаками психической зависимости от гашиша – вынужденный перерыв курения вызывает астению, вялость и сонливость. Настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. Претерпевает изменение и картина наркотического опьянения. Одновременно с исчезновением чувства тревоги, страха более постоянным и выраженным становится чувство веселья, счастья, восторга. У меньшей части больных приятные переживания иногда сменяются выраженной депрессией с глубокой подавленностью, тоской, тревогой, аффективными вспышками и с демонстративным суицидальным поведением.

Социальная дезадаптация у подростков наступает быстрее, чем у взрослых.

Вегетативные нарушения вне периода интоксикации мало выражены, даже при наличии психической зависимости. Обращает внимание постоянно холодные потные ладони и, в качестве неожиданной находки, низкое, на грани гипогликемии, содержание сахара в крови.

**II стадия** гашишной наркомании характеризуется дальнейшим нарастанием толерантности к наркотику: гашиш употребляется ежедневно до 10 и более раз в день. Изменяется форма потребления наркотика, теперь больные предпочитают принимать гашиш в одиночестве, так как компания тяготит больных и нарушает возможность достижения требуемого состояния. Дальнейшей трансформации подвергается картина гашишного опьянения: в состоянии гашишной интоксикации больные не испытывают прежнего чувства восторга, счастья, прилива сил, сексуального возбуждения; на смену им приходит желание «спокойно сидеть и думать». Нередко больные отмечают появление каких-нибудь «гениальных», понятных только им одним мыслей; так называемое «кидание в думку» - очень типичное для состояния гашишного опьянения достигает наибольшей яркости и выраженности.

Для 2-й стадии характерно наличие абстинентного синдрома, проявляющегося рядом психических и соматовегетативных расстройств. В состоянии абстиненции больные становятся раздражительными, вспыльчивыми, дисфоричными,

эмоционально лабильными, безразличными ко всему, кроме гашиша. Нарушаются сон и аппетит. Больные отмечают тяжесть в голове, головную боль, сердцебиение и неприятные ощущения в области сердца, в мышцах. У больных отмечается выраженный тремор рук, гипергидроз. Продолжительность абстинентного синдрома колеблется от 2-3 до 15-17 дней, апогей абстинентного проявления наступает на 4-5 день лишения наркотика. У 2/3 больных сформированный абстинентный синдром имеет место уже через 8 месяцев систематического употребления.

Психопатизация считается неотъемлемой частью изменений на второй стадии гашишной наркомании. Различают астенический, апатический и эксплозивный типы психопатизации. Одновременно происходят соматические изменения – нарастает общее истощение. У молодых мужчин отмечена феминизация вследствие постоянно повышенной секреции эстрогенов и уменьшения содержания в крови тестостеронов. Имеются также данные об угнетении иммунных реакций.

Средняя продолжительность второй стадии гашишной наркомании составляет 6-7 лет.

Для клинической картины **3-й стадии** гашишной наркомании характерно снижение толерантности к наркотику, который принимается систематически и только в одиночестве. Вне состояния гашишной интоксикации больные вялые, безучастные ко всему окружающему, кроме гашиша. На этой стадии заболевания даже прием привычного наркотика не вызывает былого подъема настроения, активности и чувства бодрости. Отсутствует имевшее место ранее место ускорение мыслительных процессов. Для состояния гашишного опьянения третьей стадии типичны ощущения полного покоя, отрешенности, безразличия ко всему окружающему. Весь мир воспринимается «как в тумане».

## ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Выделены три типа течения гашишной наркомании: малопрогрессирующий тип течения (у одной десятой больных), умереннопрогрессирующий тип течения (более, чем у половины больных) и активнопрогрессирующий (более, чем у трети больных).

В основе определения типа течения гашишной наркомании лежат три критерия, характеризующие наиболее ранний этап формирования заболевания: продолжительность периода эпизодического употребления гашиша; интенсивность ежедневного периода наркотика в начальном периоде его систематического употребления и продолжительность периода эпизодического употребления гашиша; интенсивность ежедневного приема наркотика в начальном периоде его систематического употребления и продолжительность периода формирования синдрома психической зависимости.

Малопрогрессирующий тип течения гашишной наркомании формируется, как правило, у лиц премоурбидно здоровых, с нормальными социальными установ-

ками и относительно благополучным микросоциальным окружением. Причиной развития гашишной наркомании у таких больных является длительное влияние опытных, стажированных наркоманов, относительно легкий доступ к гашишу и некритично воспринятое мнение о его безвредности, а впоследствии – сформировавшееся влечение к гашишу.

Продолжительность периода эпизодического употребления гашиша при данном течении наркомании превышает 7 месяцев: ежедневный прием гашиша в начальном периоде его систематического употребления составляет 1-3 папиросы с гашишем в день; продолжительность периода формирования синдрома психической зависимости превышает 7 месяцев.

Основные симптомы и синдромы гашишной наркомании формируются в течение достаточно продолжительного времени и, как правило, не носят достаточно выраженного характера. Однако постепенно формируются личностные изменения, которые проявляются патохарактерологическими изменениями личности по астеноипохондрическому типу, а также не резко выраженными морально-этическим и интеллектуально-мнестическим снижениями. Эти изменения отрицательно сказываются на психической, физической и социальной адаптации больных.

Умеренно-прогредиентный тип течения гашишной наркомании чаще формируется у лиц с неблагоприятным сочетанием вышеуказанных микросоциальных факторов преморбидного периода и девиацию преморбидной личности. Продолжительность периода эпизодического употребления гашиша составляет 4-7 месяцев, ежедневный прием гашиша в начальном периоде его систематического употребления составляет 4-8 папирос с гашишем в день. Продолжительность периода формирования синдрома психической зависимости равняется 3-6 месяцев. Симптомы и синдромы заболевания формируются в более сжатые сроки, и выражены в большей степени, чем при малопрогредиентном течении гашишной наркомании. Личностные изменения также формируются в более сжатые сроки и проявляются заострением преморбидных личностных особенностей этих больных и патохарактерологическими изменениями личности (по астеноипохондрическому типу, эксплозивному и шизоидному типу), которые сочетаются с более выраженным морально-этическим и интеллектуально-мнестическим снижением.

Активно-прогредиентный тип течения гашишной наркомании формируется у преморбидно-аномальных личностей, среди которых преобладают психопатические личности с негативными социальными установками и крайне неблагоприятным микросоциальным окружением. Больные начинают употреблять гашиш в значительно более раннем возрасте. Мотивом первого приема наркотика почти всегда служит стремление испытать новое, необычное ощущение. Продолжительность периода эпизодического употребления гашиша составляет 1-3 месяца; ежедневный прием гашиша в начальном периоде его систематического употребления, как правило, превышает 8 папирос с гашишем в день; синдром психической зависимости формируется в первые 2 месяца. Основные симптомы

и синдромы заболевания формируются в более сжатые сроки и достигают большей степени выраженности, чем у больных с мало- и умеренно-прогредиентном типом течения гашишной наркомании. В результате систематического и интенсивного употребления гашиша у данного контингента больных быстро нарастают личностные изменения, которые однотипны с изменениями личности при умеренно-прогредиентном типе течения, но выражены в значительно большей степени. Личностные изменения по мере развития заболевания углубляются и резко нарушают психическую, физическую и социальную адаптацию этих больных.

### **Психозы при гашишной наркомании**

При гашишной наркомании довольно часто наблюдаются разнообразные психотические состояния, как острые, так и имеющие склонность к затяжному течению.

Некоторые из этих состояний могут сопровождаться выраженным аффектом тревоги и страха, психомоторным возбуждением с агрессивным поведением.

Чаще всего отмечаются 2 психопатологических состояния: делириозное помрачения сознания и сумеречное расстройство сознания. Оба эти синдрома могут наблюдаться как в состоянии наркотического опьянения, так и в период абстиненции.

### **Гашишный делирий**

Для гашишного делирия характерны нарушение ориентировки, аллопсихическая ориентировка нарушена, аутопсихическая ориентировка сохранена. Отмечаются сценopodobные галлюцинации устрашающего и угрожающего содержания с соответствующими и разрушительными действиями, «защитой» от мнимых преследователей, переживанием страха и ужаса. Длительность делирия составляет от нескольких часов до 2-5 суток.

### **Сумеречное расстройство сознания**

Сумеречное расстройство сознания выражается в немотивированном возбуждении, бессмысленном бегстве типа фуги, может сопровождаться с последующей амнезией этого эпизода.

### **Шизофреноподобные психозы при гашишной наркомании**

Чаще всего при гашишной наркомании описываются затяжные шизоформные заболевания. Отмечается высокий тропизм гашиша к клиническим состояниям, трудно или вовсе неотличимые от картин шизофрении. Заболевание начинается постепенно, с нарушения сна, настроения, раздражительности, немо-

тивированной злобности, появления бредовых идей преследования, слуховых галлюцинаций комментирующего или угрожающего характера. С нарастанием психической симптоматики, нередко развитием синдрома Кандинского-Клерамбо возникают состояния психомоторного возбуждения, требующие неотложной госпитализации. У некоторых больных отмечаются онейроидные и суб-ступорозные состояния. Длительность описываемых психозов колеблется от 2 до 6 месяцев. Выход характерен астеническими и апатоабулическими проявлениями.

## ЛЕЧЕНИЕ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Лечение гашишной наркомании проводится в 3 этапа:

1. Медикаментозная терапия – лечение и снятие абстинентных явлений.
2. Активная терапия – соблюдение ежедневного режима, трудотерапия с постепенным удлинением рабочего дня.
3. Поддерживающая терапия. На протяжении этого этапа больной обязательно находится под наблюдением наркологического кабинета. Необходимо помнить, что всегда возможны срывы и обострения ремиссий, вызываемые повторным компульсивным влечением к наркотику: нарушение настроения, психотравмирующие ситуации и т.д.

Главным принципом лечения наркомании, в частности, гашишной, считается внезапное полное прекращение употребления наркотика.

Гашишная наркомания требует продолжительного (не менее месяца) лечения в стационаре, где можно строго контролировать поведение и предотвратить не только тайное курение гашиша, но и попытки злоупотреблять другими дурманящими средствами.

### Купирование абстинентного синдрома

В зависимости от общего состояния организма, клиническую картину заболевания в схему лечения абстинентных явлений, включается назначение следующих препаратов.

1. **Sol. Glucosae** 40%-20,0 +sol. **Acidi ascorbinici** 5%-5,0 в/в ежедневно 10 дней.
2. **Sol. Natrii thiosulfatis** 30%-10,0 в/в ежедневно 10 дней.
3. **Sol. Calcii chloridi** 10%-10,0 в/в ежедневно 10 дней.
4. **Sol. Magnesium sulfatis** 25%-10,0 в/в ежедневно 10 дней. Немодеси 400,0 в/в капельно.
5. **Sol. Pyracetami** 20%-10,0 в/в ежедневно 10 дней.

*Витаминотерапия.*

1. **Sol. vit. B<sub>1</sub>**-5%-3-4 мл в/м 10 дней .
2. **Sol. vit. B<sub>6</sub>**-5%-3-4 мл в/м 10 дней.



3. **Sol. vit. B<sub>12</sub>**-0,02%-1 мл в/м 10 дней.

4. **Sol. vit. PP** 1%-1-2 мл в/м 10 дней.

При явлении астении, состоянии тревоги и общей нервозности показан амирил 0,01-0,02 г 2 раза в день в течение 15-20 дней.

Состояние внутреннего беспокойства, страха, тревоги, дисфорий снимает элениум 5-10 мг 2-3 раза в день.

При бессоннице, тревоге назначают седуксен 5 мг в день в течение 10 дней или радедорм 5-10 мг на ночь не более 10-15 дней.

Среди средств положительно влияющих на повышенную возбудимость, тревогу, чувство внутреннего беспокойства, наиболее эффективен феназепам 0,0005-0,001 2-4 раза в день.

При бредовых явлениях применяют трифтазин 0,02%-1,0-2,0 в/м или 5 мг вначале и до 10-30 мг в период интенсивного лечения на один прием.

Кроме перечисленных методов на всех этапах можно активно применять физиолечение: ванны, души, электрофорезы, диатермию. Лечебный сон можно использовать в различных модификациях- медикаментозный, электросон, гипнотический сон.

В дальнейшем приступают к активной терапии, включающей в себя психотерапию: индивидуальная, коллективная, гипнотерапия.

Важное значение при гашишной наркомании отводится психотерапии, целью которой должна быть выработка положительных социальных установок, направленных на полный отказ от употребления наркотиков и возвращение к общественной деятельности.

Крайне необходимо убедить больных в прекращении общения с компаниями, употребляющими наркотические вещества и в устройстве личной жизни.

Профилактика гашишной наркомании должна включать в качестве обязательного компонента педагогически-психологический, социально-общественный контроль.

## КОКАИН

**Кокаин**, распространяемый торговцами («уличный кокаин», «street cocaine»), бывает очень разным по чистоте. Он обычно употребляется с сахаром, новокаином (procaine), амфетамином и другими препаратами. Его редко принимают перорально, так как эффект считается слишком слабым по сравнению с такой дорогой ценой. Следующие три способа являются наиболее широко распространенными: нюханье, подкожное или внутривенное введение и употребление чистого алкалоида кокаина.

«Крэк» - чрезвычайно сильное средство. Оно легко производится с помощью метода свободного основания и в значительной степени связано с увеличением случаев наркомании. Наиболее часто наркоманы нюхают кокаин, и это наиболее безопасный способ употребления; однако он не дает возможности достичь экстаза, как при курении или инъекциях. Случайное употребление кокаина

опасно из-за высокой вероятности возникновения наркомании, а также из-за возможности остановки сердца.

**КЛИНИКА** - влияние кокаина и сходных с ним по действию амфетаминов на ЦНС – экзальтация, эйфория, повышение самооценки и улучшение показателей выполнения умственных и физических заданий.

Периферический симпатомиметический эффект, заключающийся в сужении кровеносных сосудов и обезболивании, лежит в основе того, что кокаин выбирается в качестве анестетика для многих хирургических операций на глазах, носе и глотки.

**Кокаиновая интоксикация.** Клиническое действие кокаина легко переходит в кокаиновую интоксикацию, характеризующуюся чрезвычайной ажитацией, раздражительностью, нарушением критики, импульсивным сексуальным поведением, агрессией, повышенной психомоторной активностью и маниакальным возбуждением. Ниже перечисляются диагностические критерии кокаиновой интоксикации:

А. Недавнее потребления кокаина.

Б. Изменения поведение, носящий дезадаптивный характер (например, эйфория, воинственность, грандиозность, чрезмерный уровень бодрствования, бессонница, психомоторная ажитация, нарушение критики, нарушение социальной или профессиональной деятельности).

В. По меньшей мере два из следующих признаков, наблюдающихся в течение часа после потребления кокаина:

1. Тахикардия.
2. Увеличение артериального давления.
3. Насморк или кашель.
4. Зрительные или тактильные галлюцинации.

## КОКАИНОВЫЙ ПСИХОЗ

Случаи кокаинового психоза не являются атипичными у наркоманов, хронически вводящих препарат внутривенно.

Кокаиновый психоз, очевидно, качественно сходен с амфетаминовым психозом. Кокаиновая интоксикация на высоких дозах может сопровождаться временными идеями отношения, параноидным поведением, например, складыванием всех предметов парами. Может возникать делирий с дезориентировкой и стремлением применить насилие. Ниже приведены диагностические критерии кокаинового делирия:

А. Делирий, развивающийся в течение 24 ч после употребления кокаина.

Б. Отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Перцептивные нарушения и перцептивные особенности при наличии внешних проявлений параноидного бреда (обычно бреда ревности) связаны с длительным применением препарата и классифицируются как кокаиновые бредо-

вые расстройства. Ниже приведены диагностические критерии кокаинового бредового расстройства:

А. Органический бредовой синдром, появившийся вскоре после употребления кокаина.

Б. Быстрое развитие бреда преследования, являющегося доминирующей клинической особенностью.

В. Отсутствие связи с каким-либо физическими или другими психическими расстройствами.

При хроническом употреблении кокаина часто бывает «заложенным» нос и наблюдается насморк; с этим часто пытаются справиться самостоятельно с помощью спреев, очищающих нос. Нос при этом часто воспаляется, раздувается или изъязвляется; у лиц, страдающих тяжелой наркоманией, иногда наблюдается перфорация перегородки. У лиц, употребляющих чистый алкалоид, может иметь место повреждение поверхностей легких, а при инъекции существует обычная опасность инфекции и эмболии, так же как и риск заразиться синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Наряду амфетаминами кокаин является веществом, которое более других предпочитают экспериментальные животные для самовведения в условиях принуждения. Часто страстная жажда к кокаину становится серьезной проблемой для людей, которые имеют доступ к препарату, особенно для наркоманов. Финансовая, физическая и психологическая цена пристрастия к кокаину может явиться опустошающей.

## КОКАИНОВАЯ АБСТИНЕНЦИЯ

Согласно DSM – IV – R (международная классификация болезней), кокаиновая абстиненция состоит из симптомов, достигающих максимума от 2-го до 4-го дня, но некоторые симптомы, например депрессия и раздражительность, потенциально наблюдаются неделями. Острая кокаиновая абстиненция у хронического наркомана может вызвать непреодолимое желание получить препарат и поведение, направленное на его поиск; однако определенные физиологические признаки абстиненции отсутствуют. Ниже приводится диагностический критерий кокаиновой абстиненции:

А. Прекращение длительного (несколько дней или дольше) потребления больших количеств кокаина или снижение количества потребляемого препарата, после которых наступает дисфория (например, депрессия, раздражительность, тревожность), и по меньшей мере один из следующих признаков, наблюдающихся более чем через 24 ч после прекращения введения препарата:

- 1) утомление;
- 2) бессонница или сонливость;
- 3) психомоторная ажитация.

Б. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

У некоторых лиц наблюдается гиперсомнолентность, и они жалуются на утомляемость, ангедонию, депрессию, суицидальные мысли и общий дискомфорт. Эти симптомы исчезают в течение нескольких недель или месяцев. Согласно DSM – III – R, депрессивный синдром считается сосуществующим с наркоманией, если он удерживается в течение нескольких недель.

**Лечение.** При остром состоянии, вызванном передозированием кокаина, рекомендуется введение кислорода (если нужно, под давлением), причем голова больного опускается в положение Тренделенбурга, для чего необходимо достичь мышечной релаксации, а если имеют место судороги, вводятся внутривенно барбитураты краткосрочного действия (от 25 до 50 мг пентотала натрия) или сибазон (диазепам) в дозах от 5 до 10 мг. При наличии тревожности с гипертензией и тахикардией назначается 10-30 мг сибазона внутривенно или внутримышечно. Можно также вместо сибазона использовать для этой цели специфический антагонист симпатомиметического действия кокаина  $\beta$  – адреноблокатор анаприлин (propranolol, Индерал) по 1 мг, вводимому в/в каждую минуту, в течение 8 мин. Однако анаприлин не следует рассматривать как средство защиты от летальных доз кокаина или как лечебное средство при тяжелом передозировании кокаина. Чтобы лишить кокаинового наркомана возможности пользоваться препаратом и обеспечить коллективное обсуждение его состояния, а также оказать необходимую лечебную помощь антипсихотическими и противотревожными средствами, которые надо применять с осторожностью, больного нужно госпитализировать.

Недавно разработан метод лечения сном с помощью лоразепама, логически обоснованный для предотвращения развития у больного признаков абстиненции. В некоторых случаях успешно применяются имизин и desimipramine для поддержания больного, находящегося в абстиненции. Другими лекарствами, применяемыми в этих же целях, являются литий, бромокриптин и ингибиторы моноаминооксидазы.

## **ТОКСИКОМАНИИ**

### **ЛЕТУЧИЕ ВЕЩЕСТВА (РАСТВОРИТЕЛИ ИЛИ АЭРОЗОЛИ)**

Летучими веществами, вызывающими привыкание, являются газолин, жидкость, употребляемая для зажигалок, самолетный клей, очищающие жидкости и аэрозоли (особенно краски в спрее). Активные ингредиенты включают толуол, ацетон, бензин, галогенированный углеводород. Поскольку эти вещества производятся законным способом дешево и доступны, они используются в основном молодежью (в возрасте с 6 до 16 лет) и бедными людьми. Вдыхают их через трубку из жестянок, пластиковых пакетов или через тряпье, прикладываемое к носу. Опьянение часто наступает в течение 5 мин и обычно продолжается от 15 до 30 мин. Ни летучие вещества, ни психоделики нельзя обнаружить в моче. Эти вещества вызывают центральный депрессирующий эффект (при этом на

начальном этапе выявляется эффект растормаживания, который затем сменяется торможением), характеризующийся эйфорией, возбуждением, чувством свободного «парения», головокружением, смазанной речью, атаксией и ощущением прилива сил. Растворители могут вызывать при вдыхании интоксикацию, при которой наблюдается апатия, снижение социальной и профессиональной деятельности и нарушение критики, приводящее к импульсивному и агрессивному поведению; период интоксикации также могут амнезираться. Другие острые проявления интоксикации: это тошнота, анорексия, нистагм, понижение рефлексов, диплопия и при применении высоких доз – ступор и даже бессознательное состояние. Ниже приведены диагностические критерии интоксикации, развивающиеся при выдыхании летучих растворителей (аэрозолей).

А. Недавнее использование летучего препарата.

В. По меньшей мере один из следующих признаков:

1. Головокружение.
2. Нистагм.
3. Дискоординация.
4. Невнятная речь.
5. Неустойчивая походка.
6. Летаргическая сонливость.
7. Подавленные рефлексы.
8. Психомоторная ретердация.
9. Тремор.
10. Генерализованная мышечная слабость.
11. Неотчетливость зрения или диплопия.
12. Ступор или кома.
13. Эйфория.

С. Отсутствие связи с каким - либо физическим или другим психическим расстройством.

Смерть может быть вызвана центральным подавлением дыхания, асфиксией или несчастным случаем. Летучие препараты часто оставляют заметные внешние следы, например, сыпь вокруг носа и рта, запах изо рта и остатки вещества на лице, руках и одежде. Типичной особенностью является раздражение глаз, а также груди, легких и носа.

В настоящее время еще не выяснено, наблюдается ли абстиненция, но значительная толерантность после повторных вдыханий вырабатывается. Серьезной опасностью является поражение печени, почек, а также других органов при вдыхании бензина и галогенизированных углеводородов. Имеются данные о наличии периферических невритов. Возможно устойчивое поражение нейромышечной системы и мозга, причиной которых является содержание в летучих препаратах высоких концентраций меди, цинка и тяжелых металлов. У лиц, хронически вдыхающих эти вещества, имеются иногда признаки мозговой атрофии и хронических двигательных нарушений.

Согласно DSM – III – R, из классификации веществ, вдыхание которых вызывает интоксикацию, исключены анестезирующие газы (например закись азота, эфир) и вазодилататоры кратковременного действия, такие как амил- и бутилнитраты. Эти вещества исключены, так как интоксикация, вызванная ими, клинически отличаются от интоксикации, связанной с вдыханием летучих препаратов, и они часто используются населением, не имеющего ничего общего с наркоманией вдыхаемыми препаратами. Использование этих или других веществ классифицируется в DSM – III – R под рубрикой неспецифические органические психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

**Лечение.** В зависимости от статуса больного при поступлении ему могут ставиться различные диагнозы, включая передозирование седативных или наркотических средств, психоз как результат использования психоделических препаратов и кратковременный реактивный психоз. Для установления точного диагноза может оказаться полезным лабораторный анализ, особенно в тех случаях, когда сведения о потреблении вещества ненадежны или вообще отсутствует. Лечение острой РСР интоксикации, которая может иметь тяжелые последствия, должно рассматриваться как случаи критического положения. За больным, находящимся без сознания, необходимо тщательно наблюдать, особенно за теми, у которых наблюдается РСР интоксикация, поскольку избыточное выделение вещества может способствовать остановке дыхания. У бодрствующего больного, который недавно потреблял РСР, промывание желудка связано с риском вызвать ларингеальный спазм, поэтому надо прежде всего купировать диазепамом. В окружении должна быть минимальная сенсорная стимуляция. Уверения в выздоровлении или уговоры бесполезны. Идеальными условиями являются такие, при которых при одном больном в отдельной тихой, затемненной комнате находится один человек, который его обслуживает. Фиксация больного в четырех точках может приводить к некрозу скелетных мышц; иногда требуется полная иммобилизация тела.

Диазепам часто эффективен для снижения ажитации, но больному с тяжелыми нарушениями поведения может потребоваться кратковременная терапия антипсихотическими средствами. Некоторые клиницисты рекомендуют галоперидол, а не фенотиазины, поскольку РСР отчасти является антихолинергическим веществом и поскольку подавляюще производимые наркотики часто содержат примеси в виде алкалоидов белладонны. Иногда требуется гипотензивный препарат, например, фентоламин. Хлористый аммоний (нашатырный спирт) и аскорбиновая кислота или клюквенный сок применяются впоследствии, чтобы окислить мочу и вывести препарат.

Интоксикация РСР может привести к смерти из-за гиперпирексии и других вегетативных нарушений. Внутривенное введение бензодиазепинов часто является эффективным средством лечения таких больных.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Обследуемый в состоянии эйфории. Воспринимает окружающее изменённым – маленький арык кажется ему рекой. Смеётся, глаза блестят, склеры гиперемированы, отмечается мидриаз, чувство голода, сухость во рту.

☺ **Назначьте диагноз.**

2. После 18 часов приёма наркотика состояние наркомана ухудшилось: появилась зевота, кашель, слезотечение, затем присоединились тахикардия, тахипноэ, озноб, чувство стягивания в руках и ногах, боли в суставах.

☹ **Определите вид наркомании.**

3. Наркоман в течение года принимает наркотик, вдыхая его. Раздражителен, неряшлив. Стали отмечаться устрашающие зрительные галлюцинации, ему кажется, что у него под кожей жучки, черви.

☺ **Назначьте диагноз.**

4. В 1940 году известный учёный А.С. Кронфельд принял с экспериментальной целью препарат индийской конопли. Он так описал свои переживания: после отравления наступило головокружение, одновременно изменились границы комнаты и контуры находящихся в ней предметов. Конечности стали тяжёлыми, телесные ощущения получили признаки интерпариетального расстройства, руки стали большими, увеличившаяся правая нога летала около тела, как будто она ему не принадлежала.

Обманы пространственного восприятия нарастали: шкаф передо мной двигался, а предметы, находившиеся в стороне от меня, удалялись влево. На стене маршировали маленькие фигурки людей, куры, утки. Когда я поворачивал глаза в сторону, я видел их на новом месте (на стене), по направлению моего взгляда.

☹ **Определите симптомы нарушения восприятия.**

5. Больной К., 28 лет, преподаватель техникума. В анамнезе: наследственность не отягощена. Раннее развитие без особенностей, рос единственным ребёнком в семье. По характеру был живым, общительным, однако, вспыльчивым, упрямым, требовал обязательного выполнения всех своих желаний. Женат, имеет 1 ребёнка. Наркотики стал употреблять “ради любопытства”, под влиянием друзей – делал инъекции омнопона, бросил, затем возобновил через несколько лет, для того, чтобы “развлечься”. Перешёл на опий, затем на ноксирон, до 20 таблеток в сутки.

Ориентирован, настроение повышенное, многоречив, речь изобилует прибаутками, поговорками, манерен, благодушно улыбается. Внимание отвлекаемое. Предмет высказываний и действий постоянно меняется. Нет чувства дистанции. Лжив, старается приуменьшить размеры своего пристрастия к употреблению наркотиков. Волевые процессы ослаблены. Критика к своему заболеванию формальная.

☺ **Назначьте диагноз.**

6.Обследуемый находится в состоянии эйфории. Окружающее воспринимает изменённым, канава кажется огромной рекой. Отмечаются: блеск глаз, гиперемия склер, мидриаз, сухость во рту, жажда, булемия.

☉ **Назначьте диагноз.**

7. У наркомана через 18 часов после последнего приёма наркотика ухудшилось состояние – появилась рвота, кашель, слезотечение, затем присоединилась тахикардия, тахипноэ, тремор, озноб, мышечные боли в конечностях, ломота в суставах.

☺ **Это относится какому виду наркомании?**

## ТЕСТЫ

1. *Симптомами морфинной абстиненции являются все нижеперечисленные, кроме:*

- А. Миоз.
- В. Зевота и кашель.
- С. Тремор.
- Д. Давление и ломота в суставах.
- Е. Тягостные мышечные боли.

2. *Опийные наркомании вызываются следующими веществами, кроме:*

- А. Морфин.
- В. Героин.
- С. Кодеин.
- Д. Омнопон.
- Е. Марихуана.

3. *Какой из препаратов вызывает шизофреноподобную реакцию?*

- А. Аминазин.
- В. Гексенал.
- С. Коразол.
- Д. Фенамин.
- Е. Амфетамин.

4. *Барбитуромания развивается при употреблении:*

- А. Нембутал.
- В. Элениум.
- С. Мепробамат.
- Д. Сиднокарб.



Е. Центедрин.

5. *Абстиненция у наркомана, принимающего опиаты. Что будет?*

- А. Эйфория.
- В. Дисфория.
- С. Депрессия.
- Д. Апатия.
- Е. Патологический аффект.

6. *Для токсикоманий характерны все признаки, кроме:*

- А. Болезненное пристрастие.
- В. Нарушение ориентировок.
- С. Психическая зависимость.
- Д. Повышение толерантности.
- Е. Физическая зависимость.

7. *Признаки гашишной интоксикации все, кроме:*

- А. Блеск глаз.
- В. Мидриаз.
- С. Сухость во рту.
- Д. Иктеричность склер.
- Е. Булемия.

8. *К галлюциногенам относятся все препараты, кроме:*

- А. Фенамин.
- В. ЛСД.
- С. Мескалин.
- Д. Псилоцибин.
- Е. Псилоцин.

9. *Самой распространенной формой токсикомании является.....:*

- А. Гашишизм.
- В. Алкоголизм.
- С. Морфинизм.
- Д. Анашекурение.
- Е. Эстези.

10. *Экспресс-метод выявления морфинной абстиненции - это провокация явления абстиненции с помощью...*

- А. Седуксена.
- В. Атропина.
- С. Мадорфина.
- Д. Пирроксана.

Е. Промедола.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. Москва. «Медицина», 1979 г. – 187 с.;
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1999 г.;
3. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976–325 с.;
4. Брайтиган В. «Психосоматическая медицина». Москва, 1999 г.
5. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Санкт-Петербург (Москва, Харьков, Минск): Питер – 1998 – 311 с.;
6. «Клиническая психиатрия». Под ред. Т. Б. Дмитриевой. Москва, 1998 г.
7. Зейгарник Б.В., Николаева В.Р., Лебединский В.В. Практикум по патопсихологии. М.: Медицина, 1987;
8. Иванов П.И. Общая психология. Ташкент. Укитувчи, 1964–544 с.;
9. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Москва, 1999 г.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982 – 270 с.;
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мерилов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии (Учебное пособие). М.: Медицина, 1986 – 182 с.;
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство Московского университета, 1974 – 374 с.;
13. Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В./ М.: Медицина, 1985, Т. 1, 2;
14. Мурталибов Ш.А. Справочник по психиатрии. Ташкент, 1998 – 249 с.;
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (Практическое руководство). М.: Медицина, 1970 – 215 с.;
16. Руководство по психиатрии /Под ред. Снежневского А.В. / М.: Медицина, 1983. Т. 1, 2;
17. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985 – 410 с.;
18. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Ташкент, 1995;
19. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999 –
20. Шейдер Р. Психиатрия. Москва. 1998 г.
21. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997 – 721 с.
22. Busto U., Sellers E.M., Naranjo C.A. et al. Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines. – N. Engl. J. Med., 1986, 315:854.
23. Fawcett J., Clark D.C., Aagesen C.A. et al. A double-blind, placebo-controlled trial of lithium carbonate therapy of alcoholism. – Arch. Gen.Psyh., 1986, 44:248.

24. Fuller R.K., Branche L., Brigtwell D.R. Disulfuram treatment of alcoholism: A Veterans Administration cooperative study. – JAMA, 1986, 256: 1449.
25. Goodwin D.W. Alcoholism and genetics. – Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42: 171.
26. Harold I. Kaplan, Benjamin J.S. Clinical psychiatry from synopsis of psychiatry . Moscow, 1998. pag. 671.
27. Kosten T.R., Rounsaville B.J., Kleer J.D. A 2,5 – year follow-up of cocaine use among teated opioid addicts. – Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44 (3), 281.
28. Ritchie M.J. The aliphatic alcohols. – In: The pharmacological Basis of Therapeutics / Eds. A. G. Gilman, L. S. Goodman, A. Gilman, ed 7, p.372. Macmillan, New York, 1985
29. Westermeyer J. A. Clinical Guide to alcohol and Drug Problems. Praeger, New York 1986.
30. Washton A.M., Gold.M.S., Pottash A.C. Survey of 500 callers to a national cocaine helpine. – Psyhosomatics, 1984, 25, 771
31. Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brein C. Twelve-month follow up of psychotherapy for opiate dependence. – Am. J. Psychiatry. 1987, 144:590

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3	
ГЛАВА I. АЛКОГОЛИЗМ		
Определение алкоголизма	5	
Этиология и патогенез		5
Клиника	6	
Диагностика		14
Лечение	15	
Ситуационные задачи		18
Тесты	23	
ГЛАВА II. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ		
Определение алкогольных психозов		25
Патогенез металкольных психозов		25
Классификация металкольных психозов		26
Клиника металкольных психозов		27
Острые психозы		27
Делирий	27	
Острый алкогольный галлюциноз		35
Подострые (протрагированные, затяжные) галлюцинозы		37
Острый алкогольный параноид		39
Острая энцефалопатия (болезнь Гайе-Вернике)		39
Хронические алкогольные психозы		40
Хронический вербальный галлюциноз		41
Хронический алкогольный параноид		41
Хронический бред ревности		42
Корсаковский психоз		43
Металкольные психозы, возникающие на фоне других психических заболеваний		45
Дифференциальный диагноз		47
Особенности алкогольных психозов у подростков		49
Лечение	50	
Ситуационные задачи		57
Тесты	61	
ГЛАВА III. НАРКОМАНИИ		
Определение наркомании	64	
Критерии синдрома зависимости от психоактивных веществ (по международной классификации болезней X пересмотра)		65
Классификация психоактивных веществ (способных вызвать зависимость)		65
Героиновая наркомания		68
Опиоидная зависимость		68
Клиника	69	

Клиника абстиненции		73	
Признаки опиоидного синдрома		73	
Дифференциальный диагноз		74	
Лечение	75		
Морфинизм		78	
Клиника	78		
Синдром психической и физической зависимости			78
Абстинентный синдром		80	
Лечение	85		
Гашишная наркомания		89	
Клиника	90		
Степени гашишного опьянения		91	
Стадии гашишной наркомании		92	
Типы течения гашишной наркомании		95	
Гашишный делирий		97	
Сумеречное расстройство сознания		97	
Шизофреноподобные психозы при гашишной наркомании			97
Лечение	98		
Кокаин	100		
Кокаиновый психоз		101	
Кокаиновая абстиненция		102	
Лечение	103		
Токсикомании	104		
Летучие вещества (растворители или аэрозоли)			104
Лечение	106		
Ситуационные задачи		107	
Тесты	109		
Литература		111	

*М.Л.АГРАНОВСКИЙ, З.А.ГАЗИЕВА,  
В.М.АГРАНОВСКИЙ*

**АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ.  
НАРКОМАНИИ**

*(ПРАКТИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ)*

Зав. редакцией М.Худояров  
Редактор Г.Машуров  
Техн. редактор С.Таштанов  
Корректор Н.Гаджиматова

Сдано в типографию 25 декабря 2006 г. Подписано в печать 10 января 2007 г.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага типографская. Гарнитура Times New Roman. Печать  
офсетная. Усл.печ.л. 7,5. Тираж 500 экз. Заказ2487. Цена договорная.  
Отпечатано в типографии ОАО «Andijon nashriyot-matbaa» (г.Андижан, пр.  
Навои, 71).